ADeN LEYNOFOR ACADEMIA DE ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD

www.academia-adn.es

@academia_adn.es

T19. VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL: ALZHEIMER. OTRAS ALTERACIONES PSÍQUICAS: CUADROS DE ANGUSTIA/ANSIEDAD, HIPOCONDRÍA Y DEPRESIÓN. PREVENCIÓN Y CONTROL ANTE EL RIESGO DE SUICIDIO. VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL. APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL Y FAMILIA.

Eduardo J. Galiano Monteserín.



I: ALZHEIMER

- Es una alteración de la memoria, capacidad cognitiva y actividad social/ ocupacional

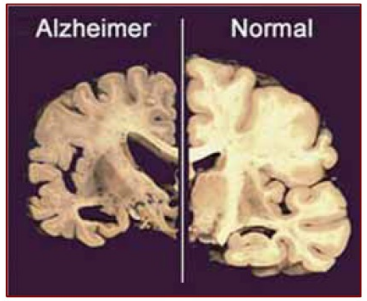
  SIN ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA

  - **Demencia frontal:** indiferencia, apatía, alts.conducta
  - **Demencia temporal:** descontrol de impulsos, actividad sexual, trastornos de la personalidad
  - **Demencia parietal:** alteración en funciones específicas, vestirse, agrafia, acalculia…

- DETERIORO COGNITIVO, LABILIDAD AFECTIVA, ALTERACION PROGRESIVA DEL LENGUAJE Y PSICOMOTRICIDAD.
- 60% Alzheimer, 15-20% vascular
- Escala Global de deterioro Reisberg, escala Barthel de actividades de vida diaria, Test LOBO y minimental state (cribaje)

Sintomatología

- Inicio temprano si <65.
- SÍNTOMAS:
  - TRASTORNOS DE MEMORIA.
  - PROBLEMAS PARA NOMBRAR LAS COSAS.
  - ALTERACIONES FUNCIÓN LENGUAJE.
  - ABANDONO DEL CUIDADOS PERSONAL.
  - ACALCULIA. AGRAFIA.
  - DESORIENTACIÓN 3 ESFERAS.
  - SINTOMATOLOGÍA PSICÓTICA.
  - APRAXIAS, AGNOSIAS. (movimiento, reconocimiento)
  - TRASTORNO PERSONALIDAD Y ALTS CONDUCTA.
  - ALTERACIONES RITMO VIGILIA-SUEÑO.
  - ALT NIVEL DE CONCIENCIA al final.
  - CONFABULACIONES (paramnesias)



1.1:Fases de la enfermedad

LEVE

- Alteración de la memoria episódica
- Alteración de la memoria de trabajo
- Olvida citas y nombres de personas
- Problemas para seguir una conversación

MODERADA

- Alteración de la memoria episódica
- Alteración de la metamemoria (autoevaluación del conocimiento)
- Alteración de la memoria semántica
- Alteración de la memoria retrógrada
- Olvida sucesos recientes
- No asimila hechos nuevos
- Dificultad en la denominación de objetos (agnosias)
- Persiste el recuerdo de hechos lejanos mal situados en el tiempo

GRAVE

- Alteración de la memoria episódica
- Olvido de sucesos pasados y recientes
- Conserva memoria “emocional” (sabe quién le quiere, quién le cuida y quién le apoya)

1.2: Escala de Deterioro Global de Reisberg

GDS – REISBERG

DEMENCIAS - ALZHEIMER

GRADO 1. Ausencia de alteración cognitiva

No hay síntomas*

GRADO 2. Disminución cognitiva muy leve

1. Olvida los lugares donde deja objetos de uso frecuente
2. Olvida nombres previamente muy conocidos
3. Preocupación apropiada con los síntomas
4. No hay evidencia de deterioro de trabajo/relaciones sociales
5. No hay evidencia objetiva de defectos de memoria

GRADO 3. Deterioro cognitivo leve

1. Perderse en un lugar no familiar
2. Escaso rendimiento en el trabajo. Evidente para compañeros
3. Dificultad para recordar palabras y nombres
4. Puede que lea un pasaje de un libro y recuerde muy poco
5. Negación de los síntomas acompañado de ansiedad
6. Falta de concentración-Memoria
7. Pierde objetos o los deja en lugares equivocados

GRADO 4. Deterioro cognitivo moderado Alzheimer leve

1. Disminución del conocimiento de hechos recientes
2. Cierto déficit en el recuerdo de su historia personal
3. Defecto de concentración manifestado en sustracción seriada
4. Disminución de la capacidad para viajar y/o controlar la economía
5. Abandono progresivo de las demandas sociales
6. Aparente disminución del afecto a los demás
7. Negación en el mecanismo de defensa dominante
8. Incapacidad de realizar tareas complejas

GRADO 5. Deterioro cognitivo moderado/grave

1. El paciente no puede vivir sin ser ayudado
2. Desorientación tiempo-espacio [Temporal- Espacial]
3. Conductas inapropiadas con el contexto [Indumentaria, conductas sexuales, etc.…]
4. Aún conoce su nombre, el de su cónyuge e hijos
5. Problemas para hacer cálculos bastante sencillos
6. No recuerda aspectos relevantes de su vida actual [dirección, teléfono…]

GRADO 6. Deterioro cognitivo grave

1. Puede olvidar el nombre de su cónyuge. Puede recordar el suyo o no
2. Desconoce parte de los acontecimientos recientes de su vida
3. Conserva recuerdos de su vida pasada aunque de forma fragmentada e incluso otros puede inventárselos
4. Incapacidad para contar hasta diez o en orden inverso
5. No reconoce su entorno [el año actual, el mes o incluso la estación [primavera, verano, etc.]
6. Requiere constante asistencia [incontinencia urinaria y fecal, ayuda para comer]
7. Abulia cognitiva
8. Síntomas de ansiedad, agitación. Síntomas obsesivos, conducta violenta [ver síntomas conductuales]
9. Conducta delirante

GRADO 7.

1. Perdida progresiva de capacidades verbales: articulación inicial del lenguaje [disfasia] muy limitado. Finalmente, emisión de sonidos inarticulados
2. El cerebro parece incapaz de indicarle al cuerpo lo que tiene que hacer
3. Perdida progresiva de las habilidades psicomotrices básicas como el andar
4. Asistencia personal casi total

Criterios Diagnósticos según DSM-V

A. Desarrollo de deficiencia cognitiva múltiple, manifestada por:
A.1. Alteración de memoria (aprender nueva información y evocar la ya aprendida).
A.2. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
a) Afasia.
b) Apraxia.
c) Agnosia.
d) Alteración de funciones ejecutivas.
B. Las alteraciones previas representan un deterioro con respecto a las capacidades previas del paciente, y producen dificultades significativas en las funciones ocupacional y social.
C. La evolución se caracteriza por instauración gradual y deterioro cognitivo continuo.
D. Las alteraciones expresadas en A.1 y A.2 no se deben a lo siguiente:
D.1. Otros trastornos del sistema nervioso central que puedan ocasionar deterioro progresivo de la memoria y de otras funciones cognitivas (por ejemplo, enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, hematoma subdural, hidrocefalia de presión normal, tumor cerebral).
D.2. Trastornos sistémicos que pueden ocasionar demencia (por ejemplo, hipotiroidismo, deficiencia de vitamina B12, ácido fólico o niacina, hipercalcemia, neurosífilis, SIDA).
D.3. Intoxicaciones.
E. Las alteraciones no ocurren únicamente durante un síndrome confusional agudo.
F. El trastorno no es atribuible a una alteración psiquiátrica que pudiera justificar las manifestaciones, como por ejemplo una depresión mayor o una esquizofrenia.

Diagnóstico

Manifestaciones clínicas, exploraciones neuropsicológicas

técnicas de imagen/electrofisiológicas/laboratorio

Dx definitivo:

- Estudio anatomopatológico postmortem
- Hallazgo de “placas seniles”

Tratamiento farmacológico

- Colinérgicos inhibidores de acetilcolinesterasa como rivastigmina (exelon), donapezilo (aricept) o galantamina (reminyl)
- Antagonistas de los receptores de glutamato: memantina (akatinol)
- Otros: antidepresivos, neurolépticos y ansiolíticos

II: ANSIEDAD

- **Ansiedad:** activación del sistema nervioso autónomo de manera inespecífica, a diferencia del miedo.
- Estado de alerta frente a amenazas físicas o psíquicas que hace posible emitir una respuesta para enfrentarse o defenderse de esa amenaza.
- Es una respuesta fisiológica, patológica según el grado de respuesta. LEVE-MODERADA-GRAVE-PÁNICO

◆ Factores biológicos: genéticos, individuales, consumo, comorbilidad con otras patologías.

◆ Factores psicosociales: Miedo al rechazo, baja autoestima, angustia vital, perfeccionismo.

2.1: Clasificación de los trastornos de ansiedad

TRASTORNOS FÓBICOS.

CRISIS DE ANGUSTIA O ATAQUE DE PÁNICO.

ANSIEDAD GENERALIZADA.

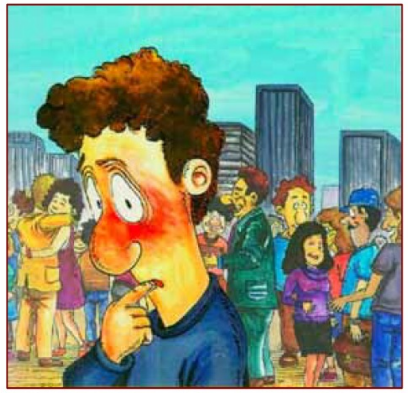
TOC

TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO.

ESTRÉS AGUDO.

Fobias

- Miedo- ansiedad anticipatoria- evitación.
- Fobias por acontecimientos traumáticos, crisis de angustia, aprendizaje vicario.



  - AGORAFOBIA
  - FOBIA SIMPLE
  - CLAUSTROFOBIA
  - FOBIA SOCIAL inicio en torno a los 10 años.

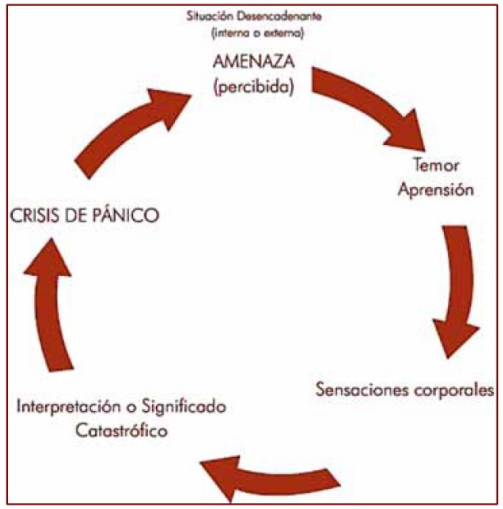
- Personalidades fóbicas

Crisis de angustia o ataque de pánico

- 3% población, psicoterapia, desensibilización sistemática, técnicas relajación.

- DIAGNÓSTICO DE ATAQUE DE PÁNICO: no más de 30´
  - Cuatro o más de los siguientes síntomas:
    - Palpitaciones
    - Sudoración.
    - Temblores.
    - Ahogo.
    - Dolor torácico.
    - Nauseas.
    - Mareo.
    - Desrrealización.
    - Miedo a perder el control.
    - Miedo a morir.
    - Ârestesias.
    - Escalofríos o sofocos.

    - HIPOCAPNIA.



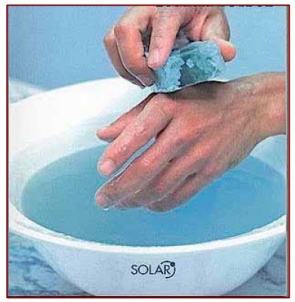
Trastorno de ansiedad generalizada

Incidencia: 3% población, lo más frecuente, el doble de mujeres.

- A. Ansiedad y preocupación excesivas más de 6 meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes:
  1. inquietud o impaciencia
  2. fatigabilidad fácil
  3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
  4. irritabilidad
  5. tensión muscular
  6. alteraciones del sueño
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia.

Trastorno obsesivo - compulsivo

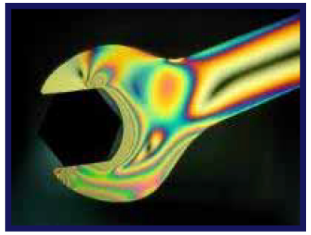
- OBSESIONES+CONDUCTAS COMPULSIVAS o rituales para disminuir la ansiedad.
  - Lentitud obsesiva.
  - Leve, moderado, grave. Se diagnostica por trastorno que supone. Base orgánica predisponente.
  - 1,6% población, , varones adolescentes o jóvenes. Constelación familiar TOC con S. Tourette.
  - Antidepresivos ISRS y TC, benzodiacepinas.
  - Exposición, exposición con prevención de respuesta, parada de pensamiento.



Trastorno por estrés post traumático

- Respuesta a acontecimiento traumático simple, prolongado, hechos de exposición directa (hijos)
  - Estrés agudo: durante el trauma.
  - EPT: tres meses despues, dura más de un mes
    - ISRS, IMAOS, BZ, psicoterapia, grupos.

- ESTRÉS es el estado de tensión intensa mantenida a lo largo de un tiempo prolongado.
- RESILIENCIA capacidad de soportar el estrés.



Consecuencias del estrés

FÍSICAS	COGNITIVAS	EMOCIONALES	SUEÑO
Cefalea. Nausea. Vómitos. Alts equilibrio. Mareos. Alts visuales. Fatiga. Fotofobia. Sensibilidad olores. Parestesias. Confusión o aturdimiento.	Embotamiento. Lentitud. Desconcentración. Fallas de memoria. Confusión sobre hechos recientes. Respuestas lentas. Repite preguntas.	Irritabilidad. Tristeza. Emotividad. Nerviosismo.	Letargo. Menor número de horas de sueño. Hipersomnia. Insomnio.

2.2: Manifestaciones clínicas

- FÍSICAS: cardiovasculares, respiratorias, neuromusculares, gastrointestinales, urinarias, piel.
- COGNITIVAS: anticipación del displacer, sensación de catástrofe, dificultad concentración y decisión, sobrerreacción a estímulos, culpabilidad, preocupación por el futuro.
- CONDUCTUALES: evitación, mirada huidiza, miedo a perder el control, tartamudeo, contacto físico frecuente, inhibición u hostilidad.
- EMOCIONALES: bajo estado de ánimo, miedos.

2.3: Mecanismos adaptativos de la ansiedad

- REACCIONES CONSCIENTES:
  - Conducta de ataque, eliminar obstáculo.
  - Conducta de evitación o retraimiento.
  - Conducta de compromiso, de aceptación.
- REACCIONES INCONSCIENTES:
  - Pueden implicar mala adaptación, autoengaño.



III: DEPRESIÓN

ENFERMEDAD DEPRESIVA	ETIOLOGÍA	PERSONALIDAD	SÍNTOMAS	EVOLUCIÓN
DEPRESIÓN ENDÓGENA	Genética	Ciclotímica	Marcada	Varias fases
DEPRESIÓN NEURÓTICA	Ansiedad	Hipersensible	Leve o moderada	Crónica
DEPRESIÓN SITUACIONAL	Episidio estresante	Obsesivo o límite	Variable	Unipolar
DEPRESIÓN POR CAUSA ORGÁNICA	Patología orgánica	Variable	Enmascarada	Una fase.

3.1: Manifestaciones clínicas

Tristeza a diario.

- Anhedonia.
- Apatía.
- Abulia.
- Baja autoestima
- Sentimientos de culpa.
- Pensamientos de muerte o suicidio.
- Indecisión.
- Fatiga y astenia.
- Hipersomnia o insomnio.
- Anorexia o incremento de apetito e ingesta.
- Hipoprosexia
- Dolor.
- Desrealización. Desesperanza vital.

- Muy frecuente.
- Etiología multifactorial, componente genético, pero también bioquímico, ambiental y factores psicosociales.
- Alteraciones en la afectividad, cognición, somáticas y conductuales

3.2: Depresión mayor

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-V

1. Afecto depresivo la mayor parte del tiempo.
2. Anhedonia o disminución del placer.
3. Insomnio o hipersomnia.
4. Aumento o disminución del peso.
5. Fatiga o pérdida de la energía.
6. Agitación o enlentecimiento psicomotor.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa.
8. Dificultad para pensar o concentrarse.
9. Ideas de muerte y suicidio.

- Cinco o más de los anteriores.
- Uno o dos imprescindibles para el diagnóstico.
- Dura más de dos semanas.
- No es un duelo.
- No es una enfermedad médica.

3.3: Trastorno afectivo bipolar

- 1% población >mujeres, factores biológicos, genéticos, psicosociales y estacionales.

- SE INTERCALAN FASES EUTÍMICAS CON EPISODIOS MANIACOS O HIPOMANIACOS (TIPO II) Y EPISODIOS DEPRESIVOS

- Suelen ser de mayor duración los episodios depresivos



IV: PREVENCIÓN Y CONTROL ANTE EL RIESGO DE SUICIDIO

- Repunte en la adolescencia, pero en general, > riesgo con la edad.
- Varón, separado, poco apoyo familiar, ateo, aislado. El nivel cultural no afecta a los números, (pero sí a los métodos)
- Impulsividad, desesperanza, planificación, conductas de anticipación: mayor gravedad.
- Consumo de sustancias, métodos drásticos, ausencia de supervisión, enfermedad mental, antecedentes, ausencia de crítica: **INGRESO**



- MANN: **Modelo de la conducta suicida**, de estrés-diátesis (vulnerabilidad)
  - Dimensión de rasgos de personalidad (y genética, sustancias)
  - Dimensión de desencadenantes.
    - Debe coincidir un factor de cada dimensión.



- WASSERMAN : **Modelo de vulnerabilidad al estrés y desarrollo de la conducta suicida.**

  Interacción de factores de protección y de riesgo.

FACTORES PREDISPONENTES	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN	FACTORES PRECIPITANTES	
1. Historial genético y familiar. 2. Factores biológicos. 3. Rasgos de personalidad.	1. Factores ambientales exposición al suicidio. 2. Vulnerabilidad a la conducta suicida. 3. Diagnóstico psiquiátrico. 4. Desesperanza.	1. Flexibilidad cognoscitiva. 2. Fuerte apoyo social. 3. Ausencia de sucesos vitales precipitantes. 4. Sin pérdidas. 5. Correcto tratamiento de trastornos.	1. Método disponible. 2. Sucesos de vida humillantes.	CONDUCTA SUICIDA

EVALUACION DEL RIESGO SUICIDA:

- Fase de ideación, de planificación, de tentativa. Despedidas, pasos previos, historial, método elegido.

Escala de Intencionalidad suicida de Beck

I CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIDA

1. Su deseo de vivir es:
   0. Moderado a fuerte
   1. Mediano o poco (débil).
   2. No tengo deseo (Inexistente).

2. Su deseo de morir es:
   0. No tengo deseos de morir.
   1. Pocos deseos de morir
   2. Moderado a fuerte.

3. Sus razones para Vivir/Morir son:
   0. Vivir supera a morir.
   1. Equilibrado (es igual).
   2. Morir supera vivir.

4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:
   0. Ninguno (inexistente).
   1. Poco (Débil).
   2. Moderado a fuerte.

5. Realizar un intento de suicidio pasivo:
   0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
   1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
   2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

Nota: Si la puntuación en los reactivos 4 y 5 es "0" –Deje de contestar el cuestionario -

II CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS

6. Su duración de Pensamientos/Deseos son:
   0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.
   1. Temporadas o períodos largos.
   2. Duran un tiempo largo o continuo.

7. Su frecuencia de Pensamientos/Deseos son:
   0. Rara vez; ocasionalmente (baja)
   1. Frecuentemente pienso/deseo
   2. Casi todo el tiempo pienso/deseo

8. Su actitud hacia los Pensamientos/Deseos es:
   0. Rechazo los pensamientos/deseos
   1. Ambivalente; indiferente.
   2. Aceptación de pensamientos/deseos

9. Su Control sobre la acción/deseo de suicidio:
   0. Tiene capacidad de control
   1. Inseguridad de capacidad de control
   2. No tiene capacidad de control

10. Sus Razones o motivos que detienen la tentativa suicida. (familia, religión, irreversibilidad o fallar):
    0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
    1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
    2. No tiene o mínimo interés en las razones que detienen.

11. Sus razones para Pensar/Desear el intento suicida:
    0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.
    1. Combinación de 0 — 2.
    2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas.

Indicar cuáles son estos factores que detienen la tentativa……

1

III CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO

12. El método: Especificidad/Oportunidad de pensar el intento:
    0. Sin considerar método o plan
    1. Considerado, pero sin elaborar los detalles.
    2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.

13. El método: Disponibilidad/Oportunidad de pensar el Intento:
    0. Método no disponible; no oportunidad.
    1. Método requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
    2. Método y oportunidad disponible.
    2ª Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.

IV ACTUALIZACIÓN DEL INTENTO

16. La preparación real de realizarlo:
    0. Ninguna preparación
    1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos)
    2. Completa (preparativos terminados)

17. La Nota Suicida:
    0. No ha escrito nota o carta (ninguna)
    1. Sólo pensada, iniciada, sin terminar.
    2. Nota o carta escrita (terminada)

18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio (testamento, arreglos, o pagos, regalos):
    0. No
    1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales.
    2. Planes realizados y arreglos finales

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida
    0. Revela las ideas abiertamente.
    1. Evita o revela las ideas con reserva.
    2. Encubre, oculta o engaña y miente.

20. Intento de suicidio anteriores
    0. No ha intentado
    1. Uno
    2. Más de uno

14. La Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el Intento:
    0. No tiene el valor, o capacidad. (debilidad o asustado).
    1. No está seguro de tener valor o capacidad.
    2. Está seguro de tener valor.

15. La expectativa de anticipación de un intento real:
    0 No
    1. Sin seguridad, sin claridad.
    2. Si.

1 punto: ítem que indica desesperanza

0-3 ptos: normal / asintomático

4-8: riesgo leve

9-14: riesgo moderado

15-20 : riesgo severo

- Factores de riesgo psicopatológicos:
  - Depresión, alcoholismo, Esquizofrenia, trastornos de personalidad, ansiedad.
- Enfermedades somáticas:
  - Neurológicas: Epilepsia, lesiones medulares, accidentes cerebrovasculares.
  - Enfermedades crónicas y limitantes. (Cáncer, SIDA)
- Factores sociodemográficos y medioambientales, varón, jóvenes o viejos, divorciados o viudos. Antecedentes personales y familiares.
- Factores de protección personales y ambientales.

Creencias erróneas:

- El que lo dice no se suicida.
- El suicidio es imprevisible.
- Suicidio=intento suicidio
- Es fácil establecer las causas.
- Afecta de forma diferente a distintas clases sociales. Influye la situacion.
- Solo se da en la depresión.
- Los religiosos no se suicidan.
- Una vez ingresado, no tiene riesgo.
- Siempre se avisa.

V: HIPOCONDRÍA

A. Preocupación y miedo a tener una enfermedad grave a partir de la interpretación personal de síntomas somáticos.

B. La preocupación persiste a pesar de las exploraciones y explicaciones médicas apropiadas.

C. La creencia expuesta en el criterio A no es de tipo delirante y no se limita a preocupaciones sobre el aspecto físico).

D. La preocupación **provoca malestar clínicamente significativo o deterioro**.

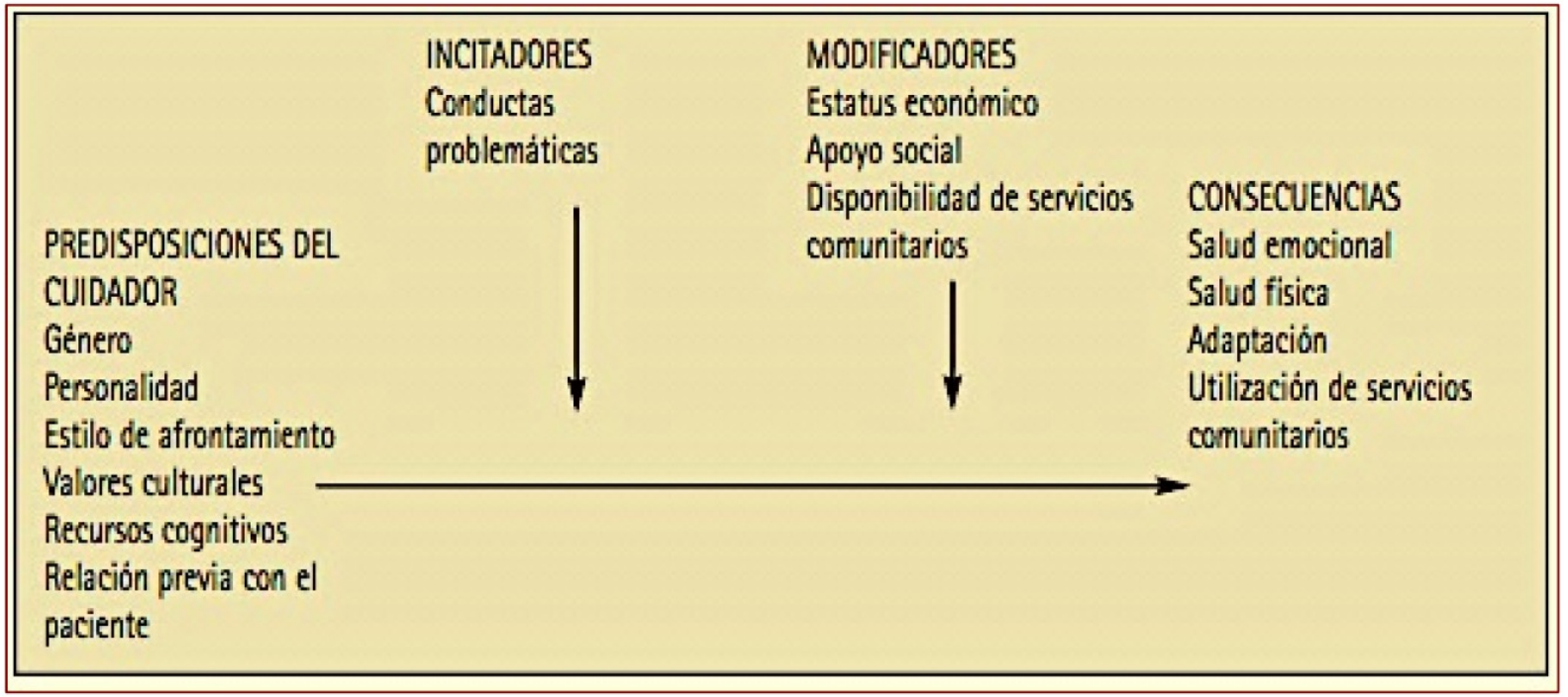
E. La duración del trastorno es de al menos 6 meses.

F. La preocupación no se explica mejor por la presencia de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de angustia, episodio depresivo mayor, ansiedad por separación u otro trastorno somatomorfo.

VI: APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL Y FAMILIA

- Dedica una gran parte de su tiempo, medido en número de horas al día, al cuidado del enfermo y ha realizado las tareas de cuidado durante un mínimo de 6 semanas.
- Suele recaer en una sola persona.
- Género femenino, mediana edad, nivel socioeconómico modesto.
  REPERCUSIONES FÍSICAS Y EMOCIONALES
- ETAPAS:
  - Preparación- adquisición.
  - Promulgación-actuación. Adquisición de rol de cuidador.
  - Abandono: cese del estrés de cuidador y reorganización vital.

- ESTRÉS DEL CUIDADOR


INCITADORES
Conductas problemáticas
MODIFICADORES
Estatus económico
Apoyo social
Disponibilidad de servicios comunitarios
CONSECUENCIAS
Salud emocional
Salud física
Adaptación
Utilización de servicios comunitarios
PREDISPOSICIONES DEL CUIDADOR
Género
Personalidad
Estilo de afrontamiento
Valores culturales
Recursos cognitivos
Relación previa con el paciente

PRIMER JUEGO



MADRID 2014. P. 33:

De los siguientes trastornos, ¿cuál no es considerado un trastorno de ansiedad?

a. Trastorno obsesivo-compulsivo

b. Trastorno de personalidad límite

c. Fobia social

d. Trastorno de stress postraumático

EXTREMADURA 2019. P. 85:

Las crisis de angustia se caracterizan por:

a. Aparición repentina, en ocasiones sin causa aparente, de disnea, sensación de ahogo, taquipnea, mareo o sensación de inestabilidad, palpitaciones o taquicardia, sudoración, temblores, parestesias, escalofríos, dolor u opresión precordial, miedo a morirse o a volverse loco

b. Experimentación repetida de manifestaciones psicológicas intensas y desagradables después de vivenciar una situación traumática más allá de la experiencia habitual humana, de la cual se derivan dichas manifestaciones

c. Los síntomas se manifiestan en un episodio único

d. Ansiedad y preocupación durante un período de tiempo, que el DSM-IV establece en 6 meses

NAVARRA 2018. P. 27:

Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta en relación a la amnesia retrógrada?

a. El paciente puede recordar lo que le sucede antes de la cirugía o accidente que la cause

b. Puede producirse por lesiones en cabeza, intoxicación por monóxido de carbono o estrés excesivo

c. El periodo de pérdida de memoria puede ser de minutos, días e incluso años

d. Cuando es producida por daño cerebral en general se acompaña de amnesia anterógrada

ADeN LEYNOFOR

EUSKADI 2018. P. 53:

Sobre los factores determinantes del fenómeno depresivo, una enfermera debe saber que:

a. La depresión mayor siempre se produce tras una fase maníaca

b. La depresión es el resultado de un diálogo altamente interactivo entre la biología, los factores personales y psicológicos y el medio ambiente

c. La depresión delirante siempre ocurre como respuesta a una situación estresante

d. La depresión nunca se relaciona con enfermedades médicas o con el consumo de sustancias

MADRID 2019

A la inducción de una convulsión por estímulos eléctricos de frecuencias variables, con electrodos colocados en el cuero cabelludo, aplicada a personas con problemas de salud mental, se denomina

A) electromiograma

B) resonancia diagnóstica

C) terapia electroconvulsiva

D) electrocardiograma

MADRID 2019

¿Cuál no es una complicación del trastorno depresivo?

A) suicidio y otros actos violentos

B) problemas familiares y laborales

C) neurosis y psicosis

D) vigorexia

ANDALUCÍA 2019.

Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud y Consumo

La unidad de rehabilitación de salud mental es el dispositivo asistencial de salud mental que está enfocado a:

A) la recuperación de habilidades sociales y la reinserción social y laboral en régimen de hospitalización.

B) apoyar y asesorar al resto de los dispositivos asistenciales de salud mental.

C) la recuperación de habilidades sociales y la reinserción social y laboral en régimen ambulatorio.

D) prestar apoyo asistencial a requerimiento de otros dispositivos asistenciales de salud mental.

ASTURIAS 2019

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

¿Cuál es la enfermedad mental caracterizada por tener fases maníaco depresivas?

A) trastorno bipolar

B) trastornos alimenticios

C) demencias

D) todas las respuestas son correctas

ASTURIAS 2019

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

¿Cómo se denomina el tipo de trastorno de la ansiedad, por el que el paciente sufre episodios de miedo o angustia, en espacios abiertos?

A) ataques de ira

B) trastornos de la personalidad

C) agorafobia

D) estrés postraumático

CANTABRIA 2019.

La sensación de sentir un dolor insoportable de vivir, tristeza y una indiferencia hacia todo, es propio de personas:

a) Estresadas

b) Con síndrome de burnout

c) Con crisis de ansiedad

d) Con depresión

CASTILLA – LA MANCHA 2018

En la atención de enfermos mentales es importante:

a) no tener en cuenta los cambios repentinos de personalidad

b) mantener el principio de autoridad

c) no discutir con el enfermo ni tratar de corregir sus rarezas

d) conseguir la automedicación del paciente sin vigilancia

NAVARRA 2018. P. 56:

Indique cómo se denomina al fallo en el reconocimiento o identificación de objetos que puede aparecer en la demencia tipo Alzheimer:

a. Agnosia

b. Apraxia

c. Afasia

d. Ataxia

ARAGÓN 2018. P. 27:

Entre las manifestaciones que presentan los enfermos de Alzheimer, no se encuentra:

a. Negativismo

b. Labilidad emocional

c. Perseveraciones verbales

d. Parpadeo compulsivo

CASTILLA – LA MANCHA 2018. P. 59:

Señale qué alteración cognitiva presenta un enfermo de Alzheimer en cuya valoración muestra un deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras a pesar de tener una función motora intacta:

a. Afasia
b. Agnosia
c. Apraxia
d. Enfermedad de pick

ADeN LEYNOFOR ACADEMIA DE ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD

T28: 28. ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: DEFINICIÓN, LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: COORDINACIÓN CON OTROS PROFESIONALES, NIVELES Y ÁMBITOS SOCIOSANITARIOS

Eduardo J. Galiano Monteserín.

www.academia-adn.es

@academia_adn.es



I: OBJETIVO

CUIDADOS DOMICILIARIOS

El objetivo de la AD es proporcionar los mejores cuidados sanitarios en el domicilio del paciente, asumiendo la responsabilidad del cuidado continuo.

Conferencia Internacional de Atención Domiciliaria.

Lombardía, Italia. Noviembre de 1995

II: CONCEPTO

ATENCIÓN DOMICILIARIA

“Conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio de las personas y que permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y de la familia, potenciando la autonomía y mejorando su calidad de vida”. (Roca y Úbeda).

“Asistencia y cuidados sanitarios y sociales prestados en el propio domicilio del individuo cuando éste, por padecer un proceso agudo o crónico, no tiene la capacidad o independencia suficiente para acudir al centro de salud”. (López Pisa, Maymó y Giró)

“Conjunto de actividades desarrolladas por el enfermero, dirigidas a brindar cuidados integrales al individuo, a su familia, o a ambos, en su domicilio”. (Frias)

2.1: Elementos esenciales

ATENCIÓN DOMICILIARIA

Conjunto de actividades que tienen por objeto proporcionar atención sanitaria al individuo y a la familia en su domicilio, de acuerdo con sus necesidades, asumiendo con ellos la corresponsabilidad del cuidado continuo e integral, en coordinación con los demás miembros del equipo y con otros servicios sanitarios y sociales

Proceso de atención continuado, multidisciplinario e integral, en el que se realizan funciones tanto sanitarias como sociales.

2.2: Modalidades

ASISTENCIA DOMICILIARIA

Según la iniciativa	*Según el fin*	*Según la dependencia*	*Según la financiación*	*Según la tipología del paciente*
A demanda	Asistencial	AD de AP	Pública	Atención en fases agudas
Programada	Investigadora	AD social	Pública concertada	Atención a crónicos
	Educadora	Hospitalizac. a domicilio	Privada	Atención postclínica
	Administrativa		Filantrópica	Atención geriátrica
				Cuidados paliativos

III: ORGANIZACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA

3.1: Urgente

Asistencia realizada en el domicilio del usuario, por incapacidad del mismo para desplazarse para recibir atención por motivos de consulta sanitaria no demorable.

3.2: A demanda

Atención demandada de manera espontánea por el usuario o derivada por otros profesionales

Atención de problemas susceptibles de ser valorados y/o resueltos por enfermería en el domicilio del interesado.

3.3: Concertada

Asistencia sanitaria en el domicilio, concertada con antelación entre enfermería y usuario, para realizar:

Actividades de prevención y promoción de la salud.

Seguimiento de programas de salud.

Detección de problemas de autocuidado.

Planes de cuidados

3.4: Etapas de la visita domiciliaria

Fase preparatoria

Recabar información sobre situación familiar.

Revisar datos Hª. Clínica.

Programar la visita: formular objetivos de la intervención enfermera.

Concertar la visita.

Preparar RRMM.

Fase de desarrollo

Recogida de datos.

Valoración :

- Del paciente.
- Del cuidador.
- De la familia.
- Del domicilio y del entorno próximo

Identificación de problemas o de necesidades de salud.

Planificación de cuidados.

Ejecución de los cuidados.

Fase de evaluación y registro

Evaluar en cada visita la evolución del proceso a los efectos de introducir los cambios pertinentes en el plan de cuidados.

Registro en la Hª C.:

- descripción de la situación
- cambios observados
- actividades realizadas
- actitud del paciente y de la familia….

3.5: Intervenciones

Anamnesis o valoración funcional

Problemas de salud actuales.

Valoración riesgo caídas.

Actividad ejercicio.

Sueño/descanso.

Eliminación.

Identificación cuidador principal.

Valoración mediante escalas validadas

Valoración funcional para actividades instrumentales de la vida diaria (E. de Lawton y Brody).

Valoración ante A.B.V.D. (I. de Barthel, I. de Katz).

Valoración cognitiva (T. de Lobo, T de Pfeiffer).

Valoración afectiva (T. de depresión de Yesavage, E. de ansiedad de Hamilton).

Valoración de riesgo de úlceras por presión (E. Norton).

Valoración de la capacidad de realizar actividades rutinarias en pacientes oncológicos terminales (E.Karnofsky).

Valoración social (E. de calidad de vida de Filadelfia, E. Sociofamiliar de Gijón).

Plan de acción

Plan de cuidados de acuerdo con las necesidades detectadas.

Plan terapéutico.

Atención al cuidador principal:

- Identificación de signos de sobrecarga (E. de Zarit)
- Consejo/información acerca de los cuidados.
- Manejo de emociones.
- Expresión de sentimientos.

IV: ESAD

EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

La AD en nuestro sistema es principalmente función de los EAP.

La AD se ha ido complicando con mas tipologías de pacientes con gran inestabilidad, como los pacientes con enfermedades en fase terminal

El ESAD surge como una ayuda para la AD que presta el EAP.

4.1: Definición

Unidad de apoyo de AP cuyas funciones están orientadas a proporcionar soporte a los profesionales del EAP en el programa de AD.

RRHH:

- Médicos.
- Enfermeras/os
- Auxiliar de enfermería.
- Personal administrativo.
- Trabajador social.
- Psicólogo.

4.2: Actividades

Asistenciales.

Coordinación:

- Atención Especializada, 112 y otras instituciones sociosanitarias.

Docencia:

- rotación de profesionales, sesiones clínicas.

Investigación.

4.3: Población diana

Paciente con procesos oncohematológicos con enfermedad avanzada y/o fase terminal

P. con síndrome de inmunodeficiencia adquirida en etapa tardía y esperanza de vida < a 6 meses.

P. con enfermedad crónica avanzada, limitación funcional y/o inmovilizados complejos.

- Enf. respiratorias.
- Enf. cardiovasculares.
- Hepatopatías.
- Enf. Osteoarticulares
- Enf. neurológicas

V: HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

DEFINICIÓN

Externalización de la asistencia hospitalaria a enfermos que padecen procesos agudos o reagudización de enfermedades crónicas, que se realiza en el domicilio del paciente como medida para favorecer su recuperación, evitando consecuencias perniciosas del ingreso hospitalario (infecc. nosocomiales, desorientación temporo-espacial, …)

5.1: Población diana

Situación de estabilidad clínica.

No criterio indicador de mala evolución.

Aceptan la HD voluntariamente.

5.2: Características de la hospitalización a domicilio

Atención a procesos agudos o altas precoces.

- La organización depende de la Dirección de los Hospitales.
- RRHH y RRMM de AE.

Los profesionales del hospital proporcionan la base de la asistencia, siendo los profesionales de Atención Primaria elementos de apoyo, en su caso.

Atención médica y cuidados de enfermería en el domicilio del paciente.

Idéntica atención a la proporcionada en una hospitalización convencional.

La intervención asistencial es limitada en el tiempo.

Apoyo familiar y social efectivo.

Domicilio accesible, en general a menos de una hora del hospital.

Vivienda adaptada a las necesidades y con línea telefónica.

5.3: Justificación

Favorecer el autocuidado.

Respetar intimidad de paciente y de familia.

Interferir menos en su vida diaria.

Disminuir riesgo de infecciones hospitalarias.

Disminuir estancias innecesarias, liberar camas hospitalarias.

Racionalizar costes.

Mejorar interrelación entre niveles asistenciales.

5.4: Atención domiciliaria VS Hospitalización a domicilio

Aspectos	AD	HD
Criterios de ingreso	No	Si
Objetivo	Prevenir hospitalizac.	Sustituir hospitalizac.
Dependencia profes.	Zona Básica de Salud	Hospital
Dependencia pac.	Zona Básica de Salud	Hospital
Tipología pacientes	Agudos/crónicos	Agudos/crónicos agudizados
Técnicas	Poco intensivas y complejas	Intensivas y complejas
Tratamientos	Poco intensivos y complejos	Intensivos y complejos
Seguimiento	Tiempo ilimitado	Tiempo limitado
Prevención	Mayor dedicación	Menor dedicación
Educación	Mayor dedicación	Menor dedicación

SEGUNDO JUEGO



ANDALUCÍA 2019. P. 54:

Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud y Consumo

NO es criterio de inclusión de atención domiciliaria aquellas personas que presenten:

a. Cansancio en el desempeño del rol de cuidador

b. Duelo anticipado: disfuncional, anticipado

c. Hipertermia

d. Confusión aguda o crónica

ADeN LEYNOFOR

ANDALUCÍA 2019. P. 55:

Servicio Andaluz de Salud
Consejería de Salud y Consumo

Sobre la Atención domiciliaria, ¿qué grupos de población incluye la cartera de servicios?

a. Atención a Personas inmovilizadas

b. Atención a personas residentes en instituciones

c. Atención a cuidadoras

d. Todas son correctas

ADeN LEYNOFOR

CASTILLA – LA MANCHA 2018. P. 37:

Indique cuál de los siguientes objetivos debe guiar la actuación del profesional de enfermería en la visita domiciliaria:

a. Proveer de cuidados de salud integral al paciente que por diversos factores no puede acudir a las consultas, así como a su cuidador y familia

b. Identificar al cuidador principal

c. Educar al paciente y a su familia para fomentar la máxima autorresponsabilidad en materia de salud

d. Todas las respuestas son correctas

CASTILLA – LA MANCHA 2018. P. 38:

Las escalas de evaluación son un medio rápido de evaluación global del paciente domiciliario, sobre todo en el anciano. Indique qué escala utilizaría para realizar la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria:

a. Índice De Katz
b. Índice De Barthel
c. Escala De Karnofsky
d. Escala De Lawton Y Brody

EXTREMEDAURA 2019. P. 30:

¿Qué valora la Escala de Gijón?

a. La situación económica del anciano

b. El grado de dependencia del anciano

c. La situación sociofamiliar del anciano

d. El estado mental del anciano

GALICIA 2019. P. 45:

¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES NO FORMA PARTE DE LA UNIDAD BÁSICA ASISTENCIAL EN UN PROTOCOLO DE VISITA DOMICILIARIA?

a. Enfermero/a

b. Médico/a

c. Personal de servicios generales

d. Trabajador/a social

MURCIA 2019. P. 7:

En el desarrollo de la visita domiciliaria:

a. Encontramos familias aisladas

b. Se realiza el proceso global de atención de enfermería

c. Descubrimos solo los problemas potenciales de la familia

d. Valoramos planes descuidados establecidos en fase de preparación

MURCIA 2019. P. 37:

La visita domiciliaria:

a. Puede ser a demanda o programada

b. No pretende hacer seguimiento de los problemas de salud

c. No puede ser a demanda ni espontánea

d. La realiza solo la enfermera

gracias

