

MÓDULO I: EPIDEMIOLOGIA Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.

TEMA1. ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Concepto y características.

Cualquier trastorno orgánico o funcional que obligue a una modificación del medio de vida del paciente y que ha persistido o es probable que persista en el tiempo.

- Son permanentes
- Dejan incapacidad residual.
- Son causadas por alteraciones fisiológicas irreversibles
- Requieren atención duradera
- Requieren adiestramiento especial del paciente y familia

Tienen un curso prolongado, no se resuelven espontáneamente y raramente curan de forma completa.

Se presentan en todas las edades de la vida, incluida la infancia (CDC centres for disease control)

Son preponderantes en individuos adultos y ancianos

Hasta los años cuarenta se consideraron de origen degenerativo

Intervienen factores personales y ambientales en su inicio y progresión

De inevitables a prevenibles.

Importancia social y sanitaria.

Tendencia creciente en los últimos años:

- Mortalidad y morbilidad altas
- Alto coste sanitario
- Horas de trabajo perdidas (bajas laborales, invalidez jubilación anticipada...)
- Invalidez pensiones

Cambio epidemiológico ligado a factores socio-económicos.

- Industrialización: cáncer, enfermedades respiratorias..
- Cambio de las condiciones debidas (mejor alimentación, mayores medios)
- Urbanización
- Cambios demográficos
- Modificación en el ambiente físico y social
- Cambios en el estilo de vida

Transición demográfica y transición sanitaria.

Transición demográfica:

Envejecimiento poblacional y aumento de la longevidad

(Cambios económicos y sociales: mejora de la nutrición y en el estado de salud poblacional)

Transición sanitaria:

Cambios en las condiciones de salud. Etapas:

1. Era de las pestilencias y el hambre.
2. Era de las epidemias en recesión. (Últimas décadas del S. XIX)
3. Era de las enfermedades degenerativas.
4. Era de las edades asociadas a la senescencia.

Enfermedades crónicas. Clasificación:

- Las que son principales causas de muerte en países industrializados:

1. Enfermedades del aparato circulatorio.
2. EPOC
3. Neoplasias malignas.
4. Diabetes.
5. Cirrosis y hepatopatías.

Características comunes de este grupo: comparten factores de riesgo ligados al estilo de vida, orden social (tabaco, estilo de vida, estrés, nutrición...) y de orden genético.

A veces es difícil controlarlas, la prevención tiene buenos resultados, pero tratamiento o curación no tan buenos.

- Las que raramente son causa de muerte:

Depresión, trastornos mentales, artrosis, alergias, anemia, hernias, hemorroides, alcoholismo, caries, patologías biliares, cefaleas etc.

Se dan en edades medias, infantiles, etc.

Hay algunas que tienen buenas expectativas de curación y otras no.

Muchas de ellas producen una modificación del estilo de vida y un seguimiento médico.

- Las asociadas a la senescencia:

Demencia senil, insuficiencia cardiaca, fracturas por osteoporosis, cataratas, pérdidas auditivas, lesiones cutáneas degenerativas, incontinencia urinaria, etc....

Indicadores para la valoración de las enfermedades crónicas:

De mortalidad:

Mortalidad proporcional: 52% de las muertes por aparato circulatorio y tumores.

Tasas de mortalidad: las seis más altas son enfermedades crónicas. Neoplasias, cardiopatía isquémica, demencias.

Años potencialmente de vida perdidos (APVP) nos indica la carga de muerte prematuro (65-70). La principal cusa son los tumores, accidentes, enfermedades cardiacas

Esperanza de vida en buena salud (EVBS) 56'2 años

Esperanza de vida sin discapacidad (EVSD) 68 años

Carga de enfermedad: años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)

De morbilidad.

Incidencia (n. casos nuevos) prevalencia (nº de casos)

Morbilidad asistida: primer motivo en atención primaria, 70% de ingresos en hospitales.

Morbilidad percibida: encuesta, percepción del estado de salud y preocupación ciudadana.

Estado funcional.

Las enfermedades crónicas originan disfunciones.

Capacidad de los individuos para las actividades de la vida diaria.

Alta prevalencia de discapacitados en mayores de 65 años

Factores de riesgo

Prevalencia de factores de riesgo modificables relacionados con enfermedades crónicas. Los más importantes: tabaco, actividad física, control TA.

Conceptos epidemiológicos en relación con las enfermedades crónicas.

Factor de riesgo: Condición biológica, de estilo de vida o socioeconómica que aumenta la probabilidad (de sufrir enfermedad).

Riesgo aislado y riesgo multiplicativo: La multifactorialidad del riesgo es común en enfermedades crónicas

Continuidad del riesgo: el riesgo aumenta progresivamente. El riesgo aumenta según la dosis, no es lo mismo tener 14/10 que 20/16 de TA

Periodos de inducción y latencia: intervención preventiva.

Hasta que hace efecto, es decir primeros síntomas (inducción)

Desde que el factor de riesgo empieza hasta que se diagnostica. (Latencia)

Exposiciones crónicas: largos periodos de exposición (por ejemplo leucemias ligadas a radiaciones, cáncer de riñón debido a infecciones de orina), daño acumulativo

Comorbilidad: diversos trastornos en un mismo individuo. N° de enfermedades que padece un individuo.

Riesgos competitivos: difícil estimar el riesgo de cada causa por la multicausalidad

Supervivencia selectiva: el efecto claro en edades avanzadas.

Características comunes en enfermedades crónicas.

- Multicausalidad. Tabaco (respiratorios, tumorales, etc.)
- Asociación de factores/multiefectividad.
- Largo periodo de latencia.
- Etiología (FR físico, químicos, biológico y psicosociales).
- Evolución a la cronicidad.
- Requieren un esfuerzo colectivo para evitar o disminuir los factores de riesgo.

Factor de riesgo: predictor estadístico de enfermedades.

- Factor causal específico: ligado necesariamente a la enfermedad.
- Factores principales o condicionantes: los más frecuentemente ocurridos a la enfermedad.
- Factores favorecedores: no siempre se encuentran.
- Factores predisponentes: hacen al individuo predisponente.
- Factor precipitante: desencadenan el proceso biológico o patológico.
- Marcador de riesgos asociados pero no modificables.

Diferencias entre enfermedades crónicas y enfermedades agudas.

	Enfermedades agudas	Enfermedades crónicas
Periodo de I/L	Corto	Largo
Origen	Infecciosas	No transmisibles
Causas	Unicausales	Multicausal
Especificidad	Causas no específicas	Casos no específicos
Definición "caso"	Fácil	Difícil
Invalidez	Rara	Frecuente
Recidivas	No	Si

TEMA 2. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS. Frente a las enfermedades crónicas.

Medidas preventivas: Poner medidas antes de que aparezca el problema.

Medidas de control: Cuando la enfermedad está en curso para que no empeore.

Objetivos de medidas preventivas.

1. Evitar, reducir y retrasar los factores de riesgo.
2. retrasar la morbilidad y aliviar la gravedad.
3. retrasar el inicio de las discapacidades.
4. prolongar la vida de los individuos (evitar mortalidad precoz).

Rectangularización de la supervivencia y comprensión de la morbilidad.

Se pretende que la supervivencia llegue al tope biológico y empujar la mortalidad a las últimas etapas de la vida, con la morbilidad se intenta lo mismo.

Lo ideal es que la mayoría llegue a la edad del límite biológico, que la mortalidad solo se de en los últimos años de vida.

Estrategias de prevención frente a las enfermedades crónicas.

Estrategias de alto riesgo (va dirigida a poblaciones pequeñas)

- Identificar a los sujetos susceptibles con riesgo elevado.
- Ofrecerles protección individual.
- Beneficios individuales altos.
- Sanitarios: individual (actuación).

Estrategia de población.

- Controlar sus factores de riesgo.
- Reducir el nivel medio de exposición.
- Ejemplos: consumo de sal (HTA y ACV accidente cerebro vascular) Colesterol (isquemia)
- Actuación: autoridad: población, no se dirigen únicamente a grupos de alto riesgo sino a toda la población.

Niveles de prevención ¿qué perseguimos al actuar?

Prevención primaria.

- Evitar el inicio o la incidencia de la enfermedad.
- Dirigidas a los individuos susceptibles (con o sin factores de riesgo)
- Detección, evaluación, reducción y control de los factores de riesgo (detectar obesidad, evaluarla...)

Prevención secundaria.

- Evitar la progresión de la lesión biológica.
- Se dirige a pacientes asintomáticos o Comorbilidad reducida.
- Actividades de anticipación diagnóstico o detección precoz (si hay tratamiento efectivo) o de posposición (retrasan la evolución de la enfermedad).

Prevención terciaria:

- Prevenir las discapacidades en los pacientes enfermos y con síntomas.
- Medidas para posponer la progresión de la enfermedad, evitar complicaciones y rehabilitar a pacientes. Por ejemplo a EPOCs.

Tipos de actividades para la prevención de las enfermedades crónicas.

Prevención primaria.

- Programas de prevención y abandono del tabaquismo
- Promoción de la actividad física.
- Difusión de las recomendaciones dietéticas.

Prevención secundaria:

- Auto examen para detectar lesiones.
- Examen de salud o valoración diagnóstica. (Los que ya realizan los profesionales de salud).
- Pruebas de cribado: mamografía.
- Búsqueda de casos (case finding) o detección oportunista (por ejemplo la toma sistemática de la TA a ancianos: búsqueda de hipertensos).

Prevención terciaria.

- Controles periódicos a enfermos crónicos.
- Vacunación antigripal.
- Educación sobre modificación de hábitos higiénicos- dietéticos.
- Control de la eficacia de los fármacos y efectos secundarios.

Prevención de enfermedades crónicas. Prevención primordial.

En 1972, Toma Strasser (OMS) introdujo el concepto de prevención primordial para referirse a las acciones tendentes a actuar sobre los factores sociales subyacentes a los determinantes de la salud. Se trata de evitar la introducción de los factores de riesgo.

Ejemplos: evitar la introducción del tabaquismo en Egipto; mantener los bajos niveles de colesterol en niños de países en desarrollo.

Las actuaciones van dirigidas a los pises o áreas, no van dirigidos a personas

Características de estrategias de prevención de enfermedades crónicas.

Educación para la salud (EPS).

- Aumentar las conductas saludables y disminuir las conductas de riesgo.
- Favorecer la detección precoz, aceptar pruebas (convencer a la gente para que se hagan chequeos médicos)
- Favorecer la adherencia terapéutica y la adaptación del modo de vida propio a la enfermedad.

La medición y disminución de riesgo.

- Aumenta la resistencia al agente.
- Proteger del contacto con el factor de riesgo (EPI) curas, guantes
- Modificar el agente (disminuir su nocividad) tabaco bajo en nicotina

El trabajo por programas:

- Control de enfermos crónicos mediante revisiones, control de tratamientos y medidas higiénico-dietéticas (EPS)
- Actuaciones respecto a sujetos susceptibles (con o sin FR)

Aplicar las medidas con una clara evidencia científica.

Compararlo con datos que los expertos de diferentes ramas ya han acordado, son los datos válidos y comprobarlos. Las asociaciones científicas y autoridades en salud.

La investigación de las enfermedades crónicas. Tipos de estudios.

Estudios longitudinales de cohortes:

Estudios de enfermedades del corazón de Framingham iniciado en 1949 en EEUU. Cohorte de 1000 personas, revisiones bianuales durante décadas identificó los FR cardiovasculares.

Introducción de los conceptos de FR y odds ratio.

Poblaciones seleccionadas (enfermeras, otros grupos de trabajo)

Estudios de casos y controles:

Estudios sobre el origen del cáncer de pulmón (médicos británicos). Evaluación del papel causal del tabaco.

Estudios en el ámbito laboral.

Estudios paralelos de corte transversal o de incidencia:

El proyecto MONICA de la OMS (37 poblaciones de 21 países) para evaluar la enfermedad coronaria y su mortalidad.

Estudio sobre la incidencia y mortalidad del cáncer (OMS)

Encuestas nacionales de salud. ENS de España y EDDM. (Encuesta de deficiencias, discapacidades y minusvalías).

TEMA 3. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

Entidades que agrupa:

- Enfermedad hipertensiva.
- Cardiopatía isquémica.
- Accidentes cerebro vasculares.
- Fiebre reumática aguda.
- Cardiopatía reumática crónica.
- Cardiopatía congénita.
- Insuficiencia cardíaca.
- Enfermedades de las arterias.
- Enfermedades de las venas.

Importancia sanitaria y social de las enfermedades cardiovasculares.

Mortalidad.

Tasas de mortalidad elevada, más alta en varones, son primera causa de muerte.

España tiene tasa más bajas (algo) que otros países de la OCDE (países para la organización por cooperación y desarrollo económico).

Descenso importante de mortalidad por ACV y muy leve por cardiopatía isquémica.

Morbilidad.

En 1995 causaron cinco millones de estancias hospitalarias, más por CI que por ACV. Ha aumentado la incidencia de infarto, pero disminuye la letalidad.

La incidencia de enfermedad coronaria es más baja que en otros países y mayor en varones que en mujeres.

Factores de riesgo comunes.

- Tabaquismo.
- Hipertensión.
- Obesidad.
- Sedentarismo.
- Consumo de alcohol, etc.

Factores de riesgo modificables y por tanto procesos prevenibles.

Programas de prevención. Recomendados en el plan de salud CLM 2001-2010

Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares:

- Alta prevalencia en España de los tres factores de riesgo cardiovascular modificables tabaquismo, HTA e hipercolesterolemia.
- Tabaquismo: 36% (ENS 1997) aumenta en mujeres.
- HTA en población de 35-64 es del 19'5% (cifras mayores de 160/95)
- Colesterolemia mayor a 250mg/Dl. es 18%

Tendencia en España:

- Seguirán siendo primera causa de muerte, especialmente en mayores de 70 años.
- Desciende el riesgo de muerte por ACV, pero el envejecimiento poblacional hace que el impacto sanitario y social sea alto.
- El conocimiento sobre la evolución de los riesgos CV hace pensar que aumentará el riesgo de muerte por ECV.

Prevención y objetivos.

Objetivo septiembre-2000; reducir la mortalidad por ECV en un 15 % en menos de 65 años y mejorar la calidad de vida (CV) de todos los afectados.

Objetivos programa de prevención de ECV en CLM

Generales. Disminuir la morbilidad por ECV, disminuir la mortalidad específica por ECM y aumentar la CV de la población.

Específicas. Disminuir la obesidad y el tabaquismo. Aumentar el número de diabéticos, hipertensos y dislipémicos detectados y controlados: fotocopia

Despistaje de FR.

Población diana a mayores de 14 años.

Meta: despistaje anual del 15%.

Actuación: detección oportunista en conducta de enfermería.

Despistaje de diabetes a mayores de 45 y factores de riesgo (a personas con FR) cada despistaje de cada edad se mide de forma diferente.

Despistaje de HTA: toma de PA 19-20 años.

Despistaje de la dislipemia: colesterol total y perfil lipídico.

Despistaje de la obesidad. Peso y cálculo IMC a mayores de 20 años.

Despistaje del tabaquismo 1más / día en el último mes.

Población de enfermedades cardiovasculares. Estudio y valoración.

- Población diana: personas con factores de riesgo.
- Meta: estudiar el 95% y evaluar el riesgo cerebro vascular a todos los estudios.
- Actuación conjunta de la enfermera y médico.
- Estudio básico: anamnesis, exploración y pruebas complementarias: cálculo de riesgos.
- Cálculo de riesgos según puntuaciones de Framingham.
- Valoración de patrones funcionales de Gordon por profesionales de enfermería.
- Patrón de nutrición.
- Patrón de actividad/ejercicio.
- Patrón de sueño descanso.
- Patrón de percepción y manejo de la salud.
- Diagnóstico enfermero.
- Tratamiento médico individualizado.
- Plan de cuidados de enfermería fomentando el auto cuidado, el autocontrol y la independencia del sujeto.
- Protocolos de actuación de cada factor de riesgo.
- Dejar constancia en la historia clínica.
- Realizar seguimiento del 95%
- Establecer criterios de derivación a especialistas y de enfermera a médico.
- Educación para la salud.
- Coordinación entre niveles asistenciales.
- Evaluación del programa: indicadores.

Cardiopatía isquémica.

La incidencia ha aumentado mientras que la letalidad ha disminuido.

Manifestaciones clínicas: angina de pecho, IAM y muerte súbita.

Condición común es la aterosclerosis coronaria; proceso en el que intervienen factores aterogénicos, trombocitos, inflamatorios e infecciosos.

Aterosclerosis. Proceso silente que se inicia en la infancia hasta edades medias de la vida.

Se manifiesta en oclusión vascular (obstrucción de flujo sanguíneo e isquemia), en edad adulta, por rotura/ desestabilización de la placa de ateroma, mecanismo en el que influye la agregación plaquetaria y activación del sistema fibrinolítico.

Factores aterogénicos más factores trombogénicos.

Factores de riesgo controlables.

Tabaco, hipercolesterolemia y dieta. HTA

Marcadores de riesgo: sexo (mayor en hombres), edad ((40-65)

Otros factores: sedentarismo, obesidad, fibrinógeno, TGC, antecedentes familiares, hipertrofia ventricular izquierda, estrés consumo alcohol, anticonceptivos orales, aguas de consumo (estilo de vida) (blandas son FR y duras FP).

♣ FR. Tabaco. Framingham, doll y hill.

R.R. (riesgo relativo) en varones de 30-60 años que fuman más de 10 cigarrillos por día: 2. (se multiplica por dos el riesgo de padecer enfermedad coronaria los fumadores de más de 10 cigarrillos por día).

En varones:

- R.R. en varones de 45-49 a más de 20 cigarrillos/día: 4'1.
- R.R. en varones de 50-54 a más de 20 cigarrillos/día: 4'8.
- R.R. en varones de 55-59 años a más de 20 cigarrillos/día: 3'1.
- R.R. en varones de 60-64 años a más de 20 cigarrillos/día: 1'7.
- La dosis óptima es 0.

En mujeres:

- R.R. en mujeres de 25-49 años a más de 25 cigarrillos/día: 7.
- R.R. en mujeres de 25-49 años que fuman de 10 a 24 cigarrillos/día: 3'4
- R.R. con anticonceptivos orales más 25 cigarrillos/día: 39
- Dosis óptima: 0

Mecanismo de actuación: (del tabaco frente a cardiopatía isquémica)

- Niveles de HDL. Colesterol y aumento de LDL, favorece el factor aterogénico.
- Agregabilidad plaquetaria (factor trombogénico).
- Niveles de carboxihemoglobina, menor oxigenación de la sangre, mayor congestión.
- Número de latidos pulmonares prematuros. (aumenta el riesgo)

Cuanto más años sin ser fumador hay menor riesgo de padecer enfermedades. Cuanto más tarde se prueba el tabaco hay menos posibilidades de acabar siendo fumador.

Hay que hacer prevención en cuanto a no coger el hábito, 1ª y en cuanto a disminuirlo, si se tiene 2ª. La prevención secundaria es en cuanto a deshabituarse o con gente que ya ha padecido alguna enfermedad.

♣ Hipercolesterolemia y dieta.

Interesa actuar sobre factores de riesgo modificables: tabaco, hiperlipemias e hipertensión arterial.

El colesterol sérico total puede proceder de:

- La dieta: mediante ácidos grasos saturados insaturados y el colesterol. Esto es modificable en función de la dieta.
- Factor genético: por una alteración en el metabolismo de los lípidos.

Según Framingham la razón estandarizada de mortalidad por enfermedad isquémica coronaria debido al colesterol sérico total es:

- <200 mg/100ml = 50
- 200-219 mg/100ml = 58
- 220-239 mg/100ml = 80
- 240 – 259 mg/100ml = 147
- >260 mg/100ml = 186

HDL 65-74mg/100ml es un factor protector (<25mg/100ml R.R. = 6). A menor fracción de HDL, mayor riesgo de padecer enfermedades.

Esto varía en mujeres y hombres:

- En mujeres: HDL, colesterol 10-15mg/100ml superiores a los hombres. El colesterol sérico total aumenta con la menopausia pero tiende a estabilizarse hacia los 60 años.
- En varones a partir de los 20 años tiende a aumentar hasta los 50 años.

♣ Control de hiperlipemias.

Índice aterogénico: colesterol total/c-HDL (fracción de HDL), cuanto más parte sea HDL en el denominador, menor es el valor.

Valores de riesgo >4.

Paciente hipercolesterolémico.

Colesterol total (CT) mayor de 240mg/100ml

Colesterol total mayor a 200mg/dl, si el riesgo cerebro-vascular es mayor al 20 % a los 10 años.

Objetivos de control: (variables según otros factores de riesgo).

C- LDL menor a 100mg/dl deseable, si es mayor a 160mg/dl se considera alto.

Colesterol total menor a 200 deseable a mayor a 240 es alto.

C- HDL menor a 40 es bajo, mayor de 60 es deseable (factor de riesgo negativo).

Programa de prevención de ECV en AP SESCAM, 2003.

FR. HTA.

Si se compara el riesgo relativo con personas no hipertensas:

Hipertensos R.R.: 1'56

Bordeline R.R.: 1'72

FR. Ejercicio físico.

Aumenta HDL, Colesterol.

Disminuye la obesidad.

FR. Obesidad.

Se considera obesidad cuando hay 20% sobre el peso adecuado.

Sobrecarga hemodinámica cardiaca.

Índice cintura/cadera: FR mayor a 1 en hombres y mayor a 0'9 en mujeres.

FR. Diabetes.

Interrelación metabólica con la obesidad, lípidos y presión arterial (no se puede eliminar pero si controlar, tiene un margen de modificación).

FR. Fibrinógeno.

Framingham: relación enfermedad coronaria, riesgo trombogénico. No hay pauta clara de intervención.

FR. Triglicéridos.

En mujeres no debe ser superior a 200mg/100ml.

Otros factores de riesgo.

- Antecedentes familiares; no implícitamente genéticos. Hábitos dietéticos y estilos de vida.
- Hipertrofia ventricular izquierda (en hipertensos); realizar ecografía además de ECG.
- Factores psicológicos y sociales: estrés. Personalidad tipo A (ejecutivo-agresivo)
- Alcohol: niveles superiores a 75g/día (hasta dos vasos de vino FR.)
- Anticonceptivos orales: mayores de 30 años, fumadoras o hipertensas, o con colesterol.

THS (tratamientos hormonales sustitutivos): se considera “factor de protección” porque es frente a riesgo de cardiopatía isquémica pero favorece el cáncer de mama.

- Aguas de consumo: a mayor dureza, menos cardiopatía coronaria.
- Edad y sexo (marcadores): más elevado en hombres.

Niveles de prevención II: cardiopatía isquémica.

Prevención primaria:

- Evitar tabaquismo.

- Control adecuado de la HTA.
- Control de hiperlipemias.
- Evitar/corregir obesidad (reducir en personas obesas y evitar sobre el resto de población).
- Ejercicio físico (específico a personas con otros factores de riesgo, les protege)
- Controlar el estrés.

Prevención secundaria:

- Diagnóstico precoz (ECG)
- Actuación inmediata post-infarto
- Evitar recidivas. Control de riesgos.
- EPS: hábitos, dolor, complicaciones.

Prevención terciaria:

- Readaptación laboral y social.

Control de hiperlipemias. Tratamiento y plan de cuidados.

- Tratamiento higiénico. Dietético 3-6 meses:

- Abandono de hábito tabáquico
- Mantener actividad física adecuada.
- Recomendaciones dietéticas, evitar aporte calórico excesivo y consumo de grasas saturadas. Reducción ponderal, si es preciso, distribución adecuada de nutrientes.

Se recomienda dieta mediterránea,

- La reducción de colesterol con dietas es menor al 15%, insuficiente en pacientes de alto riesgo.

- Tratamiento farmacológico:

- Hipolipemiantes recomendables: Estatinas (colesterol total alto), y fibrantes (triglicéridos altos) Resinas (2elección)

- Seguimiento posterior: control en consultas de enfermería.

Enfermedades cerebro-vasculares.

Comprende el estudio de cualquier proceso que afecte de forma directa o indirecta a los vasos sanguíneos (arteriales o venosos) de la función cerebral. Puede ser:

Hemorrágica: ante una rotura de un vaso se produce una extravasación pudiendo llegar al parénquima encefálico o al espacio subaracnoideo.

Causa isquémica: se produce en este caso por ateroma y puede ser isquémica transitoria, sin lesiones, se da mucho en ancianos, aterosclerosis; o isquémica irreversible, con necrosis sin recuperación de la parte del encéfalo afectado o de recuperación larga y dificultosa.

Etiología.

Oclusión o estenosis importante, producido por una lesión en la pared vascular (aterosclerosis) o por un émbolo procedente de una lesión arterial proximal o del corazón.

Interacción del flujo sanguíneo, alteración en la composición (viscosidad).

El denominador común de las patologías cerebro-vasculares es el déficit neurológico.

El 84% son de origen trombo embolica y el 16% de origen hemorrágico.

Importancia sanitaria y social de las enfermedades cerebro-vasculares.

- Son la tercera causa de muerte y primera en mayores de 84 años.
- Es una importante causa de discapacidad (segunda causa de demencia)
- Según los neurólogos en cuanto al reparto de las consecuencias, está la regla del tercio: 1/3 muere, 1/3 sobrevive con discapacidad y 1/3 se recupera.
- Descenso importante en España y otros países: cayó la incidencia y la letalidad. Ha disminuido el nº de casos producidos y han mejorado las intervenciones para prolongar la vida de la gente.
- Grandes diferencias geográficas: gradiente norte-sur que sugieren factores socio-ambientales. El 40% de esta variación se explica por los factores de riesgo. (que son más comunes en unas zonas que en otras).
- Diferencias por edad y sexos: más riesgos en varones pero más muertes e incapacidades en mujeres.

Factores de riesgo del Ictus (ACV)

Factor de riesgo	R.R.	R. atribuible	Evidencia de prevención
HTA	4	Alto (>40%)	Si (ECA)
Tabaco	1'7	Bajo (<15%)	Si (Obs.)
Sedentarismo	-	Medio	No
Alcohol (en exceso)	-	-	No
Dislipemias	-	-	Si (ECA)
Cardiopat. Isqué.	2'9	Media	Si (ECA)
Fibrilación auricular	1'8	Bajo	Si (ECA)
Diabetes	1'7	Bajo	No
Estenosis arte. Caró.	-	Bajo-medio	Si (ECA)

El riesgo atribuible es lo que se ahorraría si se consiguiera evitar ese factor de riesgo.

ECA: ensayos clínicos aleatorios.

Obs.: estudios observacionales.

El alcoholismo se asocia a veces a (ACV) pero por una causación muy indirecta.

Prevención primaria al intervenir sobre los factores de riesgo anteriores.

- Evitar la HTA.
- Prevención de aterosclerosis. (Medidas de precaución en las hiperlipemias, ejercicio físico, etc.)
- Evitar el tabaquismo.
- Tratamiento anticoagulante (gente con accidente isquémico transitorio)

En la prevención 2ª hay que hacer un buen diagnóstico, intervención temprana farmacológica y conocer los signos y síntomas de una lesión neurológica focal:

- Cefalea.
- Náuseas y vómitos.
- Pérdida de visión.
- Pérdida del habla o de la comprensión.
- Pérdida de funciones motoras o sensoriales.

Prevención terciaria: limitaciones funcionales.

- Alteración del lenguaje (expresión o comprensión)
- Dificultad para comunicarse.
- Parálisis central facial
- Hemiplejía
- Incontinencia de esfínteres
- Disfagia
- Disfunciones visuales
- Trastornos cognoscitivos
- Limitación de la movilidad
- Perturbación del autoconcepto
- Alteración de los procesos de pensamiento: síndrome demencial.

En la prevención secundaria la actuación va encaminada hacia el diagnóstico y tratamiento precoz.

En la prevención terciaria, hacia la rehabilitación: recuperación funcional; recuperación de la capacidad laboral.

Hipertensión arterial.

“elevación crónica de la presión arterial (PA) que se objetiva con cifras de, presión arterial sistólica de 140 mm de Hg o más, y de presión arterial diastólica de 90 mm de Hg o más en individuos sin tratamiento hipertensivo”. OMS

Medida correcta de presión arterial y diagnóstico de HTA.

Atención a errores del observador, del instrumento de medida o variaciones del sujeto.

Fenómeno de la “bata blanca” (aumenta la tensión en presencia de la enfermera), que se la tome en casa.

Diagnóstico: media de dos medidas en “triple toma” (tres tomas, se calcula la media y si hay más de 140/90, hay HTA).

Técnicas de AMPA (automedida de la presión arterial) y MAPA (monitorización ambulatoria de la presión arterial).

Etiología.

Existen dos formas de clasificarla, hipertensión primaria o esencial y HTA secundaria a otros problemas de salud. La mayoría (90%-95%) suele deberse a HTA primaria. Se da por la edad, factores de riesgo.

La HTA secundaria sistólica y diastólica se debe a los fármacos, renal, endocrina, coagulación aórtica, embarazo, neurológica, aumento del volumen intravascular. La HTA 2ª sistólica puede ser debida al aumento del gasto cardíaco, rigidez aórtica.

Clasificación de HTA en adultos mayores de 18 años.

Categoría	Sistólica	Diastólica
Óptima	<120	<80
Normal	<130	<85
Normal-alta	130-139	85-89 vigilar en HTA en jóvenes
Hipertensión		
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	160-179	100-109
Estadio 3	≥180	≥110, mayor riesgo

HTA. Frecuencia y distribución. (Estudios de prevalencia)

Alta prevalencia en la población española. Aumento con la edad.

En adultos 20-30% con cifras superiores a 160/95 hasta un 30-40% con cifras superiores a 140 /90.

En ancianos, la proporción de hipertensos es más alta (45-68%, según punto de corte).

Muchos no conocidos (55%) pocos tratados (325), muy pocos bien controlados (6-15%)

HTA. Consecuencias en salud.

- Aumenta el riesgo cardiovascular (CI, ECV e IC) y potenciando otros factores de riesgo.

- Aumenta la frecuencia de hipertrofia ventricular izquierda (FR específico cerebrovascular)
- Actúa como riesgo continuo y los riesgos son independientes de alta PAS y alta PAD.
- Predispone a formas subclínicas de infarto de miocardio.
- Lesiones de órganos diana: cerebro, corazón, riñón y vasos. Vigilar retina, corazón y riñón.

HTA. Factores de riesgo.

1. sal y otros componentes de la dieta.
2. Obesidad.
3. Alcohol.
4. Sedentarismo.
5. Influencias psicológicas y sociales.
6. Edad y sexo.
7. Factores genéticos.
8. Otras influencias.

Sal y otros componentes de la dieta. Grasas saturadas e insaturadas, colesterol, proteínas, Na, K, Ca, Mg. Más de 8-10 gr/día de sodio, factor asociado. Respuesta individual (excreción renal).

Sobre *la obesidad*: aumento de peso, incremento de cifras.

Alcohol más de 60-80 gr/día, prevalencia de HTA.

Sedentarismo, relación inversa entre la práctica de ejercicio físico y niveles de TAS.

Factores psicológicos y sociales. Alteraciones emocionales agudas, situación prolongada de estrés (controladores aéreos RR =5'6) clase social baja es más propensa a la HTA.

Edad y sexo, aumento de edad, aumento de TAS, y en los hombres hay mayor frecuencia antes de los 45 años. En las mujeres es más común a partir de los 65 años.

Factores genéticos, no determinados claramente.

Otras influencias, cafeína, altitud (a más altitud, menor tensión), temperatura(a Tª más alta, tensión más baja), ruido

HTA: tratamiento y plan de cuidados.

- Actitud terapéutica según RCV estadio y factores personales.
- Modificación de su estilo de vida:
- Abandono tabaquismo.
- Reducción del peso.
- Reducir ingesta de alcohol.
- Reducir sal a menos de 6 gr por día.
- Actividad física.

- Control de estrés y factores psicológicos.

Programa de prevención RCV-SESCAM, 2003.

Seguimiento.

- Cada tres meses en consulta de enfermería y anual en consulta médica.
- AMPA domiciliaria de dos tomas, (mañana y noche) en tres días, se calcula la media y se valora.
- Controles periódicos:
- Comprobar adherencia al tratamiento y efectos secundarios. (Cuando esto pasa, lo abandonan)
- Indagar sobre hábitos.
- Ver LOD (lesiones en órganos diana, riñón, retina y aurícula izquierda) y nuevos FRCV
- Medición correcta de PA
- Solicitar pruebas complementarias, si procede.
- Educación para la salud.

Tratamiento farmacológico.

- Diuréticos.
- Inhibidores adrenérgicos.
- Calcioantagonistas.
- Inhibidores de la ECA
- Vasodilatadores.

Factores que influyen en el paciente para seguir el tratamiento.

Negativos.

1. Falta de conocimientos sobre la importancia de la HTA.
2. Falta de información.
3. Efectos secundarios de la medicación.
4. Elevado número de drogas y/o tomas al día.

Positivos.

1. Información oral y escrita de la enfermedad y necesidad del tratamiento.
2. Información sobre efectos secundarios.
3. Controles periódicos de toma de la HTA,
4. Seguimiento periódico del equipo sanitario.
5. Actividades de información y EPS (autoayuda),

HTA. Educación para la salud (EPS)

¿Qué es una enfermedad crónica?

¿Qué es la HTA?

¿Qué significa que la HTA sea una enfermedad sintomática?

¿Cuál de las dos cifras es más importante?

¿Es siempre igual la HTA a lo largo del día? etc....

TEMA 4. ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

Cáncer: epidemiología y prevención.

El cáncer se define como un crecimiento excesivo y descoordinado de las células de un tejido que se hace autónomo respecto a los estímulos reguladores normales. Crecimiento y diferenciación fuera de control.

Las variaciones en la morbilidad por cáncer se deben:

- Diferencias en hábitos personales. Tabaco, alcohol, sol.
- Diferencias en cánceres del tracto gastrointestinal y otros endocrino dependientes.
- Diferencias en exposiciones ocupacionales, fármacos, radiación o factores genéticos o hereditarios.

Epidemiología descriptiva.

Fuentes de información: registros de incidencia y mortalidad por cáncer. Registros de base poblacional (Europa, 9 ciudades españolas entre ellas, Albacete) publicación por IARC (agencia internacional de investigación sobre el cáncer).

Etiología. Factores de riesgo.

Agentes biológicos: papel oncogénico de ciertos virus: relación clara VHB, VHC con cáncer de hígado, virus Epstein Barr y ciertos linfomas, papilomavirus y cáncer de cervix.

Susceptibilidad genética, investigación en biología molecular. Dos tipos de genes, los que codifican enzimas metabólicas y los genes supresores del tumor (pauta familiar),

Los carcinógenos químicos requieren una activación metabólica y esta es variable individualmente.

Terapia hormonal. La terapia hormonal sustitutiva con estrógenos y el uso de anticonceptivos combinados. Son carcinógenos para cáncer de cervix y carcinoma hepatocelular.

Factores genéticos y ambientales.

Evolución del cáncer (esquema de Denoix) (por fotocopia).

Prevención del cáncer.

- Prevención primaria, cambios en el estilo de vida (tabaco, dieta sana y actividad física)

Patología Multicausal

Pilares de la prevención, mejor conocimiento de FR, legislación, tabaco, alimentos y laboral.

Educación para la salud, código europeo contra el cáncer (CRC)

- Prevención secundaria, el diagnóstico interrumpe la evolución. Reconocimiento de síntomas y programas de detección precoz.

Cáncer de mama, mamografía 50-70 años de edad S (sensibilidad de la prueba) 75-88% y E (especificidad) 83-98% auto examen de mama AEM, examen clínico de mama ECM.

Cáncer de colon, sangre oculta en heces (da muchos falsos +) y sigmoideoscopia (tampoco es muy fiable por su baja S) en mayores de 50 años.

Cáncer de cervix y útero. Papanicolau (palpación de la zona) a mujeres sexualmente activas. S muy baja E 9%.

Cáncer de próstata, pulmón y piel no se recomienda cribado de rutina.

Código europeo contra el cáncer.

Medidas de prevención primaria.

1. No fume. Si es fumador deje de fumar. No lo haga delante de otras personas.
2. Si bebe alcohol, modere su consumo.
3. Aumente el consumo diario de verduras y frutas frescas. Tome cereales con fibra.
4. Evite el exceso de peso, haga ejercicio.
5. Evite las exposiciones prolongadas al sol.
6. Respete las normas sobre exposiciones a sustancias consideradas cancerígenas.

Medidas de detección secundaria y detección precoz.

7. Consulte a su médico si nota algún bulto, herida que no cicatriza, lunar que cambia o pérdida anormal de sangre.
8. Consulte a su médico si persisten problemas como ronquera o tos permanentes, cambio en los hábitos intestinales, alteraciones urinarias, pérdida anormal de peso.

Para las mujeres.

9. Hágase un frotis vaginal regularmente.
10. Examine periódicamente sus senos.
11. Participe en los programas de detección precoz de cáncer de mama y cervix.

Diabetes.

Es un estado de Hiperglucemia crónica debida a una deficiencia de la hormona insulina que segregan las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas. (o también porque hay una resistencia en los tejidos a la insulina).

Diabetes tipo 1, no hay producción de insulina.

Diabetes tipo 2, no es eficaz la insulina o no hay suficiente.

Importancia sanitaria y social.

- Elevada prevalencia.
- Enfermedad invalidante. Secuelas.
- Repercusiones psíquicas.
- Alto coste económico, social, familiar, sanitario.
- Ingresos hospitalarios.
- Pérdidas de horas de trabajo.
- Jubilaciones anticipadas.
- Menor esperanza de vida y calidad.

Clasificación de la diabetes

Diabetes mellitus tipo 1. Infancia o pubertad.

- Por procesos autoinmunes, se activa por determinados factores externos (lesiona las células beta)
- Idiopática, menos frecuente.

Diabetes mellitus tipo 2, la debida a obesidad, es más frecuente, por cada caso de DM1 hay 9 de DM2.

- Resistencia insulina, déficit relativo de insulina.

Homeostasis de la glucosa alterada.

- Glucemia basal alterada. (más riesgo de acabar diabético)
- Tolerancia alterada a la glucosa.

Diabetes gestacional.

Otros tipos específicos.

- Defectos genéticos en la función de la célula beta o en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas, endocrinopatías. Fármacos y drogas, infección, otros síndromes genéticos.

	G. basal	G. Azar	Postpandrial 75gr.
Glucemia normal	<110 mg/dl	≠	<140 mg/dl
Diabetes mellitus	≥126 mg/dl	≥200 mg/dl	≥200 mg/dl
G. basal alterada	>110-126 mg/dl	≠	<140 mg/dl
Tolerancia alterada a la glucosa	<126 mg/dl	≠	>140-200 mg/dl

(Postpandrial 75: después de una ingesta de 75 gr de glucosa, por ejmp. en el desayuno)

Epidemiología.

Prevalencia de diabetes en general.

- Conocida entre el 1 y el 3 % de la población.
- Desconocida entre el 2 y el 4 %
- En España 2'8-3'9%

Incidencia.

DM1: 10-12 casos/100000 p/año menores de 15 años.

DM2: 60-150 casos/100000 p/año mayores de 20 años.

Prevalencia de la DM1 0'2% de la población.

Prevalencia de la DM2 2-6 % de la población.

- Mayores de 65 años 10-15 %
- Mayores de 85 años 20%

OMS y federación internacional de diabetes

- Incremento del 122% (de 115 a 300 millones en el 2025)

Mortalidad.

Menor esperanza de vida DM1 y DM2: 10 años APVP en promedio.

Países desarrollados, 4ª-8ª causa de muerte.

- Europa, tasa de mortalidad 7'9-32'2/100000hab.
- España, tasa de mortalidad 23'2/100000hab.

Primera causa en DM1; insuficiencia renal por neuropatía.

Primera causa en DM2; infarto de miocardio (50-60%).

Factores de riesgo de la diabetes tipo 1.

Enfermedad autoinmune, de etiología multifactorial con cierto grado de predisposición genético.

Factores genéticos; antecedentes familiares en el 10-20% de los casos riesgo en la descendencia entre 2-3 % de madres y 5-6% del padre. Genes localizados en la región HLA Gr6.

Factores ambientales.

- Ingesta de nitratos/nitritos (estudios ecológicos)
- Leche de vaca y otras proteínas: caseína.
- Infecciones víricas, virus coxsackie, rubéola, parotiditis.
- Ambiente frío, pubertad actúan como promotor/precip.

Factores de riesgo de la diabetes tipo 2.

Factores genéticos, asociación familiar clara. Alta prevalencia entre hermanos, hijos y padres diabéticos (38-32 y 21%) no se ha identificado ningún marcador genético.

Factores ambientales.

- Obesidad: FR más importante, 80% son obesos. Relación con IMC a partir de IMC mayor de 22. Mayor resistencia insulínica (de los tejidos). La obesidad abdominal aumenta el riesgo.
- Tipo de dieta. Cantidad y calidad de la grasa. Calorías.
- Actividad física. Sedentarismo se asocia con diabetes. Efecto protector del ejercicio físico.
- Hiperlipemia e hipertensión (resistencia insulínica)

Evolución. Complicaciones.

Microangiopatías, duración de la diabetes y el mal control metabólico.

Macroangiopatías, relacionadas con dislipemia, obesidad, HTA, tabaco.

Retinopatía, a los 20 años de evolución de prevalencia 67%

Según la ONCE, es la tercera causa de deficiencia visual (ceguera 2%)

Riesgo de pérdida de visión 20 veces superior.

Detección precoz, fotocoagulación, detiene su progresión en el 70%.

Nefropatías.

- El 30-40% de pacientes con 20 años de evolución algún grado de alteración.

- RR de insuficiencia renal, 25 veces superior.
- Principal causa de muerte en diabetes iniciada en la edad juvenil.

Neuropatías.

- Afectación del 10% en el momento del diagnóstico.
- Infrecuente en niños.
- Afecta al 50% a los 25 años de evolución.

Enfermedad cardiovascular.

- Riesgo de 2-4 veces mayor que en no diabéticos.
- Mortalidad más elevada por ACV
- Mortalidad por infarto mayor en menores de 40 años.
- Enfermedad arterial periférica...gangrena.

Aproximadamente el 50% de las enfermedades no traumáticas.

Tratamiento, objetivos.

- Evitar hiper-hipoglucemias.
- Reinstaurar el peso normal (DM2)
- En niños, crecimiento y desarrollo adecuados.
- Evitar complicaciones neonatales y obstétricas.
- Lograr la normalidad bioquímica.
- Prevenir, retardar y aminorar la gravedad de las complicaciones.
- Integración social.

Dieta-ejercicio físico-educación.

Prevención.

Prevención primaria.

Modificar factores ambientales que desencadena el proceso autoinmune en DM1 (en estudio)

Consejo genético.

Obesidad y factores externos. Modificables en DM2.

Prevención secundaria.

Diagnóstico precoz.

- Inducir la remisión está en estudio.
- Modificar evolución, prevenir complicaciones y mejorar la CV.
- Cribado con marcadores inmunológicos a familiares de DM1.
- Cribado en mayores de 45 años o con algún FR para DT2 (glucemia basal)

Prevención terciaria.

Acciones destinadas a evitar o retrasar las complicaciones.

Control metabólico.

Prevención de complicaciones: retinopatía, nefropatía y ECV

Rehabilitación y reinserción.

En todos los niveles de EPS.

Control metabólico de la diabetes. Consenso europeo sobre DM tipo 2.

	Bajo riesgo	Riesgo arterial	Riesgo micro vascular
Hb A1c%	≤6'5	>6'5	>7'5
Glucemia (mg/dl) en plasma venoso	<110	≥110	>125
Autoanálisis domiciliario	Basal <100	≥100	≥110
	Postprandial <135	≥135	>160

Programa de prevención de ECV

Tratamiento y plan de cuidados de la diabetes.

- Tratamiento escalonado: dieta y ejercicio, antidiabéticos orales e insulina. Individualizado.
- Dieta: como parte fundamental del tratamiento: conseguir el normopeso y normoglucemia.
- Repartir en 4-6 tomas/día, horarios regulares y pesar los alimentos.
- Ejercicio. Moderado, adecuado a la edad y regular.
- Abstención total del tabaco.
- Abstinencia o consumo moderado de alcohol.
- Educación. EPS, conocimientos, habilidades y actitudes.
- Autoanálisis. Autocontrol y autocuidado.

Control metabólico de la diabetes.

Objetivos; prevenir complicaciones agudas y crónicas y facilitar una vida normal.

Seguimiento continuo.

Mediante inclusión en programas: la OMS recomienda la aproximación horizontal (incide en los factores e riesgo que esa enfermedad y sobre otras enfermedades relacionadas con la otra y que comparten FR)

Control de otros FRCV.

- Pérdida de peso y mantenerlo.
- Control de PA menor de 130/80 mm de Hg.
- Control del perfil lipídico.

Periodicidad; 3-4 visitas al año de enfermería y dos visitas médicas.

Valoración y atención de enfermería.

- Anamnesis, síntomas de descompensación, complicaciones, hipoglucemia, lesiones en pies y hábito tabáquico.
- Evaluación de la libreta de autocontrol y del cumplimiento terapéutico.
- Exploración; peso de índice de masa corporal, pies, PA, glucemia, zonas de inyección...
- Educación diabetológica.

Dieta.

Calorías

Hidratos de carbono

- 50-60% del aporte calórico.
- No a los de acción rápida.

Grasas.

- Máximo el 30%.

Proteínas.

- Del 15 al 25 %

Alcohol.

- Elevado poder calórico, favorece las hipoglucemias.

Fibra.

- Retarda la absorción de los hidratos de carbono y disminuye la intensidad de las hiperglucemias postprandiales.

Educación para la salud.

1. Concepto de diabetes. Sintomatología y factores de riesgo.
2. Dieta. Valor calórico. Proporción entre principios inmediatos. Horario y distribución de las comidas.
3. Ejercicio físico.
4. Tratamiento farmacológico. Insulina. A. orales, técnica de aplicación de la insulina.
5. Normas higiénicas generales. Situaciones especiales, viajes, medicación, vacunas, etc.
6. Autocontrol, autoanálisis de niveles de glucosa.
7. Complicaciones.
8. Aspectos sociales de la diabetes. Relaciones sociales, recursos.

EPOC

Concepto.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Proceso con deterioro de la función pulmonar caracterizado por reducción de los flujos espiratorios máximos de la capacidad de vaciamiento pulmonar y una limitación al flujo aéreo, que es irreversible y lentamente progresiva.

Entidades que agrupa.

Bronquitis crónica, enfisema, asma, bronquiectasias.

Epidemiología descriptiva.

- Prevalencia de EPOC en España: 9% (40-70 años)
- Varía con la edad: rara en menores de 40% y 20% en varones mayores de 65 años.
- Más frecuente en varones (exposición a FR)
- Mayor prevalencia en ciudades que en medio rural.
- Se asocia a nivel socioeconómico bajo.
- En España fue la quinta causa de muerte en 1995.
- Tasa de mortalidad más alta en varones.
- Favorece la mortalidad por ECV.
- Alta incapacidad: a los 7'5 años del diagnóstico la mayoría no pueden realizar un trabajo productivo.
- Repercusiones familiares y sociales.

Factores de riesgo.

Tabaco.

- Engrosamiento del moco.
- Hipertrofia de las glándulas de las mucosas.
- Alteraciones en la elasticidad del bronquio.
- Destrucción de los cilios.
- Disminución de la capacidad fagocitaria.
- En el 90% de EPOCs son antecedentes de tabaquismo.
- RR 10%.

Contaminación.

- Ambiental. Ozono.
- Laboral: polvo, sulfhídrico, etc.

Clima-estación.

- Aumento de la morbi-mortalidad en meses fríos.
- Humedad y niebla.

Nivel de vida

- Clases sociales bajas.
- Relación; trabajo y vivienda, exposición a tóxicos.

Factor constitucional.

- Predisposición genética. Afecciones que dificulta la ventilación.

Infecciones frecuentes.

- Reagudizaciones; H Influenza, D neumoniae, etc.

Diagnóstico y clasificación de la EPOC

Limitación crónica del flujo aéreo respiratorio (irreversible, excepto en el asma).

Clínica: expectoración, tos y disnea.

Diagnóstico; medidas espirométricas. FEV₁, CV y EEV/CV (si es menor o igual a 70% indica EPOC)

Categorías de EPOC según la evolución.

Estadio I FEV₁ menor o igual 50%

Estadio II FEV₁ entre 35 y 49%

Estadio III FEV₁ menor al 35%

Calidad de vida, pronóstico y recomendaciones clínicas.

Medidas de prevención y control de la EPOC.

Prevención primaria:

- Evitar el tabaquismo o propiciar al abandono (eficaz para recuperar función pulmonar)
- Proteger a niños del tabaquismo pasivo.
- Evitar la exposición a contaminantes aéreas.

Prevención secundaria:

- Diagnóstico precoz y tratamiento apropiado.
- Detección mediante espirometría, a individuos de alto riesgo; fumadores, trabajadores expuestos, personas con problemas respiratorios recurrentes y personas con múltiples exposiciones.
- Tratamiento precoz, dejar el tabaco aumenta la supervivencia, vacuna antigripal. Fármacos; aerosoles.

Tratamiento farmacológico. Broncodilatadores, corticoesteroides, oxígeno (tratamiento domiciliario)

Prevención terciaria; rehabilitación pulmonar.

- Mejora la calidad de vida y disminuye la mortalidad.
- Debe incluir educación sanitaria, ejercicio físico, control de infecciones respiratorias, terapia ocupacional, rehabilitación psicosocial y apoyo psicológico.
- Atención domiciliaria por cuidadores familiares y con apoyo de los servicios sociales y sanitarios.

TEMA 5. OTRAS ENFERMEDADES CRÓNICAS: CARIES.

Concepto y características.

Proceso patológico que afecta a la estructura dura del diente localizado de origen multifactorial y de evolución crónica que provoca un reblandecimiento del tejido duro del diente y evoluciona hacia la formación de una cavidad.

Problema de salud pública.

- Alta prevalencia
- Repercusiones sobre la salud; dolor, pérdida de piezas, infecciones locales y a distancia, etc.
- Altos costes sanitarios.

Inclusión de la atención a la salud buco dental en AP (1995)

Degradación de la capa más externa del diente por hidratos de carbono en la dieta, proceso metabólico de los hidratos de carbono. Bacterias sobre los restos de HC adheridos al diente, se produce una placa que crece y luego desmineraliza y destruye las proteínas de la dentina y el esmalte.

HC: ácidos por bacterias, acción acidulante.

Historia natural de la caries.

- Lesión inicial: desmineralización en la superficie del esmalte (mancha blanca).
- La lesión puede revertir o no. La capa superficial se desmorona y aparece la cavidad (lesión clínicamente detectable).
- Contaminación de la dentina y lesión más profunda y extensa.
- Los gérmenes llegan a la pulpa (pulpitis) y aparece dolor intenso. Después necrosis pulpar, periodontitis, foco infeccioso agudo o crónico.
- Dientes más propensos y superficies de más riesgo, los más propensos son los primeros molares, segundos molares, incisivos y premolares; las superficies de más riesgo son las oclusales y laterales (proximales o mediales).

Indicadores. (Para ver el alcance de la caries).

Prevalencia de caries dental

Nº de personas con caries, con piezas dentarias y obturadas entre el nº total de personas examinadas por 100.

CAO, el que más utiliza la OMS, pero las necesidades pueden ser distintas.

Nº de piezas cariadas más nº de piezas ausentes más nº de piezas obturadas ente el nº de personas examinadas por 100. (En personas con dentición definitiva).

CO: para dientes de leche.

Nº de piezas cariadas más número de piezas temporales obturadas entre el nº de niños examinados por 100.

CAO (s) de superficie.

Nº de superficie cariada más nº de superficie ausentes más nº de superficies obturadas entre el nº de personas examinadas por 100.

Índice de restauración da idea de asistencia sanitaria.

Nº de dientes permanentes obturados ente nº de dientes permanentes cariados más número de dientes p. ausentes más nº de dientes permanentes obturados por 100.

Caries epidemiología.

- De una altísima prevalencia (90%), está en regresión: éxito de la prevención.
- Prevalencia inferior al 60%. Menos de dos piezas afectadas.
- En España (años 80): prevalencia en Escolares 64% y 1'9 piezas afectadas (tratadas 95%)
- Objetivos de la OMS (2015) evitar exodoncias, índice CAO: menor a 1'5 (1 obturada), dientes libres de caries a los 5-6 años: 80%

Factores causales.

Factores microbianos.

- Placa dental; bacterias, materia orgánica e inorgánica. Adherida finalmente a la placa dental.
- Microorganismos; estreptococos acidógenos. (s. mutans) y otros lactobacilos.
- Cuantos más hidratos de carbono se ingieran y más tiempo permanezca, hay más riesgo.

Factores de huésped.

- Edad: menores de 20 y mayores de 40.
- Diferencias familiares.
- Factores constitucionales: características de la saliva y morfología de los dientes. La saliva neutraliza la composición de los ácidos, es alcalina.

Factores ambientales:

- Dieta: sacarosa y otros componentes.
- Hábitos de higiene dental.
- Geografía: diferente composición de flúor en el agua. Las aguas son más fluoradas, la prevalencia es menor.

Factores sociales.

- Campañas de odontólogos, asistencia gratuita, etc.

Prevención de la caries.

- Aumentar la resistencia del huésped (flúor, fosfatos, sellado de fisuras, corregir maloclusiones e inmunización (inmunoglobulina A en estudio).
- Reducir microorganismos (control de la placa dental).
- Modificar los factores ambientales adversos (dieta).
- Limitar el tiempo de permanencia de los alimentos cariogénicos en la boca.
- Para todo esto es importante intervenir con educación para la salud.

Flúor. Recomendado por la OMS. 0'7-1'2 partes por millón (composición adecuada en el agua).

- Endurece el diente, acción antienzimática, y efecto bacteriostático.
- *Vía general:* fluoración del agua de bebida, sal o tabletas de flúor.
- *Vía tópica:* colutorios fluorados (diarios: en casa, semanales: en el cole), dentífricos con flúor, chicles, aplicación tópica por profesionales.
- Riesgo de fluorosis. Cuando la concentración de flúor es alta en el agua, dientes amarillos. Intoxicación aguda por ingerir flúor.

Control de la placa.

- Eliminación mecánica. Cepillado dental y remoción regular por profesionales.
- Agentes antimicrobianos: enjuagues diarios.
- Importancia de la correcta higiene dental.

Prevención primaria.

- Administración de flúor.
- Higiene bucodental.
- Dieta adecuada.
- Corrección de anomalías.

Prevención secundaria.

- Asistencia odontológica y estomatología conservadora.

Enfermería y salud bucodental.

Captación.

- Consulta de pediatría.

- Reconocimientos escolares.

Educación.

- Enseñanza básica sobre alimentos consejo, motivación en cambios dietéticos IHO* (índice de higiene oral).

*Técnica de cepillado.

Hilo dental.

Utilidad del flúor.

TEMA 6. DEPENDENCIAS.

Consumo de alcohol y alcoholismo.

- Conceptos.
- Clasificación y etiología.
- Epidemiología, medidas de consumo y evitación de daños.
- Efectos orgánicos.
- Marcadores de consumo.
- Consecuencias psicosociales.

Alcoholismo. Conceptos.

“enfermedad crónica producida por el consumo excesivo y mantenido de alcohol en la cual aparece al menos uno de estos síntomas: incapacidad de abstenerse o incapacidad de detenerse en el consumo”

“Hay alcoholismo cada vez que el consumo excesivo y mantenido de alcohol perjudica a la sociedad, al individuo o a ambos”.

“Alcohólico es el individuo que aporta más del 20% de sus calorías diarias por bebidas alcohólicas aunque no se embriague”.

Ingesta excesiva, tolerancia, dependencia.

Definición.

Enfermedad crónica. Incapacidad de abstenerse y/o de detenerse en el consumo.

Alcoholemia: nivel de sangre. Dintel (nivel a partir del cual ya hay trastornos neurológicos) 0'3-0'4 g/l.

Grado alcohólico: porcentaje de alcohol de una bebida.

Clasificación según consumo:

- Abstemio: bebedor social.

- Bebedor ocasional en exceso.
- Bebedor problema o alcohólico.

Etiología.

Causa necesaria; ingesta frecuente.

Otras causas: disponibilidad, ambiente social, factores laborales, clima, enfermedades de base.

Epidemiología.

Del consumo:

- El 13'7% de los españoles consume alcohol a diario.
- 21'7 son hombres y 6'2 mujeres
- El consumo diario crece con la edad.
- Estudio en Madrid: el 44% de jóvenes (15-16 años) se emborracha una vez al mes.
- Inicio de consumo de alcohol a 13'5 años.

Consecuencias:

- Un 7% de los adultos estadounidense es alcohólico.
- Unas 20000 personas/año mueren en España.
- 55000 jóvenes en estados unidos fallecen/año por alcohol.
- El alcohol es la principal causa de muerte asociada a alguna adicción.
- Se vincula a: accidentes de tráfico, siniestrabilidad laboral y violencia doméstica.

Consumo de alcohol y alcoholismo

Epidemiología y situación social.

Entre 1980 y 1995 el consumo disminuye.

Los APVP (años de vida potencialmente perdidos). Crecen hasta 1990 (accidentes) y disminuyen después.

Prevalencia de alcoholismo 7% de la población. Se da más en hombres, crece en mujeres.

Costes sociales: ingresos hospitalarios, el absentismo laboral aumenta, mayor estadío (días ingresado en el hospital), etc.

No se han abordado políticas de control de la oferta. Se ha progresado en la limitación del daño.

Criterios diagnósticos de alcoholismo.

Se considera a una persona alcohólica si cumple al menos 3 de las siguientes condiciones:

- Tiene tolerancia al alcohol.
- Sufre síndrome de abstinencia si no consume alcohol.
- Deseo persistente, no puede reducir el consumo.
- Uso del tiempo mediatizado por el acceso o los efectos del alcohol.
- Abandona otras actividades.
- Continúa bebiendo pese a los efectos perjudiciales.

Repercusiones orgánicas del consumo excesivo de alcohol, enfermedad alcohólica:

Aparato digestivo.

- Estómago: gastritis aguda, agrava la enfermedad ulcerosa péptica.
- Intestino: trastornos de la absorción y alteración en la morfología (microlesiones), diarrea, frecuente en enfermos crónicos.
- Relación alcoholismo-nutrición: círculo vicioso con déficit nutricional.
- Trastornos metabólicos y sobrecrecimiento bacteriano intestinal.
- Páncreas: pancreatitis aguda y crónica.
- Hígado: clara relación entre duración del alcoholismo, cantidad ingerida y daño hepático. Esteatosis hepática, hepatitis alcohólicas y cirrosis.

Cardiopatía alcohólica.

- Miocardiopatía alcohólica: fibrosis, hipertrofia, arritmias, alteración en ECG.

Trastornos hematológicos.

- Anemia (carencial, ferropénica, o por hemólisis).
- Alteración en leucocitos y plaquetas.

Efectos sobre la masa ósea: osteoporosis.

Trastornos neurológicos.

- Intoxicación alcohólica aguda: embriaguez, coma alcohólico e hipoglucemia alcohólica.
- Síndrome de abstinencia (delirium tremens).
- Intoxicación alcohólica crónica: encefalopatía, síndrome de Kar Sakoff, polineuropatía alcohólica, atrofia, etc.

Consecuencias del alcoholismo.

Disminución de la esperanza de vida e incremento de la mortalidad en los alcohólicos.

Costes sociales: ingresos hospitalarios (en especial, psiquiátricos) alta estadía, absentismo laboral, gasto en asistencia y seguros, etc.

Incrementa el riesgo de accidente y su gravedad implicando en el 40% de los accidentes de tráfico y en el 15-25% de los accidentes de trabajo.

Problemas de relación: familia enferma. Dificulta las relaciones interpersonales (de pareja, y parentales).

Marcadores de consumo.

Consumo reciente:

- Alcoholemia.
- Hidroxitriptofol (5-HTOL), en orina y LCR (varias horas).

Consumo crónico:

- VCM (volumen corporal medio) de hematíes crece (macrocitosis que desaparece a los 3-4 meses de abstinencia).
- GGT (gamaglutamil transpeptidasa) Alta, S (sensible).
- GOT alta y relación GOT/GPT > 1'5.
- Transferrina desialilada? (fines médico legales) se normaliza a las dos semanas de abstinencia.

Control e abstinencia:

- Determinación seriada de alcohol en orina.

Política salud 21 para Europa (OMS).

21 objetivos para el siglo XXI.

Objetivo 12: reducir los daños derivados del alcohol, drogas y el tabaco:

“para el año 2015 deberían haberse reducido significativamente en todos los estados miembros los efectos negativos para la salud derivados del consumo de sustancias que producen dependencia como tabaco, alcohol y psicotropos.”

Objetivos e indicadores.

- Incrementar el porcentaje de no fumadores al 80% de mayores de 15 años.
- Consumo de alcohol menor a 6 litros por habitante y por año.
- Disminuir en un 25 % la prevalencia. Y en un 50% la mortalidad por uso de drogas psicótropas ilegales.

Prevención y control de riesgos.

- El consumo moderado de alcohol no parece tener efectos adversos sobre la salud.
- Políticas integrales: ayudar a los bebedores, problema y control sobre la oferta.
- Prevención 1ª: sobre la población general y grupos de riesgo (EPS).
- Prevención 2ª: detección precoz del individuo con adicción.

- Prevención 3ª: dirigida a las personas alcohólicas y sus familias.
- Reducir daños e inserción social.

Control de la oferta de alcohol.

- Fijar edad mínima para comprar bebidas alcohólicas y para entrar en establecimientos.
- Separar el inicio del consumo de alcohol del inicio de la conducción de vehículos.
- Fomentar incrementos de precio y fiscales.
- Reducir el acceso, limitar horarios y lugares.
- La promulgación de normas no es suficiente.
- Consumo moderado y responsable.

Drogadicción.

Concepto de droga.

La OMS considera droga: “toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o más funciones de éste”.

En criterio más estricto: “sustancia que sea capaz de modificar la conducta del sujeto, condicionado por los efectos inmediatos o persistentes y de la que se produce en mantenimiento en el uso”.

Drogodependencias; clasificación. Farmacología.

Depresores del SNC-neurolépticos.

- Opiáceos y derivados. (efecto depresor)
- Barbitúricos e hipnóticos.
- Tranquilizantes menores. (benzodiazepinas).

Estimulantes o analépticos:

- Aminas no catecólicas. (efedrinas, etc.)
- Cocaína y derivados sintéticos.

Psicodislépticos o perturbadores:

- LSD, cannabis, Inhalantes.
- Mescalina.

Criterios de peligrosidad de OMS.

- Dependencia física. Es más peligrosa (heroína, alcohol)
- Dependencia rápida. (en menor tiempo, heroína).
- Mayor toxicidad. (pastillas)

Factores causales.

1. Factores sociales: oferta, presión de modelos sociales, deficiencias sistema sanitario, inadaptación social, etc.
2. Factores familiares: ejemplo de los padres, problema de convivencia, etc.
3. Factores escolares: falta de abordaje del problema, marginación, alumnos problemáticos.
4. Factores individuales: herencia, trastornos previos de la personalidad, motivaciones personales.

Epidemiología.

Indicadores indirectos: decomios (fuentes policiales) 0'5- 10% grupo general de drogas, detención, robos.

Indicadores directos. Mortalidad, urgencias hospitalarias, encuestas.

Patrones de conducta y cambios de hábitos y actitudes.

Alcohol; aumento de la demanda de asistencia, aumenta el alcoholismo juvenil, bebedores compulsivos en fin de semana jóvenes, policonsumo.

Heroína; perfil inicial varón, 28-30 años intravenosa. Aumenta la inhalación y disminuye la vía intravenosa.

Cocaína; se aprecia aumento y efectos secundarios, poca conciencia de toxicomanía.

Drogas de síntesis; crece el consumo de crack, MDMA y otras: policonsumo.

Efectos de las adicciones.

Trastornos tóxicos inmediatos:

- De la afectividad.
- De la vivencia del yo.
- De la percepción.

Trastornos tóxicos diferidos:

- Sentimiento de culpa.
- Cuadros depresivos.
- Cuadros paranoides.
- Flash Back.

Trastornos por acumulación crónica;

- Psicosis, esquizofrenia, demencia.

- Apatía, agresividad, primitivización.
- Síndrome de abstinencia; ansiedad, paroxismo...

Riesgos indirectos;

- Hepatitis, SIDA y otras infecciones.
- Intoxicaciones por adulteración y sobredosis.

Prevención y tratamiento.

Prevención.

- Potenciar actividades sustitutivas.
- Disminuir la oferta.
- Transformar las situaciones de riesgos.
- Evitar la marginación.
- Educar en el (algo).

Tratamiento.

- Desintoxicación.
- Deshabituación.
- Recuperación psíquica y orgánica.
- Reinserción social.

Personalizar, motivación del sujeto, constancia.

Alternativas terapéuticas.

Programas libres de drogas (PLD):

- Mantener la abstinencia con diversas medidas y psicoterapia.
- Apartar al enfermo del ambiente previo.
- Comunidades terapéuticas. Antagonistas de opiáceos.

Programas de reducción del daño (PRD).

- El consumo se haga con mayores garantías higiénico-sanitarias y de modo más responsable.
- Evitar compartir material de inyección.
- Paso a otras vías (no IV) de consumo.
- Reducción del consumo de drogas: abstinencia.

Programas de intercambio de jeringuillas (PIJ).

- Máquinas, farmacias, centros móviles, prisiones.

Plan nacional sobre drogas. (Creado en 1985).

- Reducción de la oferta y la demanda.

- Aumento de la seguridad ciudadana.
- Ofertar una red pública de servicios de atención.
- Apoyo y vigilancia de colectivos especiales.
- Coordinación y cooperación entre AO o instituciones sociales implicadas.
- Promover la investigación y la formación.

Plan regional de drogas.

Pretende la reducción de los problemas sociales e individuales asociados al abuso de drogas, favoreciendo el desarrollo de hábitos saludables en la población y mejorando la calidad de vida de los ciudadanos de CLM.

Objetivos generales.

- | | |
|--|------------------|
| ■ Prevención. | ■ Formación. |
| ■ Tratamiento. | ■ Investigación. |
| ■ Integración social de drogodependientes. | ■ Coordinación. |

Tratamiento de las drogodependencias.

Red asistencial.

EAD (9 áreas de salud). Plazas de tratamiento en régimen residencial y en unidades de desintoxicación, recursos intermedios (pisos tutelados hasta 6 meses).

Objetivos y programas.

Mantener y mejorar los EAD, evaluar protocolo asistencial, programas de reducción del daño (metadona), coordinación con AP, actuación con grupos de riesgo (reclusos) y coordinación con instituciones penitenciarias, menores, coordinación de recursos.

Equipos de atención a drogodependencias.

- Recurso terapéutico para tratamiento ambulatorio.
- Recurso base de la red de asistencia pública en CLM (9 áreas de salud).
- Dependencia PRD y otras instituciones: Cruz roja y ayuntamientos.
- Equipos multiprofesionales: enfermería, medicina, psicología, trabajo social y auxiliar administrativo, en Albacete ubicado en Ramón Menéndez Pidal, coordinación con APS y otros recursos.

Incorporación social. Principios y objetivos específicos (PRD 1996-99)

UNESCO. (1980) indicar los programas de inserción desde el inicio del tratamiento y seguir hasta el postratamiento.

ONU (1987) la reinserción como proceso de normalización de las personas en su vida libre de drogas.

Parte de la decisión del toxicómano. Proceso de vinculación efectivo y activo en la realidad social post-crisis.

Objetivos en cuatro ámbitos:

- Individual. Rearme psicológico del sujeto (despersonalización anterior).
- Familiar. Aceptación de la situación y del individuo.
- Social; integración del paciente en el ámbito comunitario (red de apoyo).
- Laboral; preparar al sujeto para su integración laboral posterior.

Proceso de socialización, itinerarios de inserción individual.

Tabaquismo.

Conceptos.

Se considera fumador/a a la persona que ha consumido al menos un cigarro diario en el último mes.

Fumador “consonante” es aquel que está de acuerdo con seguir fumando (o con demasiadas dudas para dejarlo).

Fumador “disonante” es aquel que ya no está de acuerdo con seguir fumando y es capaz de fijar una fecha para dejarlo antes de treinta días.

Importancia del tabaquismo.

- El tabaco se introduce en España en el siglo XVI.
- Una alta proporción de la población adulta fuma (35% en el 2001).
- El 90% conoce los efectos nocivos.
- Crece el tabaquismo en jóvenes (15-19 años): 36'1% en chicos y al 35'9 %en chicas.
- El tabaquismo desciende con la edad.
- La encuesta nacional de salud (ENS) aprecia un descenso leve pero sostenido.
- El 34% de las mujeres españolas fuma durante el embarazo.
- Se estima que un 10% ha abandonado el hábito en los últimos 15 años.

Valoración de la situación.

- Uno de cada tres españoles mayor de 15 años fuma (35'5%)
- Consumo de cigarrillos por habitante: 2'250 en 1997 (2'500 en 1980)
- Descenso modesto: en varones baja del 55% a 45% y en mujeres sube del 23% al 27%.
- Las muertes atribuidas al tabaco crecen (unas 50000 anuales). Crece el cáncer de pulmón.
- Avances; muchos fumadores de edad media han abandonado el hábito. Tratamientos más eficaces. Mayor implicación de sanitarios/as.

Tóxicos contenidos en el tabaco.

Gases irritantes y reductores (CO), el dióxido de carbono causa hipoxia tisular, se une con la hemoglobina en vez del oxígeno formando carboxihemoglobina, aumento de hematíes.

Nicotina responsable del hábito (aumento de la frecuencia cardíaca y del gasto cardíaco, aumento del riesgo de aterosclerosis) la nicotina pasa al feto y a la leche materna.

Breas y alquitranes carcinogénicos, hidrocarburos aromáticos policíclicos, provocan cáncer.

Ácido cianhídrico: compite con algunas enzimas.

Papel del cigarrillo también tóxico.

Factores agravantes y asociados.

Asociación con otros tóxicos (amianto, alcohol aumento del riesgo de aterosclerosis, anovulatorios: píldora).

Hábitos de consumo: mantener el cigarro en la boca; cáncer de labio, de lengua.

Número de cigarrillos/día. ¿Cuál es el primer cigarro del día?, sirve para valorar el grado de dependencia.

Número de cigarrillos/año. Se calcula como unidad de referencia: un paquete/año acumulado: 20 cigarrillos/día.

20 años 20 cig./día → 20 paquetes/año acumulado.

Efectos nocivos del tabaco.

- Problemas respiratorios, EPOC, cáncer de pulmón.
- Alteraciones digestivas: favorece recidivas de úlceras pépticas, disminuye el apetito (a partir de 8c/d), sarro.
- Alteración del sistema nervioso central y sentidos, pierde capacidad intelectual.
- Cardiovasculares, infartos, aterosclerosis, accidentes cerebrovasculares.
- Asociación de diferentes tipos de cáncer: faringe, laringe, esófago, pulmón, vejiga, estómago.
- Disminución de la esperanza de vida.

Efectos del tabaquismo pasivo.

Embarazadas: riesgos para el feto.

Niños y no fumadores.

Prevención. Recomendaciones de la OMS.

- Regular la promoción y venta.
- Impresión de advertencia en los paquetes.
- Impresión obligatoria de valores medios de alquitranes y nicotina.
- Límites máximos de sustancias en los cigarrillos.
- Política de impuestos sobre el tabaco.
- Restricciones de venta (a menores).
- Restricciones de consumo en lugares públicos.
- Restricciones de consumo en lugares de trabajo.

Prevención y tratamiento del tabaquismo.

No se puede definir un uso sin riesgos.

Políticos desarrollados en la UE

- Armonización fiscal.
- Normativa de etiquetado.
- Contenido máximo.
- Publicidad (TV).

Intervención mínima a fumadores “consonantes”.

- Preguntar si fuman.
- Dar consejo. (Serio, firme, sencillo) y repetirlo en sucesivas consultas.
- Entregar folleto informativo.

Intervención avanzada: a fumadores “disonantes”.

- Consejo personalizado, motivar, reforzar su decisión.
- Dar hoja de registro y fijar fecha de abandono.
- Plantear recomendaciones y terapia sustitutiva (o bupropion).
- Seguimiento de la abstinencia.

TEMA 7. ACCIDENTES. CONCEPTO Y GENERALIDADES.

Concepto.

Suceso no premeditado que aparece súbitamente y tiene como resultado un daño corporal identificable.

- Accidente blanco. Sin lesiones.
- Accidente voluntario: agresiones, violencia.

Aspectos que intervienen.

- Aparición súbita.
- Interrelación individuo-medio.
- Daño corporal consecutivo.

Tipos e importancia.

Accidentes domésticos: los más frecuentes (30% según ENS 97)

Accidentes de tráfico: mayor impacto en la mortalidad y la discapacidad (22% según ENS97)

Accidentes laborales: afectan a adultos.

Accidentes deportivos: afectan a adultos jóvenes, en aumento.

Según la ENS de 1997 un 9% declara haber sufrido algún accidente en el último año. Más de la mitad de los accidentados (55%) acuden a urgencias.

Epidemiología y prevención.

Triada ecológica.

- Sujeto afectado.
- Ambiente favorable.
- Agente provocador o causal.

Fases en la producción del accidente.

Causas → riesgo → peligro → actualización del accidente → consecuencias.

Prevención: basada en el estudio, legislación y educación.

Medidas.

- Prevención técnica o seguridad.
- Educación sanitaria de la población.
- Apoyo legislativo.
- Actuación correcta e inmediata.
- Tratamiento y rehabilitación.

Accidente doméstico.

Aquel accidente que acaece en la vivienda propiamente dicha, patio, jardín, garaje, acceso, vestíbulo, escaleras y cualquier otro lugar.

Epidemiología.

Etiología: creciente tecnificación y acúmulo de peligros en el hogar.

Incidencia alta. Difícil valorar por subregistro. Afecta colectivos específicos; niños, ancianos, mujeres.

Mortalidad estimada alta.

Tipos de accidentes según causas.

- Caídas y traumatismos.
- Cortes y heridas.
- Intoxicaciones y envenenamiento.
- Quemaduras.
- Cuerpos extraños.

Accidentes domésticos. Medidas preventivas.

Normas de seguridad en el hogar: vivienda, electrodomésticos, agua, y energía, etc.

Educación sanitaria general: conductas seguras y rodear de protección.

Adecuación especial: Domicilios de minusválidos y ancianos. Medios residenciales.

Registro y vigilancia epidemiológica.

Accidentes de tráfico.

Importancia sanitaria y social.

- Es la primera causa de muerte de 145 años. (De todos los accidentes).
- Aumenta el número de vehículos, con lo que aumenta el riesgo de accidente.
- España es el cuarto país de la UE con mayor mortalidad por accidente de tráfico.
- También provocan morbilidad, suponen más o menos el 10% de las camas hospitalarias.
- Supone un coste económico alto: 1-2% del PIB.

Epidemiología.

Características de la persona:

- Edad y sexo: víctimas mortales jóvenes, varones. Tienen mayor peligrosidad los conductores jóvenes y ancianos.
- Estabilidad afectiva como protección.
- Profesionalidad y experiencia.
- Estado psico-físico del conductor: sueño, alcohol, fatiga, alcohol, otras drogas, etc.

Características del vehículo:

- Relación número de vehículos/pob. Alta.
- Tipo de vehículo, estado y antigüedad del mismo.

Características ambientales:

- Red viaria: porcentaje de autovías y autopistas. Cuantas más vías anchas, menos accidentes de tráfico.
- Trazado, señalizado, iluminación, etc.

- Tiempo, periodos vacacionales, festivos.
- Características meteorológicas.

Factores conductuales.

- Consumo de alcohol, responsable 50% de accidentes mortales, relación dosis respuesta: RR 2 (5 bebidas), RR3 1/3 (9 bebidas).
- Medicamentos y otras drogas: psicotropos, antibióticos, analgésicos, cocaína, mani?
- Velocidad de conducción.
- Experiencia del conductor.
- Otros, fatiga, frustraciones, estrés.

Factores de protección individual.

- Cinturón.
- Casco.
- Sillas infantiles.
- Disminución mortalidad y gravedad.

Características del vehículo.

- Equipamiento: airbag, frenos ABS
- Estado de neumáticos, frenos, dirección.

Política de salud 21 para EU (OMS).

Objetivo 9: disminuir las lesiones derivadas de actos violentos y accidentes.

“Para el año 2020 se deberá producir una reducción significativa y duradera de las lesiones, discapacidades y fallecimientos derivados de actos violentos y de accidentes en la región”.

Medidas preventivas.

Sobre el conductor.

- Educación vial.
- Exámenes de salud.
- Evitar situaciones y conductas de riesgo.

Sobre el vehículo.

- Revisiones periódicas.
- Seguridad en el diseño.
- Uso de medidas de protección.

Legislación adecuada y vigilar su cumplimiento.

Educación vial y ambiental en la escuela: fomento de los transportes públicos.

Mejora de los servicios de transporte y atención urgente.

Rehabilitación y reinserción.

TEMA 8. SALUD LABORAL.

Explicaciones de la alta siniestrabilidad.

Indicadores empleados en salud laboral

Clasificación de los factores de riesgo en el medio laboral.

Factores de riesgo en el medio sanitario.

Problema de salud laboral

- Inespecífico
- Específico: accidente de trabajo y EP (enfermedad profesional?)

Accidentes y EP en el medio sanitario.

Ley de prevención de riesgos laborales.

Vigilancia de la salud y vigilancia epidemiológica.

MÓDULO II. EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y PROMOCIÓN DE SALUD.

TEMA 9. EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

La educación para la salud es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificadas, destinada a facilitar los cambios de comportamiento saludable.

Modificación, en sentido favorable de los conocimientos, actitudes y comportamientos de salud de los individuos, grupos y colectividades.

EPS. Evolución.

Concepto clásico 1900-1970.

Acciones dirigidas al individuo. Modificar conductas relacionadas con higiene y alimentación. (Prevención de enfermedades carenciales transmisibles).

Definición OMS (1953).

Ayudar a la gente a mejorar la salud mediante sus propios actos y esfuerzos haciendo que la salud se convierta en un patrimonio colectividad. Se centra en los individuos para

promocionar esas actividades. Al final de esta etapa, la OMS plantea la importancia de la participación de los individuos sobre su propia salud. (Sindicatos).

Autores: Wood, Groat, Gilbert, Seppill.

Concepto actual.

Modificar factores ambientales que condicionan la salud y la conducta.

Inclusión de EPS a personas enfermas. Cambio de perfil epidemiológico.


Participación activa de la población.

Autores: Anne E. Smers (USA 1975) escuela de Lovainer (Italia).

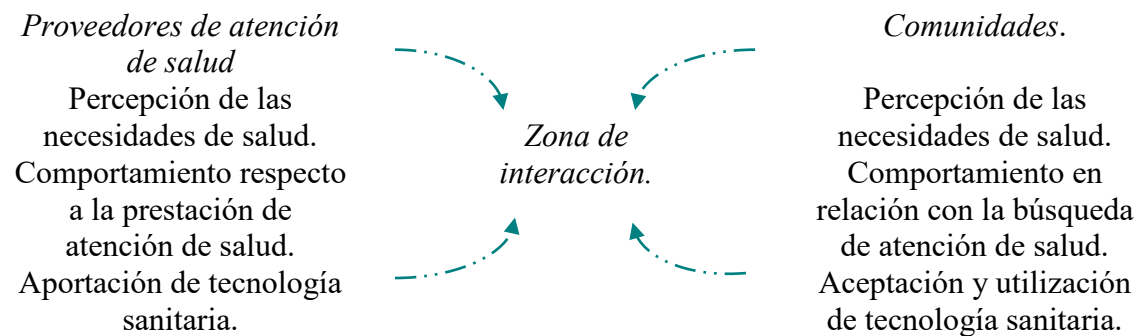
“la EPS es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilo de vida saludables, propugnar los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos”.

La EPS y la atención primaria. Características de los nuevos modelos de EPS.

Tecnología sanitaria adaptada a la población: conjunto de creencias de valores y comportamiento de la gente en relación a la salud enfermedad.

Utilización de recursos humanos ajenos al sistema de salud. Motiva la cultura sanitaria de la gente. ONGs, asociaciones  (cruz roja), frater, televisión.

Interacción entre los proveedores de atención de salud y las comunidades.



Educación para la salud. Objetivos.

Hacer de la salud un patrimonio de la colectividad.

Modificar las conductas negativas para la promoción y restauración de la salud. (Tabaco, alcohol, drogas, sedentarismo, dieta desequilibrada, conducción peligrosa, automedicación).

Promover conductas positivas para la promoción y restauración de la salud. (Buenas relaciones interpersonales, relaciones sexuales sanas).

Promover cambios ambientales y estructurales favorables a los cambios conductuales.

Capacitar a los individuos para que puedan participar activamente en la toma de decisiones sobre su salud y la de su comunidad.

TEMA 10. CAMPOS DE ACCIÓN. NIVELES Y AGENTES PARA EPS.

La EPS se debe dirigir a toda la comunidad, se reconoce como un derecho ciudadano. Sin embargo las necesidades de los individuos no son uniformes, por eso hay que contemplar los diferentes niveles. Hay una primera distribución genérica, pero no son compartimentos estancos, porque hay factores de riesgo, enfermedades crónicas estables, entre individuos sanos e individuos enfermos.

Clasificación desde el punto de vista sociológico.

Individuos sanos.

Rol social de sano.

Lugar: escuela, centro de trabajo, comunidad, etc.

Pretende: promoción de salud y prevención de la enfermedad.

Individuos enfermos.

Rol social de enfermo, necesita individuos que colaboren.

Personas muy motivadas, de cara a la EPS (informadas sobre su enfermedad, cuidados, muy receptivas).

Lugar, domicilio, centro sanitario, hospital.

Pretende: recuperación, prevención de recaídas.

Población sana.

Medio: escuela, trabajo, comunidad, domicilio.

Ciclo vital: 0-14 años, adolescente, adulto, mujer.

Población enferma.

Medio: domicilio, centro de salud, hospital, hospital de día.

Patología: HTA, DM, osteoporosis, VIH.

Aprendizaje de las conductas, de los responsables, de los técnicos, de la población.

- Promoción de salud.
- Prevención de los problemas de salud.
- Tratamiento de los problemas de salud.

Rol de la EPS.

En la prevención de los problemas de salud.

- Prevención 1ª: disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección.
- Prevención 2ª: detección precoz de los problemas de salud.
- Prevención 3ª: prevención de recaídas.

En el tratamiento de los problemas de salud.

- Alcanzar un grado de salud óptimo, dependiendo de las escuelas.
- Alcanzar el grado de salud anterior.

Agentes de EPS.

Fuentes de información: familia, escuela, universidad, trabajo, amistades, etc.

Según la OMS, son agentes de educación sanitaria todas aquellas personas que contribuyen a que las personas adopten conductas positivas de salud.

Agentes de EPS son profesionales de la salud, profesionales de la enseñanza, profesionales de la comunicación.

Influencia de los profesionales de la salud.

Informal: involuntaria.

Formal: intencionada, indirecta (artículo de prensa) y directa (planificada, la que se transmite de forma voluntaria como profesionales).

Los equipos de atención primaria son los más adecuados para llevar a cabo la EPS de la población por ser la puerta de entrada al sistema sanitario, trabajar con enfermos y sanos y desarrollar la promoción de salud.

TEMA 11. EDUCACIÓN SANITARIA. MARCO TEÓRICO.

Teoría de la EPS.

Conjunto de ideas y opiniones más que un cuerpo organizado de reglas y leyes.

Ambigüedad de los dos conceptos que pone en relación.

Educación.	Salud
<i>¿Qué es educar?</i>	<i>¿Qué es estar sano?</i>
<i>¿Para qué educar?</i>	<i>¿Para qué la salud?</i>
<i>¿Cómo educar?</i>	<i>¿Qué es la enfermedad?</i>

Educación para la salud. Diversos roles.

Concepto de salud.

Promoción de salud (participación social*)

Marketing social. Salud como producto de consumo.

Definición ecológica.

Visión antropológica: cultura-estilo de vida.

Rol de la EPS.

*Estímulo de participación social.

Orientar en la adquisición de ese bien.

Intervención sobre sistemas.

Acción de cambio cultural colectivo.

TEMA 12. CIENCIAS DE LA CONDUCTA Y EPS.

Determinantes primarios de la conducta.

Predisposiciones psicológicas internas (conocimientos, habilidades, actitudes, creencias, experiencias).

Contexto sociocultural: influencia de normas sociales, escuela, grupos de iguales, familia, etc.

Orientaciones teóricas que explican la conducta humana.

- Conductismo, refuerzos ambientales.
- Psicología interna: cognición, creencias, actitudes y valores.
- Teoría del aprendizaje social.
- Teoría del cambio social.

Actitudes y conducta. Estrategias de cambio de actitud.

Efectos actitudinales de la experiencia directa.

- La mesa exposición directa mejora la actitud.
- La información determina la actitud.
- Condicionamiento clásico, influencia del contexto.

El impacto de la experiencia socialmente mediada:

- Modelamiento: aprendizaje por observación de otros.
- Comunicaciones persuasivas.

Atención-comprensión.



Aceptación-retención → conducta.

El impacto de los incentivos.

- Conducta contractitudinal y cambio de actitud.
- Conducta proactitudinal e incentivos.

Evaluación de las estrategias de cambio.

- Incentivos: útil conductas contratables.
- Persuasión, control interno, duración.

Cultura y salud-enfermedad.

Salud y enfermedad son formas de experiencia humana.

Los modelos artificiales conforman explicaciones causales.

- Uso del cuerpo y experiencias corporales.
- Incidencia de determinados comportamientos.
- Evaluaciones y reacciones emocionales ante patologías específicas.
- Vivencia de malestar/bienestar, salud/enfermedad.

La salud valor emergente:

- Orientación a la prevención.
- Abandono del ascetismo del cuerpo.
- De las prohibiciones al goce: nueva normalidad.
- La salud símbolo de estatus y prestigio: interés del mercado.

Antropología y salud.

Diversificación del objeto de estudio de la antropología en la segunda mitad del siglo XX, se estudia la cultura occidental, formas de vida y sistemas médicos de las diversas culturas.

Tipos de estudios:

- Formas de vida en instituciones totales.
- Redes socio-familiares de gestión de la enfermedad.
- Difusión de sistemas de atención sanitaria paralelos (homeopatía, naturismo, etc.).
- Aporte en educación para la salud, reducir la distancia entre educador y la población.
- Rol educador (quien sabe) ←···→ colectividad. (No sabe).

Educación.

Etimológicamente *educere*: conducir, guiar, orientar y también viene de *educare*: extraer, desarrollar, hacer, salir. Se combinan esos dos aspectos. El educador hace de guía y el educando tiene un carácter activo.

Educare.

- Proceso socializado. El profesor instruye y enseña.
- Basado en el producto. (esta carrera por ejemplo).
- Transmite modelos de confrontación (dependiendo de con quién).
- Memorización.
- Desigualdad entre profesor y alumnos.
- Modelo directivo o de intervención.

Paulo Freire. Educación bancaria. (Poca participación).

Educere. Que no sea tan unidireccional (experimental en la universidad, se aplica en medicina).

- Basado más en el proceso, importa más la experiencia que el proceso final.
- Relacional (entorno, ambiente, experiencias previas).
- A partir de necesidades.
- Papel activo de los educandos.
- Modelo de extracción o desarrollo (enseñanza no tradicional, basada en metodologías de autoaprendizaje, participativas).

Esto es aplicable en EPS. Protagonismo a los usuarios.

Proceso de enseñanza-aprendizaje.

Enseñar = señalar.

Aprendizaje = adquirir, papel activo no solo memorística, los conocimientos teóricos se dividen con facilidad.

Fines de la enseñanza.

- Adquirir conocimientos.
- Comprender, analizar, sintetizar, evaluar.
- Poseer las competencias prácticas requeridas, no solo las técnicas, elaborar los objetivos educativos en el caso de los usuarios (capacidad de elaborar una dieta equilibrada).
- Establecer hábitos y adoptar actitudes.

Dominios del aprendizaje.

Cognoscitivo: información, evaluación, aplicación, análisis. (Hacerles ver a los pacientes por qué es bueno el ejercicio físico).

Afectivo: creencias, actitudes, valores centros de interés (motivar al sujeto para evitar el rechazo ante el ejercicio, la dieta, etc. hacerle cómplice de esa conducta) preguntarle qué le parece, qué opina, si se va a sentir solo.

Psicomotor: aprendizaje de técnicas, desarrollo de habilidades psicomotrices (autoexploración mamaria, higiene bucodental, lactancia materna, baño de una persona encamada, ejercicios de relajación). Plantean que lo haga y observar como lo hace.

Psicosocial: desarrollo del sentido de grupo, interacción autoayuda, corresponsabilidad.

Interacción social.

Educación para la salud. Conceptos educativos y EPS.

Tres modelos según V. Marsik.

Modelo unidimensional (más tradicional, directivos).

Modelo bidimensional; (se adapta más al lenguaje, feed-back).

Modelo tridimensional: se tiene en cuenta también el entorno, forma parte del proceso educativo.

Paulo Freire: “nadie educa a otro nadie se educa solo, nos educamos juntos por intermedio del mundo”. (Trabajaba en la alfabetización de comunidades pobres).

Ciencias de la educación.

Estrategias de enseñanza.

Motivación:

- Conexión con los intereses y deseos de la población.
- Asociar positivamente con las circunstancias.
- Implicación de los receptores protagonismo, responsabilidad.
- Suscitar expectativas.

Comunicabilidad.

- Apoyo en los conocimientos previos.
- Agrupar la información en torno a experiencias.
- Interrelacionar con la información previa.

Teorías en educación para la salud.

Modelo de creencias en salud.

- Influencia de las creencias en las decisiones de salud.
- Percepción de amenaza por vulnerabilidad, por las consecuencias.
- Se contemplan los beneficios potenciales y los obstáculos.
- Estimular, motivar, confiar.
- Tiene en cuenta estímulo interno.
- Útil para personas enfermas.

Modelos derivados de la comunicación persuasiva (KAP):

- Información + modificación: actitud.
- El cambio de actitud requiere tiempo.
- Conocimiento: actitudes: hábitos.
- Útil para personas sanas.

TEMA 13. COMUNICACIÓN.

Concepto.

La comunicación es un proceso complejo de emisión y recepción de informaciones de todo tipo (lingüística, de imagen, afectivo, etc.) que se da, en parte de forma consciente y en parte de forma inconsciente (apariencia física, tono de voz, posturas, miradas, etc.).

- Emisor: fuente, objetivo, motivación.
- Mensaje: contenido, codificación, persuasión.
- Canal: unitario, social.
- Receptor: descodificación, reacción, acción.
- Retroalimentación.

Comunicación no verbal.

- No se elabora intencionadamente la comunicación.
- Incluye el mensaje de los gestos.

Características.

1. Mirada.
2. Expresión de la cara.
3. Movimiento de la cabeza.
4. Postura del cuerpo.
5. Gestos con las manos.
6. Distancia-proximidad.
7. Contacto físico.
8. Apariencia personal.

Comunicación verbal.

Se refiere al conjunto de ideas elaborado intencionadamente, que se expresa mediante la comunicación oral y escrita, por tanto, utiliza el oído y la vista.

Características.

1. Simplicidad.
2. Claridad.
3. Momento y pertinencia.

4. Adaptabilidad.
5. Credibilidad.

Elementos que dificultan la comunicación.

- Falta de hábito de escuchar.
- Información incompleta.
- Poca claridad y precisión en el lenguaje.
- Objetivos poco definidos.

Barreras debidas al emisor.

- Perturbaciones-interferencias.
- Actitud. Hacia si mismo, al tema o al receptor. Defensiva: imponerse, evaluar, manipular.
- Falta o déficit de empatía.
- Falta o déficit de retroalimentación.

Barreras debidas al receptor.

- Estereotipos.
- “Halo effect” juicio o valoración en el receptor respecto al sanitario, crea expectativas.
- Proyección. Se puede atribuir defectos o cualidades, puede generar rechazo.
- Defensa psicológica y filtros. Asumir ciertos riesgos.
- Tendencia a evaluar.

Elementos de la comunicación y factores facilitadores de la misma.

El emisor.

- Debe tener interés en comunicar.
- Elegir momento y lugar adecuados.
- Apoyarse en la comunicación no verbal.
- Adecuar un lenguaje al receptor.
- Procurar la participación activa.
- Incentivar y motivar al usuario.
- Enfatizar lo importante y resumir.

El receptor.

- Asumir una postura activa.
- Prestar atención.
- Responder a lo que se le comunica.
- Mantener contacto visual con el emisor.

El mensaje.

- Frases cortas, claras y sencillas.
- Enfatizar lo importante y repetirlo.

- Mensaje positivo, sin órdenes ni amenazas, ni juicios de valor.
- Acomodar los contenidos al receptor.

Procurar un estado emocional apropiado. Actitud empática, escuchar activamente, formular preguntas, pedir opiniones.

La comunicación persuasiva.

1. Exposición al mensaje. (Tener la información por ejemplo de por qué necesita determinada dieta).
2. Atención al mensaje educativo. (Se hace una selección y se atiende más a lo más significativo).
3. Comprensión del mensaje.
4. Aceptación o rechazo (explorar la ambivalencia, que piensa el receptor sobre lo que se le está planteando. Que importancia le da a su problema y la actitud frente a él. Importante).
5. Persistencia en el cambio (a veces actitudes provisionales y seguir preguntando, motivando con continuidad).
6. Actuación consecuente con el cambio.

TEMA 14. MÉTODOS DE EDUCACIÓN SANITARIA.

Bidireccionales. Intercambio activo entre sanitario-paciente o educador-educando. Intercambio de mensajes. Feed-back.

Unidireccionales. Comunicación solo en un sentido, no se puede recoger qué sentimientos o sensaciones produce.

Es una clasificación que deja dudas, se pueden dar las dos formas (uni y Bidireccionales). Y algunas veces no se puede clasificar claramente de una o de otra forma.

Clasificación según la proximidad del educador.

Métodos directos: proximidad física, cercanía y contacto entre educador/educandos. Más útiles según la OMS, por ejemplo la entrevista de la enfermera en el hospital o centro de salud.

Métodos indirectos: distancia física entre educador/educandos, artificio técnico, papel, radio, TV, medios de comunicación de masa.

Métodos directos.

- Diálogo o entrevista.
- Discusiones en grupo (iguales).
- Taller.
- Charla.
- Clase.

Métodos indirectos.

- Folletos, publicidad.
- Carteles.
- Carta circular.
- Franelogramas*
- Medios de comunicación.
- Cine, vídeo y DVD.
- Diaporama: diapositivas.

* Imágenes que sirven para apoyar la comunicación verbal. Se utilizaba en la alfabetización, ahora ya no se usa tanto.

Tecnologías de la información y comunicación.

- Internet, web.
- Correo electrónico.
- Videoconferencia.
- Métodos informáticos interactivos.

Con los medios directos solo se llega a un grupo reducido de personas, en cambio con los medios de comunicación de masa se puede llegar a mucha más gente. Los medios directos son más caros (a nivel de usuario).

Métodos de educación sanitaria. Tipos.

El diálogo.

- Se realiza en forma de entrevistas. Finalidad: adquirir información y aportar formación.
- Situación de interacción dinámica mediante el lenguaje entre dos o más personas.
- Requiere la creación previa de un clima de confianza y comprensión mutua.
- Normas básicas: Saber escuchar, saber conversar, saber aconsejar, no interrumpir ni criticar opiniones, no dar consejos directivos, mejor sugerir y plantear distintas soluciones.
- Entrevista enfermera-paciente: con personas enfermas y con personas sanas.

Decálogo de petición de cambios.

Prerrequisitos.

1. Buscar el momento y lugar adecuados.
2. Ir de uno en uno, un cambio cada vez.
3. Planificar los pasos siguientes.
4. Empezar con algo positivo y reforzado.
5. Describir concretamente la conducta clave. “evitar juicios de valor que culpen”.
6. Explicar la consecuencia de la conducta, identificar y focalizar el problema.
7. Ponerse en el lugar del otro, empalmar.
8. Asumir la propia responsabilidad si la hay.
9. Pedir el cambio buscando juntos, cambios alcanzables.
10. Ofrecer diversas alternativas de cambio.

Asumir un acuerdo con el usuario que contemple la alternativa, el tiempo para realizarla y los apoyos del profesional.

La clase.

- Método más utilizado en enseñanza formal de la salud en escuelas.
- Impulsa más la adquisición de conocimientos que a la modificación de la conducta.

- Complementar con métodos audiovisuales y demostraciones prácticas.
- Duración: ente 30 y 45 min.
- Resumen final y periodo de preguntas, respuestas y comentarios.

La charla.

Menos formal, divulgativa.

- Procedimiento directo más utilizado para dirigirse a grupos.
- Condiciones para que sea eficaz.
 - Debe ser promocionada por el grupo social al que va a ser dirigida.
 - El orador debe ser conocedor del tema y tema de reconocido prestigio.
 - El tema responderá a los intereses, deseos y necesidades del auditorio.
 - Las condiciones del local deben ser óptimas.
- Condiciones técnicas.
 - Debe ser breve (30-45 min.)
 - Lenguaje adaptado a los oyentes.
 - Introducción-exposición de ideas concretas-resumen final-discusión.
 - Mensaje: persuasivo y motivador.
 - Hablada y no leída.
- Cuando participen varios oradores (charla o mesa redonda) es preciso unificar criterios.

Discusión en grupo.

- Reunión de pequeños grupos de discusión entre sus miembros moderada por un líder con el fin de tratar un problema y lograr una solución común.
- Aventajar a otros métodos en el logro de cambio de actitudes y hábitos.
- Exposición de opiniones, confrontación de ideas y complementación de puntos de vista entre los miembros del grupo.
- Tema de interés de los educandos, se precisa cierto nivel de inteligencia e instrucción y capacidad de exposición.
- Grupo no muy grande (12-15 personas), en la discusión debe existir un animador y un secretario.
- Secretario/a: resumen de la marcha de la discusión y el informe final.

Cualidades de un buen animador (discusión en grupo).

Clarificación.

- Promover una percepción común del problema.
- Reformular alguna intervención.
- Enlazar las intervenciones.
- Hacer pausas y puntualizar.

Estimulación.

- Cuestionar, preguntar al grupo.

- Suscitar la participación de alguien.
- Animar la discusión.
- Valorar la marcha de la discusión.

Control.

- Proponer procedimientos de discusión.
- Favorecer la igualdad de oportunidades.
- Restablecer orden y coherencia.

Mantener un clima favorable.

- Atribuir interés semejante a todos.
- Resolver: constructivamente los conflictos, etc.

Grupo de iguales en educación para la salud. (Trabajo en grupos).

La población es y se siente protagonista.

Ventajas.

- Provocar cambios de comportamiento y mantenerlos en el tiempo más eficazmente.
- Adecuación de contenidos y formas de los mensajes.
- Credibilidad y motivación.

Sugerencias metodológicas:

- Identificar a los líderes de opinión y capacitarlos para la formación.
- Promover la capacitación como agentes de salud de aquellas que puedan intervenir sobre sus iguales.
- Procurar que ellos elaboren sus propios materiales de apoyo.

Fundamento.

- Aprovechar la influencia cotidiana entre compañeros.

Técnicas de grupo.

Tormenta de grupo o “brainstorming”.

- Desarrolla imaginación creativa.
- Libre expresión de ideas.
- Valoración crítica con enfoque práctico.

Desempeño de roles o “role playing”.

- Utiliza dramatización para reflexionar y profundizar.
- Participación activa.
- Fases: motivación y análisis crítico con conclusiones consensuadas.

Philips 6.6:

- Grupo numeroso dividido en grupos de 6.
- Debate seis minutos y conclusiones.

Todas las técnicas requieren un animador.

Taller de entrenamiento en EPS.

Instrumento de intervención grupal para capacitar a las personas para el desarrollo de habilidades y destrezas.

Formato básico de un taller.

- Breve introducción sobre los objetivos y metodología.
- Propuesta de aplicación práctica y entrenamiento de las técnicas mediante juegos de roles, estudio de casos, solución de problemas, etc.
- Exposición y debate sobre lo elaborado, reforzar lo positivo y ofrecer criterios para cambiar lo negativo o mejorable.
- Síntesis final interrogativa que, preferiblemente realizará el grupo.

Métodos indirectos de EPS. Características.

- No posibilita el reflujo de información.
- Mensajes comunes, simples, un solo tema.
- Recepción pasiva (menor eficacia).
- Gran difusión.
- Útiles para: informar, elevar conocimientos y sensibilizar. refuerza actitudes previas.
- Valoración: poco eficaces (logro de objetivos: no cambia conductas). altamente eficientes (se llega a mucha población con bajo coste económico).

TEMA 15. COUNSELLING, CONSEJO ASISTIDO O RELACIÓN DE AYUDA.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| ■ Concepto y aplicaciones. | ■ Alteraciones emocionales. |
| ■ Escenas temidas. | ■ Manejo de las emociones, ejemplo. |
| ■ Niveles de respuesta. | ■ Actitudes del profesional. |
| ■ Reestructuración cognitiva. | ■ Alteraciones emocionales: autoestima. |
| ■ Afrontar situaciones; verbos clave. | |
| ■ Habilidades de autocontrol. | |

Concepto de counselling: elementos clave.

Conjunto de técnicas a disposición de los profesionales, que facilitan las relaciones interpersonales, ayuda tanto al profesional como al usuario.

Objetivos: mejorar la salud del usuario y cuidar al profesional.

Método: adquisición de habilidades y conocimientos para la relación profesional-usuario.

Actuación profesional: facilitar comportamientos, técnicas, etc.

Actuación del usuario: conducir su propio proceso salud/enfermedad.

Ideas marco. Salud como derecho. Proyecto para y por la persona. El confort profesional mejora el cuidado que se presta.

Áreas de aplicación.

Frente a enfermedades crónicas y problemas de salud relacionados con estilos de vida de determinados grupos e población. Facilita adopción y mantenimiento de conductas de salud.

Escenas temidas por los profesionales y escenas temidas por los usuarios.

Alteraciones emocionales entre ambos.

Escenas temidas o preguntas difíciles que producen alteraciones emocionales.

¿Cuánto me queda de vida?, informar de un fallecimiento.

Tres niveles de respuesta humana.

“Lo que pienso” nivel cognitivo. Reestructuración de errores cognitivos.

“Lo que siento” nivel fisiológico. Respiración, relajación y distensión.

“Lo que hago” nivel motor. Afrontamiento de situaciones. La intervención.

Reestructuración cognitiva.

Errores más frecuentes.

Error cognitivo —··—► reestructuración.

Abstracción selectiva:

- Fijarse solo en lo negativo. —··—► Fijarse en lo positivo: reforzar.
- Magnificar lo negativo. Fijarse en lo negativo: resolver.
- Minusvalizar lo positivo. Dar igual valor.

Expresiones desmedidas. —··—····—► Ajustar.

Generalización, etiquetas. Matizar, concretar distribuir.

- Auto etiquetar.

Catastrofismo. —————▶ Prevenir, mitigar efectos.

Verbos clave en la relación de ayuda.

Respetar: silencios, llantos, bloqueos, gritos...

Preguntar: inquietudes, deseos, necesidades, miedos...

Escuchar: palabras, silencios, miradas, gestos...

Entender: dificultades, temores, miedos...

Facilitar: herramientas, aprendizaje, toma de decisiones...

Alteraciones emocionales ¿Cómo responder?

La emoción no depende tanto de la situación sino como ésta se interprete: las emociones pueden ser controlables.

Las alteraciones emocionales son funcionales:

- Shock: alerta, realidad que desborda, paraliza.
- Negación: mecanismo de defensa.
- Rabia: rebeldía, lucha entre realidad y deseo.
- Tristeza: toma e conciencia de lo que pierdo.
- Aceptación: proyecto de futuro.

¿Cuándo romper la negación? Sólo cuando angustie o ponga en peligro la vida del paciente o de un tercero. Controlar, no negar las reacciones emocionales.

Manejo de las emociones:

Ante la explosión emocional el profesional debe:

- Estar presente, permitir el llanto, darle tiempo al paciente, empalazar, no invadir con exclamaciones, no huir del impacto emocional (auto centrarse, esperar que pase la explosión para intervenir)

Ante la rabia, ira y hostilidad, siempre hay miedo debajo de la rabia.

- No entrar al trapo, no tomárselo en plan personal.
- Curva: disparo, Enlentecimiento, enfriamiento. Afrontar tras dejar tiempo.

Ante una situación de queja de un paciente:

- Escuchar, dar tiempo favorecer la expresión de la queja.
- Empatía (comprender).
- Ayudar a pensar (preguntas).

Manejo de las emociones.

Preguntas difíciles: ¿Me voy a morir?

- No responder primero, evaluar primero.
- ¿Por qué me pregunta esto? ¿cómo podemos ayudarlo?
- Principios éticos: autodeterminación y verdad soportable.

Mantener la esperanza:

- Esperanzas realistas.
- Equilibrio para no perder la credibilidad profesional.

Dar pronósticos exactos no es conveniente.

- Si te pasa de tiempo no da oportunidades al sujeto.
- Si no llegas, puede que la familia claudique. Explorar.
- La conspiración del silencio: dilema ético (es cuando la familia no quiere que el paciente se entere)

Actitudes y comportamiento del profesional en counselling.

Principio de beneficencia no paternalista. Modelo contractual (derechos y deberes).

- Paternalista: impone, no pregunta.
- No paternalista: pregunta, no impone.

Actitudes (c.Rogers):

- Empatía: comprender y transmitir comprensión.
- Aceptación incondicional. Considerar capaz al otro.
- Autenticidad y congruencia (sinceridad): comunicar en sintonía con los sentimientos.

Evitar costumbres iatrogénicas: “palmoterapia” (darle una palmadita en la espalda, como que no te preocupas, no pasa nada), mentir, dar falsas esperanzas, imponerse, etc., también la huida.

Habilidades de autocontrol. Intervención sobre las alteraciones emocionales de los profesionales.

Nivel cognitivo: modificar pensamientos inadecuados, ideas de indefensión, establecer objetivos alcanzables y realistas, desechar juicios de valor, autorreforzarse.

Nivel fisiológico: entrenamiento en ejercicios de respiración, relajación y distensión.

Nivel motor: búsqueda de información científica, adaptación de medidas preventivas, aumentar conductas de acercamiento a los pacientes, actividades lúdicas, evitar verbalizadores de los pacientes fuera del trabajo. (Cuidado con lo que se comenta).

Intervención sobre alternativas emocionales de los usuarios.

Nivel cognitivo: facilitar información, modificar pensamientos inadecuados, e improductivos, detectar situaciones que alteran emocionalmente.

Anticiparse a situaciones difíciles, mejorar la autoestima.

Nivel fisiológico. Entrenamiento en ejercicios de relajación, respiración y distensión.

Nivel motor: potenciar la realización de actividades gratificantes, reforzar hábitos saludables, motivar en los cambios de hábitos, entrenar en habilidades sociales, facilitar el acceso a recursos.

Alteraciones emocionales y autoestima.

La autoestima es un factor fundamental para explicar las actitudes y comportamientos, es importante para los profesionales y usuarios.

- Aspectos para favorecer la autoestima:
- Detectar y disfrutar de todo lo positivo.
- Conocerse a si mismo: nuestras escenas temidas, las propias emociones, nuestros límites.
- Ser realistas, no ser autoexigentes. El afán de logro disminuye el rendimiento.
- Afrontar los aspectos mejorables, evitar la descalificación. Actitud constructiva.

TEMA 16. PLANIFICACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN DE EDUCACIÓN SANITARIA.

Planificar.

Es aplicar un proceso para decidir qué hacer, cómo hacerlo y cómo poder evaluarlo. Tiene una serie de etapas.

Etapas en la planificación de un problema de salud.

- Identificar problemas: comportamientos, estilos de vida, etc.
- Establecer prioridades: pertinencia, oportunidad, necesidad.
- Definir objetivos: cambios de comportamiento.
- Determinar actividades.
- Recursos.
- Ejecución.
- Evaluación permanente y global.

Identificación de los problemas.

- Perfil epidemiológico de la comunidad: indicadores sanitarios.
- Perfil comunitario: indicadores sociales.

Diagnóstico comportamental: causas y consecuencias al problema.

Método precede: estudia las causas y consecuencias a un problema comportamental (por qué no se utiliza preservativo)

Programación de la EPS. Modelo precede.

Predisposing: predisponente.

Educational: educacional.

Reinforcing: reforzadores.

Diagnosis: diagnóstico.

Enabling: facilitadores.

Evaluation: evaluación

Causes: causas.

Modelo precede: observar, preguntar y escuchar.

Factores predisponentes.

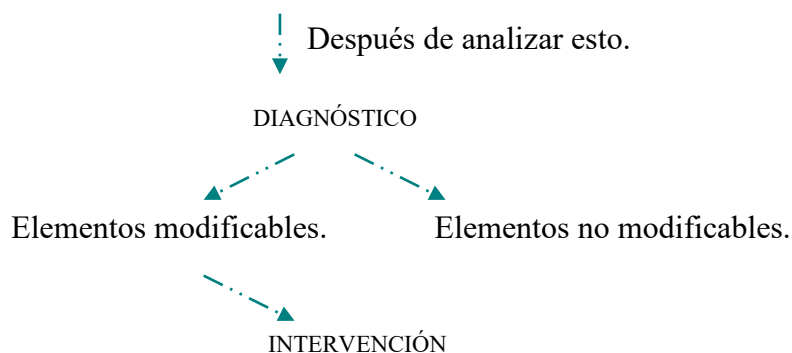
- Información de los riesgos que entraña (un móvil por Ej.)
- Actitudes (respecto a apagar o no ese móvil).
- Valores y creencias (molesta o no).

Factores facilitadores.

- Habilidades para: realizar la conducta e incidir en el entorno.
- Existencia y accesibilidad de recursos.

Factores reforzantes.

- Respuesta de los agentes-clave el medio.
- Respuesta del propio individuo o grupo.
- Beneficios físicos.
- Recompensas tangibles.



Definir objetivos.

Cambios de comportamiento, conductas en salud. Suelen complementar algún objetivo general en salud.

Objetivo general de salud —··→ disminuir el 30% de los embarazos no deseados en la zona X.

Objetivo intermedio —··→ incrementar el uso de preservativo en las relaciones sexuales.

Objetivos específicos —··→ aprender a utilizar correctamente el preservativo.

Desarrollo de un programa de educación para la salud.

Nunca aisladamente de los programas de salud.

Construcción de mensajes educativos.

Elaboración del material educativo.

Formación del personal educador.

Ejecución del programa.

- Captación de la población.
- Contacto con los grupos.
- Desarrollo de la EPS (charlas, reparto de material didáctico, diálogo...)

Evaluación.

Evaluación.

Evaluación del proceso.

- ¿Se detectaron las necesidades?
- ¿Los objetivos estaban bien planteados?
- ¿Los recursos y actividades eran adecuados?
- ¿Los mensajes estaban bien contruidos?
- Valorar la captación y participación de la población diana.
- Evaluar las actividades educativas. Si es una charla, condiciones del local, nivel e comprensión, preguntas del público...
- Preparación y ejecución el personal educativo.

Evaluación de resultados.

- Nivel de información y conocimientos.
- Cambio de actitudes.
- Adquisición de la conducta deseable.
- Cuestionario, seguimiento, evaluación a medio/largo plazo.

