

Revista Científica



HYGIA de ENFERMERIA

Nº 48, Año XIV 2º Cuatrimestre de 2001

Colegio de Enfermería de Sevilla



SIDA. Fármacos y Terapias. Evolución

**Pautas de actuación en Atención
Primaria ante la violencia doméstica**

**Plan de cuidados a pacientes con
*Lupus Eritematoso sistémico***



Ahora, compatible
con su hipoteca.

Disfrute de su vivienda,
sin privarse de nada.

En **CAJA MADRID** sabemos que la compra o la reforma de su vivienda es un paso muy importante. Por eso, le ofrecemos las mejores hipotecas, en las mejores condiciones.

CONFÍE EN LA EXPERIENCIA DE UN LÍDER.

Gracias a nuestra experiencia, y a la diversidad y flexibilidad de nuestras hipotecas, somos uno de los grandes del mercado hipotecario.

NOS ADAPTAMOS A SUS POSIBILIDADES.

En **CAJA MADRID** encontrará una amplia gama de hipotecas, y la mayor flexibilidad. Si quiere adquirir su primera vivienda, reformar la actual o comprar una segunda vivienda, en **CAJA MADRID** le diseñamos la hipoteca más flexible, la que mejor se adapta a sus posibilidades.

► HIPOTECA CUOTA CERO

El primer año no paga ninguna cuota.

► HIPOTECA MAXI 100

Le financiamos hasta el 100% del valor de tasación de su vivienda, con un plazo de amortización de hasta 30 años.

► HIPOTECA CUOTA FIJA

La cuota a pagar es siempre la misma, suban o bajen los tipos de interés.

► LA HIPOTECA

Usted mismo elige las condiciones de su hipoteca.

► PRÉSTAMO AUTOPROMOTOR

¿Desea rehabilitar o construir su propia casa? Le financiamos hasta el 85% del valor de tasación, incluida la adquisición del solar.

► CRÉDITO INTEGRAL VIVIENDA

Para adquirir su vivienda, ampliarla o rehabilitarla, comprar una plaza de garaje o un trastero. Además puede disponer de las cantidades ya amortizadas para cualquier otra cosa que necesite.

Además, le ofrecemos los productos que mejor complementan a su hipoteca :

1 **SEGURO MULTIHOJAR***, para cubrir cualquier eventualidad que ocurra en su hogar.

2 **SEGURO HIPOTECA PROTEGIDA** y **SEGURO DE AMORTIZACIÓN DE PRÉSTAMO HIPOTECARIO***. Le garantiza su hipoteca y el pago de sus cuotas.

PREGÚNTENOS POR LA HIPOTECA QUE USTED BUSCA.

En **CAJA MADRID** estamos para atenderle. Cuento con el asesoramiento personalizado de nuestros profesionales en toda la red de oficinas, que le orientarán sobre la hipoteca que más le convenga. Y si usted ya tiene contratada una hipoteca con otra entidad, consúltenos y descubrirá que nuestras condiciones son inmejorables.

Confíe en **CAJA MADRID**. Más de un millón de personas ya lo han hecho.



TERAPIAS ALTERNATIVAS:

Enfermería y su Futuro

Sin lugar a dudas, las terapias alternativas han crecido en el mundo con relación al número de usuarios y popularidad de una manera decisiva, en los dos o tres últimos años. La enfermería española como no podía ser de otra forma, inquieta y atenta a todas las tendencias y movimientos científicos y sociales en materia de salud, también ha estado trabajando en los últimos años al igual que otros colectivos a favor de estas materias, muestra de ello es la realización del **Tercer Congreso Nacional** de terapias alternativas y complementarias que se celebrará en la ciudad de Sevilla en el próximo mes de Noviembre los días 2 y 3 organizado por el Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de esta provincia.

Se cuentan ya por miles los profesionales de enfermería que ejercen o estudian terapias alternativas naturales de salud y estas cifras van en aumento, dada la gran demanda social, que a mi entender viene impulsada por el desencanto en algunas estrategias terapéuticas convencionales, que han demostrado no ser las mejores en cuanto a los resultados e incluso ni tan inocuas como se pensaba, así como por una mayor preocupación de las personas en materia de salud y en bienestar traducido en una mejor forma de cuidarnos y prevenir enfermedades y esa es una de las metas fundamentales de las terapias alternativas naturales o complementarias, así como conseguir para sanos y enfermos una dosis mayor de humanidad y contacto con el usuario por parte del profesional, términos estos que tanto se han perdido en la medicina convencional.

Por todo ello repito se está haciendo realidad el sueño de muchos profesionales sanitarios que como yo, creíamos hace algunas décadas en estas medicinas en su efectividad y en su contenido científico.

Algunos descubrimientos de última generación, han venido a constatar la importancia de la alimentación, el ejercicio o los complementos naturales, así como los agentes físicos que la naturaleza tiene previsto para cuidar de nuestra salud, que regulan funciones orgánicas, aspectos estos íntimamente ligados a las terapias alternativas naturales, empleadas como digo en la solución de algunas difusiones y enfermedades y en la prevención de otras.

Los apoptosicos naturales como agentes anticancerígenos, procedentes de los vegetales o la utilidad de la acupuntura en determinados procesos agudos y crónicos, consiguiendo resultados bastantes más satisfactorios que con otros métodos convencionales han venido

a incentivar a profesionales y a usuarios en el empleo de estas terapias, la mayoría de ellas aún no reconocidas oficialmente en los países de nuestro entorno ni en el nuestro propio, como anécdota comunicarle que la acupuntura ha sido oficialmente reconocida en nuestro país vecino Italia el pasado mes de Junio (por la comunidad científica de ese país) y aún no en el nuestro; sin embargo creo que ha llegado el momento que nuestro colectivo, se tome muy en serio de cara al presente y al futuro que papel vamos a desempeñar en el desarrollo de estas medicinas.

Después de conocer profundamente las terapias alternativas y complementarias y a los profesionales de la enfermería de los cuales formo parte, creo que sincera y honestamente el profesional de enfermería debe ser como he dicho en otras ocasiones el eje central en el que se apoyen todos los profesionales de la salud (un colectivo profesional cada vez más numeroso integrado por nuevas profesiones y profesionales), así como la propia sociedad ya que unos y otros han encontrado siempre en nuestro colectivo, proximidad, contacto humano, preparación científica, capacidad de aprendizaje y una mente abierta para interpretar y aplicar cualquier técnica aunque nueva, que suponga un avance serio y riguroso en materia de salud y estos elementos y características se encuentran ampliamente entre nuestros profesionales.

Ha llegado la hora de demostrar a la comunidad científica y al resto de los profesionales de las ciencias de la salud, al propio usuario y a nuestros gobernantes que pueden confiar como siempre han hecho, en nuestros conocimientos y profesionalidad en materia de salud y ahora también en terapias alternativas como lo hemos demostrado y debemos seguir haciéndolo de forma permanente, de hecho entre los D.U.E españoles se encuentran profesionales de las terapias alternativas naturales de gran prestigio a nivel nacional e internacional y que han contribuido con su esfuerzo a divulgar estas terapias dentro y afuera de nuestro país.

Desde esta editorial hago un llamamiento a todos los profesionales de la enfermería y fundamentalmente a los más jóvenes que como últimas generaciones de profesionales les queda aún un largo camino por recorrer y seguro que ellos se verán involucrados en el cambio inminente que se va a producir en la medicina, en pro de estas terapias.

A igual que los profesionales deben estar dispuestos espero que los responsables sanitarios

arbitren normas y leyes que conduzcan y controlen el ejercicio de estas nuevas especialidades que suponen las terapias alternativas y complementarias.

Ya han surgido y están surgiendo en nuestro país diferentes fórmulas de formación de postgrado en estas materias, escuelas públicas y privadas, universidades, colegios oficiales, fundaciones, asociaciones, que están impartiendo cursos para formar a profesionales, el siguiente proceso será el de la acreditación y oficialización para que sean los mejores y con carácter oficial los que realicen esta labor.

En realidad la medicina natural siempre ha existido a mayor o menor intensidad como decía Hufeland Padre del Neohipocritismo Alemán del S.XIX siempre ha habido una llama encendida, pero nunca esta llama se apagó y se refería a los que nunca, aunque pocos dejaron de creer en las terapias alternativas.

Por último recordar que viejas costumbres higiénicas y dietéticas que siempre han pertenecido al saber popular nunca debían de haber desaparecido, ellas forman parte de la sabiduría del hombre y de la medicina natural, así como viejos conceptos filosóficos que fueron olvidados o mal utilizados como los aforismos hipocráticos "**Contrari Contrari Curantur**" "**Primun Non Nocere**" "**que tu alimento sea tu medicina**" "**que tu medicina sea tu alimento**", etc...

Seguro que las terapias alternativas naturales y complementarias contribuirán de forma decisiva al cambio que la ciencia y la sociedad están dando en materia de salud y por tanto el colectivo D.U.E responsable y consciente de que este cambio se va a producir debe irse preparando para dar la respuesta social que de forma inmediata nos van a solicitar a todos los profesionales de la salud, y estos cambios son: ser más naturales y efectivos en nuestros métodos terapéuticos, así como humanizar nuestras actuaciones frente al enfermo y porqué no decirlo contribuir a reducir costos en materia sanitaria, que se están produciendo en exceso por un mal uso en la utilización de recursos.

JOSÉ LUIS GALLEGÓ LIÑÁN
 DELEGADO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS
 DEL ILTE. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
 DE SEVILLA

EDITA

Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

José María Rueda Segura

SUBDIRECTOR

Francisco Baena Martín

DIRECCIÓN TÉCNICA

Miguel Ángel Alcántara González

CONSEJO DE REDACCIÓN

Carmelo Gallardo Moraleda

M^a Dolores Ruiz Fernández

M^a Josefa Espinaco Garrido

Amelia Lerma Soriano

M^a Fernanda Fuentes Paniagua

Antonio Hernández Díaz

Encarnación Jiménez García

Hipólito Gallardo Reyes

TIRADA

9.000 ejemplares

ISSN

1.576-3056

DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

SOPORTE VÁLIDO

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo con referencia S.V. 88032 R.

REDACCIÓN

Avda. Ramón y Cajal, 10

Teléfono: (95) 493 38 00

Página Web: www.ocenf.org/sevilla

Correo Electrónico: coleg41@mail11.ocenf.org

MAQUETACIÓN, FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.

Telf. 95 435 00 03/Fax 95 443 46 24

Sumario

HYGIA
Nº 48

- 3 *Editorial. Terapias Alternativas: Enfermería y su futuro*
- 5 *Sida. Fármacos y Terapias. Evolución*
- 11 *Implantación de un Programa del desarrollo de las Úlceras por presión (UPP) en el Centro de Salud La Plata (Sevilla)*
- 17 *Plan de cuidados a pacientes con Lupus eritematoso sistémico*
- 23 *Pautas de actuación en atención primaria ante la violencia doméstica*
- 29 *Manual de las Anemias: Pruebas de Laboratorio. Actitud ante la Anemia*
- 40 *Técnicas de asesoramiento o counseling en la Infección VIH*

Isabel Orta Peral
Colegiado nº 9.346
Título: "Rocinante"



La revista HYGIA no se hace responsable necesariamente del contenido de los artículos publicados, correspondiendo dicha responsabilidad a los autores de los mismos.

SIDA.

FÁRMACOS Y TERAPIAS. EVOLUCIÓN

- Ana María Cazalla Foncueva¹
- Milagros Rey González²
- Rafael Mérida Herencia³

¹Enfermera de la U.E.I. del H.U. Virgen del Rocío de Sevilla.

²Enfermera de M.I. del H.U. Virgen del Rocío de Sevilla.

³ Enfermero de la U.E.I. del H.U. Virgen del Rocío de Sevilla

PALABRA CLAVES:

VIH, SIDA, MONOTERAPIA, TRIPLE TERAPIA, ADHERENCIA.

■ INTRODUCCIÓN

El VIH y el SIDA constituyen el mayor problema de Sanidad Pública con que se enfrenta el mundo en estos momentos y los enfermeros juegan un papel importante con sus funciones de Educación, Administración de cuidados e Investigación.

La transición de paciente VIH a paciente SIDA viene determinada por la cantidad de CD4 en sangre y una serie de infecciones oportunistas que hacen aparición. Estas infecciones irán deteriorando al individuo física, psíquica y socialmente.

En el momento actual, estamos asistiendo a una auténtica revolución en el tratamiento frente al virus, con constantes cambios en las terapias. La incorporación progresiva de nuevos fármacos y los esquemas terapéuticos que combinan varios de ellos han cambiado sustancialmente las perspectivas de hace tan sólo unos años respecto a infección por el VIH.¹ La utilización del tratamiento antirretroviral en la práctica clínica diaria, plantea un problema: la dificultad de los pacientes para adherirse a regímenes complejos. La capacidad de mantener la adherencia a largo plazo constituye un importante desafío.²

Paralelamente se están experimentando terapias inmunológicas (bloqueadores de los receptores de anclaje, terapia génica contra las células infectadas, vacunas...) con resultados aún poco brillantes. Sin embargo, la futura erradicación de esta pandemia que azota al mundo desde hace veinte años, está cada vez más cerca.

RESUMEN

En 1981 se diagnostica el primer caso de SIDA. Hasta 1986 no aparece el AZT, primer fármaco eficaz contra esta enfermedad (*Periodo de monoterapia*).

Posteriormente se inicia tratamiento con ddC y ddl cuando había fracaso con el AZT (*monoterapia secuencial*).

En 1995 el plan nacional del SIDA aprueba el uso de AZT+ddl o AZT+ddC (*doble terapia*).

En 1996 hacen su aparición los inhibidores de la proteasa. La asociación de uno de estos con dos análogos de nucleósidos supone un gran avance en el tratamiento de esta enfermedad (*triple terapia*). Esta terapia es conocida con las siglas de TARGA, en inglés HAART -terapia antirretroviral de gran actividad-.

La carga viral plasmática es un parámetro de mucha ayuda para conocer el pronóstico de la enfermedad.

Paralelamente se siguen realizando estudios sobre nuevos tratamientos contra el virus (terapia génica, vacunas, etc.).

Se están elaborando preparados comerciales (algunos ya se usan) que engloban más de un fármaco con el fin de reducir el número de pastillas que los pacientes han de tomar diariamente. Esto facilita la adherencia al tratamiento, desafío importante sobre el que también se realizan numerosos trabajos en la actualidad.

■ CLASIFICACIÓN

La clasificación más aceptada universalmente es la propuesta por el CDC (Centro de control de enfermedades de los EEUU).

Inicialmente, en 1987, estableció una primera clasificación basada en los aspectos clínicos. Posteriormente y por la que se rige en la actualidad, hay una clasificación basada en aspectos clínicos y analíticos.³

Así, se consideran tres grupos clínicos:

- A: Infección aguda asintomática.
- B: Complicaciones leves no recogidas en A ni en C. Ejemplo, Candidiasis Oral.
- C: Todas las complicaciones definitorias de SIDA:
 - TBC pulmonar.
 - Neumonía bacteriana recurrente.
 - Etc. ...

Desde el punto de vista analítico, el CDC considera tres categorías:

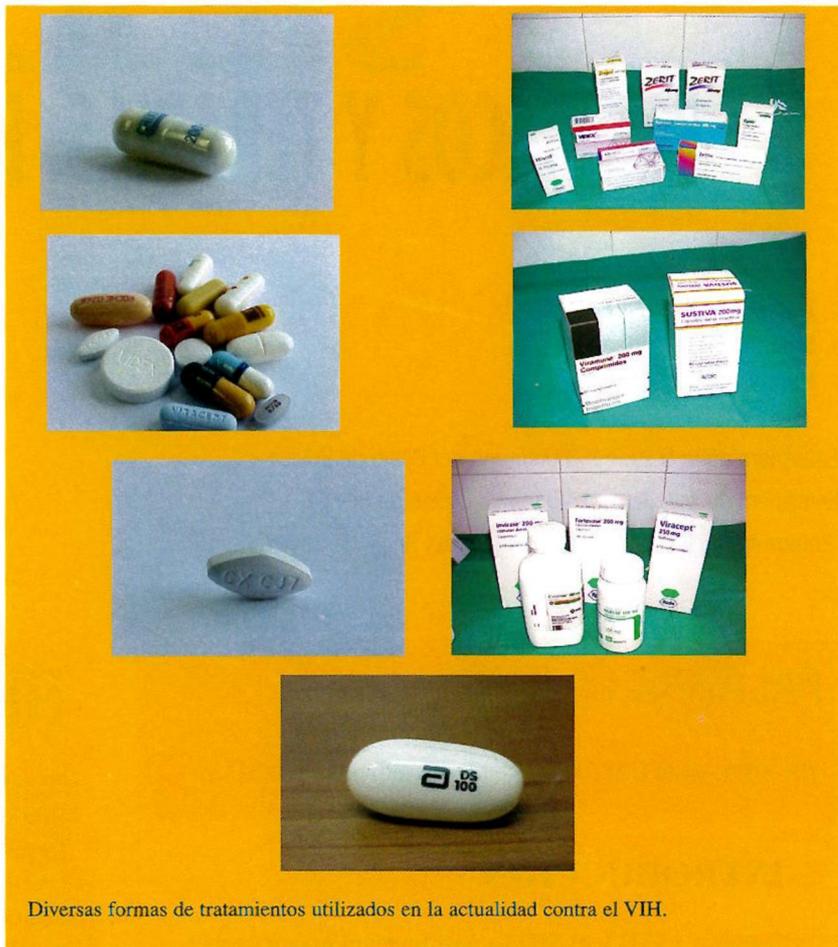
1. Linfocitos CD4 > 500/mm³.
2. Linfocitos CD4 entre 200-500/mm³.
3. Linfocitos CD4 < 200/mm³.

	A	B	C
1	A1	B1	C1
2	A2	B2	C2
3	A3	B3	C3

La consideración de SIDA en Europa abarca los pacientes incluidos en los estadios C1, C2 y C3. En EEUU, además los pertenecientes a cualquier categoría del grupo 3 (A3, B3, C3).

■ COMENTARIOS

Desde el punto de vista del impacto sobre las infecciones oportunistas,



Diversas formas de tratamientos utilizados en la actualidad contra el VIH.

podemos considerar tres periodos en el tratamiento antirretroviral.⁴

1º. Periodo de monoterapia (1986) con los análogos de nucleósidos. Fundamentalmente el periodo en que la Zidovudina (ZVD, AZT, Retrovir), era el único fármaco disponible.

Los estudios con ZVD demostraron que, tanto en los pacientes SIDA como en los asintomáticos, la administración del tratamiento disminuía la frecuencia y la gravedad de las infecciones oportunistas. Pero la ZVD no puede erradicar el VIH ni produce mejoría inmunológica mantenida en el tiempo. A largo plazo, los pacientes tratados progresaban a SIDA con aumento de las infecciones oportunistas.

2º. Periodo de los tratamientos de combinación (1990-1995). En este periodo se aprobaron la utilización de la Zalcitabina (ddC) y la Didanosina (ddI). Cuando no se obtenían

resultados positivos del AZT se pasaba a usar ddC o ddI, denominándose monoterapia secuencial.

El plan nacional del SIDA, en Junio de 1995, recomendaba iniciar tratamiento con ZVD en caso de existir síntomas menores y CD4 menor a 500/mm³, ofertando el mismo tratamiento a los pacientes asintomáticos. A partir de aquí, se permitió el tratamiento combinado o terapia doble (ZVD+ddI) o (ZVD+ddC) como una opción terapéutica para los casos de intolerancia o fracaso a la ZVD.

3º periodo de triple terapia (1996). La terapia antirretroviral triple se ha convertido en el tratamiento estandar de inicio de la infección VIH. La triple terapia se constituyó al principio mediante la combinación de dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos con un inhibidor de la Proteasa. Esta combinación paradigma de lo que se comenzó a denominar terapia anti-

retroviral de gran actividad (HAART), permitió dar un salto cualitativo en el manejo de los pacientes con infección VIH, reduciéndose de forma espectacular la mortalidad, la progresión a SIDA y los ingresos hospitalarios. Sin embargo se ha podido comprobar que existen también datos negativos asociados al HAART. La complejidad de las pautas terapéuticas y efectos secundarios a corto y largo plazo, entre los que destaca el Síndrome de Lipodistrofia, hacen difícil que el cumplimiento del tratamiento sea adecuado.⁵

En los tres últimos años se ha avanzado enormemente en los conocimientos respecto al VIH. Esta auténtica "revolución terapéutica" con la generalización del tratamiento anti-retroviral de gran actividad (TARGA) incluyendo un inhibidor de proteasa ha tenido unos beneficios para el paciente probablemente nunca vistos en otras enfermedades de la historia de la medicina en tan corto plazo de tiempo.⁶

■ CLASIFICACIÓN DE LOS FÁRMACOS²

1. INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA

1.1. Análogos nucleósidos: actúan uniéndose al genoma viral, interfiriendo la acción de la retrotranscriptasa.

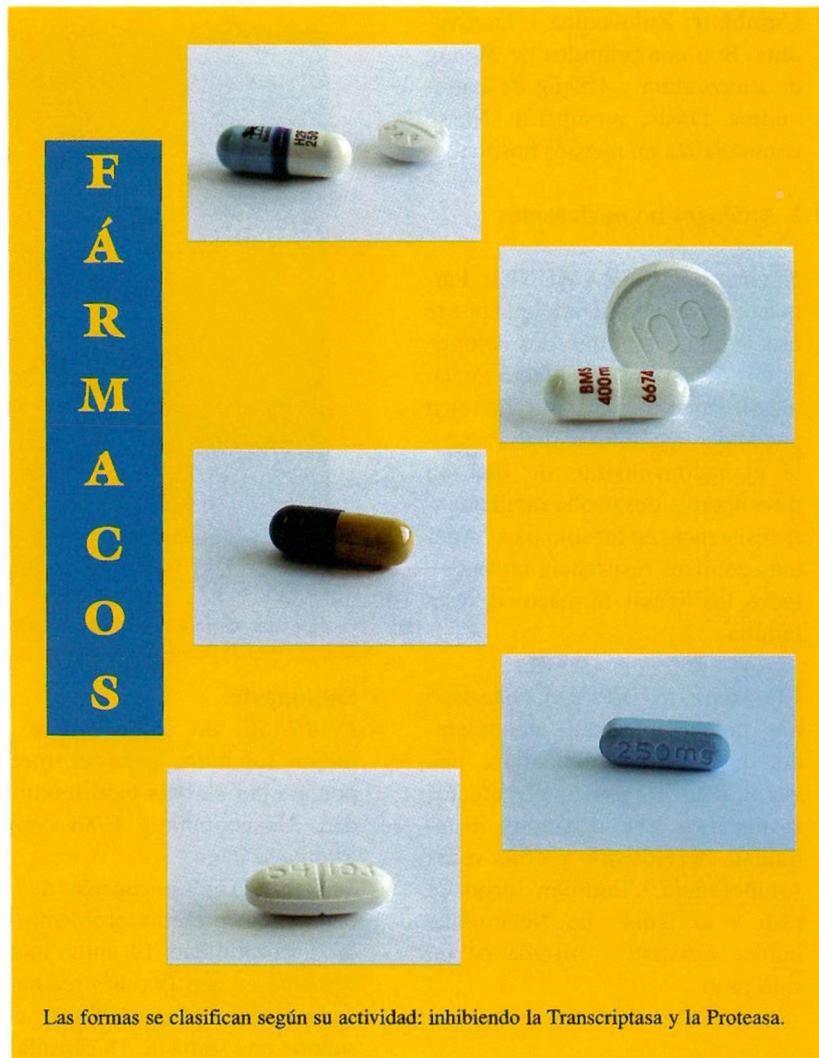
- **Zidovudina (ZVD, AZT, RETROVIR):** es el más antiguo y también el más tóxico. Produce cefalea, cansancio, náuseas, vómitos, toxicidad medular y miopatía. Hoy día se recomienda no superar la dosis de 600mg/día. 300mg/12h. Actualmente la monoterapia con este fármaco está desterrada.
- **Didanosina (ddI, VIDEX):** su acción es débil en monoterapia. Su principal efecto secundario es su mal sabor. Son comprimidos de gran tamaño. Otros efectos secundarios son la neuropatía periférica

y la pancreatitis. También altera los niveles de triglicéridos. Dosis recomendada 300mg/día si el peso es menor de 60Kg y 400mg si el peso es mayor de 60Kg. Pueden darse en una sola toma con el estómago vacío.

- **Zalcitabina (ddC, HIVID):** su principal efecto secundario es la neuropatía periférica. Es muy bien tolerado, aunque precisa administrarse cada 8 horas.
- **Lamivudina (3TC, EPIVIR):** Combinado con AZT retrasa la aparición de resistencias a este fármaco al ser sus mutaciones generalmente incompatibles. Tiene pocos efectos secundarios (rash, leucopenia) y es muy bien tolerado. Muy potente, es un fármaco de primera elección siempre en terapia combinada. Dosis 150mg/12h.

- **Estavudina (d4T, ZERIT):** su acción es muy parecida al AZT y no debe darse en combinación con este (posibilidad de efectos antagónicos). Es muy bien tolerado y su efecto secundario más importante es la neurotoxicidad periférica. Dosis habitual 30mg/12h.

- **Abacavir (ZIAGEN):** muy potente y bastante bien tolerado. No activo en aquellos pacientes que han desarrollado resistencias de alto nivel a AZT y 3TC. Presenta el inconveniente de que un 6% de pacientes puede desarrollar una reacción de intolerancia parecida a un síndrome gripal, con fiebre, artromialgias, cefalea y rash, motivo por el que debe suspenderse. La reintroducción posterior puede producir una reacción mortal. Dosis 200 mg/12 h.



Las formas se clasifican según su actividad: inhibiendo la Transcriptasa y la Proteasa.

- **Combivir:** Zidovudina + Lamivudina. Son comprimidos de 300mg de Zidovudina y 150mg de Lamivudina. Dosis: 1comp/12h. No se comercializa en nuestro hospital.

1.2. Análogos no nucleósidos

- **Nevirapina (VIRAMUNE):** Fármaco muy bien tolerado que puede usarse una vez al día (dos comprimidos de 200mg). Su efecto tóxico más frecuente es el rash. También puede dar hepatotoxicidad. Presenta el inconveniente de que en monoterapia desarrolla rápidamente resistencia en un solo paso. Además confiere resistencia cruzada a todos los demás fármacos de esta familia.

- **Efavirenz (SUSTIVA):** Fármaco muy potente y bastante bien tolerado, que puede administrarse una vez al día. Sus principales efectos secundarios son: insomnio, irritabilidad, nerviosismo y otras veces somnolencia. También produce rash y al igual que Nevirapina, induce resistencia cruzada en un solo paso.

2. INHIBIDORES DE LA PROTEASA

- **Indinavir (CRIXIVAN):** fue uno de los primeros fármacos y demostró su potencia en los primeros ensayos en tres tomas de 800mg (hay cápsulas de 200 y 400mg) cada 8h, preferentemente con el estómago vacío. Hoy día sigue siendo muy usado, aunque su prescripción ha caído debido a su intolerancia gastrointestinal, a una alta incidencia de cálculos renales (formados de indinavir puro) y una enorme variabilidad en su absorción.
- **Ritonavir (NORVIR):** es un fármaco potente, que permite su administración en dos tomas (600mg/12h), pero muy mal tolerado en general por sus efectos gastrointestinales.



La adherencia a largo plazo del tratamiento en el paciente es el gran desafío de todos.

• Saquinavir:

- **INVIRASE:** en cápsula dura. El mejor tolerado, pero el menos potente por su baja biodisponibilidad. Dosis: 600mg C/8h con el estómago lleno.
- **FORTOVASE:** en cápsula de gel blanda. No presenta problemas de biodisponibilidad. El único inconveniente es que la dosis recomendada es de 1200mg C/8h, lo cual supone una suma de 18 cápsulas.

- **Nelfinavir (VIRACEPT):** uno de los mejor tolerados. Su principal efecto secundario es la diarrea, que suele controlarse bien. Dosis: 750mg /8h ó 1250/12h.

parámetro de evaluación de que disponemos en la actualidad y nos permite definir de manera precisa el pronóstico de la mayoría de los pacientes seropositivos, indicar de manera más racional el tratamiento antirretroviral y evaluar la respuesta al mismo, así como la aparición de resistencias.⁶

Según las nuevas recomendaciones, la terapia antirretroviral estaría indicada en:

- Pacientes sintomáticos (SIDA, Muguet, fiebre inexplicable...)
- Pacientes asintomáticos (Linfocitos CD4<500 ó carga viral>5000-10000 copias).

PAUTAS DE TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento antirretroviral es conseguir, mediante el control de la replicación del VIH, evitar el deterioro inmunológico y de este modo evitar la aparición de infecciones oportunistas.

En las personas que ya han sufrido alteraciones en la inmunidad, el objetivo es recuperar los defectos existentes y evitar el deterioro posterior.

La determinación de la carga viral plasmática, es sin duda, el mejor

Una vez que se ha decidido iniciar la terapia, se debe comenzar con el tratamiento más potente a fin de conseguir una supresión máxima y prolongada de la replicación viral. Se ha demostrado en diferentes ensayos clínicos que la triple terapia es mejor que la doble, ya que suprime de forma más importante la replicación viral, produce una mejor respuesta inmunológica y en algunos estudios se ha demostrado un beneficio clínico. Se recomienda iniciar la terapia con dos análogos de nucleósidos inhibidores de la transcriptasa inversa y un inhibidor de la proteasa.

INDICACIONES ESPECIALES DE LA TRIPLE TERAPIA⁷

Primoinfección

Las razones que justifican una intervención terapéutica precoz serían:

- La supresión de la importante replicación viral que tiene lugar durante la infección aguda.
- La disminución potencial de la severidad en la enfermedad aguda.
- Alterar potencialmente el "set point" viral inicial que se relaciona con la tasa de progresión de la enfermedad.
- Reducir la tasa de mutantes virales debido a la supresión de la replicación viral.

El tratamiento está indicado para todos los pacientes que tienen evidencia de laboratorio de infección aguda por VIH.

Profilaxis post-exposición⁹

Estudios prospectivos realizados en trabajadores sanitarios estiman que el riesgo de transmisión del VIH tras la exposición percutánea a sangre infectada es aproximadamente del 0,3% y tras exposición de mucosas del 0,09%.

El riesgo de contagio es mayor en caso de inoculaciones profundas, presencia de sangre visible en el objeto causante del accidente, si este ha estado emplazado en una vena o arteria y si el paciente-fuente tiene alta carga viral (infección aguda o avanzada). La correcta identificación de estos factores es muy importante a la hora de valorar el riesgo de transmisión. En caso de exposición a través de piel y mucosas además se tendrá en cuenta el tiempo de contacto, extensión de la zona afectada y la integridad de la misma.

La infección sistémica por el VIH no ocurre inmediatamente tras la exposición al virus. Existe un breve periodo de tiempo durante el cual puede modificarse la replicación viral. Por ello, la profilaxis post-exposición

deberá administrarse en las primeras horas.

Un estudio casos-control, verifica que el tratamiento con Zidovudina post-exposición al VIH, disminuye el riesgo de infección un 81%.

En la PPE (profilaxis post-exposición) se recomienda usar dos o tres fármacos dependiendo del riesgo de infección VIH según el nivel o grado de exposición. Si el riesgo es bajo se recomiendan dos fármacos análogos: ZVD+3TC (régimen básico), si el riesgo es alto o se sospecha resistencia a los anteriores antirretrovirales se recomienda utilizar tres fármacos (régimen expandido): ZVD+3TC y un inhibidor de la proteasa (Indinavir o Nelfinavir).

La PPE deberá iniciarse lo más precozmente posible, preferentemente en las dos primeras horas (no demorarse más de 24 horas), se mantendrá durante cuatro semanas.

Embarazo

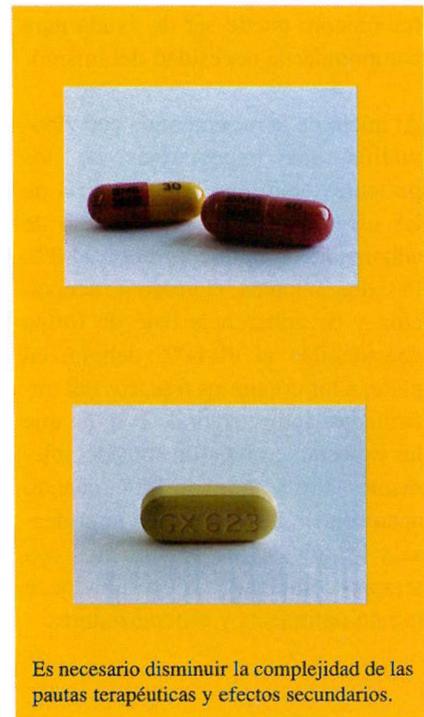
El único fármaco que ha demostrado reducir el riesgo de la transmisión perinatal es la Zidovudina (Retrovir).

La triple terapia podía estar indicada en el embarazo si el estado clínico, inmunológico y virológico de la mujer así lo requiriese, basándose en los mismos parámetros que en la mujer no embarazada.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO⁸

La importancia de alcanzar un cumplimiento óptimo de la terapia proviene, principalmente de las fatales consecuencias que pueden aparecer por parte de la misma, disminución de eficacia y desarrollo de resistencias.

En la etapa del HAART, al relacionar grado de adherencia con efectividad, se evidencia que breves periodos de bajo cumplimiento o descanso en la medicación, se asocian con aumentos de la viremia y que sólo una adherencia con más del 90% de las dosis prescritas, obtenía resultados satisfactorios.



Es necesario disminuir la complejidad de las pautas terapéuticas y efectos secundarios.

En los estudios realizados sobre el tema son diferentes las características de los pacientes, los fármacos empleados, y el tiempo de seguimiento; por tanto, es necesario tener en cuenta que los resultados no son comparables. En estudios realizados en España, el porcentaje de pacientes que presentan una adherencia correcta al tratamiento antirretroviral de gran actividad varía del 56% al 83%. Hay otros trabajos que señalan una prevalencia de buen cumplimiento que varía del 41% al 57%.

Factores que influyen en la adherencia

A) Individuo

El disponer de domicilio fijo y soporte social con familia estructurada o amigos es un factor que facilita la adherencia.

La ansiedad y la depresión empeoran la adherencia. El alcoholismo se ha identificado como un factor relacionado con el mal cumplimiento.

B) Enfermedad

El conocido mal pronóstico que presenta la enfermedad en ausencia de

tratamiento puede ser de ayuda para comprender la necesidad del mismo.

Al inicio de la monoterapia con zidovudina, las expectativas de los pacientes eran altas y la mayoría de los estudios reflejaban un grado de adherencia de alrededor del 60-80%. Pasados 2-3 años, el grado de aceptación y de adherencia bajó de forma considerable al 40-60% debido, en parte, a los continuos fracasos del tratamiento antirretroviral, con lo que las expectativas bajaron considerablemente. Pero a partir de 1996, cuando aparecen los inhibidores de la proteasa y se inician los tratamientos con terapias combinadas, los resultados se tornan optimistas y esperanzadores.

C) Régimen terapéutico

En numerosos estudios se ha demostrado que la adherencia al tratamiento disminuye cuando aumentan el número de fármacos y la frecuencia de administración. En la actualidad, existe en el mercado un comprimido (COMBIVIR) que engloba dos análogos de nucleósidos (AZT y 3TC).¹

La interferencia con los hábitos de la vida social del paciente, motiva que algunos de ellos dejen de tomar la medicación o que lo hagan en un horario incorrecto.

D) Equipo asistencial

La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia. La confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que influyen favorablemente.

El equipo asistencial, dada la complejidad del problema, debe ser preferentemente multidisciplinar, es decir, deben integrarse las tareas del médico, la enfermería, la farmacia hospitalaria, la asistencia social, el psicólogo y otros servicios de la institución.

BIBLIOGRAFÍA

1. J. GONZÁLEZ, S. MORENO, R. RUBIO. et al. Infección por VIH. 1998. Edit. Doyma.
2. SANTIAGO MORENO GUILLÉN. Optimización del tratamiento antirretroviral: Hacia la dosis única diaria. Ediciones Cesa. Glaxowellcome.
3. Guía de Enfermería. Wellcome 1994.
4. Del AZT al concepto de erradicación. Fundación Wellcome España 1997.
5. ANTONIO ANTELA LÓPEZ. Importancia de los regímenes simplificados del tratamiento antirretroviral sobre la adherencia y calidad de vida. Ediciones Cesa. Glaxowellcome.
6. JOSÉ ANTONIO IRIBARREN, XABIER CAMINO, PILAR BACHILLER, JULIO ARRIZABALAGA, FRANCISCO RODRÍGUEZ-ARRONDO, MIGUEL ÁNGEL VON WICHMANN, MARÍA ASUNCIÓN LANDA, ALICIA IZCO et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral: Nuevas soluciones, nuevos problemas. Ediciones Cesa. Glaxowellcome.
7. JULIO ARRIZABALAGA. Avance en el manejo del paciente infectado VIH. 1998. Mercksharp. Dohme de España.
8. HERNANDO KNOBEL FREUD. Adherencia al tratamiento antirretroviral. Significación clínica y estrategias de intervención. Ediciones Cesa. Glaxowellcome.
9. MIGUEL A COLMENERO CAMACHO, MONTSERRAT PÉREZ PÉREZ, JUDITH CHAMORRO CAMAZÓN. La infección por el VIH: Guía práctica. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas.

Implantación de un Programa del desarrollo de las Úlceras por presión (UPP) en el Centro de Salud La Plata (Sevilla)

■ **Francisco Pinto Coca**

Diplomado en Enfermería. Centro de Salud La Plata

RESUMEN

Las úlceras por presión, que afectan de lleno a Enfermería, importante problema de salud, se pueden y deben prevenir.

Varios son los objetivos del programa:

- Cocimiento del máximo número de pacientes en riesgos.
- Identificación y valoración de factores de riesgo
- Implicación y educación para la salud de los familiares en esta materia.
- Sensibilización del problema de las u.p.p.
- Conocimiento por parte del personal de enfermería de estas medidas.
- Puesta en marcha.

PALABRAS CLAVES: prevención, úlceras, presión.



Centro de Salud La Plata

■ INTRODUCCIÓN

Podemos definir las úlceras por presión (upp) como las lesiones causadas en la piel y tejidos subyacentes, que se producen por una presión anormal (más de 32 mm de Hg) y sostenida entre dos planos, uno las prominencias óseas del paciente y otro una superficie dura externa.

Este artículo pretende sentar normas y bases para la puesta en marcha de un programa de prevención del desarrollo de las úlceras por presión (upp), dirigido en este caso a la población de la ZBS del Centro de Salud LA PLATA, con un censo de 24.801 habitantes, teniendo 2.934 habitantes de más de 65 años de edad (Anexo 1).

La captación de los pacientes con riesgo de desarrollar la upp, se hará a través de un escrito que se facilitará tanto en consultas medicas como de enfermería.

Las upp, que afectan de lleno a enfermería, constituyen por sí solas un importante problema de salud por varios motivos:

- Son causa de padecimiento para el paciente que las sufre y para su entorno familiar.
- Conllevan un riesgo de empeoramiento del estado de salud del paciente.
- El tratamiento, tanto a nivel de recursos humanos, por la gran cantidad de tiempo que consume enfermería, como de material, supone un gran gasto sanitario.

■ OBJETIVOS

La implantación de un programa de prevención de upp, persigue los siguientes objetivos:

- a) Tener conocimiento registral del máximo número posible de pacientes con riesgos de desarrollar upp.
- b) Identificación de los factores de riesgo
- c) Valoración de los factores de riesgo.
- d) Implicación en el programa de prevención a los cuidadores/familia del paciente.
- e) Educación para la salud en materia de prevención de upp a los cuidadores/familia del paciente
- f) Sensibilización del problema de las upp, su morbi-mortalidad en el entorno del paciente.
- g) Conocimiento por parte de todo el personal de enfermería de las medidas de prevención de la upp.
- h) Puesta en marcha de las medidas de prevención.

■ OBSERVACIONES

Será un Programa, que aprobado por el Director del Centro y por la Adjunta de Enfermería, conlleva una técnica de trabajo algo distinta a otros Programas que se realizan en los Centros de Salud. Esta diferencia consiste en que prácticamente la totalidad del trabajo a realizar, será en el domicilio del paciente, contando además de con las características de diferenciaciones personales, con las de medios económicos, culturales, disponibilidad de tiempo, hábitat, etc.

La prevención del desarrollo de las upp, es posible en gran parte de ellas. El hecho de la aparición de upp, demuestra en muchos casos, una falta de calidad asistencial, una incorrecta relación entre los niveles asistenciales, así como, y quizás lo más importante y relacionado con el 1 punto, la NO priorización de la upp como un importante problema de salud, que implica totalmente a enfermería.



Otra vista del Centro de Salud La Plata.

Quizás el punto más importante para la prevención de la upp sea la educación para la salud y la protección específica de la población en riesgo.

El desarrollo de una upp, está en relación directa con el envejecimiento de la población.

En el desarrollo de las upp, incide en su desencadenamiento dos factores:

- a) extrínsecos y b) intrínsecos.

Entre los factores extrínsecos, destacan:

Las fuerzas de presión.
Las fuerzas de fricción.
Las fuerzas de cizallamiento.

Se dan otros tipos de factores, como son, pliegues en la ropa de la cama, la humedad en la piel, etc., que por sí solos no provocarían lesiones, pero que añadidos, pueden incrementar el riesgo de desarrollar upp.

Cuando se da cualquiera de estos tres factores, presión, fricción o cizallamiento, de una forma mantenida en el tiempo, se puede traducir en daños o lesiones tisulares.

De estos tres factores, cabe destacar como el más importante, el de presión, en la que las lesiones desarrolladas son la manifestación clínica de

la muerte de los tejidos locales, como consecuencia de dicha presión mantenida entre una prominencia ósea y los tejidos blandos.

El cambio de posición, es la respuesta normal de una persona a esta presión mantenida. Cuando la persona tiene algún problema, como puede ser disminución o alteración de la percepción sensorial de la piel, imposibilidad de movimientos, etc... y no hay cambio postural, la presión capilar aumenta. Cuando esta situación se mantiene en el tiempo, da lugar a las lesiones como consecuencia de una disminución de aporte de oxígeno tisular.

Los otros dos factores extrínsecos, la fricción y el cizallamiento están también implicados en el desarrollo de la upp., si concurren con la presión aceleran el desarrollo de las lesiones que puede verse incrementado con la humedad de la piel.

Entre los factores intrínsecos, cabe destacar: desnutrición, deshidratación, edad avanzada, movilidad reducida, incontinencia, diabetes, disfunción neurológica y por supuesto un estado general malo del paciente.

La existencia de estos factores intrínsecos por sí solos no implican un desarrollo de las upp., aunque influyen en su aparición y potenciación.

Sin duda alguna, la prevención, es el mejor tratamiento de las upp, teniendo un papel fundamental, que a veces ignoramos o no sabemos valorar.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Este programa se implanta en Atención Primaria, siendo este el nivel de atención mejor dispuesto para abordar la atención domiciliaria desde una perspectiva integral.

La población diana de este programa es:

- a) Aquellos pacientes encamados y sentados/encamados durante las 24 h.
- b) Pacientes con multipatologías.

Asimismo, consideramos importante los siguientes aspectos que deben estar incluidos en un programa de atención domiciliaria.

- Valoración multidimensional e integral del paciente.
- Evaluación, que tiene sus indicadores, del programa
- Coordinación interna
- Coordinación externa
- Protocolo de actuación en la actividad del programa.
- Utilización de sistemas de registros:

- a) Recogida de datos en la historia clínica.
- b) Documentación de educación para la salud, para el cuidador o el paciente
 - Formación e investigación temporal en la actividad del programa.

Asimismo, debe tener unas características, como son:

- Priorización de las necesidades de la población.
- Equipo multidisciplinario.
- Coordinación.
- Participación comunitaria.
- Criterios de inclusión-exclusión.
- Procedimiento.

Como se ha comentado anteriormente, la captación de la población diana, pacientes encamados o



Las UPP que afectan de lleno a enfermería, constituyen por sí solas un importante problema de salud.



La prevención del desarrollo de las UPP es posible en un gran número de ellas.

sentados/encamados durante las 24 horas, se hará a través de las consultas médicas y de enfermería.

En la valoración multidimensional e integral del paciente, puesto que siempre habrá que hacerlo en el domicilio de éste, hay que saber acercarse, con un respeto enorme a su espacio privado, vital-saludable y que nos va a proporcionar datos peculiares de cada persona y sus relaciones.

Tres son los puntos importantes que debemos tener en cuenta en cada visita a domicilio, una vez captado el paciente.

- a) Valoración de riesgo (Anexo 2)

Para la valoración de riesgo de padecer upp., dispondremos de varias escalas para una baremación del paciente. Se ha escogido la escala de Northon.

A partir de la puntuación que obtenemos al valorar los aspectos de esta escala, podremos deducir el riesgo, que tiene dicho paciente de desarrollar una upp.

Así, una puntuación de 5 a 12, el paciente presenta un alto riesgo de desarrollar upp.

De 13 a 15, presenta riesgo de desarrollar upp.

De 16 a 20 no presenta riesgo de desarrollar upp.

■ Implantación de un Programa de Prevención del desarrollo de las úlceras por presión (UPP)

Asimismo, al ser una puntuación parcelaria, se podrán dirigir las medidas preventivas a aquellos aspectos en los que más lo necesite el paciente.

Después de la 1ª visita, las posteriores, que serán reforzadoras en los objetivos, se hará dependiendo de la baremación que hayamos obtenido. Así, en la baremación, con una puntuación de 5 a 12, la visita será como mínimo una vez cada 30 días; con

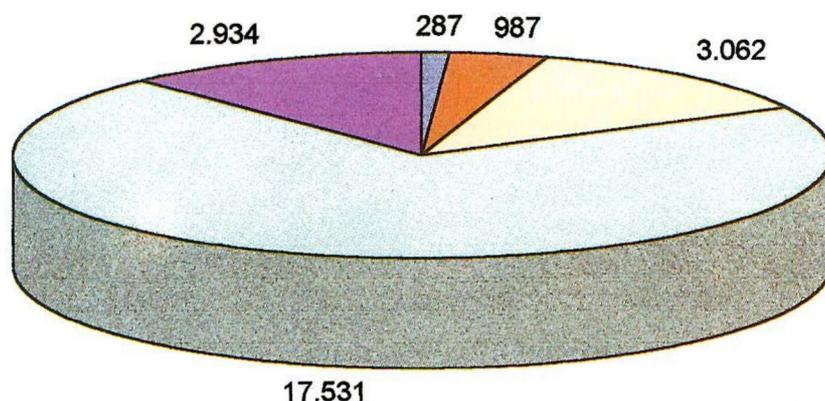
una puntuación de 13 a 15, será de 45 a 60 días. No obstante, el mensaje que daremos al cuidador principal, es que, si observan cualquier tipo de anomalía o problemas relacionado con la integridad de la piel, que la observará a diario, se pongan en contacto con su enfermero.

b) Cuidados específicos (Anexo 3)
Son aquellos que van a intervenir para contrarrestar los factores intrín-

secos y extrínsecos que favorecerán el desarrollo de las upp.

c) Educación para la salud. Para estos cuidados, dispondremos de un protocolo, que servirá de guía al cuidador o al paciente, que será claro, sencillo, inteligible y muy concreto en su organización, estructuración y algo muy importante, el que pueda ser realizable.

ANEXO 1. POBLACIÓN CENTRO DE SALUD LA PLATA



■ <de 1 año ■ 1-5 años ■ 5-15 años ■ 15-65 años ■ 65 años o más

ANEXO 2. PREVENCIÓN RIESGO DESARROLLO U.P.P.

E. FÍSICO		E. MENTAL		ACTIVIDAD		MOVILIDAD		INCONTINENCIA	
BUENO	4	LÚCIDO	4	AMBULANTE	4	TOTAL	4	CONTINENTE	4
REGULAR	3	APÁTICO	3	A. C. AYUDA	3	REDUCIDA	3	<2/24 H	3
MALO	2	CONFUSO	2	SILLA RUEDA	2	MUY REDUCIDA	2	>2/24 H	2
MUY MALO	1	INCONS.	1	ENCAMADO	1	INMOVILIZADO	1	SIEMPRE	1

NOMBRE.....EDAD.....

DOMICILIO.....TELF.....

PUNTUACIÓN DE RIESGO.....

1ª VISITA.....2ª VISITA.....3ª VISITA

¿TIENE FAMILIAR QUE CUMPLA O HAGA CUMPLIR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN?.

U.P.P.?NOMBRE.....

PARENTESCOCOLABORACIÓN.....

MEDICACIÓN ACTUAL.....

DIAGNÓSTICO MÉDICO.....

COMENTARIO

ANEXO 3. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE UPP

- Eliminar los puntos de presión prolongada.
- Cambio postural cada 2-3 horas.
- La ropa de la cama debe tener las menos arrugas posibles.
- Alimentación rica en proteínas y vitaminas (A, B, C)
- Hidratación adecuada 1,5 a 2 litros de agua diarios.
- Movilizar los miembros, bien el paciente, (movilización activa), o movilizarlos un familiar, (movilización pasiva)
- Higiene adecuada. Lavar zonas de riesgo con jabón neutro y enjuagar. Secar por presión, nunca por fricción.
- Posibilidad de usar medidas complementarias como: coderas, colchón anti-escara, cojines, almohadas, etc.
- Masajes: se harán en círculos amplios, nunca directamente sobre la zona de presión. No aplicar alcohol ni colonias. Usará cremas hidratantes.
- Ayudar siempre que se pueda a caminar al paciente, aunque sean pocos pasos.

BIBLIOGRAFÍA

- *A. Martín Zurro y J. F. Cano Pérez. Atención Primaria de Salud. Mosby/Doyma Libros. 3ª ed. Barcelona 1994.
- *A. Martín Zurro, M. Huguet y F. García Cardona. La organización de las Actividades en Atención Primaria. Mosby/Doyma Libros. 3ª ed. Barcelona 1994.
- *Cuidados Preventivos. Úlceras por presión. (u.p.p.). Curso de Intervención Preventiva en Salud Pública. Fundación de Estudios y Formación Sanitaria.
- *C. Artieda González-Granda y J. Mª Arribas Blanco. Manual de sugerencias en la prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Jarpyo editores. Madrid. 1995.
- *J.E. Torrá i Bou y J. Soldevilla Águeda. Atención domiciliaria. Organización y práctica. Atención domiciliaria a pacientes con úlceras por presión. Springer-Verlag Ibérica. Barcelona 1999.
- *P. Ayora Torres et al. Protocolo de cuidados en úlceras por presión. Dirección de enfermería. Unidad de docencia, Calidad e Investigación de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. 1999.
- *Nancy Bergstroin, et al. Tratamiento de las úlceras por presión. U.S. Department of and Human Services. Drug Farma S.L. Madrid 1996.

III CONGRESO NACIONAL



DE TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS

"Cuidados Naturales de Salud"
2 y 3 de noviembre

ORGANIZA:



Colegio Oficial de
Enfermería de Sevilla
Avda. Ramón y Cajal, 20, Accés. B
41005 Sevilla

Tfno.: 954 933 800 - Fax: 954 933 803
e-mail: coleg41@smail1.ocenf.org

www.ocenf.org/sevilla

Inscripción y reserva
teléfonos:

954 915 901 / 903

e-mail:

viajesevillages@zoom.es

Sevilla 2001

"ESTÁ EN

NUESTRAS MANOS..."

RECONOCIDO DE INTERÉS CIENTÍFICO-SANITARIO POR LA CONSEJERÍA DE SALUD
DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA

Plan de cuidados a pacientes con Lupus eritematoso sistémico

- **Concepción Muñoz Durán¹**
- **Carmen Pastor Monteagudo²**
- **M^a José Estepa Osuna³**

¹Supervisora de la U. de Colagenosis H.G. (HH.UU. Virgen del Rocío). Sevilla

²Jefe de Bloque de Enfermería (H.G.) (HH.UU. Virgen del Rocío). Sevilla

³Enfermera Grupo Calidad H.G. (HH.UU. Virgen del Rocío). Sevilla

PALABRA CLAVES:

Cuidados, Diagnóstico Enfermero, Problemas de Colaboración, Lupus Eritematoso Sistémico.

■ INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico, es una enfermedad inflamatoria autoinmune crónica, que afecta al tejido conectivo de uno o más sistemas orgánicos.

Su etiología aún no se ha confirmado, pero su aparición se relaciona con factores:

- Hormonales: estrógenos y prolactina.
- Infecciosos: retrovirus.
- Ambientales: sustancias químicas, dieta, fármacos, radiaciones UV.
- Genéticos: gen autoinmune.

La sintomatología es muy variada, pudiéndose dar una afectación del estado general en los periodos de actividad de la enfermedad, cursando con molestias generales como: fiebre, cansancio o pérdida de apetito, parecidos a los que produce una gripe.

Asimismo existe afectación a nivel de: riñón, corazón, pulmón, aparato digestivo, sistema nervioso, sangre, piel y articulaciones ya que el sistema inmunitario se comporta frente a ellos como si de órganos trasplantados se tratara.

En la mayoría de los pacientes la sintomatología aparece entre los 15 y 40 años, con más incidencia en mujeres, la frecuencia en los factores hereditarios es muy baja, oscila entre el 3 y el 8 por ciento.

RESUMEN

En este plan de cuidados guía reflejamos aquellos problemas de salud que generalmente pueden presentar este tipo de pacientes. Para ello, nos hemos basado en nuestra experiencia asistencial así como en revisiones bibliográficas. Hemos utilizado terminología propia (Diagnósticos de Enfermería según NANDA) para enunciar aquellos problemas que desde nuestro rol independiente abordamos. También describimos las complicaciones potenciales o reales que se derivan de su patología y donde nuestros objetivos son de vigilancia y control, siempre en colaboración con otros profesionales.

Este plan nos servirá de guía para individualizarlo según las necesidades detectadas en cada paciente, garantizando unos cuidados de calidad y favoreciendo la adaptación del usuario y familia a su nueva situación.

Desde la Unidad de Colagenosis del Hospital General (HH.UU. Virgen del Rocío) hemos creído necesario elaborar un Plan de Cuidados Guía, que nos ayude a la resolución de problemas que nos plantean los pacientes con esta patología y que, a la vez, pueda ser útil a los enfermeros/as que los atienden en las distintas unidades de hospitalización, Atención Primaria u Hospitalización Domiciliaria.

PATRONES FUNCIONALES QUE PUEDEN VERSE ALTERADOS

1. Patrón de percepción y mantenimiento de la salud.
2. Patrón nutricional y metabólico
3. Patrón actividad-ejercicio.
4. Patrón cognoscitivo-perceptivo.
5. Patrón de autopercepción.

■ OBJETIVOS GENERALES

- 1 Detectar y prevenir causas desencadenantes así como complicaciones y riesgos.
- 2 Proporcionar confort, bienestar y seguridad al paciente.
- 3 Impartir educación para el mantenimiento de la salud, referidos a la enfermedad, tratamiento, ejercicios físicos, factores de riesgo, etc.

A-DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1) 1.6.2.1.2.2..RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA relacionado con: déficit inmunológico, cambios en la elasticidad, alteración de la circulación y factores ambientales externos (radiaciones ultravioleta).

OBJETIVOS

- 1- El paciente mantendrá la integridad de la piel durante su ingreso.
- 2- El paciente identificará la relación entre la exposición solar y la actividad de la enfermedad.
- 3- El paciente describirá los cuidados de la piel.

ACTIVIDADES

- 1) Fomentar el cuidado de la piel:
 - Valorar el estado de la piel para detectar signos de enrojecimiento, lesión, etc.



Enfermeras de la Unidad cumplimentando los Registros enfermeros tras la revisión del Plan de Cuidados.

- Instaurar medidas preventivas de cuidados cutáneos:

- Realizar cambios posturales durante el periodo de reposo.
- Mantener la piel limpia y seca.
- Mantener la piel hidratada
- Realizar masaje corporal suave, insistiendo en los puntos de presión.

2) Informar al paciente:

- Que debe evitar la exposición prolongada a la luz solar/rayos ultravioleta.
- Que debe usar ropas de manga larga y sombreros de ala ancha.
- Utilizar factores de protección solar.
- Debe evitar la iluminación fluorescente.
- Que debe utilizar jabones neutros.
- Que debe mantener la piel hidratada.
- Utilizar champús suaves.
- Utilizar cosméticos con protección solar.

2) 6.1.1.1.DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA relacionado con disminución de la fuerza y resistencia debido a inflamación articular.

OBJETIVOS

- 1- El paciente expresará el grado de limitación de actividad.
- 2- El paciente participará en el programa de actividad progresiva.
- 3- El paciente demostrará que maneja sin riesgo los dispositivos de ayuda.

ACTIVIDADES

1. Explicarle:
 - Que debe mantener reposo en cama durante el periodo agudo de inflamación.
2. Explicar al paciente y/o familia:
 - Las restricciones de movimientos.
 - La necesidad de instaurar la actividad de forma suave y progresiva.
 - Los ejercicios estarán basados en la amplitud de movimientos, para evitar lesiones articulares.
- 3 Enseñar a utilizar los dispositivos de ayuda cuando los precise (andador, bastones, etc.).

3) **1.6.2.1.1. ALTERACIÓN DE LA MUCOSA ORAL** relacionado con disminución de la salivación e higiene oral inadecuada.

OBJETIVOS

- 1- El paciente recibirá o realizará por sí mismo, cuidados orales 3 veces al día.
- 2- El paciente identificará los modos de mantener húmeda la mucosa bucal.

ACTIVIDADES

- Valorar el estado de la boca 2 veces al día para detectar lesiones.
- Proporcionar cuidados orales después de las comidas:
- Uso de cepillo suave.
- Aplicar lubricante en labios.
- Evitar uso de sustancias que contengan alcohol.
- Toma de cultivos cuando sea preciso.
- Concienciar y enseñar al paciente, para que se examine a diario la boca.

4) **7.1.2. TRASTORNO DE LA AUTOESTIMA** relacionado con los efectos progresivos de la enfermedad y cambios de imagen.

OBJETIVOS

- 1- El paciente expresará sus dudas a los miembros del equipo de salud.
- 2- El paciente y/o familia participarán activamente en el plan de autocuidados.
- 3- El paciente expresará sentimientos positivos sobre sí mismo.



Equipo de Enfermería de la Unidad de Colagenosis tras una sesión de Enfermería individualizando el Plan de cuidados del L.E.S.

ACTIVIDADES

- 1- Dirigirnos con actitud tranquilizadora transmitiendo sensación de comprensión y disposición a resolver sus dudas.
 - Facilitar la expresión de sus dudas.
- 2- Estimular al paciente y/o familia a que participen en el plan de autocuidados.
 - Trabajar con la familia para que el paciente participe en las tareas familiares, en los periodos de mejoría.
 - Reconocerle los objetivos alcanzados.
- 3- Ayudarle a que recupere su autoestima.
 - Motivarlo para que participe en su cuidado personal.

5) **6.5.2. DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: higiene, vestido acicalamiento r/c limitaciones secundarias al proceso patológico (cansancio, deformidad de articulaciones, exacerbación de la enfermedad).**

OBJETIVOS

- 1- El paciente demostrará progresivamente mayor nivel de indepen-

dencia en relación a sus autocuidados.

ACTIVIDADES

- Proporcionar la ayuda necesaria para satisfacer las necesidades de autocuidados, que presenta durante su hospitalización.
- Fomentar la independencia y la autoestima, para potenciar la capacidad de autocuidado.
- Proporcionar intimidad y un ambiente propicio, para la realización de cada una de las actividades.

6) **8.1.1. DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS:** concepto de la enfermedad, ttº farmacológico, signos y síntomas de complicaciones. r/c falta de familiaridad con el proceso.

OBJETIVOS

- 1- El paciente y/o familia manifestarán conocer adecuadamente el proceso de la enfermedad.
- 2- El paciente y/o familia demostrarán el uso correcto de la medicación.
- 3- El paciente y/o familia identificarán los signos y síntomas derivados de una complicación.

ACTIVIDADES

- 1- Explicar el L.E.S. utilizando un lenguaje sencillo, claro y adecuado al nivel de comprensión del paciente y/o familia.
- 2- Explicar al paciente y/o familia:
 - El ttº farmacológico prescrito.
 - La correcta administración del mismo.
 - Los signos y síntomas de efectos secundarios.
- 3- Enseñar al paciente y/o familia los signos y síntomas de complicaciones:
 - Fiebre.
 - Dolor torácico o disnea.
 - Calambres en las piernas.

7) 1.1.2.2. ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO

relacionado con inapetencia y/o ulceraciones de la mucosa oral.

OBJETIVOS

- 1- El paciente tomará una dieta equilibrada de acuerdo a sus necesidades.
- 2- El paciente estabilizará peso aumentándolo gradualmente.

ACTIVIDADES

- Registrar diariamente lo que el paciente come.
- En caso de inapetencia, determinar las preferencias del paciente, consultando con el servicio de Dietética para proporcionarle dieta personalizada.
- Pesar regularmente.

B- PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

1. DOLOR CRÓNICO SECUNDARIO A LA INFLAMACIÓN DE LAS ARTICULACIONES

OBJETIVOS

- Controlar cambios en esta complicación.

ACTIVIDADES

- Valorar y registrar:
 - Localización del dolor.
 - Intensidad.
 - Irradiación.
 - Grado de limitación de movimiento de la/s articulaciones afectadas.
 - Fomentar el reposo en posición adecuada y cómoda.
 - Realizar progresivamente ejercicios suaves de amplitud de movimientos, para evitar la rigidez de las articulaciones.
 - Fomentar el uso de medidas analgésicas accesorias (enseñarle técnicas de relajación).
- Administración de ttº médico prescrito y registrar la respuesta a las medidas analgésicas.

2. POLIMIOSITIS

DEFINICIÓN: Es un trastorno muscular inflamatorio, que puede ir acompañado de inflamación a nivel:

pulmonar, articular y pericardio. Se caracteriza por: fiebre y aparición de tumefacciones musculares circunscritas y duras así como, debilidad muscular.

OBJETIVOS

- 1- Controlar cambios en los signos y síntomas de polimiositis.

ACTIVIDADES

- Valorar y registrar la evolución de signos y síntomas:
 - Presencia de dolor en distintas articulaciones (hombros, rodillas, caderas).
 - Presencia de problemas en la deglución y proporcionar la dieta adecuada.
 - Presencia de dificultad respiratoria y proporcionar las medidas necesarias para mejorarla.
 - Presencia de dolor por debajo de clavícula izquierda, cuello y región escapular izquierda, que se agrava con el movimiento lo que indica pericarditis: avisar al médico.
- Establecer el grado de debilidad muscular y proporcionar medidas



Los pacientes con L.E.S. necesitan constante apoyo e información sobre todo en relación al trastorno de su autoestima y el déficit de conocimiento.



Artropatía mutilante: lesiones tróficas en la piel de las manos y en las uñas correspondientes a la paciente.



Lupus discoide hipertrófico.



Eritema facial en alas de mariposa.

Distintas lesiones producidas por Lupus Eritematoso Sistémico.

de ayuda necesaria para cubrir sus necesidades básicas.

- Administrar tt^o médico prescrito y registrar la respuesta al mismo así como, los posibles efectos secundarios.
- Proporcionar los dispositivos de ayuda y enseñar su manejo, cuando los precise.

3. VASCULITIS

DEFINICIÓN: Engloba una serie de procesos en los que hay una inflamación de los vasos. Como consecuencia, se compromete la circulación y se observan lesiones isquémicas en los tejidos dependientes de los vasos afectados.

OBJETIVOS

- 1- Controlar cambios y prevenir complicaciones derivadas de la vasculitis.

ACTIVIDADES

- Valorar y registrar la evolución de signos y síntomas, que pueden ser variados dependiendo de la afectación orgánica:
 - *Manifestaciones iniciales:* fiebre,

astenia, pérdida de peso, artromialgias.

- *Afectación renal:* hipertensión, nefropatía.
- *Afección cardíaca:* taquicardia, hipertensión arterial, angina o infarto, arritmia supraventricular.
- *Afección neurológica:* parestesias, convulsiones, cefaleas.
- *Afección gastrointestinal:* dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea.

- Administrar el tt^o médico prescrito, registrar posibles efectos secundarios así como, la efectividad del mismo.
- Explicar la razón del tt^o y el efecto esperado.
- Colaborar en pruebas complementarias.

4. AFECTACIÓN PULMONAR

DEFINICIÓN: Inflamación aguda o crónica de las estructuras pulmonares, pudiéndose diferenciar:

- a) *FORMA PRIMARIA:* producida por el propio L.E.S. (enfermedad pleural, vascular, muscular etc.).
- b) *FORMA SECUNDARIA:* suele

ser consecuencia de los tratamientos empleados o bien complicaciones relacionadas con la afectación de los diferentes órganos (infecciones, toxicidad por drogas etc.).

OBJETIVOS

- 1- Controlar cambios en los signos y síntomas de afectación pulmonar y prevenir complicaciones.

ACTIVIDADES

- Valorar y registrar signos y síntomas de complicaciones pulmonares:
 - Dolor torácico uni o bilateral (indica pericarditis).
 - Fiebre alta, disnea, tos con/sin expectoración, dolor torácico, hipoxemia, (indica neumonitis lúpica aguda).
 - Taquipnea, taquicardia, distress respiratorio, hemoptisis franca, disminución brusca de cifras de hematocrito y hemoglobina (indica hemorragia alveolar).
 - Disnea inicialmente y posteriormente síncope, angina, signos y síntomas de fallo cardíaco dere-

cho (indica hipertensión pulmonar).

AVISAR AL MÉDICO ANTE CUALQUIERA DE LOS SÍNTOMAS ANTERIORES.

- Aplicar acciones cuidadoras para aliviar los síntomas.
- Administrar el ttº médico prescrito, valorar y registrar la efectividad del mismo.
- Colaborar en pruebas complementarias.
- Explicar al paciente y/o familiar el procedimiento de aquellas pruebas que se le van a realizar.

5. ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS

DEFINICIÓN: En el L.E.S. se alteran los componentes de la sangre, dando lugar a: anemia, leucopenia, trombocitopenia y aumento de infecciones.

OBJETIVOS

- 1- Controlar cambios en los signos y síntomas de alteraciones hematológicas y prevenir complicaciones.

ACTIVIDADES

- 1- Valorar y explicar signos y síntomas al paciente y/o familia:
 - Fiebre.
 - Púrpura y equimosis.
 - Epístaxis.
 - Hemorragias.
- 2- Valorar y registrar: intensidad y localización.
- 3- Aplicar las acciones cuidadoras necesarias para aliviar los síntomas.
- 4- Colaborar en pruebas complementarias.
- 5- Administrar ttº médico prescrito.

BIBLIOGRAFÍA:

* Alfaro R. Aplicación del Proceso Enfermero. Ed. Springer. Barcelona 1999.

Carpenito, L.J. Planes de Cuidados y documentación en enfermería. Ed. Interamericana Mc. Graw-Hill. Madrid 1994.

* Diagnósticos enfermeros de la NANDA. Definiciones y clasificación 1997-1998 Ed. Harcourt Brace. Madrid 1997.

* J. Font. M. Khamashta. M. Vilardell. Lupus eritematoso sistémico. Ed. Mra. Barcelona 1996.

* M.T. Luis. Diagnósticos enfermeros. Ed. Harcourt Brace. Madrid 1998.

* Nancy M. Hollway. Planes de Cuidados médico/quirúrgicos. Ed. Doyma. Barcelona 1990.

* Sánchez Román J. Lupus eritematoso sistémico. Manual de información para pacientes y familiares. Ed. Merrell Dow. Sevilla 1995.

Pautas de actuación en atención primaria ante la violencia doméstica

- M^a Carmen Noguero Fernández¹
- M^a Pilar Solanas Muñoz²

¹Enfermera. Centro de Salud Torreramona. Zaragoza.

²Enfermera. Centro de Salud Almozara. Zaragoza

RESUMEN

El personal de Atención Primaria debe estar preparado para realizar una valoración de signos y síntomas típicos, que se puedan poner de manifiesto en una situación de malos tratos, así como una correcta aplicación de protocolos y una intervención psicológica eficaz que permita abordar este tipo de problemática, con objeto de:

- Detectar precozmente la posible existencia de malos tratos.
- Proporcionar ayuda eficaz a las afectadas.
- Pedir colaboración al equipo multidisciplinar (forenses, psicólogos, asistente social,...).
- Evitar sufrimiento innecesario.

PALABRAS CLAVE

- Malos tratos.
- Aplicación de lo protocolos.
- Detección precoz.

INTRODUCCIÓN

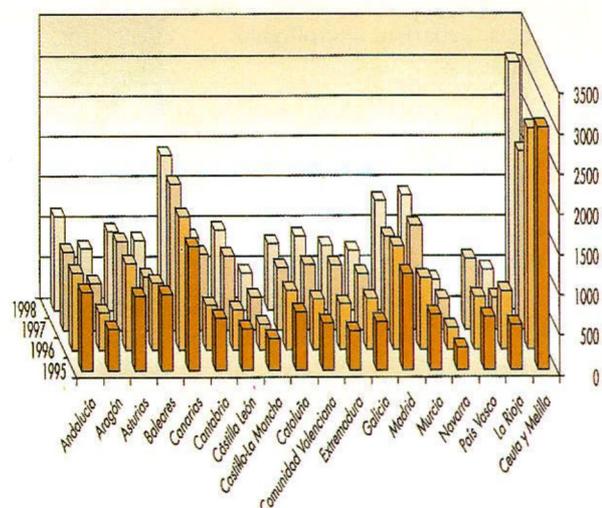
En nuestra experiencia como enfermeras observamos un aumento de los casos de malos tratos tanto físicos como psíquicos, como figura en las tablas 1 y 2; que en un alto

porcentaje desemboca con la muerte de la víctima. Creemos necesaria la existencia de un protocolo de actuación ya que numerosos trabajos demuestran el escaso número de diagnósticos de violencia doméstica y, al mismo tiempo, ponen de manifiesto que la existencia de protocolos adecuados de malos tratos aumenta el número de casos identificados. Por ello, proponemos una puesta al día de Enfermería en Atención Primaria para detectar y realizar un seguimiento adecuado, junto al equipo multidisciplinar del centro correspondiente.

La violencia de género, entendida como todo acto de agresión, física o psíquica, basada en la superioridad de un sexo sobre otro, constituye junto a los malos tratos a menores y ancianos, la expresión de un problema más amplio; la llamada violencia doméstica, terrorismo doméstico o violencia en el medio familiar, es decir una forma de agresión asentada y organizada en torno a un esquema cultural.

Las investigaciones en torno a este tema requieren estudios causales, epidemiológicos, análisis de factores que contribuyen a la gravedad de los hechos, por ello consideramos de interés, conocer los factores que explican las conductas agresivas, indispensables para elaborar programas preventivos y terapéuticos (1).

Tabla 1. Denuncias por malos tratos (por millón de mujeres)



■ MARCO CONCEPTUAL

El primer paso para una adecuada comprensión de la agresión consiste en establecer una definición clara y precisa del término. Agresión: conducta tanto física como simbólica, que se ejecuta con la intención de herir a alguien (2).

Los actos de violencia social son episodios identificados claramente como perjudiciales; provocan daño a sus víctimas, despiertan emociones de dolor, indignación y vergüenza en quienes toman contacto con ellos, esto nos lleva del horror, a la anestesia en la violencia familiar desencadenando la reacción “no vemos que no vemos” o “Doble Ciego”. Nuestra mente construye una coherencia que no es tal. Existe una discontinuidad perceptiva pero creamos la ilusión de continuidad.

Quienes como personal cualificado prestamos ayuda a familias con problemas debemos aprender a registrar y recuperar emociones provocadas por situaciones no deseadas, imprescindible punto de partida para producir una perturbación de sistemas estables, terminar con esta cadena de negación que está más a nuestro alcance como sanitarios que al de los protagonistas (4).

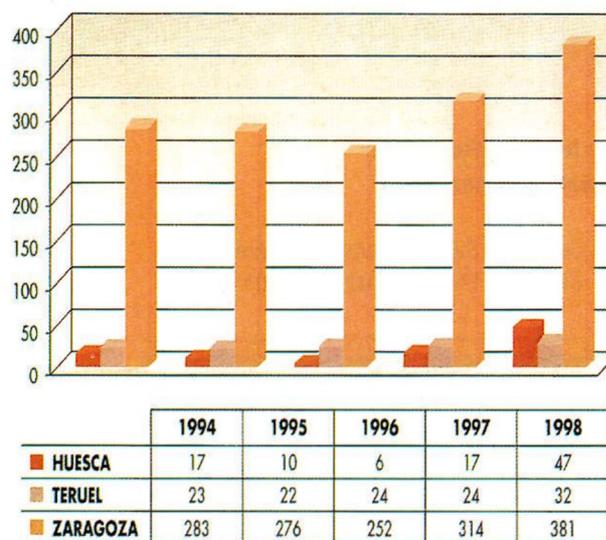
De acuerdo a lo comentado anteriormente los factores causales se agrupan en:

-Factores biológicos: identificables a tres niveles; genético, neurológico y bioquímico (1).

-Factores psicológicos: existen trabajos que demuestran en su conclusión que la vivencia de sucesos adversos aumenta la hostilidad humana (1).

-Factores sociales: por encima del plano biológico y psicológico de la persona, existe una superestructura social capaz de condicionar formas colectivas de convivencia y pautas sociales de conducta. En un estudio de la estructura de las sociedades

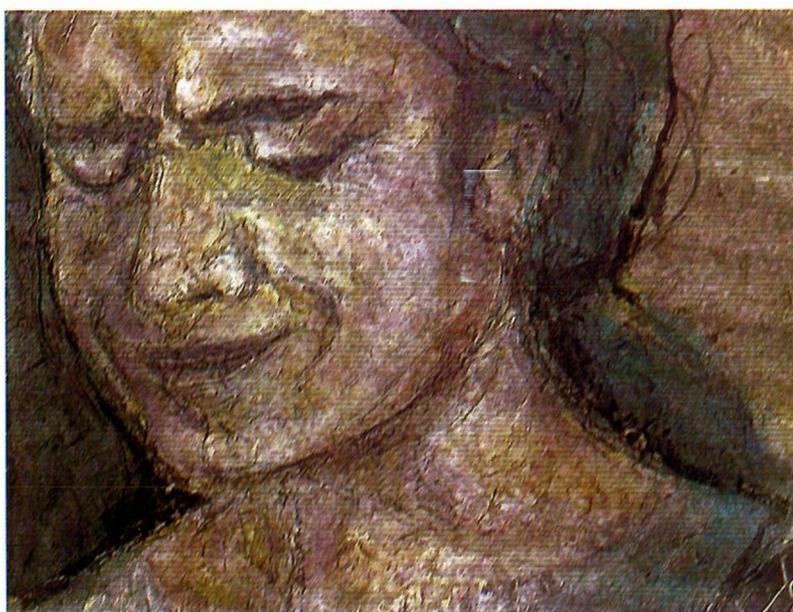
Tabla 2. Evolución del número de malos tratos denunciados



opulentas se observa que en ellas se orientan las verdaderas necesidades existenciales y vitales del sujeto hacia el consumo y la competencia, y se produce un estado de frustración que aboca en un predominio de las pulsiones agresivas (1).

La aplicación de estos conocimientos generales al estudio de las causas y finalidad de la violencia doméstica, nos permite decir que en su origen influyen especialmente

los factores sociales y, en cuanto a su finalidad se trata de agresiones compensadoras, donde el agresor se siente como sujeto maltratado por la sociedad y dirige su rabia contra el más débil en un intento de superar su frustración. Podemos incluir este tipo de violencia en las llamadas patologías de la civilización, definidas como un conjunto de problemas de salud de etiología multifactorial que tienen en común el que tanto en su origen, mantenimiento y cura-



Técnica mixta. Realizada para la revista NOSOTRAS. Autora: M^a Engracia Molina Manzanares.

ción influyen poderosamente la formación cultural (1).

CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA

Existe una tendencia a mantenerla oculta por considerarla de ámbito privado. Esto dificulta la intervención de los agentes públicos en la vida familiar. Es de carácter habitual, es decir, tendencia a la repetición.

Aparece una tolerancia de la víctima por motivos como miedo, indefensión, falta de autonomía...

Hay dificultades para investigación ya que la mayoría de las veces permanecen ocultos configurándose como una cifra negra o fenómeno iceberg que estará en relación directa con los factores individuales de la víctima; magnitud e intensidad del daño, así como la tolerancia sociocultural hacia estas conductas.

Finalmente consideraremos cualquier conducta que tiene como objeto dañar o lastimar. (5)

CICLO DE LA VIOLENCIA

Para responder a- ¿Cómo se da el maltrato?- es preciso señalar que todo se produce de forma cíclica. El ciclo de la violencia conyugal, descrito por Leonor Walker es el siguiente:

La violencia se da en situaciones cíclicas que pueden ser referidas a tres fases que varían en intensidad y duración según las parejas:

- Acumulación de tensión. En esta fase hay agresiones psíquicas y golpes menores. Las mujeres niegan la realidad de la situación, celos y posesión, creyendo que su consulta es legítima. (6)
- Fase aguda de golpes. Descontrol e inevitabilidad de los golpes. Las



Clara V., víctima de malos tratos por su ex marido, sigue luchando para erradicar la violencia doméstica.

mujeres suelen mostrarse sorprendidas frente al hecho, aunque se desencadena de manera imprevista (6). El golpe del hombre suele ser visto más como acto de impotencia que como demostración de fuerza. Cuando no logran sus expectativas, sienten que pierden el poder frente a la mujer. (6)

- Calma "amante". La fase aguda se destruye por una conducta de arrepentimiento y afecto del hombre golpeador y de la aceptación de la mujer que cree en su sinceridad. (6)

RASGOS SIGNIFICATIVOS DE LA MUJER MALTRATADA

Sentimientos. El síndrome de la mujer maltratada: Las mujeres que padecen este síndrome se vuelven cada vez más inhibidas, viven con el temor al próximo ataque y son incapaces de buscar ayuda, padecen un profundo trauma y stress que supone una pérdida continua de energía. (7)

Negación de realidad. Niegan la gravedad de los malos tratos y la peligrosidad de su pareja. Racionalizan sus conductas hasta el punto de

considerar que su agresor es incapaz de ser responsable de su conducta de malos tratos. (8)

Baja autoconciencia. Presentan sentimientos ambivalentes en torno a temas; amor-odio, ira-pasividad. Las víctimas de malos tratos aprenden a permanecer calladas y a ser respetuosas con los demás. Aprende a someterse y a ver su rol como seguro. Las partes que hacen referencia a enfado, agresividad, resentimiento, asertividad suelen ser castigadas. Viven la violencia como parte de su vida, creen que pueden cambiar al maltratador. (8)

Baja autorresponsabilidad. No toman medidas de autoprotección, es muy típico la conducta inmadura en estas mujeres. Han recibido una educación rígida donde se les enseña incluso a amar al agresor, acabando por aceptar este rol. Se hacen responsables de la familia por encima del sufrimiento. (9)

PERFIL PSICOLÓGICO

Hay una comunicación central; la queja, debajo de esta siempre existe un ataque. Tiene experiencias de

depresión que son vividas sobretodo como abandono.

Padece niveles altos de ansiedad y angustia, relacionados con experiencias carenciales en la infancia. Conductas autodestructivas. (10)

Aparecen fallos en la construcción de su identidad, debido a que no hay un proceso de integración, "las relaciones objetales" son de tipo parcial. Su identidad se construye a través otros (maridos, hijos,...).

Las relaciones con el personal terapéutico son difíciles y tiende a generar irritabilidad, rechazo e impotencia. Viven la figura de apoyo como alguien que les frustra. (11)

RASGOS SIGNIFICATIVOS DEL HOMBRE MALTRATADOR

La mayoría de los casos no tienen comportamientos agresivos fuera del ambiente familiar. Presentan una doble fachada, consiste en tener dos personalidades tipo "Dr. Jekyll y Mr. Hide" (12). Puede aparecer baja autoestima, insatisfacción e inseguridad. Buscan una relación de dominio para soportarse a sí mismos (13). Muestran temperamento colérico y ánimo depresivo, son mentirosos y celosos. Tienen una tremenda necesidad de cariño y de dependencia. Persiguen el control absoluto de los miembros de la familia. Se perciben como víctimas y siempre están a la defensiva (14).

Son menos asertivos y con menos recursos educativos que los menos maltratadores.

Sus creencias y aprendizajes. Las creencias son las conceptualizaciones que los individuos tienen acerca de sí mismos incluyen su valía personal, sus roles en la vida y lo que el mundo les "debe" y acerca de los demás. Estas son:

a) Los agresores tienden a pensar que sus sentimientos de inadecuación, sus creencias negativas sobre sí mis-

mos les autoriza a hacer daño a otros. (14)

b) Numerosos estudios demuestran la relación entre violencia marital y relaciones estereotipadas, donde señalan que los hombres que maltratan tienden a tener una orientación sobre los roles sexuales más tradicional que los hombres no agresores. (14)

Presentan distorsiones cognitivas, racionalizaciones (la conducta no es excesivamente agresiva) y justificaciones (la conducta de la mujer creó la crisis), todo distorsionado. Existen una serie de pensamientos que contaminan al agresor. Presentan diversidad de sentimientos y emociones, experimentadas debido a su capacidad de autorreconocimiento limitado, tienden a suprimir y enmascarar lo que sienten. Suelen ser hijos de maltratadores. (15)

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA.

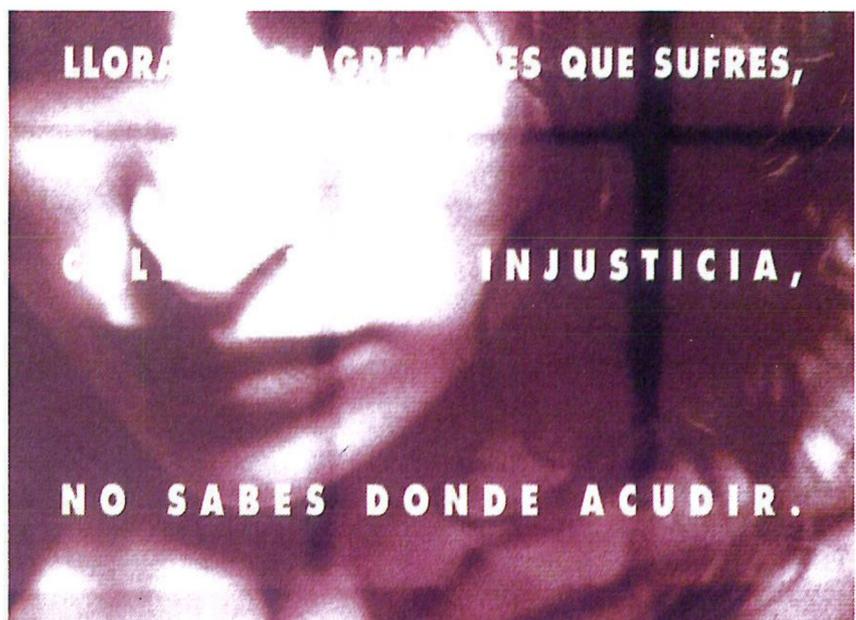
La violencia doméstica es hoy por hoy una patología prevalente cuyo diagnóstico requiere inicialmente de



Una de cada cuatro mujeres en el mundo que mantiene relaciones heterosexuales es víctima de malos tratos continuados por parte de su compañero.

una sospecha. Basándonos en los datos anteriormente nombrados, el personal sanitario debe tener en cuenta siempre, la posibilidad de maltrato, máximo si se detectan varios síntomas y actitudes y, mantener una conducta activa frente a los mismos.

A la recepción de la paciente debemos procurar asistencia tanto de los daños físicos y psíquicos, así como



"8 Marzo" nº 28. Edita Dirección General de la Mujer. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Madrid.

practicarle un reconocimiento médico completo. De aquí la importancia de que el personal de enfermería debe estar capacitado para detectar los síntomas y actitudes de los malos tratos.

VALORACIÓN FÍSICA

Generalmente corresponde a una patología mal definida e inespecífica como dolor de cabeza, de espalda, abdominal, dolor torácico, disnea, cambio en el apetito o en el sueño. Puede haber lesiones agudas en diferentes zonas; tórax, cabeza, extremidades, producidas por diversos mecanismos y, en distinto estadio de evolución (quemaduras, golpes,...). (16)

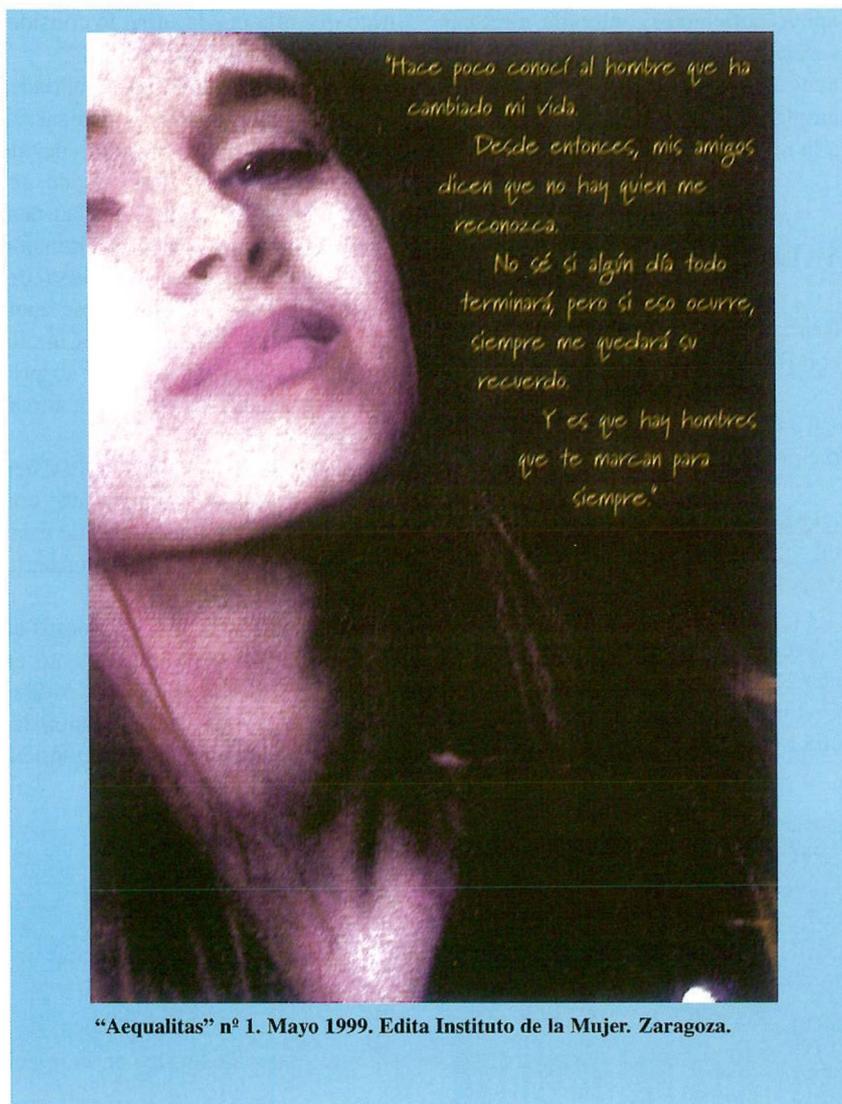
En general los malos tratos aumenta la prevalencia de los problemas de salud, como demuestran varios estudios realizados. Las mujeres que sufren violencia de baja intensidad tales como, amenazas, empujones, tienen más probabilidad de padecer más problemas tanto físicos como psíquicos; dolores abdominales, inapetencia, secreciones vaginales anormales,... (16)

VALORACIÓN PSÍQUICA O EMOCIONAL

Estos síntomas pueden acompañarse de manifestaciones psíquicas tales como depresión, ansiedad, intentos de suicidio, baja autoestima, autorreproches, confusión mental, nerviosismo, hipervigilancia, anorexia/bulimia ...

Pueden presentar temores, sentimientos de culpa, mirada huidiza y explicaciones contradictorias/confusas. (15)

En cuanto se refiere al agresor, pareja, marido o cónyuge, suele acompañarla para controlarla y se muestra excesivamente preocupado o excesivamente despreocupado e irónico, ante esta situación la mejor solución es invitarle a salir de la consulta.



“Aequalitas” nº 1. Mayo 1999. Edita Instituto de la Mujer. Zaragoza.

Durante el periodo de asistencia a la víctima debemos tener en cuenta una serie de puntos:

-Las preguntas a la víctima deberán ser sencillas y indirectas con la suficiente claridad manteniendo una actitud de confidencialidad, dejando que la persona se sienta cómoda y se exprese libremente, evitando emitir juicios para conseguir una mayor objetividad de los hechos. Ej: ¿Duermes bien?, ¿Cuántas horas? (4).

-Realizar una escucha activa y asegurarle que no está sola. Transmitir seguridad y apoyo.

-No recomendar que abandone a su pareja, esta decisión la debe tener únicamente ella.

-No abordar el tema directamente con el agresor, esta actitud puede empeorar gravemente la situación.

-En caso de tener hijos preguntar como viven ellos la situación.

VALORACIÓN DE LAS REDES DE APOYO

Se valorará la situación económica y social de la mujer, realizaremos preguntas tales como: ¿Tiene familiares cercanos en su misma ciudad que puedan prestar ayuda?, ¿Económicamente puede permitirse vivir de forma independiente?, ¿Tiene hijos a su cargo?, ¿Qué edad tienen?, ¿Disponen de amistades que puedan prestarle ayuda en un momento determinado?, ... En caso de no disponer de redes de

apoyo suficientes, animarle a buscar servicios sociales de apoyo; casas de acogida, educación, formación y empleo, salud y servicios de atención a la mujer, asesoramiento jurídico.

VALORACIÓN EDUCATIVA

Realizaremos una serie de preguntas con fin orientativo como pueden ser:

-¿Cual es su idea de una relación de reciprocidad entre ella y su pareja?.

-¿Que considera ella como maltrato?, ¿Sabe diferenciar maltrato físico de psíquico?.

-Como vive su relación, ¿está satisfecha?...

Con esto intentemos ver la idea que ella tiene de su relación y, si el mal-

trato que ella pueda sufrir lo considere de alguna manera "normal".

Proponemos una serie de actividades que nos van a ayudar a realizar un correcto y completo seguimiento de nuestra paciente. Como puede ser citarla en la consulta 2-3 días después para evaluar cual es la situación actual. Se ofrecerá el teléfono del Centro de Salud para realizar cualquier consulta. Si no acude a la cita sería buena idea visitarla por sorpresa con la excusa de otra visita cercana por ejemplo.

Podemos realizar fotos si existen lesiones, siempre explicando con claridad el fin y el propósito de éstas y siempre a través de un consentimiento informado.

Por último, como filtro que somos en la detección de estos casos tanto en mujeres como niños, deberá pedirse colaboración al resto de profesionales del centro para realizar un seguimien-

to completo para optimizar tanto los recursos como los resultados.

■ CONCLUSIÓN

La violencia doméstica requiere una transformación social, y un análisis profundo que busque atacar las causas y el origen, y no solo el remedio para las causas.

Esta transformación creemos que debe estar basada en una educación de igualdad y respeto desde la infancia, ello requerirá un largo periodo de tiempo como cualquier cambio social ya que, en una relación en la que aparecen malos tratos no solo están implicados los adultos, casi siempre existen hijos/as hacia quienes afecta esta violencia, influyendo decisivamente en su formación como personas. Evitando así la posibilidad de crearse un círculo vicioso.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Luna, A. y Osuna, E.: Violencia familia. Aspectos generales. 1994.
2. Berkowitz, L. Agresión, causas, consecuencias y control.
3. Ravazzola, M^a Cristina: Historias infames; los malos tratos en la relaciones.
4. Villazencio, P.: La detección de malos tratos en la consulta. IX Escuela de Salud Pública. Mahón. Octubre 1998.
5. Castellano, M. Violencia en el medio familiar. Gisbert, J.A. Medicina legal y toxicológica, Edit. Masson 1998.
6. Walker, Leonor: The battered woman. Hayer and Row. New York. 1979.
7. Walker, L.: Psicología de la violencia en el hogar. Citado por Stith, Sandra M.; Rosen, Karen, Williams M. 1979.
8. Hendsicks, Mathews. Psicología de la violencia familiar. 1982.
9. Walker, L; citado por Stith, Sandra M.; Rosen, Karen; Williams, M.; Beth: Psicología de la violencia en el hogar. 1978.
10. Ruiz de la Prada, Alicia. Vínculos de dependencia patológica en las relaciones de malos tratos.1993.
11. Gelles, R.: "Abused Wives: Why do they stay?". Journal of marriage and the family.
12. Hotaling y Sugarman, 1986; Datlan, 1989; citados por Stith, Sandra, M.; Rosen, Karen, Williams, M.; Beth.: Psicología de la violencia en el hogar.
13. Grosman; Masterman; Adamo. Violencia en la familia
14. Echeburua, E. Personalidades violentas. Ed. Pirámide.1994.
15. Gasque, J.; Pérez, R.; Serrat, D.: Análisis de las agresiones con repercusión judicial. 1990.
16. Luna, A, y Osuna, E.: Aspectos clínicos de la violencia en el medio familiar. 1994.

Manual de las Anemias:

Pruebas de Laboratorio. Actitud ante la Anemia

- Joaquín Bulnes Gómez¹
- María Almagro Martínez²
- Juan Manuel Fernández Sarmiento³
- María de los Reyes García Gómez⁴

¹Diplomado en Enfermería. Hospital Duques del Infantado. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

²Auxiliar de Enfermería. Servicio de Laboratorios. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

³Diplomado en Enfermería. Ambulatorio Marqués de Paradas. Sevilla.

⁴Diplomada en Enfermería

RESUMEN

En éste segundo artículo sobre las anemias incluimos las principales pruebas de laboratorio, las cuales nos orientan hacia un diagnóstico exacto, que si bien en la práctica es relativamente fácil, siempre hay algunas difíciles de catalogar.

La actitud a seguir en caso de sospecha de anemia depende en primera instancia del hemograma, a partir de aquí se determinarán unos parámetros u otros que nos irán indicando ante que tipo de anemia nos encontramos, esta actitud es presentada de forma esquematizada.

Palabras claves:

Anemia, hematíe, hemograma, hematocrito, reticulocitos, ferritina, sideremia, eritropoyesis.

■ INTRODUCCIÓN

La confirmación diagnóstica de una anemia precisa siempre de la determinación de la concentración de hemoglobina.

En la práctica, el diagnóstico de anemia suele ser relativamente fácil si junto a los aspectos clínicos se valoran convenientemente los parámetros eritrocitarios básicos proporcionados por el laboratorio.

El examen morfológico eritrocitario es de vital importancia en algunos cuadros, hoy por hoy todavía el ojo humano sigue siendo insustituible para detectar buena parte de las alteraciones morfológicas que se pueden presentar en una extensión de sangre periférica, para ello tenemos los distintos tipos de microscopios y tinciones.

El recuento de reticulocitos forma parte del diagnóstico rutinario de las anemias, ya que refleja la producción eritropoyética medular, mide la eritropoyesis eficaz, indica el carácter regenerativo o arregenerativo de las anemias, y permite hacer un pronóstico de algunas de ellas (anemias aplásicas).

Las anemias regenerativas (periféricas), al cursar de forma aguda o subaguda, puede precisar de actuación urgente por el riesgo de shock hipovolémico en las hemorragias o secundario a la hemólisis intravascular masiva. Por el contrario, las anemias arregenerativas al evolucionar de forma crónica, difícilmente planteará una situación de emergencia, a no ser que el paciente sea anciano o cardiópata.

EXPOSICIÓN DEL TEMA

PRUEBAS DE LABORATORIO (Tabla 1).

ESTUDIO DEL HEMOGRAMA (Tabla 2).

Tabla 2. Parámetros eritrocitarios en adultos.

PARÁMETROS	VALORES
Hematíes ($\times 10^{12}$ /L)	
Hombre	5,5 \pm 1,0
Mujer	4,8 \pm 1,0
Hemoglobina μ g/L)	
Hombre	160 \pm 20
Mujer	140 \pm 20
Hematocrito (L/L)	
Hombre	0,42 \pm 0,05
Mujer	0,47 \pm 0,06
VCM (fL)	90 \pm 7
HCM (pg)	29 \pm 2
CCMH μ g/L)	340 \pm 2
ADE o RDW (%)	12 \pm 2

El recuento hemático comprende la determinación del número de hematíes, hemoglobina, hematocrito, leucocitos y plaquetas (análisis cuantitativos de los elementos formes) por medio del autoanalizador automático (foto 1). A partir del recuento hemático, se calculan los índices eritrocitarios, que dan información sobre el tamaño celular y contenido de hemoglobina de los eritrocitos.



Foto 1. Autoanalizador automático Cell-Dyn 3500R.

Tabla 1. Datos biológicos en el estudio de la anemia.

1. Hematológicos:

Hemograma: Htc, Hb, hematíes, VCM, HCM, CHCM, ADE, leucocitos y plaquetas.

Frotis: morfología.

Reticulocitos.

Médula ósea: estructura, proporción celular, morfología, tinciones.

2. Bioquímicos:

Metabolitos de síntesis: hierro, TIBC, ferritina, vitamina B , folatos, eritropoyetina.

Datos de hemólisis: hemoglobina libre en plasma, haptoglobina, bilirrubina, LDH,

Hemosidenuria, siderocitos.

3. Eritrocitos:

Exploración de la membrana: resistencia globular osmótica (RGO), autohemólisis con o sin glucosa, prueba del glicerol.

4. Otros datos:

Coombs directo y/o indirecto hemólisis por complemento, prueba de Ham, sacarosa.

5. Eritrocínética y ferrocínética:

Pruebas isotópicas.

Se realiza a partir de una extracción venosa en el adulto o capilar en el niño pequeño.

El anticoagulante de elección en hematimetría que respeta la morfología de las células sanguíneas, permitiendo cierta demora en la realización del frotis sanguíneo es el ácido etilendiaminotetraacético (EDTA), éste es un quelante del calcio que impide su actuación en la coagulación sanguínea.

Hematíes.

Los hematíes se denominan también eritrocitos o glóbulos rojos debido al color que presentan, en ausencia de tinción, a causa de la hemoglobina que contienen. Son corpúsculos con forma de disco bicóncavo, constituidos por una membrana que delimita un espacio en cuyo interior hay fundamentalmente agua y Hb.

Los hematíes tienen un diámetro aproximado de 7,5-8 (m, un volumen de 90 (μ m³) y una superficie de 130 (μ m²). La desproporción entre superficie y volumen le da un exceso de membrana que le permite una gran plasticidad,

de forma que puede adaptarse a capilares muy estrechos, recuperando su forma después sin problemas.

La eritropoyesis es estimulada por la eritropoyetina que es segregada como respuesta a distintas situaciones entre las que se encuentra la disminución del aporte de oxígeno a los tejidos y el descenso del número de hematíes (ilustración 1)

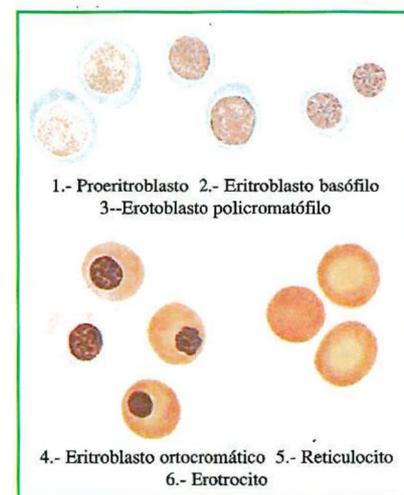


Ilustración 1. Eritropoyesis.

Se expresa el número de eritrocitos por litro (L) de sangre.

Hematocrito.

Se define como el volumen sanguíneo que ocupan los hematíes o relación entre el volumen eritrocitario y el volumen total.

$$\text{Htc} = \text{n}^\circ \text{ de hematíes} / \text{VCM}$$

Cuantificación de hemoglobina en sangre.

La hemoglobina es el principal componente intracitoplasmático de los hematíes. Es una proteína cuya función es el transporte de oxígeno desde los pulmones a los tejidos. Es una molécula constituida por cuatro cadenas de una proteína denominada globina y por cuatro grupos hemo iguales entre sí, a los que están unidas.

La globina constituye el 96% de la molécula hemoglobínica, mientras que el hemo constituye únicamente el 4%. De este último componente el 3,6% correspondería a la protoporfirina IX y sólo el 0,4% correspondería al hierro que se encuentra en estado reducido.

En los pulmones, cada molécula de Hb fija un máximo de cuatro moléculas de oxígeno, dando lugar a la oxihemoglobina. Esta unión es fácilmente dissociable y al llegar a los tejidos se libera el oxígeno y la Hb pasa a su forma reducida (desoxihemoglobina).

Además del transporte de oxígeno a los tejidos, transporta parte del dióxido de carbono (CO₂) desde los tejidos a los pulmones. La unión de la Hb al CO₂ da lugar a la carbamino-hemoglobina.

La degradación de la Hb tiene lugar con la lisis eritrocitaria (aproximada-

mente a los 120 días de circular los hematíes por el organismo) por las células del SMF. La globina se degrada en forma de aminoácidos y el grupo hemo se transforma en bilirrubina después de perder el hierro, que se almacena en el SMF y después pasa al plasma. En la médula ósea los eritroblastos lo captan de nuevo para utilizarlo en la síntesis de Hb.

La determinación de la concentración de Hb es el dato fundamental para poder diagnosticar una anemia. El método recomendado por el comité internacional de estandarización en hematología (ICSH) es el de la cianometahemoglobina, que lo utilizan la mayor parte de los analizadores hematológicos.

Índices corpusculares.

Son parámetros que se pueden calcular matemáticamente a partir del número de hematíes, la concentración de hemoglobina y el hematocrito. Proporcionan información sobre el tamaño y contenido hemoglobínico del hematíe.

A. Volumen corpuscular medio (VCM): es el índice eritrocitario de mayor utilidad en el diagnóstico de las anemias y su valor en la práctica clínica ha demostrado ser superior al de la hemoglobina corpuscular media (HCM) y a la concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM). Se expresa en fentolitros (fL) o micras cúbicas (μ³), se obtiene:

$$\text{VCM} = \frac{\text{Htc} (\%) \times 10}{\text{N}^\circ \text{ de hematíes} (\text{en millones/mm}^3)}$$

Valor normal: 80-97 fL

En las anemias macrocíticas, los valores aparecen incrementados y en las microcíticas, disminuidos.

B. Hemoglobina corpuscular media (HCM): se expresa en picogramos (pg=10⁻¹²g), refleja el contenido hemoglobínico promedio de cada hematíe.

$$\text{HCM} = \frac{\text{Hb } \mu\text{g/dL} \times 10}{\text{N}^\circ \text{ de hematíes} (\text{en millones/mm}^3)}$$

Valor normal: 27-32 pg. Hallamos valores incrementados en las anemias macrocíticas y disminuidos en las anemias hipocrómicas.

C. Concentración corpuscular media de hemoglobina (CCMH).

$$\text{CCMH} = \frac{\text{Hb} (\text{gr/dL}) \times 100}{\text{Htc} (\%)}$$

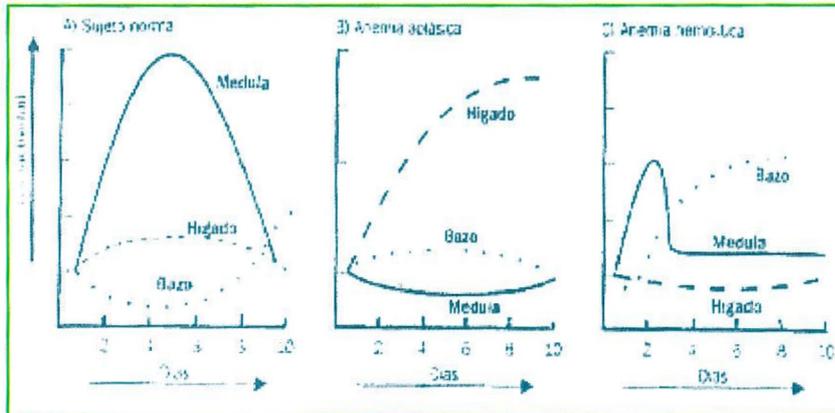
Valor normal: 32-36%. Indica la concentración de Hb por eritrocito. Valores aumentados se comprueban exclusivamente en la esferocitosis hereditaria, drepanocitosis y hemoglobinopatía C (no en las anemias macrocíticas). Las anemias hipocrómicas revelan valores disminuidos.

D. Amplitud de distribución eritrocitaria (ADE) o red cell distribution width (RDW).

Es una medida del porcentaje de variación del volumen eritrocitario y valora el grado de anisocitosis (tamaño irregular) o poiquilocitosis (forma irregular).

Los valores normales se encuentran entre el 11-14,5 %. El aumento de estos valores indica que la población eritrocitaria es muy heterogénea.

Tabla 8. Curvas de captación de hierro por la médula, hígado y bazo.



anemia ferropénica normalmente debidas a hemorragias crónicas (hemorragia digestiva, menstruación, hemodiálisis, etc), incremento de las necesidades (embarazo, primeros años de vida, pubertad), absorción disminuida (síndrome de malabsorción, gastrectomias) o aporte insuficiente (raro).

Si por el contrario, nos encontramos ante una ferritina normal o aumentada determinamos la **TIBC** y **sideremia** que si están disminuidas nos orientan hacia una anemia por enfermedad crónica (infección crónica, neoplasias); y si presentan cifras normales es preciso realizar una **electroforesis de hemoglobina**, la cual puede ser anormal indicando la presencia de algún tipo de talasemia o normal por trastornos en la síntesis del grupo hemo (saturismo) o anemia sideroblástica congénita.

Las **anemias normocíticas** cursan con una disminución de la Hb junto a una CCMH y un VCM normal, mientras que en la **anemia macrocítica** aumentan éstos dos últimos índices por encima de lo normal (tabla 10). En ambos casos es preciso la determinación de **reticulocitos** para hallar el **índice de producción reticulocitaria (IPR)** el cual nos indica si la anemia es regenerativa ($IPR \geq 3$) o arregenerativa ($IPR \leq 2$).

En caso de anemia arregenerativa se descartan las causas no hemolíticas (cirrosis, inflamación crónica, causas

endocrinas) y se realiza el **mielograma**, si éste es pobre hay que realizar una **biopsia medular** para distinguir entre una aplasia y una médula infiltrada de células anormales. Si el mielograma es rico y desigual nos podemos encontrar ante un síndrome mielodisplásico o una eritroblaspenia. Por otro lado un mielograma rico puede ser debido a una anemia megaloblástica (macrocítica) que puede ser debida a un déficit de ácido fólico y/o vitamina B₁₂, ante lo cual se hace el **tests de Schilling** que

demuestra si el déficit de vitamina B₁₂ es por un trastorno en la absorción intestinal o no.

Ante la sospecha de una **anemia hemolítica** (tabla 11) se practica el **test de Coombs directo**, que si es positivo demuestra la presencia de una anemia hemolítica inmune, tras lo cual se determina el **test de Coombs indirecto**, si éste es positivo pone en evidencia los isoanticuerpos libres en el suero (accidente transfusional o enfermedad hemolítica del recién nacido). Si por el contrario es negativo nos indica la presencia de autoanticuerpos fríos (infecciones, procesos malignos, idiopáticas) o calientes (infecciones, síndromes linfoproliferativos, idiopáticas) dependiendo de la temperatura de reacción de dichos anticuerpos.

Si el test de Coombs directo es negativo, la causa puede ser corpuscular (anomalías de la membrana, enzimopatías, hemoglobinopatías), extracorpúscular (agentes externos, hemólisis mecánica, hiperesplenis-mo o anomalía de la pared vascular) o idiopática.

Tabla 9. Actitud a seguir ante una anemia microcítica.

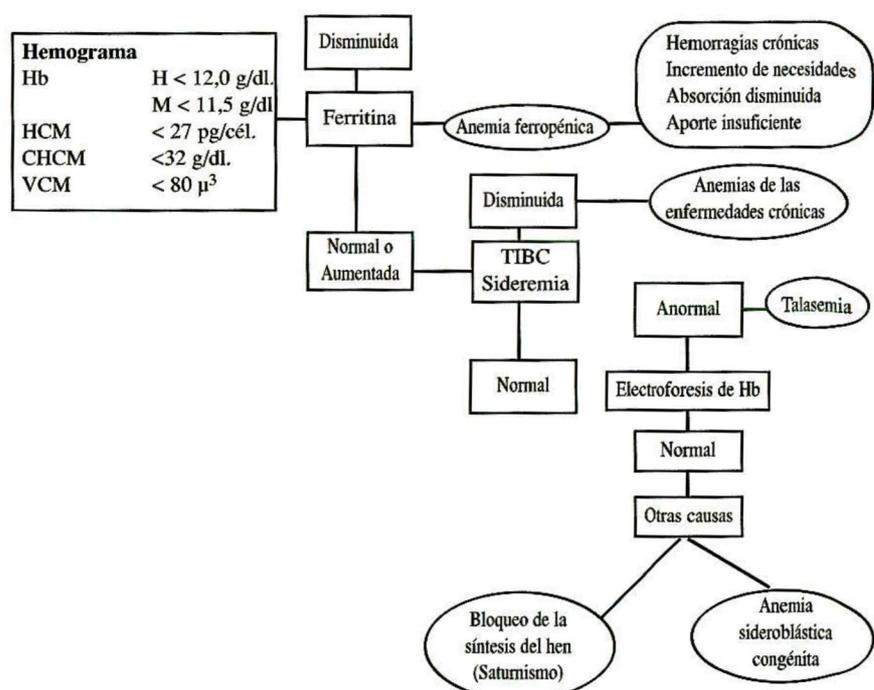
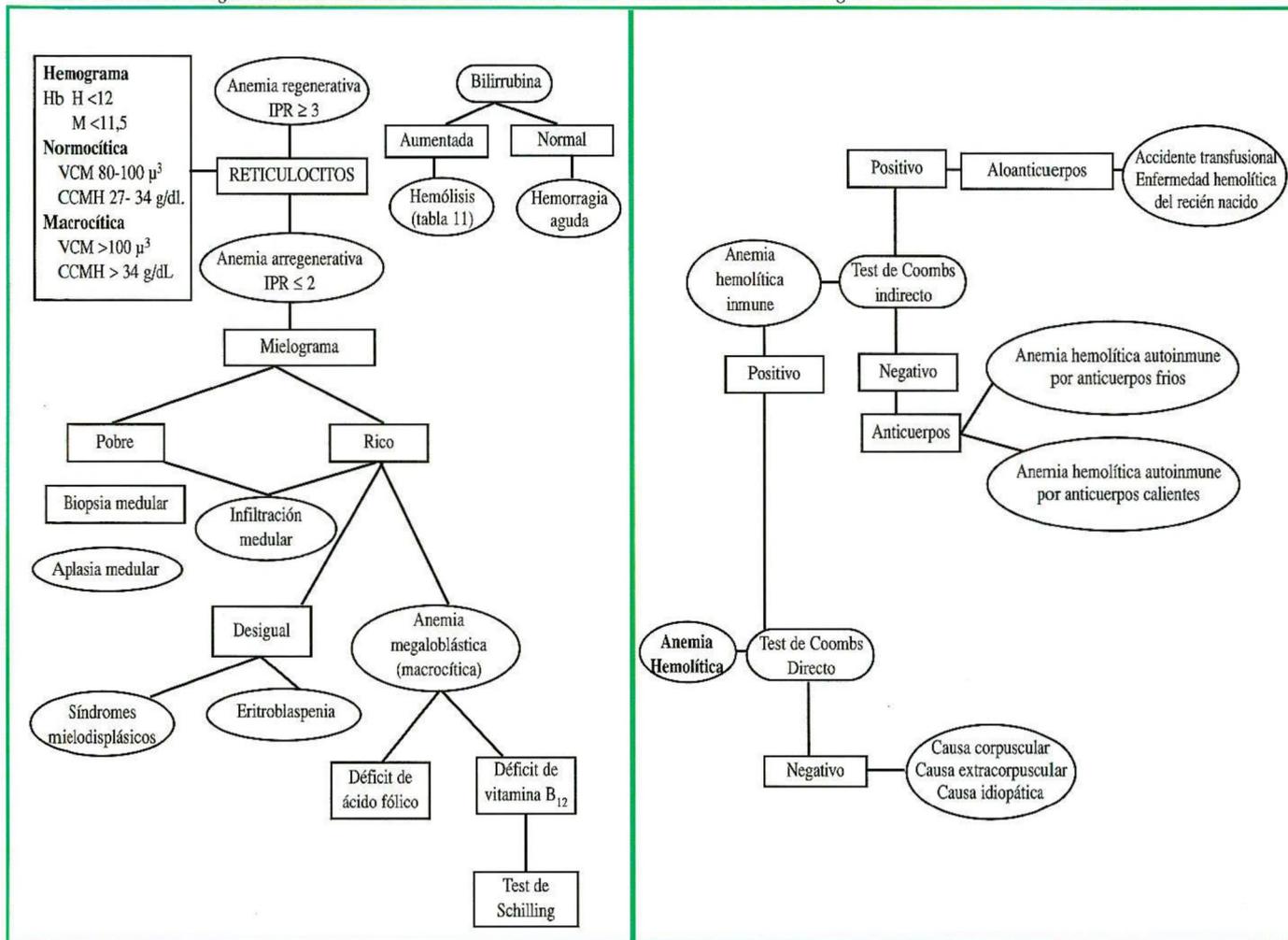


Tabla 10. Actitud a seguir ante una anemia normocítica o macrocítica Tabla 11. Actitud a seguir ante una anemia hemolítica.



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Andreoli, T. E.; et al.: Cedit. Compendio de medicina interna. 1ª edición. Madrid: Interamericana McGraw-Hill. 1990.
- 2 Balcells Gorina, A.: La clínica y el laboratorio. 15ª edición. Barcelona: Salvat. 1989.
- 3 Bernard, J; et al.: Manual de hematología. 3ª edición. Barcelona: Toray-Masson, S.A. 1982.
- 4 Campbell, J. W; Frisse, M.: Manual de terapéutica médica. 5ª edición. Barcelona: Salvat. 1985.
- 5 Carnevali Ruiz, P; et al.: Manual de diagnóstico y terapéutica médica. 3ª edición. Madrid: 1994.
- 6 Farreras, P.: Medicina interna. 13ª edición. Madrid: Mosby/Doyma Libros. 1995.
- 7 Georg F., Riedler; Radul Zingg.: Tabulae haematologicae. Basilea (Suiza): Ediciones Roche. 1977.
- 8 Govantes Betes, J.: Manual Normon. 3ª edición. Barcelona: Laboratorios Normon. 1989.
- 9 Guyton, A. C.: Tratado de fisiología médica. 6ª edición. Madrid: Interamericana.
- 10 Hinchliff, S. M.; et al.: Enfermería y cuidados de salud. Barcelona: Ediciones Doyma. 1993.
- 11 Long, B. C; Phipps, W. J.: Enfermería médico quirúrgica. Madrid: Interamericana McGraw-Hill. 1994.
- 12 Muñoz, B; Villa de L. F.: Manual de medicina clínica. Diagnóstico y terapéutica. 1ª edición. Madrid: Laboratorios Andrómaco. 1987.
- 13 Vives, J. L; Aguilar, J.L.; Manual de técnicas de laboratorio en hematología. Barcelona: Salvat. 1987.

Técnicas de asesoramiento o counseling en la Infección VIH

- Julián G. Martín Pérez¹
- Ana Belén Martín Pérez²
- M^a del Rocío Agredano García³
- Fernando Moreno Fernández⁴

¹D.E. Servicio de hospitalización, Hospital General HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla

²Trabajadora Social.

³D.E. Servicio de Laboratorio, USP Clínica Sagrado Corazón. Sevilla

⁴D.E. Servicio de hospitalización. Hospital Maternal. HH.UU Virgen del Rocío. Sevilla

RESUMEN:

Las personas con un diagnóstico VIH necesitan un apoyo moral, práctico o de ambas clases. El temor a haber propagado la infección, el aislamiento, la hospitalización, la discriminación familiar o de la comunidad, pérdida de vivienda o trabajo, problemas económicos, son problemas necesarios de abordar de la mejor manera posible. Estos problemas se presentan de manera no constante y no previsible que hacen que aumenten la tensión física y psíquica. Un asesoramiento de apoyo puede ser particularmente útil para identificar las circunstancias en que se presenten dichos problemas y ayudar a la persona a planear la mejor manera de abordarlos. La labor del counseling cabe movilizar las fuerzas y los recursos de las personas afectadas para hacer frente a sus problemas y vivir una vida plena y productiva capacitándolas para asumir o volver a asumir la autoridad sobre sus propias vidas y su facultad de decisión.

PALABRAS CLAVES:

CONSEJO ASISTIDO SIDA
ASESORAMIENTO
COUNSELING

■ 1. INTRODUCCIÓN:

La palabra counseling es un neologismo de compleja traducción. La podríamos trasladar al castellano como "consejo asistido" o "asesoramiento", pero aún así definida resulta difícil que satisfaga a todos. Más allá de una visión del counseling como una disciplina psicológica, se podría considerar como una herramienta útil y eficaz de la psicología, entendiendo su proceso como una interacción verbal donde son tan necesarias las habilidades y herramientas técnicas psicológicas como las actitudes de compromiso, solidaridad y respeto. El counseling pretende entrenar ciertas habilidades del profesional que le permitan un mayor autocontrol y una mejora en su relación con el paciente, en aras a aumentar su eficacia y a trabajar más confortablemente. Por tanto se trata de una tecnología perfectamente aplicable a problemáticas como la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), debido al impacto tanto para el paciente como para los profesionales encargados del cuidado de este, también el counseling es especialmente útil para el manejo de enfermedades de tipo crónico (como Alzheimer) y todas aquellas relacionadas con el mantenimiento de ciertos estilos de vida. Todo ello con el objetivo final de mejorar la salud del usuario y cuidar al profesional.

■ 2. OBJETIVOS:

2.1 Generales

- Desarrollar habilidades en el profesional que le permitan afrontar mejor la relación con los pacientes.
- Mejorar la salud del usuario.

2.2 Específicos

- Cuidar al profesional.
- Ayudar a una persona en dificultades a clarificar y/o entender su situación.
- Descubrir y potenciar sus recursos de afrontamiento, manejar sus emociones, y cambiar sus comportamientos mediante una toma de decisiones responsable y consciente.

■ 3. MATERIAL Y MÉTODO:

3.1 JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DEL CONSEJO ASISTIDO

Un diagnóstico de infección por VIH acarrea profundas consecuencias de índole individual, social, conductual y médico. El individuo afectado tendrá que hacer un reajuste en todos los aspectos de su vida, familiar, espiritual, relaciones sociales y sexuales, trabajo... Es un proceso dinámico y evolutivo, de adaptación constante, que dura toda la vida que plantea nuevas y variables demandas en las personas infectadas.

En el curso de una infección por VIH es probable que se experimente toda una serie de necesidades y problemas físicos. Estas necesidades acarrearán una gran diversidad de tensiones psicológicas, sentimentales y un importante estrés en las personas infectadas, parientes y amigos. Estas tensiones hacen que la persona experimente sentimientos de culpabilidad, ira, miedo a la soledad y a la muerte. La mayoría de las personas tienen sus límites, reales o imaginarios, en cuanto lo que son capaces de hacer y los cambios que pueden introducir en su existencia. En el counseling debe tenerse en cuen-



El profesional de Enfermería realiza la labor de asesoramiento previa a la realización de la prueba.

ta el entorno individual, social, médico y las relaciones sociales, actitudes, creencias acerca del VIH/SIDA. El counseling debe aportar educación e información actualizada tanto individual como a familiares y amigos. Para que la labor del consejo resulte eficaz es necesario que el paciente la considere aceptable.

3.2 FUNCIONES DE PREVENCIÓN EN LA LABOR DEL COUNSELING

Existen cinco componentes principales:

- Determinar si el comportamiento de un grupo de personas entraña riesgo elevado de infección por VIH.
- Tratar con las personas infectadas, de ayudarlas a comprender y reconocer los riesgos que entraña su comportamiento.
- Determinar juntamente con ellas la forma en que su estilo de vida y la imagen que tienen de sí misma están vinculadas a este comportamiento.
- Ayudar a las personas a descubrir su capacidad para modificar sus comportamientos.
- Colaborar con las personas afectadas a modificar su comportamiento y cuidar su salud.

En la prevención primaria el asesoramiento se centra en la búsqueda de grupos de riesgo de infección por VIH y en que la persona cambie su comportamiento.

La prevención secundaria, para personas ya infectadas o que se considera probable la infección, la labor del counseling incide sobre la adopción de medidas que eviten la transmisión, información a la persona, todo ello centrado en un ambiente de apoyo y comprensión logrando que la persona afectada reconozca su responsabilidad sobre su salud.

Estas funciones son ejercidas por profesionales médicos, de enfermería, psicólogos, trabajadores sociales y otros previo adiestramiento como son dirigentes religiosos o animadores de grupo. El lugar donde se ejerce la labor de counseling puede servir cualquiera donde haya una conversación sobre VIH/SIDA, consultorios, centros de planificación familiar, escuelas, etc.

3.3 PERSONAS A LAS QUE VAN DIRIGIDAS

- Las que temen estar infectadas por el VIH.
- Las que están pensando someterse a las pruebas del SIDA.
- Las que se han hecho las pruebas con resultado negativo o positivo.
- Las que no se someten a las pruebas, por que lo han decidido, a pesar de un comportamiento peligroso pasado o actual.
- Personas con VIH/SIDA.
- Personas que tropiezan con dificultades de empleo, vivienda, dinero... como resultado de su infección por el VIH.
- Familiares y amigos de personas infectadas.
- Personal sanitario y otras personas que mantienen contacto regular con pacientes infectados.
- Personas que ignoran los riesgos por la infección por VIH y que son inherentes a su comportamiento

3.4 CARACTERÍSTICAS ESENCIALES EN LA LABOR DEL COUNSELING

- **TIEMPO:** dar tiempo al cliente a "digerir" el diagnóstico SIDA.
- **ACEPTACIÓN:** las personas VIH positivas se deben sentir aceptadas por el consejero. La actitud de apoyo y respeto resulta fundamental.
- **ACCESIBILIDAD:** el asesoramiento debe ser fácil de obtener, debe permitir la entrevista con el consejero en cualquier momento.
- **COHERENCIA Y EXACTITUD:** toda la información suministrada por el consejero debe ser coherente y actualizada. El consejero debe mantener contactos con otros agentes.
- **CONFIDENCIALIDAD:** factor importante a tener en cuenta resulta fundamental para ganar la confianza del cliente.

CARACTERÍSTICAS DE LA LABOR DE CONSEJO

TIEMPO
ACEPTACIÓN
ACCESIBILIDAD
COHERENCIA Y EXACTITUD
CONFIDENCIALIDAD

3.5 ACTIVIDADES DEL COUNSELING

- Los consejos deben ayudar a abordar y aclarar los problemas.
- Los consejos deben suministrar información sobre los recursos disponibles.
- Los consejos deben ayudar al cliente a adoptar un criterio realista en cuanto a la modificación de su estilo de vida.
- Los consejos deben motivar al cliente y facilitarle la adopción de decisiones.

3.6 LABOR DEL COUNSELING DURANTE LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DEL VIH

- 1º Analizar los aspectos generales relacionados con las pruebas:
 - Beneficio de la intervención precoz.
 - Forma de comunicar resultados.
 - Toma de decisiones por parte de los pacientes según resultados.
 - Limitación de las pruebas (periodo ventana).
 - Valor predictivo de las pruebas.
 - Provisión de datos epidemiológicos.
- 2º Obtener el consentimiento informado del paciente.
- 3º Garantizar la confidencialidad de los resultados.
- 4º Proveer el consejo asistido al paciente:
 - Informar sobre las pruebas.
 - Interpretación y consecuencia del resultado.
 - Educación Sanitaria sobre modificación de conductas.
 - Provisión de soporte emocional.
 - Provisión de continuidad en la asistencia.
- 5º Valorar los recursos humanos y materiales disponibles.

El asesoramiento inicial, antes de someterse a la prueba del VIH, debe incluir una conversación y evaluación con las personas acerca de los significados y posibles consecuencia del resultado, la forma en que un cambio de comportamiento puede reducir el problema de la transmisión de la infec-



Diferentes muestras de suero dispuestas para su análisis.



Máquina de laboratorio para la detección del VIH.

ción, información sobre aspectos técnicos y sobre posibles repercusiones, tener en cuenta que puede estar demasiado angustiado para comprender, que puede esperar del resultado más de lo que este pueda darle, no comprende por qué se le hacen preguntas sobre su vida privada. Dos son los temas principales que se plantean a la labor de asesoramiento, previo a la prueba, por un lado elaborar una historia personal del cliente y riesgo de que esté expuesto o haya estado expuesto al VIH, por otro lado evaluación de los conocimientos del cliente sobre VIH/ SIDA y sus experiencias anteriores.

****PREGUNTAS QUE EVALÚAN LA NECESIDAD DE LA PRUEBA****

- ¿POR QUÉ SE SOLICITA?

- ¿CUALES SON LOS COMPORTAMIENTOS QUE PREOCUPAN AL PACIENTE?
- ¿QUÉ SABE EL CLIENTE DE LA PRUEBA?
- ¿HA PENSADO EL CLIENTE LO QUE HARÁ O COMO REACCIONARÁ SI EL RESULTADO ES POSITIVO O NEGATIVO?
- ¿CUALES SON LAS CREENCIAS DEL CLIENTE SOBRE COMPORTAMIENTOS PELIGROSOS O TRANSMISIÓN DEL VIH?
- ¿HA SOLICITADO OTRAS VECES LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA?
- ¿QUIÉN LE ESTÁ PRESTANDO APOYO?

La labor de consejo después de la realización de las pruebas dependerá del

resultado positivo o negativo de las mismas. Así un resultado negativo puede producir un sentimiento de euforia o alivio, en todo caso habrá que tener en cuenta el periodo ventana existente entre el momento de la infección y la realización de las pruebas, para considerar un resultado negativo seguro han tenido que transcurrir por lo menos seis meses desde la última exposición. También hay que transmitir la necesidad de modificar las actitudes peligrosas y adoptar un comportamiento favorable para la salud. Si el resultado de una prueba permite diagnosticar la presencia de una infección o enfermedad causada por el VIH es importante comunicar el resultado lo antes posible, la primera conversación debe permitir que el paciente "digiera" la noticia, debe mantener la confidencialidad. Después

se ha de ofrecer al cliente una información clara y objetiva de cuál es la situación. Es el momento de asimilar el diagnóstico de ofrecer y prestar apoyo, no es el momento de especular acerca del pronóstico de vida. También es el momento de estimular la esperanza de que encontrará soluciones para los problemas prácticos; está justificado hablar sobre la eficacia de los tratamientos antirretrovirales.

A continuación se detallan algunos de los problemas psicológicos que giran entorno a la incertidumbre del resultado y del reajuste cuando este es positivo:

- Miedo, a morir, a la soledad, al rechazo, al dolor.
- Pérdida, al atractivo físico, relaciones, ambiciones en su vida.
- Culpabilidad, ante la posibilidad de haber infectado a otro.
- Depresión.
- Pesar.
- Ansiedad.
- Ira.
- Negativa, negar el hecho profundamente.
- Disminución del autoestima.

3.7 ESCENAS TEMIDAS POR LOS PROFESIONALES EN SU RELACIÓN CON LOS USUARIOS

1. Comunicar al usuario un resultado serológico VIH positivo.
2. Manejar las alteraciones emocionales del usuario.
3. Motivar cambios de conductas.
4. Relacionarse con los familiares del usuario.
5. Trabajar con enfermos terminales.
6. Trabajar con fluidos de personas infectadas.
7. Trabajar con determinados colectivos tales como usuarios de drogas inyectadas (UDIS), personas que ejercen la prostitución, etc.
8. Manejar las propias alteraciones emocionales que provoca cada una de esas "escenas temidas".

BIBLIOGRAFÍA

Bimbela, J.L., Cuidando al cuidador. Counseling para profesionales de la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 1995.
 OMS. Directrices para la labor de consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por VIH. Ginebra: OMS.1991
 OMS. Guía de consejo. Ginebra: OMS, 1988.
 Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. SIDA: la técnica del consejo. Sevilla: Consejería de Salud, 1994.

SEGURO

DE RESPONSABILIDAD CIVIL

TU COLEGIO

TE PROTEGE

CON

200

MILLONES

DE

PESETAS

**¡No te olvides!
tu seguridad, ante todo**



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA

SEVILLA

XVII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA

CIUDAD DE SEVILLA



P R E M I O S

PRIMERO: 600.000 Pesetas

SEGUNDO: 300.000 Pesetas

TERCERO: 200.000 Pesetas

Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería y cumplan las siguientes

B A S E S

- 1º **DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 2º **OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- 3º **DOTACIÓN:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL PESETAS (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar, TRESCIENTAS MIL PESETAS (300.000) para el trabajo premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL PESETAS (200.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4º **PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por duplicado en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
- 5º **CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- 6º **JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales representará: al Colegio de Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, tres Vocales por las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán Diplomados en Enfermería.

Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente.
- 7º **INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- 8º **DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- 9º **DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería, al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, Avda. Ramón y Cajal, nº 10 (41005 Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XVII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación.
En su interior incluirá: el trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con pseudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo pseudónimo incluyendo nombre y dirección completa de autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiere.
Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier otro apartado, que pudiera inducir a los miembros del Jurado a la identificación, antes de la apertura de las plizas, de la procedencia o autores de los mismos.
- 10º **PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presentan en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XVII Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 11º **TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2001. Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del jurado, mediante correo certificado. El fallo del Jurado se hará público el día 15 de diciembre de 2001.



ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE
DIPLOMADOS EN
ENFERMERIA
DE SEVILLA

PREMIOS 2000

- 1º Premio D. Jesús M^a Guevara Sáenz (Jaén)
- 2º Premio D^a Luisa Vilagínés Giner (Barcelona)
- 3º Premio D^o Jesús Milán Carmona (Palma de Mallorca)

Patrocina

