SALUX

REVISTA DE CIENCIA Y HUMANIDADES

www. revistasalux.com # SaluxTalavera

CARTAS AL EDITOR:
Cómo presentar un Trabajo de Fin de Grado a un Comité de Ética de la Investigación

ARTÍCULO DE REVISIÓN:
¿En qué me puede ayudar mi Comité de Ética Asistencial?

ARTÍCULO ORIGINAL:
CENTENARIOS DODGERS: Programa piloto multifactorial de Prevención de Caídas en personas mayores de 65 años en el área urbana de Talavera de la Reina

CASOS CLÍNICOS:
A PROPÓSITO DE UN CASO:
Cuando la salud está en juego:
Esclerosis múltiple y apuestas deportivas

A PROPÓSITO DE UN CASO:
Evaluación del riesgo suicida en Diabetes Tipo I

PÍLDORA DE HISTORIA:
La historia del condón y otras formas de prevenir infecciones de transmisión sexual

NÚMERO 13 - Abril 2022. Copyright GAI Talavera de la Reina. www.revistasalux.com

Un espacio para compartir conocimiento y experiencias entre profesionales # SaluxTalavera

ÁREA INTEGRADA Talavera de la Reina

sescam Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Castilla-La Mancha

En este número...

2 Editorial

3 Cartas al Editor

- COMO PRESENTAR UN TRABAJO FIN DE GRADO A UN COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

7 Artículo Original Breve

- CENTENARIOS DODGERS: PROGRAMA PILOTO MULTIFACTORIAL DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN EL ÁREA URBANA DE TALAVERA DE LA REINA

13 Casos Clínicos

- A PROPÓSITO DE UN CASO: CUANDO LA SALUD ESTÁ EN JUEGO: ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y APUESTAS DEPORTIVAS
- A PROPÓSITO DE UN CASO: EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN DIABETES TIPO I

21 Artículo Especial

- ¿EN QUÉ ME PUEDE AYUDAR MI COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL?

28 Píldora Histórica

- LA HISTORIA DEL CONDÓN Y OTRAS FORMAS DE PREVENIR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

31 Unidad de Apoyo a la Investigación

33 Encuentros y reuniones científicas

34 Normativa Editorial

35 ¿Quiénes Somos?

Editorial

¡¡¡A investigar a investigar, que el mundo se va a acabar!!!

Sirva a modo de chascarrillo, aunque lo digo con la boca pequeña, y me refiero a lo de que el mundo se va acabar, tal y como está el patio, al 100% no lo puedo asegurar.

En fin, volviendo a los que nos ocupa y, como no podía ser de otra manera viniendo de nosotros, creemos que investigar e innovar es fundamental para aumentar el conocimiento y, por tanto, en nuestro ámbito, contar con profesionales más y mejor formados y actualizados, lo que, por extensión, se traduce en una atención al paciente, más segura y de calidad. Para ello, en los últimos años, hemos ido dando pasos firmes para intentar dar la oportunidad y facilitar el conocimiento y herramientas necesarias a los profesionales sanitarios para que exploren y desarrollen sus inquietudes investigadoras, intentando pasar de una investigación, digamos "amateur" a algo más "profesionalizado", entendiendo esto como un proceso basado en el conocimiento y método científico, estandarizable, reproducible, analítico y riguroso, todo ello bajo el paraguas de la ética y el punto de visión "humano".

Espero que encontréis interesante los artículos de este número en el que los compañeros del Comité de Ética de Investigación (CEIm) nos resumen los pasos y documentos necesarios para presentar un proyecto al comité, cosa que por cierto atañe y está muy relacionado con otra de las lecturas que podréis encontrar, que nos habla de la ayuda que nos puede brindar el Comité de Ética Asistencial en nuestra labor asistencial diaria.

Las caídas son un problema de salud pública importante, se estima que más de 1/3 de las personas de más de 65 años sufren alguna caída al año, muchas de ellas con grandes repercusiones, no sólo sobre el propio paciente y su funcionalidad y calidad de vida, sino para su entorno familiar y también para los recursos sociosanitarios, con un gasto estimado en España, sólo en costes directos, de 400 millones de euros, sin contar otros indirectos como costes de cuidadores, pérdidas de horas de trabajo, atención sociosanitaria, etc, etc, ... sin duda, muy recomendable.

Nuestros compañeros de salud mental nos obsequian con dos casos clínicos interesantes, uno sobre la ludopatía y las apuestas deportivas, tan de moda ahora. Por desgracia, en otro de los casos nos abre los ojos sobre cómo las enfermedades crónicas minan nuestro estado de ánimo y terminan, en ocasiones, por llevar a esas personas a tomar la fatal decisión de desaparecer, sin duda, las cifras de suicidios son preocupantes y todos y todas tenemos tarea pendiente.

Para terminar, en la píldora de historia, el residente de Medicina Preventiva y Salud Pública, nos hace un breve resumen sobre la historia del preservativo o "condón", nombre cuyo origen etimológico, como podréis leer, no está aún muy claro. ¿Sabían ustedes que hay constancia del uso de "condones rudimentarios" desde al menos 1000 años A.C.?

Les deseo una entretenida e instructiva lectura y espero que les guste tanto como a mí, tengo la suerte de ser de los primeros en leerlo.

Un cordial saludo, les esperamos en el próximo número y les invitamos a mandar sugerencias, comentarios, cartas, experiencias, trabajos, artículos, proyectos....

¡Ah sí! ..... y que los pueblos del mundo aprendan a resolver sus diferencias por medios no violentos ni bélicos, por favor!!!!! (Ucrania, Siria, Corea, Palestina, Chad, Yemen, Etiopía, Afganistán, Myanmar, Guinea Conakri ..... y, lamentablemente, muchos muchos otros.

Joaquín Álvarez Gregori

Coordinador Investigación

Editor-Jefe de SALUX

Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM)

Cartas al Editor

COMO PRESENTAR UN TRABAJO FIN DE GRADO A UN COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Virginia Arroyo Pineda[1], Gerardo Ávila Martín[2]

[1]Secretaria Técnica del CEIm. Servicio de Farmacia. Gerencia de Atención Integrada de Talavera del Reina (SESCAM).
[2]Vicepresidente del CEIm. Unidad de Apoyo a la Investigación. Gerencia de Atención Integrada de Talavera del Reina (SESCAM).

Autor de correspondencia: Gerardo Ávila Martín. Vicepresidente del CEIm. Unidad de Apoyo a la Investigación. Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (Toledo). Carretera de Madrid Km 114, 45600. Talavera de la Reina (Toledo). España. Email: gavila@sescam.jccm.es

Sr. Editor:

Con la incorporación de las Universidades al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) se han modificado los planes docentes, estableciéndose el Trabajo de Fin de Grado (TFG) como una asignatura obligatoria dentro de las titulaciones de Grado. Cuando los TFG corresponden a titulaciones en la rama de conocimiento de Ciencias de la Salud (Medicina, Enfermería, Fisioterapia, Farmacia, Psicología...), estos trabajos pueden plantearse como proyectos de investigación biomédica que requieren la evaluación por parte de un CEI, al igual que cualquier otro proyecto de investigación.

En definitiva, los cambios en los programas docentes en la Universidad han llevado a la presentación de numerosos proyectos de TFG en los CEI de los centros/instituciones donde se pretenden realizar. Estos proyectos suelen remitirse de forma simultánea por lo ajustado de los plazos, lo que ha supuesto un incremento en la actividad evaluadora de los Comités. Sin embargo, no se ha establecido una clara comunicación entre las Universidades y los centros asistenciales para determinar los objetivos, criterios y plazos de evaluación.

Por otra parte, el desconocimiento de lo que supone la investigación y los requisitos que hay que cumplir para llevarla a cabo es el principal problema con el que se encuentran los estudiantes universitarios. En muchas ocasiones, los tutores/directores de esos trabajos tampoco conocen adecuadamente los requerimientos para poner en marcha un proyecto de investigación, especialmente cuando se trata de estudios observacionales. **Sería preciso informar a todos aquellos profesionales que tutorizan este tipo de proyectos de la importancia de orientar y dirigir adecuadamente a sus alumnos**, sabiendo que la investigación con humanos está fuertemente regulada y controlada. No es una buena práctica transmitir a los alumnos que puede realizarse este tipo de trabajos sin una revisión externa del cumplimiento de los estándares éticos y legales o que la revisión del Comité es un mero procedimiento burocrático.

En este escenario es necesario clarificar que las competencias de los CEI están legalmente reguladas y son aplicables únicamente a la valoración de Proyectos de Investigación Clínica con protocolos completos cuya labor está aún por iniciarse. En ningún caso se evalúan proyectos que ya están realizados o en proceso. En este sentido, un CEI tiene como objetivo velar porque el protocolo del proyec-

to sea éticamente correcto de forma previa a su aplicación. Para que un estudio sea éticamente correcto, la premisa básica es que el protocolo escrito plantee un proyecto metodológicamente impecable.

Con estos objetivos en mente y con el fin de dinamizar la presentación de TFG por parte de la Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM) al Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos (CEIm) de la Gerencia de Atención Integrada (GAI) de Talavera de la Reina, se llevó a cabo una charla-exposición en la UCLM de Talavera de la Reina el día 8 de marzo de 2022 con el título: "*Consideraciones para presentar trabajos académicos al Comité de Ética de la Investigación del Área*". La exposición se dividió en dos subapartados:

1. **Consideraciones para presentar trabajos académicos al Comité de Ética de la Investigación del Área**. Este apartado fue presentado por Dña. Virginia Arroyo Pineda, farmacéutica del área de salud y Secretaria Técnica del CEIm de la GAI de Talavera de la Reina. Durante esta charla se trataron temas generales sobre la presentación de trabajos al CEIm y la normativa que regula el funcionamiento del mismo.

2. **Cómo elaborar un Trabajo Fin de Grado para evaluar por un Comité Ético de Investigación**. Esta charla fue presentada por el Dr. Gerardo Ávila Martín, investigador de la Unidad de Apoyo a la Investigación y Vicepresidente del CEIm de la GAI de Talavera de la Reina. A lo largo de la exposición se trataron temas específicos sobre cómo plantear un TFG para presentar al CEIm, conocimiento en detalle de la documentación requerida y dónde encontrarla, diseños recomendados para facilitar en el trabajo de los alumnos y la distribución de apartados requeridos para la presentación al CEIm.

Como resumen final, podemos concluir que la charla fue muy constructiva, y tanto los profesores como los alumnos que estaban presentes acabaron muy satisfechos. En el turno de preguntas se trató el tema de generar una reunión/convocatoria por parte del CEIm de la GAI de Talavera, como monográfico de TFG donde se establezcan unas normas de presentación adaptadas para tal fin. Al final de la reunión quedó pendiente de consensuar esta propuesta con las Comisiones de TFG de cada uno de los grados para ir aunando posturas en esta línea de trabajo.

"Un futuro próspero y sostenible sólo se puede asegurar a través de una mayor igualdad y colaboración"

Joseph Rain

SALUX
REVISTA DE CIENCIA Y HUMANIDADES
www.revistasalux.com
Un espacio para compartir conocimiento y experiencia entre profesionales

Artículo Original Breve

CENTENARIOS DODGERS: PROGRAMA PILOTO MULTIFACTORIAL DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS EN EL ÁREA URBANA DE TALAVERA DE LA REINA

Nuria García Bonilla[1], Marta Morenza Corbacho[2], Ana Cecilia Marín Guerrero[2], Gerardo Ávila Martín[2], Sandra García Durán[3], Javier Muñoz Serrano[4], Joaquín Antonio Álvarez Gregori[2]

[1]Centro de Salud "Talavera-Centro". Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (Toledo). España.
[2]Hospital Universitario "Nuestra Señora del Prado". Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (Toledo). España.
[3]Centro de Salud "La Algodonera". Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (Toledo). España.
[4]Centro de Salud "La Estación". Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (Toledo). España.

Autor de correspondencia: Nuria García Bonilla. Terapeuta Ocupacional. Centro de Salud "Talavera Centro". Hospital General Ntra. Sra. Del Prado. Gerencia Área Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM). Ctra. Madrid, km. 114. 45600 Talavera de la Reina (Toledo). España. Email: ngarciab@sescam.jccm.es

RESUMEN

Fundamentos: Las caídas son un importante problema mundial de salud pública, convirtiéndolas en la segunda causa de muerte por lesiones no intencionales. Las mayores tasas de mortalidad corresponden a mayores de 60 años. En España, la incidencia de personas que sufren caídas en la comunidad está entre 30-35%. Además, existen más de 400 factores de riesgo. La mayoría pueden ser modificados para disminuir el riesgo de caída. El objetivo de del proyecto fue evaluar la efectividad de un Programa Piloto Multicomponente de Prevención de Caídas en personas mayores de 65 años en el área urbana de Talavera de la Reina.
Métodos: Ensayo clínico aleatorizado con dos brazos en un centro de salud urbano durante el año 2021. El grupo experimental recibió una intervención multifactorial mientras que el control recibió unas recomendaciones. Se reclutaron mayores de 65 años con Test de Downton (≥ 3) e Índice de Barthel (>85). Se realizó un análisis preliminar describiendo los resultados en ambos grupos.
Resultados: Un total de 74 participantes fueron reclutados, aunque solo 50 completaron la valoración a los 3 meses. Un 12 % de los participantes del grupo experimental presentaron un total de 3 caídas y no presentaron síndrome post-caída. En cuanto al grupo control se cayeron el 16% y registraron un total de 5 caídas, presentando, 3 de ellos, síndromes post-caídas.
Conclusiones: En general, se observa reducción de las caídas en el grupo experimental. Será necesario un seguimiento a largo plazo, así como un mayor número de participantes para poder observar diferencias.

PALABRAS CLAVE: *Ancianos, riesgo de caídas, prevención, ensayo clínico.*

ABSTRACT

Background: Falls are a major global public health problem, making them the second leading cause of death from unintentional injuries. The highest mortality rates correspond to people over 60 years of age. In Spain, the incidence of people suffering falls in the community is between 30-35%. In addition, there are more than 400 risk factors. Most can be modified to decrease the risk of falling. The objective of the project was to evaluate the effectiveness of a Multicomponent Pilot Program for The Prevention of Falls in people over 65 years of age in the urban area of Talavera de la Reina.
Methods: Randomized clinical trial with two arms in an urban health center during the year 2021. The experimental group received a multifactorial intervention while the control group received recommendations. People over 65 years of age were recruited with Downton's Test (≥ 3) and Barthel Index (>85). A preliminary analysis was performed describing the results in both groups.
Results: 74 participants were recruited, although only 50 completed the assessment at 3 months. 12% of the participants in the experimental group had a total of 3 falls and did not present post-fall syndrome. As for the control group, 16% fell and registered a total of 5 falls, presenting, 3 of them, post-fall syndromes.
Conclusions: In general, there was a reduction in falls in the experimental group. Long-term follow-up as well as a larger number of participants will be necessary to observe differences.

***KEY WORDS**: Elderly, risk of falls, prevention, clinical trial.*

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto anciano en base al nivel socioeconómico de cada país. De esta forma, en países en vías de desarrollo, el anciano es toda persona con edad igual o superior a 60 años, mientras que en países desarrollados se considera a partir de 65 años (1). Entre 28-35% de las personas con +65 años sufren una caída/año y aumenta a 32-42%, en las personas de +70 años. La incidencia de caídas aumenta con la edad y con el grado de fragilidad. La tasa de ingresos hospitalarios por caídas, en personas con + 60 años, en Australia, Canadá, Reino Unido e Irlanda del Norte, varía entre 1,6-3,0/10.000 habitantes (2). Son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que se producen 424.000 caídas mortales/año, convirtiéndolas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden a los mayores de 60 años (1). Según el Instituto de Estadística (INE), en España se produjeron 2653 muertes por caídas accidentales en personas de más de 65 años durante el año 2018, siendo más frecuentes las caídas en hombres hasta el grupo de edad de 80-84 años, a partir del cual, las mujeres tienen una frecuencia más alta de caídas (3).

Los costes económicos debidos a las caídas oscilan entre los 8700 millones de dólares/año en el servicio de salud canadiense (4) y los 34 mil millones de dólares/año en el servicio de salud de E.E.U.U. (5), lo que supone un alto gasto para los sistemas sanitarios. En España, los gastos totales producidos por las caídas no están cuantificados, aunque se sabe que como costes directos se genera un gasto de 400 millones de euros anualmente (6).

La etiología de las caídas ha sido motivo de estudios epidemiológicos en las últimas décadas. Existen más de 400 factores de riesgo (7), clasificados tradicionalmente en ambientales, biológicos, conductuales o psicológicos. Una reciente revisión sistemática puso de manifiesto que los principales factores de riesgo para las caídas son los trastornos del equilibrio y la marcha, la polifarmacia y la historia de las caídas previas. Otros factores de riesgo incluyen la edad avanzada, el sexo femenino, discapacidad visual, deterioro cognitivo y los factores ambientales.

La mayoría de los factores de riesgo (salvo los biológicos no modificables), pueden ser eliminados/modificados para disminuir/eliminar el riesgo de caída. Son muchas las intervenciones con resultados publicados que se han llevado a cabo para tratar de prevenir las caídas en entre las personas mayores en la comunidad, como lo muestra las revisiones sistemáticas de Cochrane en 2012 y 2018 (8, 9). En ambas se clasifican en dos a este tipo intervenciones: intervenciones multifactoriales e intervenciones multicomponentes. Las dos integran diferentes acciones dirigidas a actuar sobre los factores de riesgo modificables asociados a las caídas. La diferencia radica en que la intervención multifactorial se diseña según los riesgos a minimizar en cada individuo. Mientras que la multicomponente se aplica por igual entre todos los individuos participantes en la intervención.

La revisión Cochrane de 2012 publicó como conclu-

sión, que los programas de ejercicios y las acciones para mejorar la seguridad en el hogar reducen las tasas de caídas y el riesgo de caer. Y los programas multifactoriales solamente las tasas de caídas, pero no el riesgo de caer. La revisión Cochrane 2018, encontró que las intervenciones multifactoriales pueden reducir la tasa de caídas, pero encontró escaso efecto en otros resultados posibles. Y concluyó que las intervenciones multicomponentes, que incluyen ejercicio también podrían reducir la tasa de caídas y el riesgo de caer. Dicha revisión recomienda que en el grupo comparador de los ensayos incluya siempre ejercicio físico, pues es la acción con evidencia más sólida en la disminución de caídas y en el riesgo de caer.

Por otra parte, se han diseñado diferentes programas de ejercicios físicos para personas mayores que buscan entre otras cosas mejorar la fuerza muscular, el equilibrio o la flexibilidad. Entre los más conocidos y estudiados está el Programa OTAGO creado en Nueva Zelanda, el cual, está basado en ejercicios realizados en casa de manera individual, que son explicados inicialmente por un profesional sanitario (preferiblemente fisioterapeuta) y se realiza un seguimiento a demanda del paciente (10). Otro programa, de más reciente diseño y creado para la promoción del ejercicio físico en la prevención de la fragilidad y las caídas en las personas mayores es el Proyecto VIVIFRAIL. Éste propone la prescripción de un programa de ejercicio y la creación de sinergias en el ámbito del deporte y de los servicios de salud y asistencia social. Se diferencia del programa Otago, en que VIVIFRAIL clasifica a los participantes según su nivel físico en diferentes pasaportes, asignándoles a cada pasaporte una rueda específica de ejercicios. El pasaporte es explicado por un profesional sanitario. El sujeto realiza los ejercicios propuestos de manera individual y es seguido por el profesional sanitario cada 3 meses, al sellar el pasaporte (11, 12). VIVIFRAIL se enmarca en la Estrategia de Promoción de la Salud y Calidad de Vida en la Unión Europea. En España, el proyecto VIVIFRAIL. está siendo diseminado, por el Ministerio de Sanidad y Consumo, así como por diferentes entidades autonómicas.

La hipótesis de este estudio es que una intervención multifactorial individualizada y con un seguimiento más cercano disminuirá el número de las caídas y mejorará el resto de los indicadores estudiados. Por estas razones, es necesario el desarrollo de proyectos que estimulen a los adultos mayores a hacer ejercicio y tener una valoración individualizada de los riesgos para poder actuar directamente sobre ellos.

El objetivo del proyecto es evaluar la efectividad de un Programa Piloto Multifactorial de Prevención de Caídas en personas mayores de 65 años en el área urbana de Talavera de la Reina.

Material y métodos

Se trata de un ensayo clínico cegado y aleatorizado con dos brazos. El reclutamiento se llevó a cabo de manera consecutiva desde las consultas Atención Primaria del centro de salud de Talavera Centro – Talavera 1 de la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina. Previa firma de consentimiento informado, un total de 74 pacientes fueron reclutados durante el año 2021.

Como criterios de inclusión se consideró: pertenecer al centro de salud urbano, tener >65 años, poder desplazarse caminando al centro de salud, tener un riesgo de caídas >3 según la escala de Downton y presentar dependencia leve para las actividades de la vida diaria >85 según el índice de Barthel. Como criterios de exclusión: realizar actividad física intensa (>1 hora/día), usar silla de ruedas para desplazamientos, personas con amputaciones o miembros protésicos, presentar sordera/ceguera completa, presentar deterioro cognitivo moderado-grave, tener fracturas vertebrales/pelvis/miembros inferiores en los 12 meses previos a la entrada en el programa y contraindicación absoluta para la realización de ejercicio físico.

El planteamiento de los grupos de intervención se basó en la guía de buenas prácticas basadas en la evidencia de la RNAO (13). En el grupo experimental se realizaron las siguientes intervenciones multifactoriales: programa de ejercicio físico (VIVIFRAIL) guiado y supervisado cada 3 meses, adecuación del entorno a través de una visita domiciliaria, revisión de la polifarmacia, educación para la salud en relación con la prevención de caídas, valoración general de factores de riesgo (pies, calzado, nutrición, cognitiva/psicológica, social) y evaluación del paciente por grupo experto. Con el grupo control se realizó: Programa de ejercicios (VIVIFRAIL), valoración y seguimiento habitual en la consulta de atención primaria y educación para la salud en relación con la prevención de caídas.

Para la recogida de datos y seguimiento de participantes se llevó a cabo una valoración basal y a los 3 meses después de las intervenciones. Las evaluaciones de seguimiento fueron ciegas, donde el profesional que las realizó fue diferente a los profesionales que llevaron a cabo las intervenciones.

Se realizó un análisis preliminar describiendo los resultados en ambos grupos.

El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación con Medicamentos de la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (nº ref. CEIm 57/2020).

Resultados

Desde la puesta en marcha del programa se han derivado 122 pacientes, de los cuales 48 fueron excluidos por no cumplir los criterios de selección. Un total de 74 participantes fueron reclutados en tres momentos diferentes a lo largo del año 2021. 50 de los participantes completaron la valoración a los 3 meses, mientras que los participantes incluidos en el último periodo de reclutamiento no han sido aún valorados (n=18). Durante el estudio han abandonado el programa 6 participantes, 3 corresponden al grupo control y 3 al grupo experimental.

El perfil sociodemográfico del participante del programa es el de mujer de 75 años (78%), casada que convive con su cónyuge (51%) y con estudios básicos-inferiores (82%). Además, presenta un perfil antropométrico medio de 69 kg, 157 cm. de talla y un índice de masa corporal de 25,5.

En el año anterior al ingreso en el estudio (valoración basal), los participantes incluidos en ambos grupos refirieron un total de 26 caídas por grupo. Tras la intervención, en la valoración a los 3 meses, se cayeron 3 participantes del grupo experimental (12%) con un total de 3 caídas y no presentaron síndrome post-caída en el momento de la valoración. Mientras que en el grupo control se cayeron 4 usuarios (16%) y registraron un total de 5 caídas, presentando, 3 de ellos, síndromes post-caídas.

Con relación al lugar de las caídas a los 3 meses de la intervención en el grupo experimental se registraron caídas en el domicilio (habitación), en la calle y en edificios públicos. Y en el grupo control se registraron caídas en el domicilio (pasillo), en la calle, en edificios privados y en otros espacios.

Otros aspectos destacables de las caídas a los 3 meses de la intervención fueron que ninguno los participantes del grupo experimental alertaron de su caída, 1 de ellos se levantó sin ayuda y 1 tuvo que recibir algún tipo de atención sanitaria urgente, pero no requirió hospitalización. Los 3 participantes caídos del grupo experimental presentaron algún tipo de lesión como heridas y/o contusiones más comúnmente en cabeza y miembros inferiores. En cuanto a los factores precipitantes de las caídas en el grupo experimental, 1 fue por factor intrínseco no modificable (caída previa), 2 por factores intrínsecos modificables (tropiezo) y 1 por un factor extrínseco (terreno irregular). En cuanto al grupo control, 2 participantes alertaron de su caída, 2 de ellos se levantaron sin ayuda y 1 tuvo que recibir algún tipo de atención sanitaria urgente, pero no requirió hospitalización. Además, 3 de los participantes presentaron lesiones y/o contusiones en cabeza y miembros superiores e inferiores. En cuanto a los factores precipitantes de las caídas en el grupo control, 1 participante fue por factor intrínseco no modificable (caída previa), 1 por factores intrínsecos modificables (miedo a caer) y 3 por un factor extrínseco (terreno irregular y escaleras/peldaños) y 2 por factores comportamentales.

En cuanto a la clasificación del pasaporte de ejercicio físico VIVIFRAIL (A, B, C o D) al ingreso en el estudio (valoración basal), el 48% de los participantes incluidos en el grupo experimental y el 64% de los participantes del grupo control recibieron el pasaporte D. Sin embargo, en la valoración a los 3 meses, encontramos que un 52% de los participantes del grupo experimental y un 68% de los participantes del grupo control mantuvieron el pasaporte D.

Con respecto a la fuerza de prensión manual, el promedio en la valoración inicial de ambos grupos fue de 22 kg, mientras que en la evaluación a los 3 meses de ambos grupos fue de 27 kg, lo que indica un aumento de la fuerza manual de 5 kg en ambos grupos desde el inicio del programa.

Discusión

En la actualidad, y como consecuencia de la pandemia producida por la COVID-19, la actividad física ha sido afectada debido a la disminución de movilidad ocasionada por estar diariamente en un habitáculo de dimensiones reducidas, ocasionando alteraciones musculoesqueléticas (disminución de fuerza/resistencia muscular, debilidad y/o dolor muscular, problemas con el equilibrio y disminución de la capacidad cardiorrespiratoria) (14). En las personas mayores, se produce en mayor medida, debido a la pérdida de rutinas realizadas al aire libre/centros sociales, a disponer de menos acceso a las nuevas tecnologías y carecen de métodos motivantes para hacer rutinas diarias de ejercicio (15). Todo ello nos lleva a pensar que la persona mayor ha terminado su confinamiento domiciliario con problemas musculoesqueléticos y, como consecuencia, un aumento proporcional del riesgo de caídas. Por lo tanto, existe la necesidad de desa-

rrollo de proyectos con intervenciones multifactoriales individualizadas, que estimulen a los adultos mayores a hacer ejercicio y poder actuar sobre los riesgos que pudiesen producir las caídas.

En la valoración basal realizada en este estudio, los participantes incluidos en ambos grupos refirieron un total de 26 caídas previas en cada grupo, lo que hace pensar que partimos de grupos bastante homogéneos. Después de la intervención a los 3 meses, un 16% de los participantes del grupo control refirieron caídas mientras que un 12% del grupo experimental las presentaron, observándose una reducción en el número de caídas. Se puede constatar que los pacientes del grupo control se caen algo más que los del grupo experimental y las causas de las caídas corresponden a factores que son modificables y se pueden trabajar. Aunque no se aprecie mucha diferencia en el número de caídas a los 3 meses, se puede justificar porque la evaluación se realiza relativamente pronto y justo después de un periodo de intervención más intensivo para ambos grupos. Habrá que esperar a la evaluación de los 12 meses, para comprobar si existen modificaciones significativas en el número de caídas.

Por otro lado, el componente psicológico de aislamiento producido por los confinamientos que hemos sufrido hace que la persona mayor no sienta deseos de realizar actividades físicas dentro del domicilio o al aire libre por miedo al contagio (16). En este ensayo ninguno de los pacientes del grupo experimental presentó síndrome post-caída, mientras que 3 de los participantes del grupo control sí presentaron este síndrome. Por lo tanto, quizás estas intervenciones individualizadas proporcionen la confianza suficiente para intentar prevenir estos síndromes a largo plazo.

En la valoración a los 3 meses, no encontramos diferencias en la evolución del tipo de pasaporte entre ambos grupos, el porcentaje de ambos grupos que mantuvieron el pasaporte D fue similar. Como se ha discutido anteriormente, se trata de un corto periodo de tiempo, por lo tanto, se deberá evaluar esta evolución a largo plazo para poder detectar alguna diferencia.

En general, se ha producido un aumento de la fuerza manual de 5 kg en ambos grupos desde el inicio del programa. Sin embargo, de los 7 participantes caídos hasta los 3 meses del programa, 3 (43%) (2 del grupo experimental y 1 del control) han reflejado una disminución de la fuerza de prensión manual (1 presenta deterioro cognitivo leve, 1 es cumplidora parcial del programa vivifrail y 1 se cayó como consecuencia del alcohol); y los otros 4 (57%) (1 del grupo experimental y 3 del grupo control) aunque han aumentado la fuerza de prensión manual, se han caído por factores comportamentales (asunción de riesgos (ruta por montaña) y factores intrínsecos modificables (desequilibrio). Por lo tanto, la fuerza de prensión manual se podría ratificar como factor predictivo de caídas, por lo que debería ser una medida muy a tener en cuenta en estas personas (17, 18).

En cuanto a las posibles limitaciones del estudio, podemos decir que el cegamiento podría estar comprometido debido a las características del estudio. Al realizarse con pacientes de un mismo centro de salud, los pacientes y los profesionales que los tratan pueden sospechar el grupo en que se encuentran. Para tratar de solventar este problema, la asignación aleatoria se realizará después de que sean evaluados. Además, las intervenciones educativas y las intervenciones individuales se ajustarán en horario para evitar coincidencias entre ambos grupos. El evaluador que recoja los datos de resultados del seguimiento no conocerá a qué grupo ha sido asignado cada sujeto, para evitar el sesgo de detección, así mismo la persona que realice el análisis estadístico tampoco conocerá el grupo de asignación. Por otro lado, se producirán abandonos o exclusiones del proyecto. Estas se registrarán como tal y se tendrán en cuenta en el análisis final. Además, el sesgo de memoria al preguntar a los pacientes por los antecedentes de caídas se tratará de corregir, revisando las historias clínicas informatizadas. Con esto obtendremos los resultados "más graves" que terminan en atención clínica, pero perderemos en alguna proporción los "menos graves" que puede que no terminen en atención clínica pero sí disminuyan la confianza en los sujetos y aumenten el miedo a caer.

Conclusiones

Tras la realización de las intervenciones realizadas en ambos grupos se observa que a los 3 meses hay una reducción de caídas del grupo experimental con respecto al grupo control. Por otro lado, encontramos porcentajes muy similares en ambos grupos en cuanto al tipo de pasaporte asignado, ya que un 52% de los participantes del grupo experimental y un 68% de los participantes del grupo control mantuvieron el pasaporte D. Con respecto a la fuerza de prensión manual, el promedio en la valoración inicial de ambos grupos fue similar, mientras que en la evaluación a los 3 meses se produjo un aumento de la fuerza manual de 5 kg en ambos grupos desde el inicio del programa. Para finalizar, es necesario un

análisis estadístico de los datos obtenidos para identificar diferencias entre los grupos experimentales. Además, la inclusión de un mayor número de participantes y el seguimiento a largo plazo será la fortaleza de este estudio.

Agradecimientos

Estudio financiado por la Universitat Internacional de Catalunya, Cátedra Hestia en Atención Integrada Social y Sanitaria.

Colaboradores proyecto que desempeñan su actividad en la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina: Sergio de Ángel Larrinaga (enfermero), María de la Calle Mustianes (médico especialista en medicina familiar y comunitaria), María Teresa Corrochano Pineño (enfermera), Manuela Cerro Arnaiz (médico especialista en medicina familiar y comunitaria), Eva Marta Díaz Santamaría (enfermera), María de los Ángeles Alonso Padilla (enfermera), Inmaculada García Cuadrado (enfermera), Maria Toledo Suarez (médico especialista en medicina familiar y comunitaria), Abel Zaragoza Benítez (MIR Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria).

Bibliografía

1. *Organización Mundial de la Salud. Caídas. FactSheet no 344. [Internet]. OMS. 2012. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/*
2. *World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. World Health Organization; 2007*
3. *Silva ZA, Gómez A. Morbilidad, factores de riesgo y consecuencias de las caídas en ancianos. Fisioterapia. 2008 30(3):142-51.*
4. *Parachute. The Cost of Injury in Canada. Parachute: Toronto, ON. 2015. Recuperado en http://www.parachutecanada.org/downloads/research/cost%20of%20injury-2015*
5. *Stevens JA, Burns ER. A CDC Compendium of Effective Fall Interventions: What Works for Community Dwelling Older Adults. 3 ed. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2015. 216 p. [Revisado 6 de marzo, 2020]. Disponible en: https://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/pdf/falls/CDC_Falls_Compendium-2015-a.pdf#nameddest=intro*
6. *Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de promoción de la Salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud. 2014. Madrid.*
7. *College of Occupational Therapists. Occupatonal therapy in the prevention and Managementof falls in adults. 2015. Disponible en: http://www.rcot.co.uk/file/549/download?token=MLwQJBBm*
8. *Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2012 (9): CD007146.*
9. *Hopewell S, Adedire O, Copsey BJ, Boniface GJ, Sherrington C, Clemson L, et al. Multifactorial and multiple component interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev. 2018 (7):CD012221.*
10. *Kyrdalen IL, Moen K, Roysland AS, Helbostad JL. The Otago Exercise Programperformed as group training versus home training in fall-prone older people: a randomized controlled Trial. Physio Res Int. 2014 19:108–116.*
11. *Izquierdo M. Prescripción de ejercicio físico. El programa Vivifrail como modelo [Multicomponent physical exercise program: Vivifrail]. Nutr Hosp. 2019 Jul 1;36(Spec No2):50-56. Spanish.*
12. *Izquierdo, M., Casas-Herrero, A., Zambm-Ferraresi, F., Martínez-Velilla, N., Alonso-Bouzón, C., Rodríguez-Mañas, L. A Practical Guide for Prescribing a Multi-Component Physical Training Program to prevent weakness and falls in People over 70. 2017 http://www.vivifrail.com/resources/send/3-documents/21-guide.*
13. *Prevención de caídas y disminución de lesiones derivadas de las caídas (Revisada en 2017). Guía de buenas prácticas en Enfermería. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. [Citado 21 de febrero de 2022]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0021_Prevencion_Caidas_2017.pdf*
14. *Tison GH, Avram R, Kuhar P, Abreau S, Marcus GM, Pletcher MJ, Olgin JE. Worldwide Effect of COVID-19 on Physical Activity: A Descriptive Study. Ann Intern Med. 2020 Nov 3;173(9):767-770.*

15. *Woods JA, Hutchinson NT, Powers SK, Roberts WO, Gomez-Cabrera MC, Radak Z, Berkes I, Boros A, Boldogh I, Leeuwenburgh C, Coelho-Júnior HJ, Marzetti E, Cheng Y, Liu J, Durstine JL, Sun J, Ji LL. The COVID-19 pandemic and physical activity. Sports Med Health Sci. 2020 Jun;2(2):55-64.*
16. *Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira DV, Rodríguez-Mañas L. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. J Nutr Health Aging. 2020;24(9):938-947.*
17. *Mancilla, E., Ramos, S., & Morales, P. (2016). Fuerza de prensión manual según edad, género y condición funcional en adultos mayores chilenos entre 60 y 91 años. Revista médica de Chile. 2016, 144(5), 598-603.*
18. *McGrath R, Clark BC, Cesari M, Johnson C, Jurivich DA. Handgrip strength asymmetry is associated with future falls in older Americans. Aging Clin Exp Res. 2021 Sep;33(9):2461-2469.*

SALUX
REVISTA DE CIENCIA Y HUMANIDADES

www.revistasalux.com

Un espacio para compartir conocimiento y experiencia entre profesionales

Casos Clínicos

A PROPÓSITO DE UN CASO: CUANDO LA SALUD ESTÁ EN JUEGO: ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y APUESTAS DEPORTIVAS

María Isabel Bueno Soriano, Marko Estrada Cabañas, María Lerma Verdejo, María Sánchez Noguera, Yolanda Mayoral Gontán

Servicio de psiquiatría. Hospital Nuestra Señora del Prado - Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM)

Autor de correspondencia: María Isabel Bueno Soriano. FEA Psicología Clínica. Servicio de Psiquiatría. Hospital General Ntra. Sra. del Prado - Gerencia de Área Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM). Carretera de Madrid Km 114, 45600. Talavera de la Reina (Toledo), España. Email: mbsoriano@sescam.jccm.es

RESUMEN

Introducción: El juego patológico consiste en un trastorno adictivo que puede generar una gran interferencia en la vida cotidiana de la persona. Se caracteriza por una preocupación excesiva alrededor de la conducta de juego con la necesidad de apostar grandes cantidades de dinero.
Descripción del caso: En este trabajo se describe la conceptualización de un caso clínico característico de la Unidad de Conductas Adictivas. Se trata de un varón de 35 años que acude por juego patológico y malestar emocional reactivo al diagnóstico de enfermedad desmielinizante tipo Esclerosis múltiple.
Discusión: Se realiza una evaluación psicológica en la que se obtienen resultados que sitúan al sujeto como probable jugador patológico. Tras el diagnóstico diferencial pertinente, predominan síntomas depresivos, ideación paranoide y obsesión-compulsión.
Conclusión: Numerosos estudios relacionan la aparición y el mantenimiento de la conducta de juego con eventos vitales estresantes y emociones negativas.

PALABRAS CLAVE: *Juego patológico, esclerosis múltiple, evitación emocional, evaluación psicológica.*

ABSTRACT

Introduction: Pathological gambling consists in an addictive disorder that can cause an immense impairment in a person's daily life. It is characterized by an excessive worry about the gambling behaviour with the need to gamble higher ammounts of money.
Case description: In this article, the conceptualization of a clinical case of the Addictive Behaviour Unit is described: a 35-year-old male patient with a gambling disorder and emotional distress caused by his diagnosis of a demyelinating illness, multiple sclerosis.
Discussion: Results derived from the psychological assesment indicate that the subject might be likely suffering from a gambling disorder. After the applicable differential diagnosis was conducted, there still remain depressive symptoms, paranoid ideation and obsessive-compulsiveness.
Conclusion: Our studies link the beginning and the maintenance of the gambling behaviour with stressful life events and negative emotions.

KEY WORDS: *Pathological gambling, Multiple Sclerosis, Emotional Avoidance, Clinical Assessment.*

Introducción

El juego patológico constituye un importante problema de salud pública en España y en otros países desarrollados. Respecto a las modalidades de juego, podemos definir una apuesta deportiva online como aquella actividad que se realiza a través de internet en la que se arriesga una suma de dinero en relación a los resultados de una competición, sobre la que se establece un pronóstico e interviene el mecanismo del azar (1).

En la actualidad, la adicción al juego sucede cada vez a edades más tempranas con una tendencia de incidencia al alza debido al desarrollo de las nuevas tecnologías y al marketing social, que se sitúan como factores de riesgo al incrementar la accesibilidad en aquellos sujetos más vulnerables.

La literatura científica actual (2), coincide en señalar que los estados emocionales negativos pueden desempeñar un papel importante en el inicio y el mantenimiento de la conducta de juego (3).

Presentación del caso

En este trabajo se expone la conceptualización de un caso clínico característico de un dispositivo asistencial público de carácter ambulatorio para el tratamiento multidisciplinar de adicciones. Nos referimos al caso de un varón de 35 años sin antecedentes psiquiátricos previos que acude a la unidad de conductas adictivas (UCA, Servicio de Psiquiatría, GAI Talavera de la Reina) derivado desde su centro de salud por juego patológico en la modalidad de apuestas deportivas online. El inicio del problema se produce de manera simultánea al diagnóstico en el paciente de enfermedad desmielinizante tipo Esclerosis Múltiple (en adelante, EM).

En la exploración se lleva a cabo una evaluación inicial caracterizada por una entrevista clínica teniendo en cuenta los criterios diagnósticos DSM 5 (4) y se administran de manera complementaria las siguientes pruebas psicométricas: Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS) (5) y la versión española del Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) (6).

Respecto a los instrumentos seleccionados: El SOGS consiste en un cuestionario autoaplicado que consta de 20 ítems cuyos núcleos temáticos se relacionan con la conducta de juego, las diferentes fuentes de obtención de dinero y las respuestas emocionales asociadas. El punto de corte propuesto se sitúa en 5 sobre un máximo de 19 puntos. En cuanto a la SCL-90-R, consiste en un cuestionario autoaplicado, compuesto por 90 ítems cuyo objetivo es la medición de una amplia gama de síntomas psicológicos y psicopatológicos. Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados, lo que sugieren la presencia de psicopatología en sus diferentes dimensiones sintomáticas.

Tras el análisis detallado del caso, se vislumbra como la conducta de juego se sitúa como un refuerzo negativo, a través de la cual el sujeto escapa del malestar emocional derivado del afrontamiento del impacto psicológico del diagnóstico del proceso de enfermedad crónica y neurodegenerativa como la EM, así como de una afectación del estado de ánimo asociada a la presencia de alteraciones somáticas y de rendimiento que alteran la vida diaria del paciente.

Discusión

Respecto a los resultados obtenidos por el sujeto evaluado, se obtienen puntuaciones elevadas en la escala SOGS que sitúan al sujeto como probable jugador patológico (SOGS = 13). El paciente presenta un patrón de juego de fines de semana en la modalidad de apuestas deportivas online (competición de fútbol nacional e internacional), con una cantidad de dinero invertida superior a 30.000€. Entre las consecuencias derivadas de la conducta de juego, destacan el deterioro de las relaciones respecto al grupo primario de apoyo. En la SCL-90- R destacan puntuaciones elevadas en síntomas depresivos, ideación paranoide y obsesión-compulsión.

Respecto al análisis funcional del caso, se detecta una necesidad de ventilación emocional en el paciente que moviliza al entorno familiar a través de la atención negativa que se establece cuando aparecen los episodios de juego en los que el sujeto miente para ocultar su grado de implicación. Se conceptualiza la conducta de juego como una manera disfuncional de pedir ayuda.

En cuanto al diagnóstico diferencial, se realiza un control de tóxicos en orina resultando negativo a las principales sustancias adictivas. Se excluyen a su vez otras categorías diagnósticas de la esfera afectiva tales como Trastorno bipolar. Finalmente, se realizan los siguientes diagnósticos: Trastorno no relacionado con sustancia y trastorno de adaptación.

Conclusiones

El juego en su carácter patológico puede originar una interferencia significativa en el funcionamiento cotidiano de la persona y perjudicar su salud en gran medida. Cuando el juego se utiliza como una estrate-

gia de afrontamiento de evitación emocional, resulta más probable que el problema se mantenga en el tiempo, y con ello, el sufrimiento psíquico en la persona afectada y sus allegados (7).

A propósito del caso clínico, se pone de manifiesto la necesidad de realizar una evaluación clínica exhaustiva que garantice una intervención psicológica especializada basada en la evidencia científica para disminuir el malestar emocional asociado a la conducta de juego y sus comorbilidades asociadas (8).

Se subraya la relevancia de consolidar líneas de investigación destinadas al tratamiento de la adicción al juego, así como al estudio y análisis de los factores de riesgo de las nuevas modalidades de adicción al juego en el ámbito de la prevención.

Bibliografía

1. *Real Decreto- ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego [Internet]. Madrid: BOE; 2011 [Actualizado 10 jul 2021; citado 9 En 2022]; Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2011/05/28/pdfs/BOE-A-2011-9280.pdf*
2. *Becoña E, Labrador F.J. El juego patológico: avances en la clínica y el tratamiento. Madrid: Editorial Pirámide; 2010.*
3. *Fernández-Alba A. y Labrador F.J. Juego patológico. Madrid: Editorial Síntesis; 2002.*
4. *American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM 5. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2013.*
5. *Echeburúa E, Báez C, Fernández J, y Páez D. Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): Validación española. [South Oaks Gambling Screen (SOGS): Spanish validation]. Anál. Modif. Conduct [Internet]. 1994 [citado 9 En 2022]; 20 (74): 769–791. Disponible en: https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7075624.pdf*
6. *Derogatis L.R. SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas revisado. Manual. Madrid: Tea Ediciones; 2002.*
7. *Sánchez- López M.P, Olivares- Perez T, Nieto- Barco A, y Hernández- Pérdez MA, Barroso- Ribal J. Esclerosis múltiple y depresión. Rev Neurol [Internet]. 2004 [citado 9 En 2022]; 38 (6): 524-529. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/AntonietaNieto/publication/8645937_Multiple_sclerosis_and_depression/links/0c960536e10682606d000000/Multiple-sclerosis-and-depression.pdf*
8. *Echeburúa E, Salaberría K, Cruz- Sáez M. Nuevos Retos en el Tratamiento del Juego Patológico. Ter. Psicol.[Internet]. 2014 [citado 9 En 2022]; 32 (1): 31-40. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/785/78530014003.pdf*

SALUX
REVISTA DE CIENCIA Y HUMANIDADES
www.revistasalux.com
Un espacio para compartir conocimiento y experiencia entre profesionales

A PROPÓSITO DE UN CASO: EVALUACIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN DIABETES TIPO I

María Isabel Bueno Soriano, Marko Estrada Cabañas, María Lerma Verdejo, María Sánchez Noguera, Carlos Castor Moreno Rubio

Servicio de psiquiatría. Hospital General Nuestra Señora del Prado - Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM)

Autor de correspondencia: María Isabel Bueno Soriano. FEA Psicología Clínica. Servicio de Psiquiatría. Hospital General Ntra. Sra. del Prado - Gerencia de Área Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM). Carretera de Madrid Km 114, 45600. Talavera de la Reina (Toledo), España. Email: mbsoriano@sescam.jccm.es

RESUMEN

Introducción: Los datos actuales en España señalan un preocupante máximo histórico en el número de suicidios consumados, que podría guardar relación con el deterioro de la salud física y emocional de la población general a consecuencia de la pandemia de la Covid-19, que debido a la situación extraordinaria de emergencia sanitaria pudo alterar a su vez la atención sanitaria provista a otras patologías crónicas relevantes.
Presentación del caso: Se describe el caso de un varón de 50 años que es atendido en consulta externa de psicología clínica de adultos por trastorno adaptativo tras pérdida de visión reactiva a evolución tórpida y agravamiento de Diabetes Mellitus Tipo I.
Discusión: Se realiza una entrevista clínica en la que se exploran los diferentes factores de riesgo de suicidio. De manera complementaria se administra la prueba psicométrica SAD PERSONS. Se estima un nivel de riesgo medio- moderado.
Conclusiones: Se subraya la importancia de la atención clínica especializada para la prevención y el abordaje de la conducta suicida en pacientes con patologías crónicas que alteran significativamente la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: *Suicidio, Evaluación, Pandemia, Psicología clínica, Diabetes tipo I.*

ABSTRACT

Introduction: Current data available in Spain points to a highest-all-time rate of completed suicides which could be related to both physical and emotional health status deterioration stemming from the COVID-19 pandemy. Due to the extraordinary sanitary emergency the healthcare provided to other relevant chronic pathologies might have been altered.
Case presentation: A case is described wherein a 50-year-old male patient is atended to in a psychological clinic outpatient service for an adjustment disorder after suffering a reactive vision loss and an aggravation of his Type I Diabetes Mellitus.
Discussion: A clinical interview was conducted to explore different suicide risk factors. In a complementary manner, SAD PERSONS scale was administered. It was estimated a medium risk level.
Conclusions: We highlight the importance of the specialized clinical care and the approach to suicidal behavior in patients with chronic pathologies that significantly alter their quality of life.

KEY WORDS: *Suicide, Assessment, Pandemy, Clinical Psychology, Type I Diabetes Mellitus.*

Introducción

El suicidio continúa siendo la primera causa de muerte no natural en España. Las cifras actuales publicadas por el Observatorio del Suicidio en España arrojan un preocupante máximo histórico de suicidios consumados. En Castilla- La Mancha, 180 personas fallecieron por suicidio en 2020 (INE, 2021) (1). Las investigaciones más recientes señalan que el deterioro de la salud física y emocional de la población general derivados de la pandemia de la Covid-19 podría guardar relación con los datos obtenidos (2).

La crisis sanitaria vivida durante la pandemia de la Covid-19 supuso un reto para la capacidad asistencial del sistema sanitario público (3). Una parte de la respuesta sanitaria estuvo destinada a mantener la provisión de cuidados de otras patologías crónicas relevantes.

La presencia de una patología crónica como puede ser la Diabetes Mellitus tipo 1 puede suponer un estresor importante que altere significativamente la calidad de vida del paciente, en especial, en aquellos casos en los que se pone de manifiesto la inestabilidad y la presencia de complicaciones orgánicas severas tales como cetoacidosis diabética, retinopatía, nefropatía, amputaciones, entre otras (4). Por otro lado, aquellos estudios que analizan la relación entre la Diabetes Mellitus tipo 1 y el suicidio señalan un mayor riesgo de suicidio y una mayor probabilidad de presentar un trastorno mental en estos pacientes respecto a la población general, siendo frecuentes los trastornos depresivos, que a su vez se asocian con un mayor riesgo de suicidio consumado (5).

Presentación del caso clínico

Nos referimos al caso clínico de un varón de 50 años, cuya situación basal es casado, convive junto a su mujer e hijos menores de edad, y se encuentra en situación de incapacidad laboral temporal de auxiliar administrativo.

El marco de la evaluación e intervención clínica se plantea desde el dispositivo ambulatorio especializado de consulta externa de Adultos (Servicio de Psiquiatría). La primera toma de contacto se produce en abril de 2020, tras ser valorado en consulta externa de psicología clínica derivado desde Atención Primaria por trastorno adaptativo tras pérdida de visión total en ojo derecho y parcial en ojo izquierdo reactiva a evolución tórpida y agravamiento de Diabetes Mellitus Tipo I caracterizada por frecuentes episodios de hipoglucemia.

Se realiza una entrevista clínica en la que se exploran factores de riesgo generales (edad avanzada, sexo masculino, soltero o viudo, ansiedad severa, síntomas depresivos, desesperanza, abuso de tóxicos, historia familiar de suicidio, percepción subjetiva de deterioro de la salud, antecedentes de intentos autolíticos, acceso a medios letales), y específicos (pronóstico grave, diagnóstico reciente, dolor no controlado, limitación funcional, mala adherencia y efectos secundarios de la medicación, etc.) respecto a la conducta suicida. También se exploran factores de protección tales cómo apoyo social, creencias religiosas y espiritualidad, locus de control interno, recursos personales de afrontamiento, hijos menores, planes de futuro, etc. Se administra la escala psicométrica SAD PERSONS (6) para estimar el riesgo de suicidio obteniendo una puntuación de 5 equivalente a riesgo medio.

Discusión

Es importante realizar una primera valoración del riesgo suicida actual, que permita tomar la decisión más adecuada respecto a la elección de un plan terapéutico individualizado basado en la evidencia científica y adaptado a las necesidades de la persona (7).

El paciente presentaba un riesgo moderado de suicidio, tratándose de un varón de 50 años, con un cuadro psiquiátrico de base, es decir, se cumplían criterios clínicos de episodio depresivo mayor (F.32, según CIE-10), alto nivel de desesperanza y tendencia al aislamiento. La inyección subcutánea de insulina era supervisada por un familiar (factor protector). Pese a que existía un propósito suicida claro y se había considerado un método específico, el paciente realizaba crítica de sus ideas autolíticas, apareciendo de manera simultánea preocupaciones sobre el bienestar de su familia que impedían el pasaje al acto. Finalmente, el paciente aceptó acudir a tratamiento ambulatorio y el compromiso de "no suicidio".

Conclusiones

La conducta suicida se trata de un fenómeno complejo, multicausal, y en su aparición se ven implicados factores de origen biológico, cultural, psicológico y relacional.

El diseño de las intervenciones clínicas efectivas pasa por ser capaces de identificar aquellos factores de riesgo de la conducta suicida relacionados con el malestar físico y psíquico del paciente, así como identificar aquellos factores protectores que puedan contribuir a la prevención del suicidio.

La atención sanitaria multidisciplinar a pacientes crónicos supone un reto para la salud pública en el contexto de la Pandemia por la covid-19.

Bibliografía

1. *Instituto Nacional de Estadística: Estadísticas de Defunción por Causa de Muerte 2019. [Internet]. Madrid: INE; 2021. [citado 6 En 2022]. Disponible en: http://www.ine.es*
2. *Hernández J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. Medicentro Electrónica [Internet]. 2020 [citado 6 En 2022]; 24(3): 578-594. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.02.009*
3. *Inchausti F, García-Poveda N. V, Prado-Abril J. y Sánchez-Reales S. La Psicología Clínica ante la Pandemia COVID-19 en España. Clínica y Salud [Internet]. 2020 [citado 6 En 2022]; 31(2): 105 - 107. Disponible en: https://doi.org/10.5093/clysa2020a11*
4. *Egede LE, Ellis C. Diabetes and depression: global perspectives. Diabetes Res Clin Pract [Internet]. 2010 [citado 6 En 2022]; 87(3):302-312. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.diabres.2010.01.024*
5. *Pompili M, Forte A, Lester D, Erbuto D, Rovedi F, Innamorati M. Suicide risk in type 1 Diabetes Mellitus: A Systematic Review. J Psychosom Res [Internet]. 2014 [citado 6 En 2022]; 76 (5): 352–360. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.02.009*
6. *Warden S, Spiwak R, Sareen J, Bolton JM. The SAD PERSONS scale for suicide risk assessment: a systematic review. Arch Suicide Res [Internet]. 2014 [citado 6 En 2022];18(4):313-26. Disponible en: https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824829*
7. *Ansean A. Manual de Prevención, Intervención y Postvención de la Conducta Suicida. 2ª ed. Madrid: Fundación Salud Mental España; 2014.*

SALUX
REVISTA DE CIENCIA Y HUMANIDADES

www.revistasalux.com

Un espacio para compartir conocimiento y experiencia entre profesionales

Artículo Especial

¿EN QUÉ ME PUEDE AYUDAR MI COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL?

Ángel García Millán[1], José Félix García Sastre[2]

[1]Servicio de Recursos Humanos. Comité de Ética Asistencial. Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM).
[2]Centro de Salud "Los Navalmorales". Comité de Ética Asistencial. Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM).

Autor de correspondencia: Ángel García Millán. Jefe de Sección. Servicio de Recursos Humanos. Comité de Ética Asistencial. Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina (SESCAM). Carretera de Madrid Km 114, 45600. Talavera de la Reina (Toledo), España. Email: agmillan@sescam.jccm.es

RESUMEN

La práctica de la asistencia sanitaria es compleja, no solo en sus aspectos técnicos, sino por la presencia de los valores y creencias de los pacientes, usuarios y familiares, así como de los propios profesionales. La diversidad de ellos, en un entorno multicultural, motiva la aparición de dudas sobre cómo proceder ante la confrontación de esos valores, legítimos, pero potencialmente problemáticos.

Muy a menudo, los problemas no se dan por los conflictos entre valores, sino por la incapacidad de quienes intervienen en reconocer qué valores están presentes entre quienes intervienen en el proceso asistencial.

Los Comités de Ética Asistencial son órganos multidisciplinares y con plena independencia funcional en su calidad de órgano consultor y, por tanto, de apoyo para quienes han de tomar decisiones con implicaciones éticas en la asistencia sanitaria. En definitiva, trata de responder a la pregunta "¿Qué decisión debo adoptar y cómo debo actuar?".

PALABRAS CLAVE: *Comité de ética asistencial, conflictos éticos, valores, autonomía.*

ABSTRACT

The practice of health care is complex, not only in its technical aspects, but also because of the values and beliefs of patients, users and family members, as well as of the professionals themselves. Their diversity, in a multicultural environment, motivates the appearance of doubts about how to proceed in the face of the comparison of these values, legitimate, but potentially problematic.

Problems often do not arise from conflicts between values, but from the inability of those involved to recognize what values are present among those involved in the care process.

The Healthcare Ethics Committees are multidisciplinary and independent in their capacity as consulting bodies and, therefore, support those who have to make decisions with ethical implications in healthcare. In short, it tries to answer the question "What decision should I make and how should I act?

KEY WORDS: *Healthcare ethics committee, ethical conflicts, values, autonomy.*

Introducción

El título del presente artículo ha sido elegido con la intención de despertar el interés de los profesionales sanitarios pues pensamos que todavía gran parte desconocen qué son verdaderamente los Comités de Ética Asistencial (CEA) y cuál es su propósito.

Lo cierto es que los CEA cuentan con una larga historia. Su origen generalmente (1) se sitúa en 1960, cuando el Dr. Beldign Scribner se enfrentó al problema de la insuficiencia de equipos de hemodiálisis para hacerlos extensivos a todos los pacientes que podrían beneficiarse de una mejor asistencia. Para abordar el problema ético derivado de tener que incluir a unos pacientes y excluir a otros, se constituyó un comité integrado por profesionales sanitarios y representantes de la comunidad con la finalidad de analizar cada caso y establecer criterios no sólo clínicos, sino otros de índole ética para acoger o excluir a los pacientes (2) También merecen ser destacados los comités que se pusieron en funcionamiento para establecer los criterios de muerte cerebral, siendo el primero de ellos el denominado «Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School» en 1968.

En el caso de Karen Ann Quinlan, una joven en situación de coma prolongado que fue intubada y conectada a un respirador, sus tutores solicitaron en 1976 la desconexión de la ventilación asistida. El equipo médico se negó a atender esta petición, lo que dio lugar a un proceso judicial. La sentencia que se dictó no sólo admitió la pretensión de los padres, sino que recomendó la creación de comités de ética en los hospitales ya que, según el tribunal, este tipo de problemas debían resolverse en el ámbito clínico y no en el judicial, pues no se trataba sólo de confirmar el pronóstico de irreversibilidad respecto a la vida cognitiva de Karen, sino que estaban implicadas otras cuestiones de visible índole ética tales como hasta dónde habrían de prolongarse los tratamientos, la decisión de un tercero ante la falta de capacidad del paciente o la eutanasia. La importancia que esta pionera sentencia otorgó al papel del CEA supuso un notable impulso para su expansión.

En España los CEA comenzaron su andadura más tarde. En 1974 se constituyó el que se considera el primero (inicialmente denominado Comité de Orientación Familiar y Terapéutica) en el Hospital San Juan de Dios de Barcelona. El tímido avance se vio impulsado en el año 1995, cuando el INSALUD reguló la constitución de los CEA, pensando sobre todo en los hospitales (3). Sin embargo, a última hora se introdujeron los requisitos para que el CEA de un hospital, después de 3 años de funcionamiento tras su acreditación, pudiera ampliar su ámbito al conjunto del área sanitaria y, por tanto, a la atención primaria, con la incorporación de 2 o 3 profesionales de los centros de salud (4). Previamente se habían adelantado algunas Comunidades Autónomas como Cataluña y País Vasco (5). A día de hoy, los CEA se encuentran implantados en nuestras instituciones sanitarias. Aun así, no contamos con una norma emanada del Estado que los regule, siendo una materia que ha quedado bajo las competencias de las comunidades autónomas, las cuales han ido aprobando a lo largo de estos años (6) normas concernientes a los CEA.

El propósito de los CEA

Los CEA adoptan la forma de órganos de carácter colegiado o de comisiones que gozan de independencia funcional, esto es, con libertad en la elaboración de sus propuestas e informes y con una composición multidisciplinar. Es un órgano consultor para la toma de decisiones con implicaciones éticas que, además, puede proponer y elaborar protocolos de actuación y formar y educar en materias de bioética no sólo a sus propios miembros, sino al resto de profesionales de la institución en la que se encuentra adscrito. Así pues, atiente no sólo a determinadas esferas de interés en el ámbito asistencial, sino que trata de responder por igual a la pregunta "¿Qué decisión debo adoptar y cómo debo actuar?".

Los abrumantes avances científicos de la medicina a partir del siglo XX abrieron nuevos focos de debate y despertaron la conciencia sobre la necesidad de proteger la dignidad de las personas. Debate y reflexión que todavía siguen presentes, por citar algunos ejemplos, en materias como qué límites han de señalarse ante nuevos campos como la manipulación genética, el trasplante de órganos, la adecuación del esfuerzo terapéutico, … o la reciente aplicación de la eutanasia. La cada vez mayor especialización de la asistencia sanitaria no debe conducir al descuido de la dimensión emotiva (7), a la pérdida de los rasgos personales del paciente y su cosificación.

La complejidad de los problemas en la aplicación de la medicina no se limita a aspectos científicos. El reconocimiento de principios como el de autonomía, vinculado a la libertad y a la dignidad de las personas, el respeto a los derechos humanos y la pluralidad moral abren interrogantes sobre cómo afrontar determinados problemas. Los actos morales en este contexto presentan muchas facetas: el acto clínico mismo, la voluntad de quienes intervienen, los motivos, el fin perseguido, las creencias, valores, las consecuencias,... es decir, los actos morales presentan

muchas caras, múltiples componentes que han de ser analizados para hacer un buen juicio moral (8).

En este punto los CEA tienen mucho que aportar, no en vano su propósito es "velar por la defensa de la dignidad de las personas y por la asistencia óptima de los pacientes, intentando mejorar sus cuidados" (9), protegiendo los derechos de todos y cada uno de los implicados en la relación clínica (profesionales sanitarios, familiares, allegados o institución).

La multidisciplinaridad de componentes de los CEA

Las cuestiones de carácter ético son muy a menudo decisiones complejas y surgen todos los días en el ámbito asistencial. Así, a mayor complejidad, más aconsejable puede ser acudir al asesoramiento del CEA.

Existe una máxima según la cual el resultado alcanzado por el trabajo de varias personas es superior a la simple suma de las aportaciones de cada una de ellas (10) pues pueden superarse limitaciones que podemos encontrarnos como individuos que observan el mundo desde una perspectiva personal.

Por otra parte, la cada vez mayor especialización de la medicina conlleva una mayor dispersión del conocimiento o, dicho de otra forma, se abordan los problemas desde un enfoque más centrado en la rama o especialidad y no se tienen en cuenta otros aspectos sociales, morales o jurídicos relevantes en la asistencia al paciente. Esto hace más patente la necesidad de que en el tratamiento médico no impere la atención únicamente en el cuerpo humano y en la taxonomía de la enfermedad, sino que se atienda al individuo como una unidad psicosomática, en la que cuerpo y alma forman una totalidad.

La participación del CEA, formado por profesionales provenientes de diferentes disciplinas y sectores (médicos y enfermeras de diferentes especialidades, trabajadores sociales, al menos un jurista con formación en legislación sanitaria, …) con conocimientos en bioética, aporta una mayor variabilidad de opiniones y conocimientos que se complementan, ofreciendo una visión más amplia que tiene presente un mayor número de valores y, por tanto, más propicia para plantear diferentes cursos de acción argumentados y razonados coherentemente.
Conviene tener presente que los miembros del CEA lo son a título personal y no en razón de su cargo, pudiendo cada uno opinar y hacer aportaciones en base a su experiencia, conocimientos, valores, de forma personal, siendo la única condición exigible que trate de fundamentarlas racionalmente.

Cómo trabaja el CEA: La deliberación y la figura del consultor

Afirma Diego Gracia que "no es evidente que los problemas morales que puedan surgir en el devenir de la asistencia sanitaria tengan siempre una solución, y que, de tenerla, esa solución sea una y la misma para todos" (11). Por tal motivo se hace preciso trabajar con un método.

El CEA trabaja bajo un proceso deliberativo que persigue razonar de forma correcta y ordenada, haciendo compatible nuestra inteligencia científica con nuestra inteligencia emocional, para que nos indique el mejor camino a seguir y facilitar con ello la toma de decisiones frente a un conflicto ético en el marco de la práctica clínica (12). El papel del CEA es el de confrontar el mundo de los hechos con los valores presentes en los problemas surgidos en la práctica asistencial entre sanitarios, familiares, pacientes e institución, tratando de recoger visiones y alternativas que una vez argumentadas y razonadas, aporten soluciones posibles.

No se habla, por tanto, de dilema, entendido como situación en la que es necesario elegir entre dos opciones igualmente buenas o malas. Plantear una posible solución bajo este prisma sería reduccionista e implicaría dejar fuera algunos de los valores en conflicto, dando la espalda a una realidad más compleja que, como se decía al principio de este apartado, puede admitir muchas más opciones que dos. El CEA trata de recoger diferentes visiones a través de un diálogo posibilista, permeable a las visiones diferentes de los implicados en el conflicto, a sus valores y creencias para, desde la reflexión, fundamentar cuáles son los mejores cursos de acción o alternativas para dar solución a los conflictos éticos del caso clínico. Para ello, como es obvio, se cuenta con la información clínica precisa del caso, así como con la información proporcionada por quienes intervienen, ya sean los profesionales sanitarios, los pacientes o, en su caso, los allegados. En habitual que, ante una consulta, por cuestiones de operatividad, uno o varios miembros del CEA, tratan de contactar con las personas implicadas para ampliar información que posteriormente es tratada por el resto de sus componentes. En todo caso, el CEA mantiene la debida reserva y garantía de la confidencialidad de la información, no accediendo a aquélla que no sea relevante para la consulta.

El resultado del proceso deliberativo se suele plasmar en un informe o dictamen que no tiene carácter vinculante, una guía u orientación para el profesional o para el consultante quien, no obstante, mantiene siempre intacta su autonomía a la hora de actuar.

La deliberación del caso planteado puede llevarse a cabo en reuniones presenciales, pero cuando las circunstancias así lo requieren, en el caso del CEA del Área de Salud de Talavera de la Reina, se acude al uso de las nuevas tecnologías (correo electrónico, videoconferencia,…). Por otra parte, el CEA también se enfrenta a la urgencia de lo concreto, de lo cotidiano, y de él se espera fundamentación y rigor en la búsqueda de soluciones equilibradas y acertadas, que choca de plano con esa urgencia (13). Como solución para hacerse más accesible a los profesionales algunos comités designan a uno o más de sus miembros como consultores individuales, o bien analizan los casos en subcomités de dos o tres miembros, se gana así rapidez y una mayor accesibilidad a los sanitarios (14,15).

En el devenir de las actuaciones del CEA del Área de Salud de Talavera de la Reina, cuando se ha precisado, se ha respondido con urgencia, en intervalos menores a 24 horas, o entre 24 y 48 horas. Esa rapidez no ha impedido contar con diferentes aportaciones ni la formulación de alternativas.

En cualquier caso, la figura del consultor o consultores no abarca la totalidad de los ámbitos de actuación del CEA, limitándose al asesoramiento de profesionales, usuarios o institución sobre situaciones concretas, pues otras funciones como las labores de elaboración de protocolos, propuestas de pautas de actuación en materias éticas, así como las funciones de formación y educación son atendidas por el conjunto de los miembros del CEA.

Algunas reflexiones sobre las funciones del CEA

No deben confundirse las funciones apuntadas al comienzo de asesoramiento, elaboración de protocolos y formación, con el fin del CEA. Estas funciones son los medios para conseguir el propósito de velar por la dignidad de las personas que intervienen en la relación asistencial.

Como ya se ha apuntado, el papel del CEA se limita a la consulta y asesoramiento, pero también es cierto que habitualmente en sus informes se señalan referencias jurídicas o deontológicas que sí son de obligado cumplimiento. Ello lleva a preguntarse si cabría actuar en contra de las recomendaciones de un CEA. La respuesta es que sí sería posible, siempre y cuando existan argumentos o razones que justifiquen el apartamiento de sus recomendaciones, sin menoscabo del contenido legal y deontológico de obligado cumplimiento.

En cuanto a la elaboración de guías y protocolos, aparece como una función que puede ser solicitada por la dirección de la institución o por los propios profesionales pero que, a su vez, puede realizarse a iniciativa del CEA dentro de su labor de velar por la mejor asistencia sanitaria. Su visión es esencial para corregir el todavía el erróneo planteamiento de realizar documentos más dirigidos a una medicina defensiva que a una correcta práctica del acto clínico, tal y como ha venido sucediendo con los consentimientos informados. Igualmente, ante el conocimiento de determinadas situaciones, el CEA pueda adoptar la iniciativa de proponer la mejora de protocolos o procedimientos.

La labor de formación ha de plantearse en las dos vertientes: para los profesionales y para los miembros del propio Comité. Su planificación puede adoptar diversas formas, siendo útil la que se proporciona en pequeñas "píldoras" para no saturar al profesional de una materia que inicialmente es sentida como adusta, tratando temas puntuales de mayor interés o presencia en la práctica, así como para facilitar la disponibilidad y dedicación.

Un ejemplo práctico

Supongamos un caso clínico ficticio, formulado a partir de situaciones ya surgidas y que pueden repetirse.

Varón de 90 años, con Cáncer en Colon derecho desde hace 20 años, operado, asintomático desde entonces. Obesidad, exfumador, infecciones respiratorias frecuentes con hiperreactividad bronquial que han obligado a 2 ingresos en los 3 últimos años. Viudo desde hace 2 años, trastorno reactivo del ánimo desde entonces, precisa de ayuda a domicilio pues ha quemado en 2 ocasiones la cocina. Creyente, con un hijo religioso y 2 hijas, una de ellas con 6 hijos.

Consulta por cansancio, se le ve pálido. En la Analítica se detecta Hb de 9.7 gr/dL. Se solicita SOH que resulta positiva. Se solicita Colonoscopia, que el paciente rechaza.

A la semana llama una de las hijas exigiendo la colonoscopia, argumentando que su padre no es competente para tomar esa decisión por entender que "…está fatal, ha quemado varias veces la cocina…"

Su médico solicita ayuda al Comité de ética asistencial.

Qué hace el CEA: Recaba en primer lugar la información descriptiva de los hechos. Si no es imprescindible, no se requieren datos identificativos. Lo relevante en este momento es tener información de las circunstancias del acto clínico.

En el proceso de recogida de información – en función de la mayor o menor complejidad de la situación planteada - se ha de mantener contacto con quien consulta y, si se estima oportuno, con las personas implicadas, para poder detectar cuáles son los valores y creencias implicados en el problema ético, así como los posibles conflictos entre ellos. Es esencial evitar "rigideces" a la hora de reflexionar sobre el problema.

Se debaten y abordan a su vez los deberes que surgen de esos valores, o posibles cursos de acción. No son dilemas en los que hay que decidir, de manera excluyente, una u otra opción. Es una deliberación en la que se busca, entre las posibles alternativas o cursos de acción, la más respetuosa (en cuanto que tiene en cuenta a todas las partes y presente los valores implicados) y prudente (en cuanto a que la decisión o decisiones que se tomen sean factibles, realistas y puedan perdurar en el tiempo).

Volviendo al caso.

Hechos:

- Paciente anciano con probable Cáncer de Colon recidivado que no quiere someterse a estudios.
- Hija que declara que su padre no es competente para tomar esa decisión.

Valores:

- Autonomía del paciente para decidir qué es lo mejor para él, qué es lo que desea.
- Salud y calidad de vida del paciente.
- La preocupación de la hija motivada por el afecto y cariño hacia su padre.
- Las posibles creencias de su hija acerca de que siempre se debe hacer todo lo posible.
- Posible perjuicio para la salud del paciente en caso de asumir una decisión de negativa del paciente para someterse a la intervención, rechazo que quizás no ha sido razonado o debidamente meditado, teniendo en cuenta alternativas y consecuencias, si es que en realidad presenta un deterioro cognitivo (posible hecho).
- No caer en Maleficencia, por posible "encarnizamiento diagnóstico (en principio no lo parece, actualmente, bajo sedación y sin conocer riesgos añadidos, como anticoagulación o lesiones previas que favorezcan la perforación y sangrado, datos que deben constar o no en los hechos) o terapéutico (cirugía, más o menos agresiva, según el objetivo terapéutico o paliativo, la extensión del tumor, etc…que también forma parte de los hechos aun no conocidos).

Posibles:

Es habitual identificar las posibles actuaciones denominadas cursos de acción extremos, en los que se atiende únicamente a la postura de uno de los intervinientes en el conflicto ético. Salvo que una circunstancia debidamente justificada, como pudiera ser una previsión de actuación prescrita por una norma, así lo hiciera preciso, se buscan las soluciones más adecuadas por reunir, tal y como se ha comentado, las cualidades de respetuosa y prudente.

Los cursos de acción extremos en este caso serían:

- La Beneficencia del paciente (desde la perspectiva de qué está indicado desde la clínica), el amor de su hija, nos impulsan a hacer todo lo que sea necesario clínicamente, es decir, la Colonoscopia, el estudio de extensión, la cirugía lo suficientemente agresiva con ánimo curativo y la Quimioterapia coadyuvante que se precise.
- Respetar la Autonomía del paciente, plasmada en su rechazo al tratamiento y evitar el encarnizamiento ya desde el diagnóstico nos llevarían a aceptar la decisión del paciente sin más.

El CEA deliberará, y lo expresará por escrito, indicando los cursos extremos indicados y proponiendo cursos de acción intermedios bajo el prisma del respeto y la prudencia, señalando las razones que sirven de argumento o justificación de los mismos, entre ellas, las que vengan recogidas en el marco legal y deontológico.

Y, en este caso, ¿qué debería hacer el CEA?:

Trabajar más los hechos, que a todas luces son incompletos. Indagar (si es conveniente, contactando con las partes implicadas) y animar a estudiar más el caso, valorando más datos, entre ellos si existen más valores implicados.

Concretando, se propone la realización de un Test Psicométrico, funcional y afectivo. En este caso en concreto, arroja un MMSE de 32, y un Barthel de 80%. En ese trabajo diagnóstico se plantea la Pseudodemencia depresiva como posible causa a tener en cuenta, que explicará el comportamiento alterado que se describió.

También habría que conocer riesgos para la Colonoscopia, para la posible cirugía, como su fragilidad (FRAIL, ECOG…), otras condiciones médicas, tratamientos concomitantes (antiagregantes, anticoagulantes, benzodiazepinas, medicación con carga anticolinérgica).

El CEA se entrevista con el paciente, quien reconoce que desde que murió su mujer no "le merece la pena vivir". No desea ser una carga para sus hijos, da a entender que su proyecto vital está acabado. Además, "lo peor de esas bronquitis que pasé fue lo del hospital, estar allí encerrado, a menudo solo, viendo y oyendo…" En su historia clínica se describen cuadros delirantes y de agitación que obligaron a intervenir al equipo sanitario de planta, con haloperidol y Lorazepam.

Se decide consultar el caso con Psiquiatría y con Neurología, tras la valoración y opinión de su Médico de Familia. También se valoran los recursos sociosanitarios de los que podría disponer, contando con la Asistente Social de su zona de Salud.

Además, su Médico de Familia aporto más datos de la historia y de su tratamiento, como que estaba antiagregado por sospecha de Enfermedad arterial periférica, describió más episodios de desorientación, necesidad de medicación para el insomnio, de mantenimiento…

Conclusión del caso, resultado de la deliberación del CEA:

Este caso –ficticio -, tras investigar más en los hechos se acordó proponer como curso intermedio, solicitar la Colonoscopia, pero no preferente, ordinaria y, en esos 3 meses de espera (que presumimos no ensombrezcan más aun el pronóstico) tratar su Depresión (y por supuesto la anemia) que, quizás, comprometía su competencia, de manera transitoria, a la hora de decidir qué es lo mejor para él. También, se recomienda movilizar los recursos sociosanitarios y se anima a una intervención familiar para que la familia apoye a nuestro paciente en la elaboración de "las voluntades anticipadas" así como en mejorar su contenido del pensamiento respecto la ausencia, o no, de proyecto vital.

El Comité se compromete a un seguimiento y apoyo continuado al Médico solicitante del dictamen, dado que la situación clínica, los hechos, son presumiblemente cambiantes (y con ello, los valores implicados, y las obligaciones y deberes consiguientes).

Conclusiones

La importancia de la presencia de los CEA en las instituciones sanitarias radica en su capacidad para afrontar problemas morales complejos de la asistencia sanitaria desde una perspectiva multidisciplinar, que enriquece el debate y aporta posibles vías de solución, razonadas y prudentes.

Es un instrumento más a disposición de los profesionales sanitarios, de los pacientes y de la propia institución sanitaria, que puede contribuir a solventar situaciones complejas que a diario se dan y que, en más de un caso, se complican por ser afrontadas desde un único prisma clínico o por no considerar los valores en conflicto.

El CEA, actúa dando importancia a la deliberación honesta y abierta de todos los aspectos en lid, considerando además de los hechos clínicos, relevantes sin duda alguna, los aspectos jurídicos, deontológicos y los valores en conflicto. La figura los consultores puede ser complementaria, como puente o enlace entre los profesionales, pacientes y usuarios con el CEA o para la asistencia de cuestiones que precisan de respuestas más ágiles.

Bibliografía

1. *Entre otros, Oger S. "La humanización de la salud y las nuevas tecnologías". Revista Iberoamericana de Bioética, 8 (18) 1-11*
2. *González Moraleja, J. "Comités de ética asistencial" III Diploma Superior en Bioética. Escuela Nacional de Salud-SESCAM. 2010*
3. *Circular del INSALUD de 30 de marzo de 1995 de la Dirección General del Instituto Nacional de Salud de acreditación de Comités Asistenciales de Ética*
4. *Altisent Trota, R y Martín Espíldora, M. N. "Comités de ética en atención Primaria" Atención Primaria (Internet) 2019 (Citado 10/07/2019) 28 (8) 2001: 550-553 Disponible en https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13023841*

5. *Orden de 14 de diciembre de 1993, de acreditación de Comités de Ética Asistencial de la Generalidad de Cataluña y el Decreto 143/1995, de 7 de febrero, de creación a acreditación de comités de Ética Asistencial del Gobierno Vasco respectivamente.*
6. *Mediante Orden SAN/37/2019, de 23 de mayo, se creado y regulado el Comité de Bioética de Cantabria, entre cuyas funciones está la de impulsar la creación de CEA en las instituciones sanitarias de la Comunidad (donde existen ya CEA en funcionamiento desde hace años); y por Decreto 3/2019, de 25 de enero, se ha creado el Comité de Ética Asistencial de las Islas Baleares y los Comités de Ética Asistencial de los hospitales públicos o privados y de las áreas de salud de Menorca, de Ibiza y Formentera y de Atención Primaria de Mallorca.*
7. *Bermejo J. C, Humanizar la asistencia sanitaria. Desclée de Browwer, Bilbao 2014, 18*
8. *Álvarez, JC "Comités de ética asistencial". Portal Mayores. Informe Portal Mayores 18 (2004) 1-18*
9. *Vidal-Bota, J, Sarrias Lorenz, X, Ros Sevilla, F "¿Están siendo útiles los comités éticos?" Cuadernos de Bioética XVII, (2006/3)391-400*
10. *March, J. C., Prieto, M. A. "Un equipo con emoción", en Equipos con emoción. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada 2011 15*
11. *Gracia Guillén, D "La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica", p 21-40*
12. *Montero Delgado, F "Comités de Ética Asistencial: ¿Procedimiento versus actitud?" Ética i Debat. 54 (2008) 10-15*
13. *Escajedo San Epifanio, L "Los Comités de Bioética: ¿quién y cómo debe equilibrar el bien de la ciencia, los derechos humanos y el interés público? (Internet) 2019 (Citado 26/07/2019). Disponible en https://www.institutoroche.es/legalactualidad/76/los_comites_de_bioetica_quien_y_como_debe_equilibrar_el_bien_de_la_ciencia_los_derechos_humanos_y_el_interes_publico*
14. *Dr. Joseph J. Fins: "Los comités éticos, los consultores clínicos y la convivencia". (Internet) 2019. (Citado 27/07/2019) Disponible en http://www.medicosypacientes.com/opinion/dr-joseph-j-fins-los-comites-eticos-los-consultores-clinicos-y-la-convivencia, haciendo referencia al modelo de estructura del New York Weill Cornell Medical Center.*
15. *Herreros B "La consultoría ética, ¿alternativa o complemento a los CEA?" Cuadernos de la Fundación Victor y Grifols (internet) 46 (2017) 53-66 (Citado 22/06/2020). Disponible en https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/38984368/q46/808236c3-e716-4e85-95e3-552a6544265b*

SALUX
REVISTA DE CIENCIA Y HUMANIDADES

www.revistasalux.com

Un espacio para compartir conocimiento y experiencia entre profesionales

Píldora Histórica

LA HISTORIA DEL CONDÓN Y OTRAS FORMAS DE PREVENIR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Isaí Donato Olguín Ramírez

Residente de 2º año. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Castilla-La Mancha-Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).

Autor de correspondencia: Isaí Donato Olguín Ramírez. Residente de 2º año. Unidad Docente de Medicina Preventiva y Salud Pública de Castilla-La Mancha-Talavera de la Reina. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). E-mail: olguinr@sescam.jccm.es

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un grupo de enfermedades que tienen como denominador común su mecanismo de transmisión.

El contacto sexual permite que, a través de la sangre, el semen o fluidos vaginales, los diferentes microorganismos responsables de estas infecciones como bacterias, virus o parásitos pasen de una persona a otra (1).

Las infecciones de transmisión sexual son un problema de salud pública por sus complicaciones, secuelas y magnitud (1). Las ITS tienen efectos directos en la salud sexual y reproductiva a través de la estigmatización, la infertilidad, el cáncer, las complicaciones del embarazo y pueden aumentar el riesgo de contraer el VIH (2).

Se estima que cada día, más de un millón de personas en el mundo contraen una ITS, siendo la mayoría de los casos asintomáticos (2). El número y las tasas de nuevos diagnósticos de ITS como la clamidiasis, la gonorrea o la sífilis han ido en aumento en la UE/EEE desde la década de 1990 (3).

Historia del Condón

La búsqueda de un método ideal de control de la natalidad abarca desde los pesarios de excrementos de cocodrilo y miel utilizados ya en el antiguo Egipto, señalado en el papiro de Faiyun de la XII dinastía, así como también en el papiro de Petri, Ebers, etc. (4).

En cuanto el ser humano descubrió la relación entre el sexo y la concepción de los hijos, así como entre el sexo y la aparición de ciertas enfermedades, comenzó a utilizar secciones más o menos largas de tripas de animales con una de las puntas atadas (5).

En 1200 a.C. La leyenda del rey Minos hace referencia al empleo de pulmones de pescado o vejigas de cabra para retener el semen. En Egipto, al menos desde 1000 a. C. se utilizaban fundas de tela sobre el pene. En el museo del Cairo hay un preservativo que tiene 3000 años de antigüedad, pero se desconoce si era usado para el acto sexual. Encontrado en la tumba de Tutankamon (1358-1339 a.C.) (5).

En la cultura Oriental los primeros sucedáneos del condón fueron el papel de arroz o papel encerado, usados como protección para evitar infecciones o embarazos no deseados. También se consideraba el uso de caparazones de tortuga como condones (5).

En el siglo XVI, durante el brote de sífilis en Europa, el anatomista italiano Gabriello Fallopio, condujo una prueba con 1.100 hombres que utilizaban preservativos hechos de lino; ninguno de los hombres se infectó con sífilis. Esta pudo haber sido la primera prueba clínica del condón. El primer tratado de sífilis de Fallopio, Morbo Gallito, abogaba por el uso del condón como medida de protección contra las enfermedades (6). Durante este periodo, los preservativos de tela se remojaban en una solución de sal o hierbas y se secaban, mejorando así sus propiedades protectoras (5, 6).

Se comenta que el rey Carlos II de Inglaterra empleaba condones fabricados con intestinos de cordero. Durante el corredor de los siglos XVII y XVIII, aparece la primera tienda especializada en condones de tripa en Londres, sus clientes eran lo más selecto de la clase europea. No eran objetos populares, estaban más bien dirigidos a aquellos hombres que eran asiduos a los burdeles y tenían dinero como para comprarlos a discreción (5).

El preservativo antiguo mejor conservado fue hallado en Lund, Suecia. Se encuentra exhibido en el museo Estatal de Austria. Este condón está intacto y posee varias características especiales: es del año 1640, puede usarse varias veces y posee un manual de usuario escrito en latín. Fabricado con 100% de tripa de cerdo y tiene una especia de cinturón para ajustarlo. El libro de instrucciones que lo acompaña recomienda al usuario que lo sumerja en leche hirviendo antes de utilizarlo, para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual (4) (Figura 1).

Figura 1: *Preservativos más viejos encontrados.*

La primera vez que se hace uso de la palabra "condón", tal como lo utilizamos actualmente, es en un libro sobre sífilis por el Doctor Turner, en el siglo XVIII. [5] La etimología, u origen del nombre, "condón", aún se desconoce. Existen por lo menos dos explicaciones posibles de cómo el condón recibió su nombre. Numerosas historias indican que proviene del Dr. Condom o Quondam, un médico de Carlos II de Inglaterra, quien hacía preservativos con los intestinos de animales para el rey. Es más probable que "condón" sea derivado de condes, en latín significa receptor (6).

En el Japón del siglo XIX, los japoneses tenían condones hechos de dos materiales distintos: uno hecho de cuero delgado (el Kawagata o Kyotai) y el otro de concha de carey o cachos (el Kabutogata) (6).

En el siglo XIX el mundo de los condones se vio revolucionado cuando se introdujo la vulcanización del caucho para su fabricación (5).

En 1921 Alfred Trojan inventa el condón de caucho desechable, supuestamente mientras trabajaba en una fábrica introdujo por pura diversión su pene erecto en una tina con caucho en estado coloide, descubriendo de esta manera el sucedáneo del condón de látex.

A pesar de la larga historia como profilácticos, el uso del condón declinó a partir de la década de los sesenta hasta los ochenta debido a la introducción y popularidad de las píldoras para el control de natalidad y el surgimiento de los antibióticos para tratar enfermedades como sífilis (5, 6). Con la llegada del VIH/SIDA a principios de los años ochenta, una vez más los condones se convirtieron en herramientas vitales para la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH (6).

En 1992 sale a la venta el condón femenino, fabricado con poliuretano (tipo de látex sintético), más resistente y delgado que el látex; y desde 1994 también salen al mercado los condones masculinos del mismo material (5).

Vacunas

En el año 2004 se empieza a implementar en España las recomendaciones de vacunación en personas con conductas de riesgo (Hombres que tienen sexo con hombres, personas que se inyectan drogas y personas en prostitución) se reflejan en el documento de "Vacunación en adultos. Recomendaciones del año 2004" y actualizadas en el 9 de julio de 2018. En donde

se recomienda para las 3 conductas de riesgo las vacunas de Hepatitis A y B para las conductas que tiene como factor sexual se añade la de VPH y para la conducta de riesgo relacionado a la inyección de drogas se recomienda la Td (7).

Baruch Samuel Blumberg, científico estadounidense en 1963 después de analizar muestras de sangre de poblaciones de todo el mundo, identificó el antígeno de superficie de la hepatitis B llamándolo antígeno Australia pues lo aisló en un aborigen de dicho continente. Sentando las bases para el estudio de una enfermedad recientemente identificada que se venía conociendo desde tiempos antiguos como Ictericia epidémica o catarral (8).

En 1973, la revista Science publicó un artículo escrito por Stephen M Feinstone, Albert Kapikian y Robert Purcell, en el que describían la detección de un antígeno viral asociado a enfermedad aguda mediante microscopia electrónica que llamaron Hepatitis A, y al final de la misma década se identificó y clasifico a los virus no A no B como la actual Hepatitis C (8).

Pasaron casi 20 años desde el descubrimiento hasta que el mismo Blumberg lograra obtener en 1982 una vacuna con un 95% de eficacia contra hepatitis B, y casi una década después de programas intensivos para que la incidencia bajara aproximadamente un 82% en 1991 en los Estados Unidos (8).

En 1979 Provost y Hilleman cultivaron exitosamente y pasaron seriadamente al VHA en cultivos celulares abriendo la posibilidad para el desarrollo de una vacuna (9).

La primera vacuna de la hepatitis A que se introdujo a nivel mundial fue Havrix (SmithKline beecham, Philadelphia PA) en 1992, esta vacuna se prepara a partir de la cepa HM175 de VHA la que ha sido adaptada a células diploides humanas. La segunda vacuna contra hepatitis A introducida mundialmente fue Vaqta, (Merck & Co West Point, PA), preparada de la cepa CR326 F. Estas vacunas han mostrado ser eficaces y bien toleradas en extensos estudios clínicos que procedieron a su introducción en el mercado (9).

Desde 1842 fue descrita la transmisión sexual como un factor de riesgo para el desarrollo de CaCu descrita por Domenio Rigoni-Stern, mientras que el origen infeccioso de las verrugas fue establecido en 1907 por Giussepe Ciuffo. En 1981 se relacionó por primera vez, la relación entre VPH y el cáncer del cuello uterino. Tras más de 20 años de investigación en el 2006 se obtiene la primera vacuna eficaz, la literatura considera como excelente grado de protección protegiendo contra verrugas genitales y CaCu (10, 11).

Estrategias de reducción de riesgos

En España la transmisión heterosexual y vertical del VIH, se encuentran indirectamente relacionadas con el uso de drogas por vía intravenosa. A pesar de que a los últimos años la vía sexual va en aumento, los consumidores de drogas siguen siendo aún la principal fuente de infección.

La meta ideal de todo programa dirigido a drogodependiente es el abandono del consumo, lo cierto es que sigue existiendo un gran número de personas que, continúan inyectándose drogas (generalmente en condiciones de poca higiene) y manteniendo relaciones sexuales sin protección (12).

Parece que cada vez más evidente que los esfuerzos deben dirigirse, en primer lugar, a reducir la morbi-mortalidad relacionada con el hábito de consumir drogas y, en segundo lugar, tratar la dependencia (13).

De este planteamiento surge las estrategias de reducción de riesgos entre los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), conocidos como programas de intercambio de jeringuillas (PIJ), cuyo objetivo es disminuir las consecuencias adversas del consumo de drogas, sin reducir necesariamente el consumo de estas, procurando que lo haga en las mejores condiciones posibles (12, 13).

En el 1984, el primer PIJ se puso en marcha en Holanda, con el fin de evitar a transmisión de na epidemia de hepatitis B entre la población UDVP. Posteriormente, tras comprobarse su efectividad no sólo para prevenir a hepatitis B sino también la infección por el VIH, estos programas se expandieron por otros países de la Unión Europea, Australia, Canadá y Estados Unidos y solo muy recientemente en España (13).

En España el primer programa de esas características nace en Bilbao en el año 1988 y es siete años después, en 1995, cuando comienza a realizarse en Logroño (12).

Intervención biomédica

La profilaxis pre-exposición (PrEP) al VIH es una intervención biomédica para la prevención de la infección por VIH. En el año 2007, se llevaron a cabo los primeros ensayos de PrEP para reducir el riesgo de adquisición del VIH entre personas que estuvieran expuestas al virus. El 16 de Julio de 2012 se autorizó en

los Estados Unidos el primer tratamiento preventivo, el antirretroviral Truvada (14). El 22 de julio de 2016, el Comité de Medicamentos de Uso Humano de la Agencia Europea de Medicamentos, emitió una opinión positiva para ampliar la indicación de Truvada en la UE como la PrEP (15). En Julio del 2017, la OMS publicó una herramienta destinada a la ejecución de los programas de PrEP, con indicaciones sobre la introducción y la utilización de la PrEP fundamentadas en la evidencia y la experiencia disponibles (16). En septiembre del 2018 el congreso de los diputados aprobó por unanimidad una proposición no de Ley, impulsada por PdCAT, para facilitar la implementación de la PrEP en España (17). Desde el 1 de noviembre del 2019 la PrEP se financia dentro del Sistema Nacional de Salud (18).

Actualidad

Más de treinta años de investigación clínica y de laboratorio, han demostrado que el desarrollo de una vacuna contra el VIH es uno de los retos más difíciles a los que se ha enfrentado la medicina (19).
El 14 de marzo de 2022, la compañía Moderna y la iniciativa internacional para una vacuna contra el SIDA, ha administrado la dosis al primer participante en un ensayo clínico de una vacuna experimental de ARNm contra el VIH, la misma empleada para su vacuna contra la Covid-19. Como parte de la fase 1 del ensayo en donde participan 56 adultos que no tienen VIH, en un hospital de Washington (20, 21).
Existen muchas formas de prevenir las ITS y todavía queda un camino por delante en encontrar otras formas de prevenirlas. Pero al momento la mejor forma de disminuir la incidencia es la utilización de un preservativo, considerando que es el que tiene una mejor accesibilidad a nivel poblacional (Figura 2).

Figura 2: *Campaña prevención ITS, Cruz Roja.*

Bibliografía

1. *Clinic M. Mayo clinic family health book: The ultimate home medical reference. 5a ed. Mayo Clinic Press; 2019.*
2. *Infecciones de transmisión sexual [Internet]. Who.int. [citado el 24 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)*
3. *European Centre for Disease Prevention and Control. Developing a national strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections. Stockholm: ECDC;*
4. *Lugones Botell Miguel, Ramírez Bermúdez Marieta. El preservativo más viejo del mundo. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2013 Sep [citado 2022 Abr 05]; 39(3): 306-310. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2013000300010&lng=es.*
5. *Caceres C. Historia del condon- lo sabias? [Internet]. Taringa! 2009 [citado el 5 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.taringa.net/+info/historia-del-condon-la-sabias_i3xk4*
6. *Larry P. Historia del Condón. Sidastudi.org. [citado el 5 de abril de 2022]. Disponible en: http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd6006.pdf*
7. *Jesús J, Martín P, Navarro JA. 6. PERSONAS CON CONDUCTAS DE RIESGO [Internet]. Gob.es. [citado el 5 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/fr//profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/docs/Personas_conductas_riesgo.pdf*
8. *Elsevier. Hepatitis virales del descubrimiento a la lucha [Internet]. Elsevier Connect. [citado el 5 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/hepatitis-virales-del-descubrimiento-a-la-lucha*
9. *Vildózola Gonzales Herman. Inmunización activa contra Hepatitis A. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2001 jul [citado 2022 Abr 06]; 21(3): 220-228. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292001000300006&lng=es.VPH*
10. *Ochoa-Carrillo FJ. Virus del papiloma humano. Desde su descubrimiento hasta el desarrollo de una vacuna. Parte I/III. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014;13(5):308-15.*
11. *iO F. Algo de historia. ¿Cuánto tiempo llevó desarrollar estas 12 vacunas? - Fundación iO [Internet]. Fundación iO. 2020 [citado el 6 de abril de 2022]. Disponible en: https://fundacionio.com/algo-de-historia-cuanto-tiempo-llevo-desarrollar-estas-12-vacunas/*

12. *Programa de intercambio de jeringuillas [Internet]. Infodrogas.org. [citado el 6 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.infodrogas.org/institucion/que-estamos-haciendo-en-relacion-a-las-drogas/programa-de-intercambio-de-jeringuillas*
13. *Aristi DZ, Menoyo C, Milagros M, Ramos M, Zambrano IN, Rodés A, et al. GUÍA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE PROGRAMAS DE INTERCAMBIO DE JERINGUILLAS DIRECCIÓN TÉCNICA Subcomisión de prevención. Plan Nacional sobre el sida Coordinador [Internet]. Gob.es. [citado el 5 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/tbc.pdf*
14. *Sidalava. La historia del VIH, en una línea de tiempo: hitos que marcaron la evolución de la enfermedad [Internet]. Sidalava. 2019 [citado el 6 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.sidalava.org/la-historia-del-vih-en-una-linea-de-tiempo-hitos-que-marcaron-la-evolucion-de-la-enfermedad/*
15. *Gob.es. [citado el 6 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PROFILAXIS_PREEXPOSICION_VIH.pdf*
16. *Profilaxis Previa a la Exposición (PrEP) [Internet]. Paho.org. [citado el 6 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/prevencion-combinada-infeccion-por-vih/profilaxis-previa-exposicion-prep*
17. *Roca C. La PrEP, la pastilla que previene el VIH y que todavía no es legal en España [Internet]. ElDiario.es. 2019 [citado el 6 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.eldiario.es/sociedad/prep-anticonceptivo-vih-legal-espana_1_1687379.html*
18. *Sobre la PrEP [Internet]. Cesida. 2020 [citado el 6 de abril de 2022]. Disponible en: https://cesida.org/como-tomar-la-prep/*
19. *Vacunas contra el VIH-1 [Internet]. Immunology.org. [citado el 6 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.immunology.org/es/public-information/bitesized-immunology/vaccines-and-therapeutics/vacunas-contra-el-vih-1*
20. *Europa Press. Moderna comienza un ensayo clínico de fase 1 de su vacuna de ARNm contra el VIH. 2022 [citado el 6 de abril de 2022]; Disponible en: https://www.infosalus.com/farmacia/noticia-moderna-comienza-ensayo-clinico-fase-vacuna-arnm-contra-vih-20220314172808.html*
21. *Moderna empieza los ensayos en humanos de una vacuna ARNm contra el VIH [Internet]. Agencia SINC. [citado el 6 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.agenciasinc.es/Noticias/Moderna-empieza-los-ensayos-en-humanos-de-una-vacuna-ARNm-contra-el-VIH*

SALUX
REVISTA DE CIENCIA Y HUMANIDADES
www.revistasalux.com
Un espacio para compartir conocimiento y experiencia entre profesionales

Unidad de Apoyo a la Investigación

¿Quiénes somos?

Joaquín Álvarez Gregori

Coordinador de Investigación

Presidente de la Comisión de Investigación

Ana C. Marín Guerrero

Técnico de Salud

(Investigación-Docencia)

Gerardo Ávila Martín

Investigador

Juan Carlos Albarrán

Administrativo

¿Cómo encontrarnos?

5ª Planta del HGNSP

(Dentro de la Biblioteca)

925 80 36 00

Extensión 86529

investigacion.gaita@sescam.jccm.es

Si te encuentras en alguna de estas situaciones...

¿Tienes una idea de investigación y no sabes por dónde comenzar?

¿Tienes un trabajo de investigación y dudas en el diseño, análisis o interpretación de sus resultados?

¿Deseas supervisión de tu trabajo de investigación?

¿Tu proyecto necesita financiación y no sabes dónde encontrarla?

¿Debes hacer un trabajo de investigación de fin de residencia?

¿Quieres publicar y no sabes dónde, ni cómo?

Nuestros Servicios:

SERVICIOS DE APOYO

Elaboración - Apoyo metodológico de Proyectos.
Revisión de estudios, previa presentación al CEIm.
Recomendaciones para realización de encuestas y recogida de datos en investigación en salud.
Apoyo a la creación y explotación de bases de datos.
Revisión de artículos y trabajos para su publicación.

FINANCIACIÓN

Difusión de ayudas de financiación para estudios.
Apoyo en la búsqueda de financiación para estudios.
Apoyo solicitud de proyectos en diferentes convocatorias.

FORMACIÓN

Talleres y Cursos prácticos de herramientas para el investigador.
Solicitud a demanda de sesiones de formación para grupos reducidos.
Organización Semana de la Ciencia y Premios de Investigación del Área.
Apoyo específico a trabajos de residentes en formación: metodología, creación y uso de bases de datos, análisis estadístico, gestor de referencias, presentación de resultados, etc.

Encuentros y reuniones científicas

Jornadas de Residentes y Jóvenes Médicos de Familia SEMERGEN Madrid
Madrid
5 al 6 de mayo de 2022
https://www.semergen.es/?seccion=congresos&subSeccion=detalleCongreso&idC=332

8º Congreso nacional de Pacientes Crónicos SEMERGEN
Narón (A Coruña)
12 al 13 de mayo de 2022
https://www.semergen.es/?seccion=congresos&subSeccion=detalleCongreso&idC=348

5º Jornadas Nacionales de Medicina y Nuevas Tecnologías de SEMERGEN
Avilés
27 al 28 mayo de 2022
https://www.semergen.es/?seccion=congresos&subSeccion=detalleCongreso&idC=351

XI Jornadas nacionales de respiratorio SEMERGEN
Badajoz
20 al 21 de mayo de 2022
https://www.semergen.es/?seccion=congresos&subSeccion=detalleCongreso&idC=342

5ª Jornadas nacionales de Digestivo SEMERGEN
Córdoba
10 al 11 de junio de 2022
https://www.semergen.es/?seccion=congresos&subSeccion=detalleCongreso&idC=329

3ª Jornadas Nacionales de Urgencias SEMERGEN
Jeréz de la Frontera
3 al 4 de junio de 2022
https://www.semergen.es/?seccion=congresos&subSeccion=detalleCongreso&idC=350

XXV Cogreso de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiologia
Granada
2 al 4 de junio de 2022
https://seimc2022.org/

XXVIII Congreso Nacional de Medicina General y de Familia
Bilbao
7 al 11 de junio de 2022
https://www.semg.es/index.php/congreso

XXXII Congreso de SEMES 2022
Vigo
8 al 10 de junio de 2022
https://www.semes2022.org

XXXIV Congreso de la Sociedad Española de Arteriosclerosis
Madrid
8 al 10 de junio de 2022
https://www.se-arteriosclerosis.org/congreso-sea

XI Congreso Internacional Enfermería Familiar y Comunitaria ASANEC
Roquetas de Mar, Almería
9 y 10 de junio de 2022
https://congresoasanec.es/

XIII Congreso Internacional de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos
Palma de Mallorca
9 al 11 de junio de 2022
https://secpal2022palma.com

7º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Urgencias Psiquiátricas
Granada
10 y 11 de junio de 2022
https://congresosedup.com/

60º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física.
Córdoba
15 al 18 de junio de 2022
https://congresosedup.com/

LXXXI Congreso de la Sociedad Española de Patología Digestiva
León
16 al 18 de junio de 2022
https://congresosedup.com/

36 Congreso Sociedad Andaluza de Medicina Interna
Sanlúcar de Barrameda
16 y 17 de junio de 2022
https://congresosedup.com/

XLII Congreso de la semFYC
Sevilla
30 junio al 2 de julio de 2022
https://www.semfyc.es/agenda/xlii-congreso-de-la-semfyc/

Normativa Editorial

Todos los originales aceptados quedan como **propiedad permanente de la Revista de Ciencias y Humanidades: SALUX** y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de esta. El autor cede, en el supuesto de publicación de su trabajo, los derechos de reproducción, distribución, traducción y comunicación pública (por cualquier medio o soporte incluso sonoro, audiovisual o electrónico) de su trabajo, si bien se permite al autor la reutilización de su trabajo con fines no comerciales, incluyendo su depósito en repositorios institucionales, temáticos o páginas Web personales.

Es necesario adjuntar la **adecuada autorización para la reproducción de material ya publicado**. No se aceptarán trabajos publicados anteriormente o presentados al mismo tiempo a otra revista. Los autores deben comunicar en la carta de presentación cualquier asociación comercial que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con el artículo publicado.

Cuando se presenten estudios realizados en seres humanos, debe indicarse si los métodos seguidos han cumplido las **normas éticas del comité ético de investigación correspondiente**. No han de utilizarse nombres, iniciales o número de historia clínica de pacientes, en especial en el material de ilustraciones.

Cuando se presenten experimentos realizados con animales se debe indicar si se han seguido las **normas del centro o del consejo nacional de investigación**, o las posibles leyes nacionales, respecto al cuidado y uso de anima-les de laboratorio.

El autor debe asumir la **responsabilidad pública derivada del contenido** de su publicación.

Más información en la web de la revista SALUX: www.revistasalux.com

Castilla-La Mancha · Castilla-La Mancha · sescam · ÁREA INTEGRADA Talavera de la Reina · Castilla-La Mancha

www.revistasalux.com

Un espacio para compartir conocimiento y experiencia entre profesionales

¿Quiénes somos?

EDITOR JEFE: Joaquín Álvarez Gregori (Presidente de la Comisión Investigación)

- **Comité Editorial:** Joaquín Álvarez Gregori, Ana C. Marín Guerrero, Gerardo Ávila Martín, Virginia Arroyo Pineda, Jesús Jurado Palomo, Álvaro Moreno Ancillo, Raúl Sánchez Bermejo, Paloma Ferrero Ortega, Javier Aceituno Gómez.

- **Consejo Editorial:** Joaquín Álvarez Gregori, Adolfo Blanco Jaraba, Carlos Asensio Nieto, Ana C. Marín Guerrero, Gerardo Ávila Martín, Virginia Arroyo Pineda, José Juan Carbayo García, Julia Diez Izquierdo, Esther Sánchez Díaz, Jesús Jurado Palomo, Álvaro Moreno Ancillo, Raúl Sánchez Bermejo, Paloma Ferrero Ortega, Javier Aceituno Gómez, Francisco Corral Pérez, Sonia Luengo Solano, M.ª Begoña de la Iglesia López, Maruxa Escribá de la Fuente, Teresa López de Arteaga, Javier Prato Varela, Pedro Rodríguez Ballesteros.

- **Revisores:** Desde el Consejo Editorial de la Revista Salux nos gustaría dar las gracias a todos los revisores que participan de manera altruista y anónima colaborando con nuestra revista para que cada edición salga adelante.

- **Diseño y maquetación:** Diseñado y maquetado por la Unidad de Apoyo a la Investigación del Área de Gestión Integrada de Talavera de la Reina.

- **Fotografía:** Abel Martínez, fotógrafo de la GAI de Talavera de la Reina (Banco de Imágenes) y la Unidad de Apoyo a la Investigación de la GAI de Talavera de la Reina.

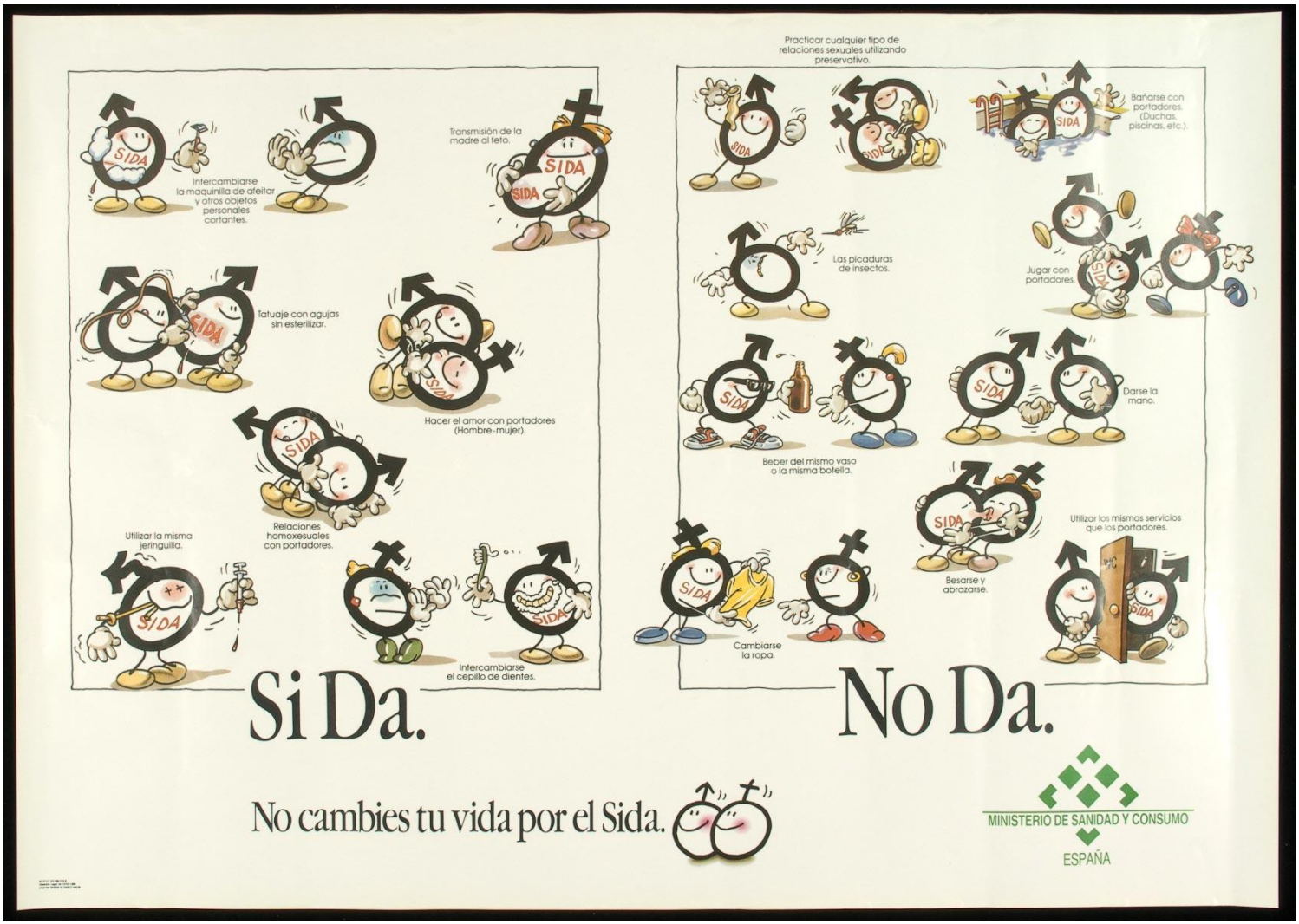
- **ISSN:** 2444-5304

- **E-mail:** contacto@revistasalux.com

- **Edita:** Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina Carretera de Madrid, km 114. Talavera de la Reina (Toledo).

- **Teléfonos:** 925 80 36 00 / 925 80 36 04 Fax: 925 81 54 44.

www.revistasalux.com
Un espacio para compartir conocimiento y experiencia entre profesionales



Campaña Contra El SIDA Versión 1 "Si da, No da"

Campaign AIDS - Campaña informativa sobre lo que da y no da el SIDA

Ministerio de Sanidad y Consumo 1988 España

Castilla-La Mancha
Consejería de Sanidad
Castilla-La Mancha
sescam
ÁREA INTEGRADA
Talavera de la Reina
Castilla-La Mancha

www.revistasalux.com
Un espacio para compartir conocimiento y experiencia entre profesionales