



nº 37 • Revista de Auxiliares de Enfermería
Primer Trimestre 2004



Cirugía plástica, reparadora y estética

**Separata: informes profesionales elaborados
por Auxiliares de Enfermería**

PROGRAMA DE FORMACIÓN

CURSO ACADÉMICO
2003/2004

FAE
FUNDACIÓN PARA LA FORMACIÓN
Y AVANCE DE LA ENFERMERÍA

CURSOS

- Actualización del Auxiliar de Enfermería en el Equipo de Cuidados
- Actualización del Auxiliar de Enfermería/TCAE en hospitalización
- Actuación del Auxiliar de Enfermería (TCAE) en el bloque quirúrgico I y II
- Alzheimer y calidad de vida
- Anorexia y Bulimia
- Aparato digestivo. Patologías
- Atención a domicilio
- Atención al paciente minusválido físico y psíquico I y II
- Atención de Enfermería ante el maltrato
- Bioética
- Biología de la nutrición
- Comunicación y relaciones humanas
- Control de estrés
- Cuidados al drogodependiente
- Cuidados al paciente geriátrico I y II
- Cuidados al paciente laringectomizado
- Cuidados al paciente trasplantado
- Cuidados en cardiología
- Cuidados en la unidad de hemodiálisis
- Cuidados en salud mental y psiquiatría I y II
- Cuidados en urgencias pediátricas I y II
- Cuidados especiales al recién nacido
- Cuidados materno-infantiles
- Cuidados en U.C. I. Pediatría
- Cuidados intensivos
- Cuidados paliativos
- Cuidados, patologías y prevención del VIH-SIDA
- Cuidados pediátricos
- Curso básico de actualización de conocimientos I y II
- Curso básico de epidemiología
- Desinfección y esterilización
- Diseño, desarrollo y evaluación de programas para la salud
- Educación para la salud
- Educación sexual
- El paciente diabético. Educación y cuidados
- El paciente en la unidad de traumatología
- El paciente oncológico
- Emergencias en politraumatismos
- Formación de formadores
- Habilidades para trabajar en equipos sanitarios
- Informática aplicada a las ciencias sanitarias I
- Informática aplicada a las ciencias sanitarias II
- Medio ambiente y salud
- Movilización de pacientes y escuela de la espalda
- Nutrición y dietética
- Organización de las emergencias y catástrofes I y II
- Patologías asociadas a la menopausia
- Prevención cardiovascular
- Reanimación cardiopulmonar
- Riesgos laborales en el medio sanitario
- Salud pública y comunitaria en atención primaria
- Sociología de la salud
- Úlceras por presión
- Urgencias hospitalarias



Sumario



4. EL VOLUNTARIADO SOCIAL PRIMARIO. Los nuevos movimientos sociales han contribuido a la aparición de este tipo de voluntariado. **10. ¿QUIÉN VELA POR LA SALUD DEL MUNDO?** Organigrama y competencias de una organización que nació a mediados del siglo XX, la OMS. **13. CUANDO SUDAR DEJA DE SER NATURAL.** La hiperhidrosis condiciona el día a día de quienes la padecen, lo que la convierte en una enfermedad muy molesta. **37. UNA CUESTIÓN DE IMAGEN.** La apariencia del ser humano ha repercutido en el desarrollo de civilizaciones históricas, condicionando aspectos de la vida social, política y militar. **40. NI TODO ES POSIBLE EN CIRUGÍA ESTÉTICA NI TODO ES RECOMENDABLE.** Entrevista con el Dr. Manuel Sánchez Nebreda, presidente de la SECPRE. **44. LA RISA, LA PÍLDORA DE LA FELICIDAD.** Reírse tiene efectos positivos que influyen tanto en nuestro cuerpo como en nuestra mente. **48. SABER VIVIR FRENTE AL DOLOR.** Este libro profundiza en el origen del dolor y en la forma de afrontar sus diversas manifestaciones.



CONSEJO EDITORIAL DE NOSOCOMIO

DIRECTORA Dolores Martínez Márquez **REDACTORA JEFE** Montse García García **REDACCION** Javier Villoslada, Cristina Botello **COMITE CIENTIFICO** Pilar Gutiérrez, José Ángel Peña, Agustina Sánchez Fernández **COLABORADORES** José Ángel Peña, BERBÉS ASOCIADOS, PLANNER MEDIA, PULEVA **EDITA** FAE (Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería), Fuencarral nº 77, 6º izq, 28004 Madrid, Tels.: 91 521 52 24/95, Fax: 91 521 53 83 E-mail: fae@futurnet.es **REDACCIÓN, ADMINISTRACIÓN Y SERVICIOS COMERCIALES** Tomás López nº 3, 2ª dcha. 28009 Madrid, Tels.: 91 309 01 02, Fax: 91 402 23 25. E-mail: sae@sindicatosae.com Pagina web: www.sindicatosae.com **DEPOSITO LEGAL:** M-14 435-1993 **ISSN:** 3847

La empresa editora no se hace responsable de las opiniones que los colaboradores de NOSOCOMIO puedan expresar en estas páginas

¿PUEDE HABER ALGO MÁS SANO QUE LA FELICIDAD? Probablemente no, pero la dificultad no está en averiguar la respuesta sino en descubrir los momentos felices, en trabajar para buscar la felicidad que, igual que ocurre con el conocimiento, ha de ser individual e interior.

A veces confundimos la felicidad con el confort o las sensaciones agradables externas, algo que nos aleja del verdadero espíritu de la felicidad. Por eso es bueno desarrollar el sentido del humor, que nos permitirá seguir los consejos de los monjes tibetanos y reírnos de nuestras propias debilidades —para, sólo así, superarlas— y de la vida —que es, en sí misma, una tragicomedia—.

Está demostrado que el buen humor mejora nuestra calidad de vida y permite que estemos más sanos porque la producción de sustancias bioquímicas que produce en el hipotálamo refuerza nuestro sistema inmunológico.

Hay además un principio de la psiconeuroinmunología, que sustenta la risoterapia, según el cual la tristeza y la depresión son una escotilla mortal por la que puede entrar un maremoto de virus y bacterias. Esta idea debería regir nuestra existencia, para intentar vivir desde la perspectiva que nos permita ser más felices.

Para ello no basta simplemente con una sonrisa; hay que reír a carcajadas, moviendo los 420 músculos del cuerpo, oxigenando los pulmones, produciendo mayores niveles de endorfinas y, si es posible, terminar con agujetas, para evitar enfermedades o que éstas sean de menor gravedad.

Como no siempre es posible reír de esta manera, al menos, deberíamos aprender a adquirir la capacidad de ver la realidad desde una perspectiva que nos permita encarar la vida cerrando la escotilla de la tristeza y la depresión.

Buzón de sugerencias

PROMESAS VACÍAS

Teresa Riego

MADRID

Como siempre que se celebran elecciones generales, el tiempo de campaña es utilizado por todos los políticos para llenarse la boca con promesas electorales, muchas de ellas sobre un ámbito que preocupa a los ciudadanos: la sanidad. Por eso, no dudan en anunciar abiertamente que van a terminar con las listas de espera, que van a ampliar la cobertura de la Seguridad Social o que avanzarán en la faceta investigadora. Sin embargo, para quienes trabajamos a diario en la sanidad, nos resulta muy difícil creer nada de esto cuando en nuestros centros tenemos que soportar unas condiciones laborales y retributivas que no son ni mucho menos las ideales. La clase política, antes de anunciar planes, debería fijarse como prioridad resolver cuanto antes los problemas de quienes, con nuestro trabajo diario, sacamos adelante el sistema sanitario.

EXISTE TRABAJO EN ESPAÑA

Montserrat Fusté Moyà
LLORET DEL MAR

He leído en la prensa distintas informaciones sobre la emigración de muchos profesionales de la sanidad española a países como Alemania, Francia o Gran Bretaña, como vía para poder desempeñar su profesión debido al alto índice de paro que existe en nuestro país. Sin embargo, en estos momentos, en Cataluña se están realizando contratos a médicos y enfermeros procedentes de países sudamericanos. Asimismo, es obvia la necesidad de aumentar las plantillas de las distintas categorías profesionales como medida para acabar con el colapso que existe en todos los hospitales del territorio nacional. Igualmente se ha producido un incremento de la inmigración que ha generado un importante aumento en el número de pacientes que visitan las consultas. Teniendo en cuenta esta realidad,

y como Auxiliar de Enfermería, me asalta una duda: ¿por qué tenemos que salir a ganarnos la vida al extranjero si es evidente que existe trabajo en España?

PLANTA 4ª

Mª CARMEN ESCUDERO
LOGROÑO

Me he llevado una grata sorpresa al leer la entrevista que Nosocomio ha realizado al director de Planta 4ª, Antonio Mercero. Desde mi punto de vista ésta es una de las mejores películas que ha producido el cine español el pasado año. La utilización del humor para contar la historia me resulta muy agradable, teniendo en cuenta lo dramático que es tratar un tema como el cáncer, y más cuando estamos hablando de niños de 14 años. Ha sido muy interesante descubrir a través de vuestras páginas todos los entresijos sobre el camino que ha seguido la película hasta llegar a la gran pantalla.

En este buzón de sugerencias aparecerán aquellas misivas enviadas a la redacción de NOSOCOMIO con las aportaciones de nuestros lectores. Como ocurre en cualquier publicación, las cartas destinadas a esta sección deberán ajustarse a unas normas concretas: los textos no deben exceder las 30 líneas mecanografiadas. Es imprescindible que estén firmados y que conste en ellos el DNI o pasaporte de sus autores, así como su domicilio y teléfono. NOSOCOMIO se reserva el derecho de publicar tales colaboraciones, así como de resumirlas o extractarlas cuando lo considere oportuno. No se devolverán los originales, ni se facilitará información postal o telefónica sobre ellos. Los interesados pueden dirigir sus cartas a:

NOSOCOMIO
Fuencarral, 77 - 6º izq.
28004 Madrid
E-mail:
fae@futurnet.es



El voluntariado social primario

En los últimos treinta años la sociedad española ha experimentado fuertes cambios como consecuencia del desarrollo económico de 1970 y la superación del régimen dictatorial, modificando la política social (empleo, sanidad, educación...). Paralelamente, la demanda social ha cambiado, por la modificación del nuevo concepto de salud y de otros factores que se ligan a la mayor presencia de la mujer en el mercado laboral, al envejecimiento de la población, al aumento de las enfermedades crónicas y discapacidades.

TEXTO Carmen García Planellas

CON ANTERIORIDAD A 1978 el voluntariado no fue muy proclive, ya que todo tipo de participación ciudadana en la vida política y social estaban vetados por la dictadura, por lo que fue durante la década de los ochenta cuando la sociedad española desarrolló de forma expansiva el voluntariado. El análisis que haremos al respecto de éste debemos contextualizarlo en dos ideas básicas. Por un lado la desafección democrática (falta de credibilidad); por otro, el cambio en la relación de la ciudadanía con las instituciones políticas y de participación ciudadana.

Los agentes sociales tendremos que motivar la participación ciudadana, ampliando el concepto de participación, instando nuevas formas y cambiando estructuras y actitudes. También tenemos la obligación de recuperar la credibilidad en las instituciones públicas participando activamente en la política de empleo, educación y sanidad.

La sociedad no se identifica con los políticos que las representan, porque en cierta manera se dedicaron más a acrecentar el acervo político que a cubrir las necesidades sociales de la población representada.

» El voluntariado

Los nuevos movimientos sociales operan desde un campo de acción de carácter socio-político, que oscila entre lo privado y lo público, conocido como tercer sector, y que es el campo de acción del voluntariado. El pensamiento que el ciudadano tiene acerca del voluntariado se centra en tres fuentes:

- Voluntariado como retorno a la beneficencia en versión neoliberal

(cuyas leyes han estado vigentes hasta los años ochenta).

- Voluntariado como sistema corporativo y compensatorio a las desigualdades.
- Voluntariado novedoso y radical ligado a lo alternativo y al liberacionismo.

En cualquier caso, el voluntariado supone para las fuerzas políticas un nivel de prestigio a través de sus programas, ya que denota la participación de la sociedad civil, sinónimo de participación democrática. Sin embargo, existe un fuerte debate alrededor del voluntariado que se concreta en tres aspectos: la representación pública (discurso público), la cultura del voluntariado (imaginario) y la función del voluntariado en la comunidad política en cuanto relación entre Estado de bienestar, mercado, activismo cívico y movimientos sociales, razón por la que pasa a ser nuestro objeto de análisis y valoración.

Existe una marcada diferencia entre las entidades voluntarias anteriores y posteriores a la Primera y Segunda Guerra Mundial.

El Estado surge como agrupación con una legitimidad no absoluta que debe ganarse atrayendo la lealtad de sus ciudadanos. En esta tarea no está solo, sino que surgen asociaciones formadas por la ciudadanía que generan una legitimación y soberanía alternativas. En la etapa anterior a la Primera Guerra Mundial encontramos las asociaciones laboristas de trabajadores en Inglaterra, en oposición al control del Estado omnipotente, de las que el político inglés Harold Joseph Laski se hiciera eco.

En la actualidad se produce una nueva situación que apunta el sociólogo Brenton a lo largo de su

obra haciendo expresión de que “existen organizaciones que mantienen dependencias del Estado, si bien no formalmente, sí a través de la financiación o de programas de protección que las benefician institucionalmente”.

Sirva como ejemplo la publicidad que hizo en su momento una ONG española dedicada a la atención telefónica a niños que presentan una situación de dificultad o riesgo. ¿Qué tipo de educación reciben los niños si a través de la imagen emitida por prensa y televisión les inculcamos la idea de que el hombre es malvado por naturaleza, que no repara en embriagarse? El alcohol es una droga de consumo normalizado entre hombres y mujeres, valor en alza entre éstas. Pero la imagen transmitida es sólo “mi padre”. La mujer aparece en el papel de víctima. El niño aprenderá un papel prefijado, al que se asocia una situación de baja autoestima, que reducirá su capacidad de actuación en su papel social de hombre, marido y padre. Así, lo que surge como plan contra la violencia se transforma en un instrumento que la perpetúa, dado que lejos de crear un espacio para el encuentro de ambos sexos, los encasilla en el eterno juego de víctima-culpable prefijado por naturaleza. Los profesionales que obtienen remuneración a partir de la financiación pública finalmente harán una discriminación positiva hacia la mujer por miedo a perder su fuente de ingresos, ya que los programas de este tenor cuentan con gran prestigio entre las mujeres y sus asociaciones, y además supone “cada mujer un voto”. Se pierde la objetividad en la acción y la legitimación de un tejido social con capacidad de respuesta en la resolución de los asuntos cotidianos,



Los agentes sociales tendremos que motivar la participación ciudadana, ampliando el concepto de participación, instando nuevas formas y cambiando estructuras y actitudes.

que son la verdadera causa de preocupación.

» El voluntariado social primario

El voluntariado social primario es una modalidad más de ser voluntario en la sociedad civil. Cuando la población habla del voluntario suele referirse a este tipo. Y cuando se refiere a "voluntariado" se está refiriendo tanto a la actividad que realiza como a la organización que la

facilita, y que es la posición donde se define el tercer sector. Entre las características del voluntariado destaca la de voluntariedad.

Muchos de nuestros jóvenes y mujeres, al no tener seguridad suficiente de poder entrar en el mercado laboral, ingresan en estas organizaciones coaccionados a esta voluntariedad, prestando servicios gratuitos por obtener currículum profesional. Como ejemplo, citamos el servicio de Emergencias de la Comunidad de Madrid, que cuenta con un efectivo humano de un 70% de voluntarios que apenas se diferencian de los trabajadores de plantilla por el uniforme y el salario, puesto que los cometidos son idénticos.

La idea de hacer currículum utilizando la vía del voluntariado supone una contradicción con la apuesta por una política de pleno empleo, ya que la experiencia y el conocimiento deberían alcanzarse, entre otras medidas, a través de los contratos en prácticas, que en nuestro país suponen el 0,179% frente a una población laboral activa de más de 17 millones de personas.

En similar situación se encuentran los estudiantes estadounidenses sin recursos, que se acogen a un programa de becas que necesariamente supone la contraprestación de un trabajo social "voluntario"; hablamos del proyecto Americorp.

Y aún ponemos más en tela de juicio la voluntariedad de la sociedad civil al examinar el siguiente dato: el servicio militar obligatorio en España ha estado vigente hasta el 31 de diciembre de 2002. En 1994 se implantó el programa de Prestación Social Sustitutoria del servicio militar, por el que las personas que se acogían a él quedaban

liberadas de tener que cumplir el referido servicio militar obligatorio. Dos matizaciones al respecto: la medida no alcanzaba a la mujer, y sólo así podían acceder a la prestación de servicio de la administración aquellos que no observaron los deberes patrios. En este programa participaron 11.109 objetores de conciencia, que prestaron asistencia a 3.675.830 enfermos.

» El tercer sector

Los nuevos movimientos sociales se han ligado a la problemática social de la salud, la medicina, la educación, la ciencia y la información. Han introducido un nuevo campo de acción sociopolítica entre lo privado y lo público: el tercer sector —el trabajo social voluntario queda insertado aquí—.

La nueva pobreza incluye todos aquellos procesos de exclusión social que se generan no sólo por el no acceso a los recursos económicos, sino también por la imposibilidad de acceder a recursos culturales, sociales, políticos y expresivos. Los sistemas sociales que deben proteger a los individuos tienen demasiadas asignaturas pendientes, y es hora de que se asuman sin enmascaramiento. Estamos ante una nueva fase civilizadora en la que los sistemas políticos se suman en una crisis estructural de legitimidad que los aísla cada vez más de la ciudadanía. Las sociedades que disponen de mayor solidez y tradición asociativa, que densifican su tejido social, resultan ser sociedades que responden a los retos que plantean los riesgos y oportunidades del futuro. Las sociedades que cuentan con tradición en el compromiso cívico disponen de un capital social que las sitúa en mejores condiciones para

afrontar el desarrollo y la cohesión.

Estas redes se materializan a través de movimientos sociales —Internet y asociaciones civiles— entre las que se incluye el voluntariado. La sociedad civil es un modo social de libertades, derechos y solidaridades. Ésta es la grandeza de la participación en la vida democrática.

El tercer sector cuenta con un excesivo proteccionismo de la administración pública, y asume un papel de subsidiaridad con respecto a ésta en la ejecución de los programas sociales. Nuestra organización mantiene reserva y preocupación, ya que al ser el tercer sector residual del mercado laboral y del sector privado, su función queda empañada al asumir intereses particulares desde una cobertura mínima de los intereses de la sociedad, o bien se empaña asimismo, por mantener una ideología paternalista que puede acentuar las desigualdades y que aleja la participación y la solidaridad sin fuerza ante la trama política —según la escuela de negocios Esade, el 88,5% de las asociaciones no son transparentes—.

Para hacer visible esta situación haremos una valoración basándonos en dos programas que nos afectan como personal de enfermería: la atención domiciliaria y la hospitalización domiciliaria.

Estos dos programas, que tienen carácter sanitario y/o socio-sanitario, han salido con determinados inconvenientes, entre los que se encuentran: la necesidad de la presencia de un cuidador principal para tener acceso a la prestación; escasa dotación de recursos humanos de diversas especialidades (enfermera diplomada, auxiliar de enfermería, técnico socio-sanitario, auxiliar domiciliario); la dispersión geográfica; recursos materiales, etc. Estos programas también se nutren de las aportaciones de las organizaciones del voluntariado, a lo que nosotros no nos oponemos en absoluto, siempre que queden ceñidos a planes de complementariedad, y no a planes con carácter de subsidiaridad. La salud es un derecho universal, que requiere de una planificación y previsión de la política social. No puede quedar al desaire de la voluntariedad de la población voluntaria, y tampoco puede ser un asunto tratado al





El voluntariado social primario nunca debe ser utilizado en sustitución de puestos de trabajo remunerados.

arbitrio de los intereses de la competitividad política.

La empleabilidad del voluntariado en estos programas, de los objetivos de conciencia a los que nos referimos con anterioridad, fue considerado un éxito por cuanto supuso de libertad, autonomía e independencia para los usuarios del sistema sanitario. Incrementaba la calidad de la atención, dando respuesta a situaciones de necesidad que de otro modo no se hubieran resuelto. Pero solapó la falta de recursos humanos y materiales, de manera que lo que fue un buen

“parche” no sólo no ha solucionado el problema, si no que además se ha agravado por los cambios y la demanda de los servicios de salud y servicios socio-sanitarios, consecuencia de los cambios en la estructura social y las circunstancias propiciadas por el mercado laboral.

En España, la inversión económica en política social es de un 20% de PIB frente al 27% de la Unión Europea, según Eurostat. Esto supone un déficit en los programas de este tenor. El siguiente ejemplo es ilustrativo: los programas socio-sanitarios españoles sólo se hacen cargo del 12% del cuidado de las personas enfermas; el resto queda al cuidado de voluntarios amigos o familiares, que viene a significar más de 5.000 millones de horas de trabajo anuales.

Más de cien mil amas de casa dejarán de ejercer estos cuidados al insertarse en el mundo laboral. ¿Los asumirán las organizaciones de voluntariado o se planificarán programas acordes con la realidad social? La solución a esa sobrecarga de los familiares debe ir más allá de ventajas fiscales, incluyendo la provisión de servicios de ayuda domiciliaria, entendida ésta como derecho universal.

Si estos programas de atención a la familia se hicieran desde las estructuras de un Estado garantista, la mujer podría participar en la política laboral, mejorando el 38% de mujeres trabajadoras en España, acercándonos al 58% de la Unión Europea, pudiéndose crear 600.000 empleos a plena jornada.

El Banco Federal Estadounidense ha calculado que un incremento del gasto público de un dólar en producir bienes y servicios estimula tres veces más el PIB al cabo de un año que un dólar

obtenido a través del recorte de impuestos.

Así las cosas, entendemos que el objetivo principal del Estado redistributivo y garante del bienestar social y de la democracia es la política de pleno empleo, asignatura pendiente tanto en lo referente a la calidad laboral como a la situación de desempleo —mujeres y jóvenes—, y la contratación temporal —el 90% de los contratos del sistema sanitario español es de carácter temporal—.

La salud, la asistencia social, la política de pleno empleo y la educación son derechos constitucionales que deben abordarse desde la propia estructura del Estado de bienestar, desde la efectividad, la eficacia y la transparencia. No valen programas de puro escaparatismo. Esto es lo que hoy reivindicamos: no estamos en contra del voluntariado, pero sí pretendemos que se determine con propiedad su carácter de complementariedad. Son cada vez más los voluntarios que al realizar un trabajo social gratuito aplicado en programas de carácter subsidiario ocupan puestos de trabajo que deberían ser remunerados; son cada vez más los sueldos que se ahorra la Hacienda Pública; son cada vez más las ONG que se enriquecen —los organizadores— a costa del trabajo social gratuito. El problema es que estos voluntarios aplican cuidados y técnicas asistenciales sin tener formación académica y profesional para el desarrollo de los mismos. Y lo auténticamente grave es creer que nuestros mayores están atendidos, cuando la realidad es que mueren solos en sus casas, sin que nadie se dé cuenta.

El Parlamento Europeo debería desarrollar programas específicos para que el voluntariado cumpla



con el objetivo primordial de su naturaleza: mantener viva la participación social, ser el elemento de control del aparato político como medida eficaz para el mantenimiento de la vida democrática.

El voluntariado social primario nunca debe ser utilizado en sustitución de puestos de trabajo remunerados, ni mantener carácter de subsidiaridad con respecto a los programas de la política sanitaria, ni ésta debe basar su actuación en recursos que no le son propios, siendo dependiente, además, de la voluntariedad de las personas, tal es el caso del voluntariado.

La nueva pobreza incluye todos aquellos procesos de exclusión social que se generan no sólo por el no acceso a los recursos económicos, sino también por la imposibilidad de acceder a recursos culturales, sociales, políticos y expresivos.

¿Quién vela

TEXTO Montse García

LA IDEA DE constituir una organización internacional que impulsara y recomendara diversas actuaciones relativas a la prevención y promoción de la salud a escala internacional comenzó verdaderamente en 1851.

Tras una época en la que el cólera se llevó por delante la vida de miles de personas en Europa, hacia los años treinta del siglo XIX se celebró en París una primera conferencia sanitaria internacional para constituir una convención sanitaria internacional. Ese primer intento falló, pero el trabajo de la convención continuó y finalmente fue adoptada en 1892 por diversos países europeos.

Sin embargo, tras varias iniciativas y cambios, no fue hasta 1945 cuando la conferencia de las Naciones Unidas aprobó unánimemente en San Francisco una propuesta de Brasil y China para establecer una nueva y autónoma Organización Mundial de la Salud. Un año más tarde, la Conferencia Internacional de la Salud de Nueva York aprobó la Constitución de la OMS, nombrándose una comisión interna.

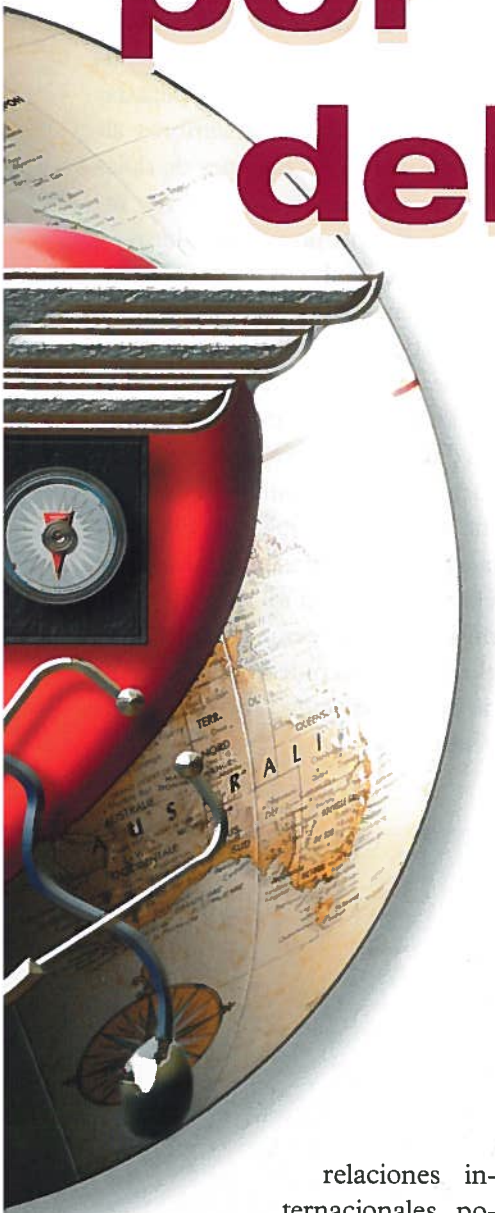
El 7 de abril de 1948, 26 de los 61 estados que firmaron inicialmente el texto constitutivo de la OMS ratificaron este documento. Por eso, esta fecha es la que se considera como el nacimiento de la OMS, organismo de las Naciones Unidas especializado en salud, cuyo objetivo es, tal y como establece la citada Constitución, que todos los pueblos puedan gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.

La declaración de principios de la OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.

Todos los países que sean miembros de Naciones Unidas pueden llegar a ser miembros de la OMS aceptando su Constitución. Otros países podrán ser admitidos cuando sus solicitudes sean aprobadas por mayoría simple de votos de la Asamblea de la Salud. Los territorios que no sean responsables de la dirección de sus



por la salud del mundo?



campos de actuación: para África (sita en Brazzaville —República del Congo—), para Europa (en Copenhague —Dinamarca—), para Asia Sudoriental (Nueva Delhi —India—), para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (Washington DC —Estados Unidos—), para el Mediterráneo Oriental (El Cairo —Egipto—) y para el Pacífico Occidental (Manila —Filipinas—). La sede central de la agencia sanitaria está en Ginebra (Suiza).

Los 192 estados miembros de la OMS gobiernan la Organización a través de la Asamblea Mundial de la Salud, que integran los delegados representantes de los estados miembros de la OMS y una Secretaría compuesta por un director general y personal técnico y administrativo. Los principales cometidos de la Asamblea Mundial de la Salud son aprobar el programa y el presupuesto de la OMS para el siguiente bienio, y decidir las principales cuestiones relativas a las políticas sanitarias.

Los servicios que la agencia proporciona pueden ser de carácter orientativo o técnico. Entre los primeros están la asistencia en la formación de personal médico y la difusión de conocimientos sobre

enfermedades como la gripe, la malaria, la viruela, la tuberculosis, las enfermedades venéreas y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la salud materno-filial, la nutrición, la planificación demográfica y la higiene medioambiental.

Dentro de los servicios técnicos están la homogeneización biológica y la unificación de las listas de medicamentos con instrucciones de uso, la recogida y difusión de información sobre las epidemias, proyectos internacionales especiales sobre enfermedades parasitarias y virales, y la publicación de una serie de obras técnicas y científicas.

Los programas que desde la OMS se ponen en marcha han dado ya algunos frutos importantes: por ejemplo, en 1989, cuando la OMS inicia la erradicación de la poliomielitis, menos del 50% de los niños del mundo recibían las tres dosis de vacuna en sus tres años de vida. En la actualidad está prácticamente erradicada en todo el mundo y casi todos los países han mejorado sus condiciones de salud de forma marcada. Sin embargo, los problemas se acumulan y el mundo se ha hecho mucho más complejo e interdependiente. De la misma forma que la economía de un país repercute en la de otro, con la salud puede pasar lo

relaciones internacionales podrán ser admitidos como Miembros Asociados a solicitud hecha en su nombre por un miembro u otra autoridad responsable de sus relaciones internacionales.

La Organización ha creado seis grupos u oficinas regionales en los que se integran, siguiendo un criterio de distribución geográfica, los países miembros de la misma. Los seis grupos tienen los siguientes

mismo. Los casos de las popularmente llamadas neumonía china, gripe del pollo o mal de la vacas locas han demostrado que la idea de que la salud de una zona depende de la de otra no es una frase vacía sino un hecho basada en la epidemiología. Por ello, hoy más que nunca, es necesaria una OMS fuerte que sea capaz de cumplir algún día una famosa promesa “salud para todos”, aunque no haya sido en el año 2000.

» Los Directores

El director general es el principal funcionario técnico y administrativo de la OMS. En la actualidad este cargo lo ocupa Lee Jong-Wook, desde mayo de 2003. Nacido el 12 de abril de 1944 en Seúl (República de Corea), Lee Jong-Wook recibió el título de médico de la Universidad Nacional de Seúl y una

maestría en salud pública de la Universidad de Hawai. Trabaja en la OMS desde hace 19 años y ha desempeñado funciones técnicas, de gestión y normativas a escala nacional, regional y de la sede. En particular, ha estado a cargo de la lucha contra dos de los mayores desafíos para la salud y el desarrollo: la tuberculosis y las enfermedades infantiles prevenibles mediante vacunación. Después de haber dirigido el Programa Mundial de Vacunas e Inmunización de la OMS, y haber actuado como asesor superior sobre políticas, en 2000 pasó a ser director de la alianza “Alto a la Tuberculosis”, una coalición de más de 250 asociados internacionales, entre los cuales figuran estados miembros de la OMS, donantes, organizaciones no gubernamentales, la industria y fundaciones.

Sin duda, uno de los directores generales de la OMS más polémico

fue el japonés Hiroshi Nakajima, al que algunos sectores culpan de la profunda crisis que vivió la organización a finales de los años noventa. Durante el mandato de Nakajima la Organización se endeudó seriamente, las contribuciones no pagadas por algunos estados miembros alcanzaron los 243 millones de dólares, y durante dos décadas fue incapaz de proporcionar datos y consejos que pudieran convertir las bien intencionadas declaraciones en planes de acción. Como consecuencia de sus actuaciones, la Asamblea decidió limitar la permanencia de los directores generales de la organización a dos mandatos. Nakajima fue sustituido en julio de 1998 por la ex primera ministra noruega Gro Harlem Brundtland, cuya primera misión fue recuperar la autoridad y el poder político de la OMS, perdido tras la señalada crisis de los noventa.

Los directores generales de la OMS



Brock Chisholm
(1948-1953)
CANADÁ



Marcolino G. Candau
(1953-1973)
BRASIL



Halfdan Mahler
(1973-1988)
DINAMARCA



Hiroshi Nakajima
(1988-1998)
JAPÓN



Gro Harlem Brundtland
(1998-2003)
NORUEGA



Lee Jong-Wook
(2003-...)
COREA

Sudar es un mecanismo fisiológico natural y necesario, útil para mantener algunas constantes vitales como el volumen de sangre, la cantidad de agua o la temperatura corporal. Sin embargo, ¿qué ocurre cuando el sudor se convierte en una patología?

Cuando sudar deja de ser natural

TEXTO Cristina Botello

LA FUNCIÓN SUDORÍPARA sólo existe en un reducido número de animales superiores, y generalmente aparece en el individuo en reposo y moderadamente vestido a partir de la temperatura ambiente de 25° C, siendo el único mecanismo térmico eficaz cuando esta temperatura resulta superior a la cutánea.

En este sentido, son las glándulas sudoríparas ecrinas, localizadas en prácticamente la totalidad de la piel, las encargadas de colaborar en la termorregulación del organismo a través de la evaporación de sudor.

Por otra parte, estas glándulas están influidas por el sistema nervioso simpático. Así, un estímulo excesivo por parte de los ramos nerviosos simpáticos, regidos por el sistema nervioso parasimpático, en dichas glándulas da lugar a una enfermedad poco conocida, pero muy molesta para aquellos que la padecen: la hiperhidrosis, una patología que consiste en un exceso de la secreción sudoral.

La hiperhidrosis se debe encuadrar, tal y como señala el Dr. Pedro Olivares, médico adjunto del Servicio de Cirugía Pediátrica y responsable de la Sección de

Cirugía Endoscópica, “dentro de las enfermedades del sistema nervioso simpático y no de la glándula sudorípara”.

Desde el punto de vista clínico, la hiperhidrosis, que afecta en la misma proporción a hombres y a mujeres, aparece fundamentalmente en las palmas de las manos, las plantas de los pies y las axilas. Sin embargo, puede manifestarse también en otras zonas como el rostro, la zona inguinal o el escote, y se caracteriza por una piel húmeda, rosada, vasodilatada y fría al tacto en la zona afectada.



Doctor Pedro Olivares, médico adjunto del Servicio de Cirugía Pediátrica y responsable de la Sección de Cirugía Endoscópica.

» Origen

La medicina aún desconoce las razones por las que el sistema nervioso simpático llega a funcionar de manera inapropiada generando esta sudoración excesiva. Sin embargo, sí es sabido que el origen de la hiperhidrosis está en la genética, así el defecto de un gen hace posible que existan miembros de una misma familia con hiperhidrosis y otros no. Aunque también existen familias en las que pueden aparecer mutaciones nuevas debido a la existencia de genes que se recuperan o actúan después de muchas generaciones. El Dr. Olivares nos conduce al origen, desde el punto de vista racial, de esta enfermedad: “existen razas que lo tienen de una forma más clara, como es el caso de las razas que tienen que ver con el pueblo semita. Es una característica de este pueblo, pero la convivencia durante siglos en España de judíos, mahometanos y cristianos ha permitido la permanencia de alguno de los rasgos de los judíos en España. Así es una enfermedad muy frecuente en países como Israel, en diversas áreas de Estados Unidos, como Nueva York, donde existe un gran número de judíos, y en el área de la parte sur de los países nórdicos de Europa, como Suecia y Dinamarca, donde emigraron muchos judíos perseguidos por Hitler”.

En cuanto a los factores externos, hay que señalar que no son excesivamente importantes, si bien es cierto que las ramas nerviosas simpáticas funcionan más cuando la persona en cuestión está nerviosa, preocupada, estresada..., es decir, en aquellas situaciones ante las cuales cualquier individuo puede reaccionar segregando una mayor

cantidad de sudor del habitual, y que, por tanto, en una persona con hiperhidrosis esta cantidad, ya de por sí anormal, también se incrementa.

» Un problema con solución

A la hora de hablar de soluciones para esta enfermedad nos encontramos con un gran vacío. Existen tratamientos que presentan efectos secundarios, y otros requieren constancia o un buen uso para conseguir resultados eficaces.

En primer lugar se puede hablar de la inyección subcutánea de toxina botulínica. Sin embargo este tratamiento sólo frena el problema temporalmente (uno o dos meses) y conlleva riesgos, pues es un producto químico extraído de la bacteria del botulismo que provoca la parálisis de los nervios de la zona donde se infiltra la sustancia.

Existe otro tratamiento local con sales de aluminio, pero al cabo de 4 ó 5 horas las manos vuelven a estar mojadas.

El Dr. Olivares asegura que “el único tratamiento que cura de por vida, y que además cada vez se conoce mejor, es la simpatectomía torácica por videotoracoscopia, nombre con que se conoce la intervención quirúrgica”.

En este sentido, el responsable de la Sección de Cirugía Endoscópica subraya que sólo se operan los casos realmente patológicos, entendiéndose como tales aquellas personas que continuamente tienen que secarse las manos porque las tienen mojadas e, incluso, les llegan a gotear, personas que durante la edad escolar estropean sus deberes y notas de clase porque los dejan húmedos... “Nosotros jamás nos atreveríamos a operar a una persona que no tenga este

cuadro patológico. Es decir, que realmente la sudoración esté causando un trastorno emocional, familiar, social, etc., en su vida como para someterse a esta operación, ya que, aunque es muy eficaz, no deja de ser una operación de cirugía mayor y, por tanto, no se puede minimizar el riesgo que conlleva”.

La simpatectomía torácica por videotoracoscopia se puede realizar a partir de los siete años de edad, y consiste en la coagulación de las dilataciones ganglionares de los ramos parasimpáticos del sistema nervioso T2 a T4 (se coagula T2 y T3 si es sólo palmar y T4 si también es axilar). Para ello se realiza una incisión de unos 12 mm en cada una de las axilas, lo que hace que estemos ante una operación mínimamente invasiva.

Se trata de una intervención muy breve, no se extiende más de 10 ó 15 minutos por lado, y una vez finalizada, las molestias que puede sufrir el paciente se reducen a agujetas en hombros y espalda debido a la postura adoptada en el quirófano.

Tras la operación, la sudoración cesa inmediatamente y el paciente al despertar comprueba que sus

manos están secas y calientes, habiendo aumentado la temperatura de esta zona en más de un grado y medio, por lo que el resultado es muy satisfactorio. “Ésta es una de esas operaciones que se agradecen especialmente porque curan un problema con el que tienes que vivir día a día. Además el resultado es eficaz e inmediato”, concluye el Dr. Olivares.

Sólo en algunos casos han aparecido efectos secundarios tras la intervención. Éstos consisten en un incremento de la sudoración en el abdomen y espalda. Sin embargo, son mínimos, de hecho sólo afectan a un 30% de pacientes operados a escala mundial, y en todos los casos el paciente tolera mejor un leve incremento de la sudoración en estas zonas menos visibles. En la actualidad, el modo de trabajar en aquellos servicios que tienen experiencia en videotoracoscopia, tratando el ganglio de una manera más delicada, cuidando la disección y no quemando en exceso, ha hecho posible que estos efectos se reduzcan.

En este sentido, el Dr. Olivares reconoce haber tenido suerte, ya que ha empezado a realizar este tipo de intervenciones al final de una larga carrera en pediatría en

la que ha tratado casos gravísimos de linfomas, escoliosis... “Cuando empezamos hacer toracoscopia para tratar la hiperhidrosis nos resultó muy sencillo. Un poco en esto consiste nuestro éxito: hemos empezado por lo más difícil de la toracoscopia y la laparoscopia en los niños, y ahora estamos realizando este tipo de operación, con lo cual es un éxito maravilloso”.

En nuestro país aún son pocos los pacientes que se han beneficiado de esta intervención, principalmente por desconocimiento de sus familias, pediatras, educadores, dermatólogos o por otros médicos. Sin embargo, el número de casos operados se ha incrementado desde que el Dr. Olivares y su equipo de trabajo comenzaron a realizar este tipo de intervención hace ya seis años. Este aumento no se debe a un crecimiento del número de casos, sino a un mayor conocimiento de la existencia de esta operación, gracias en muchas ocasiones al tradicional método del *boca a boca*.

Es preciso que esta ventajosa alternativa quirúrgica se conozca, ya que es la solución a un problema, que si bien es pequeño en sí, produce un gran trastorno en la vida cotidiana.

Otras enfermedades relacionadas con el sudor

- **Anhidrosis:** disminución de la secreción sudoral. En ocasiones, incluso, desaparición de la misma.
- **Bromhidrosis:** sudoración maloliente por descomposición bacteriana. Los grados más serios los encontramos en los pies.
- **Miliaria e hidradenitis:** formación de vesículas producidas por la penetración del sudor en la pared del conducto de las glándulas sudoríparas, generalmente por debajo de la capa córnea.
- **Cromhidrosis:** cuando las glándulas sudoríparas apoerinas eliminan una secreción coloreada.



Protocolo de redacción



Los trabajos que se envíen para ser publicados en NOSOCOMIO deberán ajustarse a unas mínimas normas de presentación. De esta forma se agilizará el proceso de selección de los mismos y, por tanto, la edición de la revista, convirtiéndola así en una publicación con el máximo rigor.

- » Los escritos deben ser inéditos y de tema libre.
- » Los originales deberán presentarse en formato DIN-A4, en una plana mecanografiada a doble espacio, en castellano y con margen lateral, superior e inferior. Las páginas deben ir numeradas. No podrán exceder los diez folios.
- » Irán precedidos de un resumen de no más de quince líneas, en el que se exponga el planteamiento general del trabajo.
- » La bibliografía debe incluir invariablemente el nombre del autor del libro, la editorial, la fecha y el lugar de publicación.
- » Se añadirá junto al trabajo todo el material gráfico y fotográfico (papel o diapositiva) que se considere oportuno como complemento al texto. Se evitará enviar fotocopia de los gráficos.
- » Los autores deben adjuntar los siguientes datos: nombre completo del autor o autores, titulación, empleo o cargo actual, dirección y teléfono de contacto.
- » Los trabajos no admitidos para su publicación se devolverán a los autores con la mayor brevedad.

Boletín de suscripción a NOSOCOMIO

DATOS PERSONALES

Apellidos Nombre
Dirección Población
Provincia C.P. Teléfono D.N.I.

DATOS BANCARIOS (Cumplimentar sólo no afiliados)

Muy Sres. míos:

Ruego a ustedes que en lo sucesivo, y hasta nueva orden, hagan efectivos los recibos que presente la Fundación para la Formación y Avance de la Enfermería en concepto de suscripción a NOSOCOMIO.

Apellidos y nombre del suscriptor
Titular de la cuenta
Banco

CÓDIGO CUENTA CLIENTE (C.C.C.)	ENTIDAD	SUCURSAL	D.C.	N.º CUENTA
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DIRECCIÓN
POBLACIÓN PROVINCIA C.P.
..... A DE 200 .. FIRMA

Tarifa suscripción, anual (incluidos gastos de envío). Los suscriptores en el extranjero deberán abonar los gastos de envío.

AFILIADOS 8,41 euros, NO AFILIADOS 13,22 euros.

NO AFILIADOS

* Indicar si es afiliado a SAE y en su caso el nº de afiliación

AFILIADOS

NOSOCOMIO, C/ Fuencarral, 77 - 6º izq. 28004 Madrid.

Tarifa de afiliados para bibliotecas, empresas e instituciones: podrán hacer efectiva la tarifa mediante

Talón bancario Domiciliación Cheque bancario (nominativo) adjunto nº Banco/Caja

NOSOCOMIO, C/ Fuencarral, 77 - 6º izq. 28004 Madrid.

Cuidados del niño con traqueostomía

SOLEDAD DORADO POUJADE
 Hospital Niño Jesús de Madrid

Los avances científicos y el soporte humano y tecnológico han aumentado considerablemente la supervivencia de los niños con alteraciones crónicas del aparato respiratorio, mejorando su calidad de vida y facilitando su integración en la sociedad. El personal de enfermería desempeña un importante papel en el cuidado que le ha de prestar la familia.

INTRODUCCIÓN

La creación de un protocolo de actuación para el cuidado de los niños traqueostomizados, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital del Niño Jesús, ha permitido reducir el riesgo de complicaciones y facilitar el trabajo de enfermería. La unificación de criterios y el apoyo constante de todos los profesionales proporciona seguridad y tranquilidad a los padres, que se sienten implicados en el cuidado de su hijo desde el principio, ayudándole a aceptar la nueva situación, permitiendo un rápido aprendizaje, y reduciendo el tiempo de estancia hospitalaria.

OBJETIVOS

1. Mantener la vía aérea permeable.
2. Permitir una ventilación y oxigenación eficaces.
3. Prevenir infecciones de las vías respiratorias.
4. Preparar al niño y a la familia para el alta al domicilio.

CONCEPTOS BÁSICOS

Anatomía de la vía aérea

El aparato respiratorio se divide en dos sectores: la vía aérea superior, que comprende nariz, boca, faringe y laringe, y la vía aérea inferior, formada por tráquea, bronquios y pulmones.

La nariz y la boca son las encargadas de conectar con el exterior. El papel más importante de las fosas nasales es el acondicionamiento del aire ambiente, aportándole calor y humedad; a la vez sirve de filtro para retener partículas o microorganismos que, de llegar a zonas más profundas, podrían producir infecciones del aparato respiratorio.

La laringe es el órgano que comunica la faringe con la tráquea. En ella se encuentran las cuerdas vocales, encargadas de la producción de los sonidos. Está separada de la faringe por la epiglotis, que se abre al respirar y se cierra al tragar, evitando así que los alimentos pasen a los pulmones.

La tráquea es un tubo elástico, formado por anillos cartilaginosos y una mucosa que da firmeza a la pared y evita que se colapse. Su principal función es la de permitir el paso del aire hacia los pulmones. En su parte más inferior se bifurca, para dar lugar a los dos bronquios principales. Estos entran en los pulmones dividiéndose, a su vez, en bronquios secundarios más pequeños, y así progresivamente van ramificándose hasta formar los alveolos. En estos últimos es donde se realiza el intercambio gaseoso (O₂-CO₂) entre los capilares y los tejidos. El conjunto se denomina árbol bronquial.

Los pulmones son los órganos principales de la respiración. Se encuentran dentro de la cavidad torácica y están separados por el mediastino. Los pulmones están divididos en lóbulos: el izquierdo se divide en dos lóbulos, superior e inferior, mientras que el derecho se divide en tres, superior, medio e inferior. Ambos pulmones están envueltos por una capa denominada pleura, dividida a su vez en dos capas, una externa,

que reviste la pared torácica, el mediastino y el diafragma, y otra interna unida a la superficie de los pulmones. Entre ambas existe un espacio o cavidad pleural, relleno de un líquido que permite el deslizamiento de una capa sobre la otra durante la respiración.

El mecanismo de la respiración comprende dos fases: inspiración y espiración. Durante la inspiración, el músculo diafragmático se contrae y el aire del exterior, cargado de oxígeno, entra en los pulmones atravesando la vía aérea superior, donde se calienta y humidifica. En la espiración, el diafragma se relaja y el aire de los pulmones, cargado de anhídrido carbónico, sale al exterior.

Traqueostomía

Técnica quirúrgica que permite la apertura temporal o definitiva de la tráquea por debajo de las cuerdas vocales, dando acceso directo, mediante un orificio denominado estoma traqueal, a la vía respiratoria inferior. La incisión se lleva a cabo entre el segundo y el cuarto anillo traqueal.

Para mantener abierto el estoma se debe colocar una cánula, a través de la cual el paciente puede respirar, ya sea espontáneamente o con ventilación mecánica.

La traqueostomía puede ser programada, con anestesia general y realizada, generalmente, por un otorrinolaringólogo en quirófano; o de urgencia, denominada traqueostomía percutánea por dilatación o cricotiroidotomía.

La traqueostomía percutánea por dilatación suele realizarse en situaciones de extrema urgencia, cuando el acceso a la vía aérea no puede hacerse por los métodos tradicionales (intubación endotraqueal). Puede practicarse en la UCI, a pie de cama, y consiste en

la punción de la tráquea, entre el segundo y el tercer anillo traqueal; o mediante otras técnicas. La más utilizada es la técnica de Seldinger, que consiste en realizar una incisión e introducir una guía en el interior de la tráquea, previa punción con un trocar de calibre grueso (14 G). A través de la guía, y con la ayuda de un dilatador y de una pinza, se consigue la apertura necesaria para insertar la cánula de traqueostomía.

La traqueostomía percutánea por dilatación es una técnica poco cruenta y reúne una serie de ventajas frente a la traqueostomía quirúrgica, ya que reduce el riesgo de estenosis traqueal y disminuye la incidencia de infecciones en el estoma; pero no debe utilizarse en niños menores de 12 años, por la dificultad de identificación de los puntos anatómicos traqueales.

Cánula de traqueostomía

Es un dispositivo hueco, flexible o rígido, que colocado en el estoma traqueal permite el acceso a la vía aérea inferior, facilitando una ventilación adecuada. Consiste en un tubo arqueado, con los extremos abiertos y desiguales, el menor se introduce dentro de la tráquea, mientras que el otro debe tener un tamaño estándar (15 mm.), ya que es el encargado de conectar con el respirador, ambú o bolsa de ventilación. Además, este extremo dispone de dos salientes, denominados alas, provistos de un orificio por donde se enhebran las cintas que sujetan la cánula al cuello del niño.

La cánula se introduce en el estoma, ayudada por un obturador de extremo romo para evitar lesiones de la mucosa traqueal durante su colocación. Éste impide el paso del aire a través de la cánula, por

lo que debe retirarse inmediatamente tras su introducción.

El tamaño de las cánulas varía en función del tamaño de la tráquea, y éste a su vez depende de la edad del niño. Los parámetros que definen el tamaño de la cánula son:

- Diámetro interno.
- Diámetro externo.
- Longitud.

Estas medidas vienen dadas en milímetros. El diámetro interno es el que define la talla que debe tener la cánula. Tanto éste como el externo deben aparecer en las alas de la misma.

La longitud de las cánulas es estándar para cada talla, pero en determinadas ocasiones se necesitan cánulas más largas, para sobrepasar anomalías anatómicas del niño, como por ejemplo la traqueomalacia.

Las cánulas de traqueostomía pueden ser diferentes, dependiendo de las necesidades de cada paciente:

1. Cánulas de una sola pieza: son las más utilizadas en pediatría, pueden ser rígidas o flexibles. Las cánulas rígidas son metálicas, principalmente de plata, y actualmente no suelen utilizarse en niños. Las flexibles pueden ser de diferentes materiales, cloruro de polivinilo (PVC) o silicona, y son las más usadas en pediatría.
2. Cánulas de dos piezas: también llamadas de doble camisa, constan de una cánula interna, denominada cánula madre, que es la que mantiene abierto el estoma y establece la comunicación entre la tráquea y el exterior. La camisa interna es un dispositivo hueco que se coloca en el interior de la cánula madre para asegurar la

permeabilidad de la vía aérea. Antes de introducirla se debe lubricar con suero salino para facilitar su inserción. Aunque reduce el diámetro, evita el cambio de la cánula madre cuando se obstruye su luz debido a tapones de moco. Las camisas internas suelen tener unos mecanismos de seguridad que permiten el anclaje a la cánula madre. Generalmente, todas las cánulas disponen de varias camisas de recambio. Algunos modelos tienen camisas internas con diferentes conectores:

- Conector de 15 mm. que se adapta a los equipos de ventilación.
- Conector de bajo perfil, para pacientes sin ventilación mecánica.
- Conector de bajo perfil y cerrado, para facilitar la fonación.

3. Cánulas con manguito o balón: son cánulas con un manguito interno, que es un dispositivo que se incorpora a la luz distal, con el objeto de conseguir el perfecto sellado de la tráquea. Así todo el aire fluye a través de la cánula, evitando su desplazamiento hacia la vía aérea superior. Este tipo de cánulas está especialmente indicado en pacientes con patologías respiratorias graves, sometidos a ventilación mecánica, y en aquellos que presentan dificultad para la deglución con riesgo de broncoaspiración. El balón interno puede hincharse y deshincharse desde el exterior con una jeringa, a través de un balón externo provisto de una válvula anti-reflujo, donde constan todos los datos del balón interno.

4. Cánulas fenestradas: incorporan uno o varios orificios que permiten el paso del aire a través de la cánula hasta la vía aérea superior, facilitando la fonación y la respiración a través de la vía aérea natural. Se pueden utilizar como paso previo a la decanulación definitiva. Estas cánulas pueden ser de una o dos piezas. Las de una pieza no permiten la ventilación mecánica, ya que el aire insuflado a través de la cánula se pierde. Las cánulas de doble camisa facilitan que el aire fugue hacia las cuerdas vocales, cuando ambos orificios se hacen coincidir, y permiten la ventilación con bolsa o respirador cuando ambos orificios están desacoplados.

Humidificación

En condiciones normales, el aire inspirado se calienta y humidifica al pasar por la vía aérea superior, llegando al alveolo con una saturación de vapor de agua del 100%. Son las fosas nasales, debido a su gran vascularización, los órganos que proporcionan la mayor parte de la humedad. Durante la espiración, el calor y la humedad cedidos al aire inspirado son recuperados por las vías respiratorias, perdiéndose una pequeña parte al exterior. En los pacientes intubados o traqueostomizados, este proceso de intercambio no ocurre, por lo que es necesario proporcionar humedad y calor de forma artificial.

En los niños portadores de traqueostomía se utiliza un dispositivo denominado intercambiador de calor/humedad o nariz artificial, que actúa de manera similar a las fosas nasales. Está formado por un sistema de laminillas u otros materiales, a veces

impregnado de líquido humectante. Dispone de una gran superficie de contacto con el aire inspirado, y aprovecha la humedad del aire espirado para la humidificación de tal manera que, durante la espiración, los gases del paciente, a temperatura corporal y saturados de vapor de agua, se condensan en el intercambiador. En la siguiente inspiración, el gas es calentado y humidificado al pasar por el mismo.

Si el paciente es dependiente de ventilación mecánica, el intercambiador se coloca entre él y el circuito del respirador.

El intercambiador también actúa como filtro para retener partículas de polvo, pelos de animales, etc. Algunos intercambiadores incluyen, además, filtros antibacterianos.

Aunque la eficacia del intercambiador aumenta con el tiempo de utilización, es conveniente cambiarlo a menudo, por el riesgo de infecciones derivadas del acúmulo de secreciones. Se recomienda sustituirlo cada 24 horas o siempre que esté sucio.

Los intercambiadores pueden tener diferentes formas y tamaños dependiendo de su utilidad y de la edad del paciente. Hay filtros neonatales, pediátricos y de adultos. Los intercambiadores de calor-humedad también pueden llevar una conexión para oxígeno. Éstos se utilizan para pacientes traqueostomizados sin ventilación mecánica, pero que requieren un aporte de oxígeno.

Existen dispositivos más complejos denominados humidificadores de agua caliente, que son muy efectivos y sólo se utilizan en pacientes con ventilación mecánica prolongada, ya estén intubados o traqueostomizados. El humidificador debe conectarse en el circuito inspiratorio.

Indicaciones para la realización de una traqueostomía

Está indicada en los siguientes casos:

- En pacientes en los que se prevé una ventilación mecánica prolongada por cardiopatías, alteraciones del sistema nervioso central, cirugías craneofaciales, etc.
- En pacientes con obstrucción grave de la vía aérea superior por malformaciones, disfunciones neurológicas, papilomatosis, traumatismos, tumores, cuerpos extraños o parálisis de los músculos que afectan a la deglución, causando peligro de aspiración.
- En pacientes con alteraciones del sistema nervioso, que tienen disminuida su capacidad para eliminar secreciones.

CUIDADOS DEL PACIENTE CON TRAQUEOSTOMÍA

Los cuidados de los niños portadores de traqueostomía se pueden dividir principalmente en dos:

- Cuidados postoperatorios.
- Cuidados habituales.

Cuidados postoperatorios

Después de la intervención quirúrgica, el niño debe permanecer en una UCIP monitorizado y, si es necesario, sedado y con ventilación mecánica. Lo primero que se debe realizar es una placa de tórax para asegurar la correcta colocación de la cánula, así como para descartar complicaciones derivadas de la técnica, como puede ser un neumotórax, hemotórax o neumomediastino.

El estoma no se consolida hasta el quinto o séptimo día. Por tanto, la decanulación accidental durante este periodo es una complicación secundaria importante, su re inserción puede ser muy difícil o imposible. Asegurar su permanencia y permeabilidad durante este periodo es fundamental, ya que evitará un cambio prematuro de la cánula.

En el postoperatorio es también importante proporcionar humedad suficiente al aire inspirado, debido a que durante este periodo se produce una gran cantidad de secreciones, generalmente sanguinolentas, originando tapones de moco que podrían obstruir la cánula, sobre todo en lactantes debido al pequeño diámetro de la misma. Si fuera necesario se harían lavados con 1-2 ml de suero fisiológico y se aspirarían las secreciones con bastante frecuencia. Hay que tener en cuenta, que la presencia de la cánula en la tráquea estimula la producción de secreciones, ya que actúa como un cuerpo extraño, a la vez que reduce la efectividad de la tos.

Para evitar la decanulación accidental, las cintas de la cánula no se deben cambiar hasta pasadas las primeras 48 horas de la intervención. Posteriormente debe realizarse cada 24 horas, o cuando el niño lo precise, teniendo en cuenta que la piel del cuello, al igual que la del estoma, deben permanecer siempre limpias y secas, para evitar lesiones e infecciones.

El primer cambio de cánula lo debe realizar el cirujano. Posteriormente, será una persona experta, generalmente la enfermera con ayuda de la auxiliar y, a ser posible, en presencia de los padres o tutores, para que éstos se familiaricen con la técnica, hasta que sean capaces de hacerlo ellos mismos.

Cuidados habituales

1. Valoración del estado general del niño

El niño traqueostomizado debe tener una vida normal, debe comer, jugar, así como ir al colegio y mantener relaciones con otros niños de su edad, ya que todo esto es importante para su desarrollo y maduración. Aunque sí son necesarias una serie de recomendaciones y valoraciones diarias que los padres o cuidadores deben de tener en cuenta:

- Nutrición: debe tener una dieta normal para su edad, a no ser que otras patologías le obliguen a seguir una dieta especial o sea portador de una gastrostomía, en cuyo caso deberá seguir las pautas del gastroenterólogo. Es conveniente que tengan una ingesta abundante de líquidos para favorecer la fluidez de las secreciones.
- Coloración de la piel: los padres deben ser capaces de valorar la coloración de los labios y las uñas del niño, ya que cualquier cambio en los mismos puede ser la causa de un problema respiratorio. El color de los labios debe ser sonrosado; la palidez o cianosis es un signo de alerta, que de no resolverse con las técnicas aprendidas, requerirá la atención de un especialista.
- Nivel de actividad: la actividad del niño debe ser la normal para su edad. El cansancio, la falta de apetito, irritabilidad o inquietud, deben ser valorados por su pediatra.
- Valoración respiratoria: en el niño traqueostomizado es muy importante. Una frecuencia respiratoria rápida, dificultosa o agitada, así como la presencia de movimientos anormales de la caja torácica en la fase

de inspiración (tiraje), pueden estar causadas por la obstrucción de la cánula.

2. Cuidados de la traqueostomía

- Cuidados del estoma y de la piel: tanto el estoma como la piel que le rodea deben permanecer limpios y secos. La presencia constante de secreciones o humedad es la principal causa de lesiones e infecciones que hacen difícil la consolidación del estoma e, incluso, pueden provocar infecciones respiratorias. La piel que rodea el estoma se debe limpiar todos los días con agua y jabón, retirando las secreciones secas con un bastoncillo envuelto en una gasa estéril y humedecido con suero fisiológico o con agua oxigenada diluida al medio. Se aclarará y secará, protegiendo posteriormente la zona con un babero. No se utilizarán cremas, pomadas o povidona yodada a menos que exista infección y estén prescritas. Se consideran signos de infección el edema, eritema, dolor o supuración. En estos casos, se debe acudir al pediatra para la realización de un frotis y posterior tratamiento local.
- Aspiración de secreciones: el paciente traqueostomizado no puede eliminar espontáneamente las secreciones, por lo que debe realizarse la aspiración asistida de las mismas mediante una sonda conectada a una toma de vacío de pared o portátil. Este procedimiento logra mantener la permeabilidad de la vía aérea y evita neumonías causadas por la acumulación de las mismas. La frecuencia de aspiraciones va a ser diferente en cada niño y dependerá fundamentalmente del tamaño de la cánula y de

su situación clínica. En lactantes y niños pequeños, debido al pequeño diámetro de la cánula y tráquea, el número de aspiraciones será mayor que en niños mayores. En estos últimos puede reducirse a dos veces al día si no existen secreciones, siendo el objetivo principal la comprobación de la permeabilidad de la vía aérea.

En lactantes, la principal causa de obstrucción son las secreciones que pueden originar un tapón de moco, pero también se puede obstruir por la introducción de pequeños objetos desde el exterior o por la ropa de vestir, por lo que es conveniente que el niño no lleve nada ajustado alrededor del cuello. Cuando se utilizan cánulas con balón, las secreciones pueden acumularse a su alrededor, creando un excelente medio de proliferación bacteriana. Para evitar esto deben realizarse aspiraciones de la zona buco-faríngea.

Cuando aún el estoma no está consolidado, cualquier manipulación de la traqueostomía debe realizarse con guantes estériles, incluida la aspiración de secreciones. Igualmente, debemos ponernos una mascarilla para evitar cualquier contaminación de la herida quirúrgica, o para evitar infecciones respiratorias. Cuando el niño se vaya a su domicilio no son necesarias tantas precauciones; bastará con un buen lavado de manos.

¿Cómo se realiza la aspiración de secreciones? Antes de aspirar debemos preparar todo el material que vamos a necesitar (*cuadro 1*).

Lubricaremos la sonda procurando que el extremo distal no roce con nada y la introduciremos a través de la cánula sin sobrepasar la longitud de la misma. Hay que

CUADRO 1

MATERIAL PARA LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

- Aspirador de secreciones
- Sonda de aspiración de tamaño adecuado al tamaño de la cánula
- Lubricante no vaselinado (Silcospray)
- Mochila de Oxígeno si el niño está en su domicilio y lo usa habitualmente
- Guantes estériles y mascarilla si está en el hospital
- Suero salino fisiológico y jeringa
- Clorhexidrina 0,1% para lavar la sonda y el circuito de aspiración
- Fonendoscopio
- Monitor o pulsioxímetro
- Ambú o bolsa de ventilación

tener en cuenta que lo que tratamos de hacer es limpiar la cánula de secreciones. Posteriormente, aspiraremos según vamos retirando la sonda, con un movimiento de rotación. Esta maniobra debe ser rápida, menos de cinco segundos, ya que mientras la realizamos el niño no respira. En niños con patología respiratoria o con incapacidad para toser, a veces, es conveniente introducir la sonda más profundamente, pero esto no debe hacerse frecuentemente, puesto que se deteriora el epitelio traqueal.

Si el niño habitualmente necesita oxígeno, a veces es necesario aumentar la concentración del mismo durante la maniobra.

En los niños con ventilación mecánica podemos realizar la aspiración de secreciones sin necesidad de desconectarles del respirador, utilizando codos con ventana o circuitos de aspiración cerrados.

En algunas ocasiones, para fluidificar las secreciones puede utilizarse suero fisiológico, instilando por la cánula 1-2 ml. antes de introducir la sonda de aspiración. Esto no debe hacerse como rutina, debido a las múltiples complicaciones que puede ocasionar.

Existe una técnica manual de aspiración, que puede utilizarse en

situaciones de emergencia. Ésta consiste en succionar las secreciones a través de la cánula, utilizando una jeringa de 20 o 50 ml. conectada a una sonda de aspiración.

Se deben vigilar las características y los cambios en las secreciones para detectar posibles infecciones.

Cambio de la cánula de traqueostomía: cuando el estoma está consolidado, y si no existe ninguna contraindicación, el cambio de la cánula debe realizarse cada siete días. El objetivo principal es evitar infecciones y obstrucciones que impidan una correcta ventilación. Siempre debe hacerse en ayunas y previa aspiración de las secreciones.

Para el cambio de la cánula habitualmente son necesarias dos personas, sobre todo si el niño es pequeño. Cuando el niño es mayor se le entrena para que el cambio lo haga él mismo.

¿Cómo se realiza el cambio de cánula? Antes de cambiar la cánula debemos preparar todo el material que vamos a necesitar (*cuadro 2*). Igual que para la aspiración de secreciones, si el niño está ingresado, debemos utilizar guantes estériles y mascarilla y, si está en su domicilio, bastará con un buen lavado de manos.

La nueva cánula se debe introducir siempre con el obturador,

CUADRO 2

MATERIAL PARA EL CAMBIO DE CÁNULA

- Cánula de traqueostomía del tamaño adecuado
- Cinta
- Lubricante (Silcospray)
- Aspirador de secreciones y sondas
- Fonendoscopio
- Tijeras
- Tubo endotraqueal o cánula de menor tamaño para posibles emergencias
- Maletín de urgencias

para evitar lesiones de la mucosa traqueal, y con las cintas de uno de los lados enhebradas.

Colocaremos al niño con el cuello hiperextendido para facilitar la maniobra, lubricamos la cánula y mientras una persona retira la cánula antigua, la otra coloca la nueva rápidamente y sin forzar. El obturador debe sacarse inmediatamente para facilitar la respiración del niño. Una vez colocada la cánula, debemos auscultarle para comprobar que el aire entra perfectamente, comprobaremos su color y sus movimientos torácicos, que deben ser normales. En los cambios de cánula es normal que el niño tosa.

Una vez colocada la cánula, se limpia el estoma y se atan las cintas. Éstas deben quedar ajustadas al cuello sin apretar, de manera que se puedan introducir dos dedos entre la cinta y la piel. Por último colocaremos el babero.

COMPLICACIONES

Aunque las complicaciones, tanto en la realización de la técnica como en el cuidado de la traqueostomía, pueden ser múltiples y variadas, no suelen ser frecuentes (*cuadro 3*).

Existen algunas situaciones, como son la obstrucción o decanulación accidental de la cánula de traqueostomía, que implican un riesgo vital para el niño, por lo que es necesario que siempre se tenga a mano un material básico de emergencias (*cuadro 4*).

Las complicaciones más importantes con las que pueden encontrarse los padres en el domicilio son:

- **Obstrucción de la cánula.** Los signos de obstrucción son:
 - Ausencia de entrada de aire en el tórax, aunque puede

haber movimientos torácicos en niños con cánulas que no ocupan toda la luz traqueal.

- Agitación.
- Cianosis.
- Convulsiones por hipoxia.
- Pérdida de conocimiento.
- Ausencia de pulso.

- **Actuación**

- Aspiración de la cánula. Si es necesario lavar con suero salino.
- Cambiar la cánula si no se consigue una mejoría.
- Iniciar maniobras de RCP si no hay pulso.

- **Decanulación accidental**

Es una complicación frecuente en lactantes y niños pequeños, debido a que tienen un cuello corto y grueso. Ante esta eventualidad, lo primero que hay que hacer es hiperextender el cuello del niño, valorar su estado general y tranquilizarlo. Si respira, pero con dificultad o tiene cianosis y tenemos oxígeno, conviene acercárselo al estoma, boca o nariz. Si es posible la recanulación, se procederá según el protocolo; si no fuera posible, se colocará una cánula más pequeña o una sonda de aspiración conectada al oxígeno y se acudirán al centro de urgencias más cercano.

La complicación más grave es el cierre del estoma. Si esto ocurre, es imposible introducir la sonda. Si el niño además no respira, se deben iniciar las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) y avisar al servicio de emergencia.

- **Sangrado**

El sangrado también implica una complicación secundaria grave. Una mala praxis en la

CUADRO 3

COMPLICACIONES DE LA TRAQUEOSTOMÍA

Derivadas de la técnica quirúrgica	Hemorragia local o de grandes vasos
	Enfisema subcutáneo
	Neumotórax, hemotórax o neumomediastino
	Lesión del nervio laríngeo (nervio recurrente)
	Perforación traqueoesofágica
Complicaciones secundarias	Fístula traqueoesofágica
	Obstrucción de la cánula por secreciones
	Decanulación accidental
	Infecciones respiratorias recurrentes
	Estenosis
	Malacia
	Granuloma traqueal
Úlceras por decúbito	
Derivados de la técnica de aspiración	Irritación de la piel del cuello y estoma
	Hipoxemia
	Arritmias (generalmente bradicardias)
	Fluctuaciones de la tensión arterial
	Atelectasias
	Sangrado
	Irritación traqueal
	Broncoespasmo
	Laringoespasmo
	Infección

CUADRO 4

MALETÍN DE EMERGENCIAS

- Aspirador de secreciones portátil o jeringa de 50 ml. de cono ancho
- Sondas de aspiración
- Cánula de traqueotomía con las cintas puestas
- Tubo endotraqueal o cánula de traqueotomía más pequeña
- Tijeras
- Suero fisiológico y jeringas
- Gasas y cinta
- Ambú o bolsa de resucitación
- Teléfonos de emergencia

técnica de la aspiración, puede producir secreciones sanguinolentas por lesión en la mucosa traqueal o bronquial si las aspiraciones son muy profundas, pero esto no supone una emergencia vital. Sólo una hemorragia abundante deberá ser atendida urgentemente por el otorrinolaringólogo.

• *Entrada de agua a través de la cánula*

El niño traqueostomizado puede bañarse, aunque es más recomendable la ducha para evitar

la entrada de agua en la tráquea. Si esto ocurriese hay que actuar rápidamente aspirando y realizando fisioterapia respiratoria para facilitar la salida del agua. Si después de realizar estas maniobras el niño continúa con dificultad respiratoria, se debe acudir a un centro de urgencias.

• *Signos de infección*

La fiebre, pérdida de apetito, pérdida de peso, cambio en el color, cantidad y consistencia de las secreciones, así como la pérdida de vitalidad, pueden ser

síntomas de una infección respiratoria.

Si esto ocurre debe acudir al pediatra para recoger un exudado bronquial y seguir el tratamiento correspondiente. Aumentar la humidificación, la frecuencia de aspiraciones y fisioterapia, pueden ayudarle a mejorar.

MANIOBRAS DE RCP

Se considera parada cardiorrespiratoria (PCR) a la interrupción brusca de la respiración y de la circulación espontánea. La consecuencia más grave es la falta de oxigenación que afecta a órganos vitales, especialmente al cerebro. El restablecimiento de las constantes vitales debe hacerse lo más rápidamente posible para evitar secuelas importantes.

Se denomina soporte vital básico o RCP básica, al conjunto de maniobras destinadas a restablecer o mantener la circulación y oxigenación, mediante insuflación pulmonar a través del aire espirado del reanimador y compresiones torácicas externas. Si estas maniobras no son efectivas se deberá proceder a la RCP avanzada, para lo que se precisa un personal entrenado y un equipo adecuado.

En el niño, a diferencia del adulto, la PCR comienza como un fallo respiratorio que posteriormente origina una parada cardíaca. Este fallo respiratorio puede estar ocasionado por múltiples causas, la principal es la obstrucción aguda de la vía aérea.

En el niño con traqueostomía la obstrucción de la cánula o la decanulación accidental de la misma, puede originar una PCR, y los padres o cuidadores deben estar entrenados en las maniobras de RCP básica. En el esquema 1

puede verse lo que se denomina algoritmo de la RCP básica, que son las secuencias estandarizadas a seguir en caso de PCR. Incluye tres pasos que deben quedar bien claros: A = Apertura de la vía aérea; B = Restaurar respiración y C = Restaurar pulso.

En los niños, debido a sus peculiaridades anatomofisiológicas, las maniobras de RCP pueden dividirse en tres edades: neonato, lactante y niño mayor.

En los niños con traqueostomía, la ventilación debe hacerse boca-estoma o cerrando el estoma, boca-boca o boca boca-nariz, dependiendo de la edad del niño; también puede ventilarse con mascarilla y ambú o bolsa de resucitación.

LENGUAJE

La traqueostomía dificulta la fonación, ya que el aire inspirado fuga a través de ella, impidiendo que llegue a las cuerdas vocales. La voz se hace inaudible en los niños mayores y los lactantes presentan retraso en la adquisición del lenguaje, por lo que necesitan el apoyo de un logopeda.

Existen diferentes métodos que facilitan la función de las cuerdas vocales:

- Utilizar cánulas no mayores de 2/3 de la luz traqueal. Con esto se consigue que el aire fugue alrededor de la cánula llegando a las cuerdas vocales. En la espiración el niño debe tapar la cánula para dejar pasar el aire hacia las cuerdas, y así, hacerse oír.
- Cánulas fenestradas, que permiten la fuga del aire espirado hacia las cuerdas vocales. Cuando se utilizan en niños que requieren ventilación mecánica para dormir, por el día se hacen

coincidir los orificios de ambas piezas para facilitar la fonación, y por la noche se desacoplan para impedir la fuga de aire hacia las vías altas.

- Válvulas fonatorias. Son unos dispositivos que se acoplan al extremo proximal de la cánula de traqueostomía, abriéndose en la inspiración y cerrándose en la espiración; esto permite que el aire circule hacia las cuerdas vocales, mejorando la fonación del paciente con respiración espontánea. La válvula consta de una membrana unidireccional que también sirve de filtro frente a partículas del exterior. Algunas tienen conexión para oxígeno.

EL NIÑO CON TRAQUEOSTOMÍA Y VENTILACIÓN MECÁNICA

Muchos niños traqueostomizados son dependientes de ventilación mecánica. Esto no debe ser un impedimento para el alta domiciliaria, aunque requiere un entrenamiento más exhaustivo del que será el cuidador principal.

Antes del alta, habrá que asegurar que las condiciones en el ámbito domiciliario cumplen unos mínimos requisitos higiénicos y sanitarios, y que los padres y cuidadores son diestros en el manejo tanto de la vía aérea como de todo el aparataje que conlleva la ventilación mecánica: respirador, humidificador, monitor y pulsioxímetro.

Existen en el mercado respiradores portátiles, de fácil manejo y provistos de batería interna que permiten una autonomía de varias horas, dependiendo del modelo. Esto es importante en niños que tienen una dependencia total

del respirador, ya que les permite salir a la calle, evitando así la reclusión del paciente y facilitando, en lo posible, relacionarse con otros niños o asistir al colegio.

MANTENIMIENTO DE CÁNULAS Y APARATAJE

- *Cánula de traqueostomía*
Se debe limpiar para que no quede ningún resto de secreciones. Si el niño tuviera alguna infección respiratoria, sería conveniente esterilizarla, para lo cual deberá llevarla al centro de salud más cercano. No obstante, si no existiera ninguna infección, podría desinfectarse en el mismo domicilio. El proceso consiste en introducir la cánula, una vez limpia, en una solución antiséptica de glutaraldehído al 2% durante una hora, posteriormente lavarla con agua destilada, dejándola sumergida durante 20-30 minutos, para eliminar los restos del antiséptico, y finalmente dejarla secar bien. Se guardará envuelta en gasas estériles y en una bolsa de plástico.
- *Aspirador de secreciones*
El recipiente se debe vaciar diariamente, limpiar bien con agua caliente y jabón y posteriormente secarlo.
- *Respirador*
El humidificador se debe vaciar diariamente, limpiar con jabón, secar y volver a rellenar con agua estéril o agua hervida fría. Para esterilizar el agua del grifo se debe hervir durante 20 minutos. El cambio de tubuladuras debe hacerse cada semana. Lo más aconsejable es esterilizar las tubuladuras, pero si esto no es posible, se desinfectarán como se hace con la cánula de traqueostomía.

ALTA DOMICILIARIA

En el niño traqueostomizado, pueden asociarse otras patologías o incluso problemas sociales, que deben valorarse y controlar antes del alta domiciliaria. Esto implica la intervención de un equipo multidisciplinario (otorrino, intensivista, neurólogo, rehabilitador, logopeda, cardiólogo, nutricionista, enfermera y trabajador social) que tendrá como objetivo principal la integración del niño en su ambiente familiar y social. La existencia de un plan de cuidados domiciliarios es importante para proporcionar al niño y la familia el apoyo necesario para su integración. En este plan se contempla tanto la preparación del material necesario para el alta como el seguimiento del paciente en el domicilio, siendo un puente de unión entre el hospital y el centro asistencial más cercano.

El equipo de enfermería, enfermera y auxiliar, tiene un papel fundamental en la adaptación y aprendizaje de los padres y familiares, ya que son los profesionales que más tiempo pasan con ellos, llegando a establecer un vínculo importante que les da confianza y seguridad para expresar sus dudas y temores.

Al alta los padres serán capaces de:

- Realizar fisioterapia respiratoria y aspirar secreciones. Son técnicas sencillas que los padres aprenden a realizar desde los primeros momentos de la implantación de la cánula. Las primeras aspiraciones las harán conjuntamente la enfermera y la auxiliar en presencia de los padres, a la vez que les van explicando cuándo y cómo deben hacerlo; así mismo les

enseñarán a realizar fisioterapia respiratoria para facilitar la extracción de secreciones. Esto hará que vayan familiarizándose con los cuidados y tomen conciencia de la importancia de las técnicas, cuyo objetivo principal es mantener la vía aérea permeable. Comprobarán que, tras las aspiraciones, el niño mejora y aumenta su saturación, y poco a poco ellos mismos aprenderán a valorar cuándo su hijo necesita ser aspirado y cómo detectar una infección por la consistencia, color y olor de las secreciones. Paulatinamente, ellos mismos serán los encargados de hacerlo, con la ayuda de la enfermera o la auxiliar, que en este caso controlarán y valorarán la realización de la técnica, ayudándole a adquirir confianza y corregir errores.

- Cambiar la cánula de traqueostomía. Controlarán la técnica del cambio de la cánula y las cintas, así como su limpieza y almacenaje.
- Controlarán la vía aérea, y las técnicas de reanimación. Aprenderán a auscultar y valorar la respiración y la frecuencia cardíaca, que será diferente dependiendo de la edad de su hijo (*esquema 1*). Les enseñaremos las maniobras de RCP básica.
- Conocerán el funcionamiento de todo el aparataje que el niño necesite. Deberán aprender a utilizar todo el material que van a necesitar en el domicilio. Si el niño precisa ventilación mecánica, aprenderán el correcto funcionamiento del respirador. Les enseñaremos a cambiar las tubuladuras, los filtros antibacterianos, el humidificador, y a reconocer los distintos tipos de alarmas y las causas más

importantes que las pueden provocar:

- Alarma de alta presión: por secreciones o acodamientos de las tubuladuras.
- Alarmas por baja presión: fugas en el circuito.

En un principio es normal que los padres sientan rechazo, miedo y ansiedad ante la nueva situación, necesitando, en ocasiones, apoyo psicológico de un profesional.

La implicación directa de los padres en el cuidado de su hijo, así como nuestra ayuda y comprensión para resolver todas sus dudas, irá solucionando día a día problemas que en un principio parecían insalvables. El aprendizaje debe ser progresivo y adaptarse a la capacidad de los padres, que poco a poco irán adquiriendo las habilidades necesarias para cuidar y valorar las necesidades de su hijo.

DECANULACIÓN

La traqueostomía, en la mayoría de los niños, es transitoria. En estos casos, la decanulación se llevará a cabo cuando desaparezca la causa que la provocó.

Cuando el niño ha sido dependiente durante mucho tiempo de una traqueostomía, requiere un periodo de adaptación. Debe acostumbrarse paulatinamente a respirar por la vía aérea natural. Esto puede hacerse por diferentes métodos:

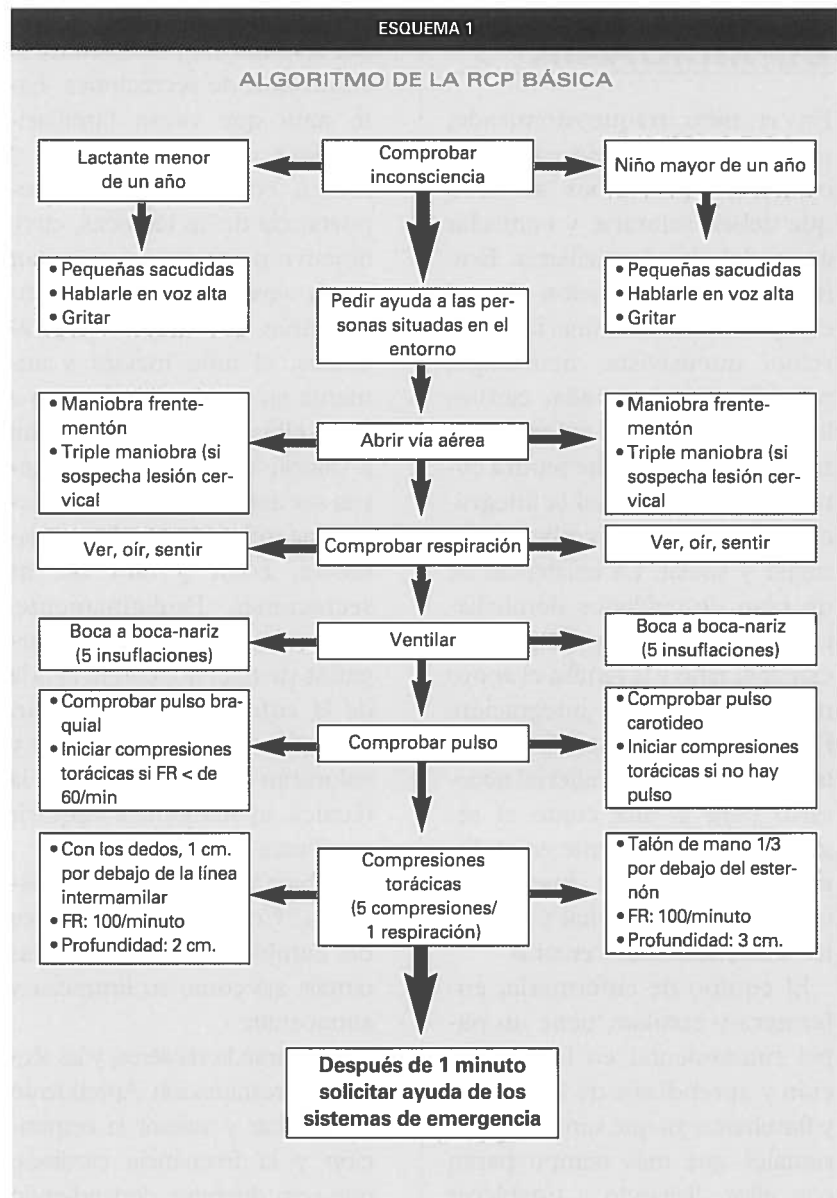
- Tapar la cánula en periodos progresivamente más largos, controlando su saturación, que nunca debe bajar de 90%. Si vemos que se agobia, procederemos a destaparla. Cuando veamos que el niño es capaz de respirar normalmente, procederemos a la decanulación definitiva.

- Disminuir progresivamente el tamaño de la cánula. Cuando el niño tolera perfectamente la cánula más pequeña se procede a su retirada. El procedimiento habitual consiste en retirar la cánula y tapar con un apósito, permitiendo que el estoma cierre espontáneamente. Si no cicatrizara habría que cerrar quirúrgicamente.

CONCLUSIONES

La traqueostomía no es un impedimento para el desarrollo de una vida normal, las técnicas y cuidados aprendidos van a permitir el buen desarrollo del niño y su integración en el ámbito familiar y social.

El alta domiciliaria es la culminación de todo un proceso de aprendizaje y adaptación del paciente y sus familiares a una nueva situación. En esta etapa es posible que manifiesten ansiedad, al sentirse desprotegidos fuera del medio hospitalario. Facilitarles el contacto con otras familias en su misma situación, así como el seguimiento del paciente en su domicilio, puede serles de gran ayuda para adquirir nuevas habilidades y proporcionarles tranquilidad y seguridad.



BIBLIOGRAFÍA

- Arthur C. Guyton:** *Ventilación pulmonar*. En Arthur C. Guyton. *Tratado de fisiología médica*, capítulo 39. Ed. Interamericana. Cuarta edición, Madrid, 1971.
- Evangelina Pérez y Ana Fernández:** *Aparato respiratorio. Procedimientos relacionados*. En *Auxiliar de enfermería*. McGraw-Hill. Interamericana, pp. 229-236. Segunda edición, Madrid, 1998.
- B. Martín Rivero y L. Campos Salas:** *Traqueostomía percutánea*. *Rev ROL Enf* 2000; 23(10) octubre 2000, pp. 681-685.
- A. Carrillo Álvarez:** *Cricotiroidotomía*. En: J. Casado Flores, A. Serrano. *Urgencias y tratamiento del niño grave. Síntomas guía, técnicas y procedimientos*, capítulo 11. Editorial Ergón 2000.
- L. Salas Campos, O. Gómez Ferrero, M.G. Navarro, B. Martín Rivero y A.M. Martínez de la Chica:** "Cánulas de traqueostomía". *Rev ROL Enf*; 23(5) mayo 2000; pp. 393-398.
- M.A. García Teresa:** "Cuidados del niño con traqueostomía". En J. Casado Flores, A. Serrano. *Urgencias y tratamiento del niño grave. Síntomas guía, técnicas y procedimientos*, capítulo 33. Editorial Ergón 2000.
- M.A. Vizcaino Chocano:** *Traqueostomía. Cuidados de enfermería*. Protocolo de la Unidad de Cuidados Intensivos del Niño Jesús. Madrid.
- Asociación de Niños Críticos:** Video: *Cuidados habituales del niño con traqueostomía*. Hospital Niño Jesús. Madrid 2000.
- J. Casado Flores, M.A. García Teresa:** *Parada cardiorrespiratoria en niños, Reanimación cardiopulmonar pediátrica*. En J. Casado Flores, A. Serrano. *Urgencias y tratamiento del niño grave. "Síntomas guía, técnicas y procedimientos"*, capítulo 1. Editorial Ergón, 2000.
- <http://pcs.adam.com/ency/article/002955.htm>. *Traqueostomía. Información general*.

Artritis reumatoide

ANA MARÍA MAESTU TORRES

Auxiliar de Enfermería

Álava

La artritis reumatoide es una enfermedad donde la enfermería tiene un gran campo de acción, sobre todo en educación sanitaria, dado que es un problema más frecuente de lo que imaginamos y se asocia con alteraciones en la calidad y la expectativa de vida. El principal daño de la enfermedad es que es irreversible en sus primeros años, pero un tratamiento de fondo ha demostrado que puede mejorar la calidad de vida y retardar o detener el daño radiológico.

ARTRITIS REUMATOIDE

Definición

Es una enfermedad *sistemática, crónica, progresiva e inflamatoria* del tejido conjuntivo que produce una destrucción progresiva con distintos grados de incapacidad funcional o deformidad y en ocasiones puede afectar a diversos órganos y sistemas.

Se estima que su prevalencia está entre el 0,5 y el 1,5 por ciento de la población general.

Predomina en el sexo femenino (3:1) y comienza entre los 25 y los 55 años. De etiología desconocida, la destrucción de la articulación se debe a la formación de un complejo inmunológico dentro de un proceso inflamatorio autoinmune que comienza en la membrana sinovial, y se va erosionando progresivamente el cartílago y el hueso.

Etiopatogenia

Se han estudiado agentes infecciosos (bacteria, virus...); de los virus, el más estudiado ha sido el de Epstein-Barr, sin que exista certeza respecto a su participación.

La patogénesis de la artritis reumatoide reside en la identificación de dos procesos inmunológicos que ocurren simultáneamente (humoral y celular) y relacionados con el proceso inflamatorio con tendencia a la cronicidad y a la formación granulomatosa sinovial o pannus, así como con la destrucción tisular.

La participación inmunitaria humoral se basa en:

- La elevación de las inmunoglobulinas en el suero.
- La presencia de las antiinmunoglobulinas (los factores reumatoides, autoanticuerpos presentes en el 80 por ciento de los pacientes de artritis reumatoide).
- Las células plasmáticas de la sinovial afectada por la artritis reumatoide produce inmunoglobulinas y antiinmunoglobulinas.
- La reducción del complemento en el líquido sinovial y la presencia de complejos inmunes.
- La reactividad celular contra ciertos tipos de colágena.
- Activación espontánea de linfocitos T del líquido sinovial in vitro.

La participación celular y tisular se identifica por la formación del pannus, la destrucción del

cartílago articular, los ligamentos, tendones y estructuras óseas. El elemento más destructivo es el pannus (llamado también paño), tejido de granulación compuesto por fibroplastos proliferantes, vasos sanguíneos y varios tipos de células inflamatorias. La colágena y los proteoglicanos parecen alterarse en la región inmediatamente adyacente a las células mononucleares en la unión cartílago-pannus.

La participación de la superficie articular traduce erosiones óseas, deformidades articulares y los diversos grados de incapacidad funcional.

Los cambios patológicos descritos pueden conducir, a largo plazo, a adherencias y cicatrización de las superficies articulares y organización fibrosa que se traduce en anquilosis.

Los trastornos anatómicos y funcionales articulares y regionales comprenden cápsula articular, ligamentos, tendones y estructuras similares comprometiendo así la función y favoreciendo el desarrollo de las deformidades tan características de la artritis reumatoide.

El desarrollo de la enfermedad varía de una persona a otra.

En su forma más suave, la artritis reumatoide es una dolencia que dura sólo unos pocos meses y no deja incapacidades; o puede ir y venir, con episodios de enfermedad intercalados con períodos de salud normal. Para la mayoría de personas la dolencia se desarrolla durante un número de años con períodos en los que aparece y otros en los que remite. La proporción de desarrollo es muy variable. Afortunadamente, en la mayoría de los casos la enfermedad tiende a remitir y pasado un tiempo no causa daños adicionales.

Pero, ¿qué produce la artritis reumatoide? La causa (comentada anteriormente) se desconoce, pero está relacionada con el sistema inmunológico del cuerpo, que generalmente le protege de las enfermedades. Parece que algún factor causativo hace que su sistema inmunológico reaccione en contra de sus propios tejidos, sobre todo en las articulaciones. El resultado es que la membrana sinovial (que es la que reviste la superficie interior de la cápsula articular y se encuentra muy delgada; la cápsula articular es una materia correosa y fibrosa que rodea completamente la articulación y mantiene todo unido) que recubre el interior de la articulación, se inflama y se dilata.

Esto hace que la articulación se caliente, se inflame y produzca dolor. El tejido sinovial hinchado produce enzimas que son liberadas en la articulación y éstas producen más irritación y dolor.

A la larga, las enzimas pueden corroer las estructuras interiores de la articulación (hueso, ligamentos, cartílago) y esto es lo que causa la deformación permanente de la articulación.

Es una enfermedad que no solamente afecta a las articulaciones

sino a todo el cuerpo. Puede producir inflamación en los músculos, los tendones, los pulmones, la piel, los vasos sanguíneos, los nervios y los ojos. Muchas personas con artritis reumatoide se sienten normalmente cansados y debilitados; la pérdida de peso y de apetito es normal e incluso algunas tienen algo de fiebre.

Cualquier articulación puede verse afectada, aunque generalmente se ven atacadas las articulaciones en ambos lados del cuerpo como muñecas, nudillos, rodillas y juanetes. El tratamiento refleja la variabilidad de la enfermedad y se trata de un verdadero programa dirigido individualmente; incluye la combinación de medicación, descanso, ejercicio, protección de las articulaciones y, en casos extremos, cirugía.

Manifestaciones clínicas

Es una enfermedad sistemática, aunque las evidencias son del sistema músculo-esquelético (articulaciones y estructuras relacionadas). La artritis reumatoide es el prototipo de las enfermedades articulares inflamatorias: es una poliartritis (polisinovitis) crónica, generalmente simétrica, con cierta predilección (por lo menos al principio) por las interfalángicas proximales de las manos, las metacarpofalángicas, muñecas, rodillas y codos, aunque puede afectar a cualquier articulación que posea un sinovial.

Con frecuencia hay pródomos imprecisos como fatigabilidad, anorexia, pérdida de peso y es habitual que la sintomatología articular siga un curso gradual progresivo, aunque también puede iniciarse en forma aguda al menos en la quinta parte de los pacientes (en estos casos

aparecen síntomas como fiebre y ataque al estado general).

Manifestaciones articulares

El patrón de afección articular habitualmente es múltiple, aunque puede ocurrir lo contrario, que la artritis sea oligo-articular y permanezca así durante meses e incluso años. Conforme la enfermedad progresa, sufren más articulaciones y las menos frecuentemente afectadas son las temporo-mandibulares, la columna vertebral y las cricoarritenoideas.

Un síntoma de la artritis reumatoide es la rigidez articular subjetiva matutina, particularmente en las manos (puede referirse a cualquier segmento articular e incluso ser generalizada). El paciente refiere despertar con sensación de rigidez y dificultad para hacer movimientos (por ejemplo los de presión) y tal limitación desaparece espontáneamente.

En las manos, la inflamación de las interfalángicas proximales da el aspecto fusiforme tan típico de la artritis reumatoide; las interfalángicas distales permanecen indemnes, siendo éste un dato diferencial con la osteoartritis. Es frecuente encontrar artritis metacarpofalángica bilateral y simétrica. A medida que avanza la enfermedad aparecen datos de atrofia muscular interósea y deformidades características de artritis reumatoide, como la desviación cubital de los dedos, los pulgares en gatillo y la hiperextensión de las interfalángicas proximales con flexión de las interfalángicas distales (deformidad en cuello de cisne).

Las muñecas se afectan en la mayoría de los pacientes, y en la quinta parte puede desarrollarse

el síndrome del túnel carpiano por compresión del nervio mediano por debajo del ligamento anular del carpo por hipertrofia sinovial local.

En la artritis reumatoide no escapa articulación alguna aunque las afectadas con mayor frecuencia son las rodillas, codos, hombros y tobillo.

Manifestaciones extra-articulares

Existen varias razones que indican que la artritis reumatoide es una enfermedad sistemática más que una enfermedad inflamatoria localizada. La frecuencia con que se observan síntomas generales como fatiga, febrícula, linfadenopatía y nódulos subcutáneos, así lo sugieren. En este sentido se emplea el término "enfermedad reumatoide" cuando existe afección no sólo articular, sino de otros órganos tales como pulmones, ojos, nervios periféricos, vasos y corazón, además de alteraciones como anemia, leucocitosis, trombocitosis, presencia de reactantes de fase aguda e hiperactividad inmunológica (anticuerpos como los factores reumatoides y los anticuerpos antinucleares).

Las manifestaciones extra-articulares más comunes

- Los nódulos reumatoides presentes en el 20 por ciento de los casos y que se relacionan con la presencia de factor reumatoide positivo y artritis grave.
- Manifestaciones hematológicas (VGS), velocidad de sedimentación elevada.
- La afección cardiaca en forma de pericarditis (en 30-40 por ciento de los casos de autopsia), la miocarditis (10-20 por

ciento), lesiones valvulares y arteritis coronaria.

- Las alteraciones pleuropulmonares como pleuritis con y sin derrame, fibrosis pulmonar intersticial difusa, la enfermedad pulmonar nodular, la neumonosis reumatoide o síndrome de Caplan, la arteritis pulmonar y la enfermedad obstructiva de las vías aéreas.
- La mononeuritis múltiple con frecuencia se asocia con vasculitis reumatoide, con cambios sensitivos y motores como son la flacidez de la mano o del pie.
- En el área oftalmológica, la queratoconjuntivitis sicca o síndrome de Sjögren, la escleritis, diplopia por probable tendovaginitis del oblicuo superior.
- Las lesiones vasculares inflamatorias pueden tener una amplia distribución en los pacientes con artritis reumatoide, y de hecho las hay en la sinovial inflamada. Sin embargo, existe una entidad clínica definida, la vasculitis reumatoide, caracterizada por lesiones cutáneas, úlceras, polineuropatía, gangrena digital, isquemia visceral incluso infarto intestinal.

Diagnóstico

Lo esencial para establecer el diagnóstico de la artritis reumatoide es la información clínica, sin que esto signifique que los estudios auxiliares no deben utilizarse, sino tener presente su verdadero valor diagnóstico y para obtener conocimiento de la gravedad y del grado de actividad o remisión de la enfermedad.

Los cambios radiológicos son la imagen de los cambios patológicos sinoviales primero y después óseos. Y algunos estudios analíticos (factor reumatoide) son de gran utilidad para confirmar el

diagnóstico. Identificar las manifestaciones extra-articulares, conocer su relación directa con la artritis reumatoide es de lo más importante para decidir su tratamiento y el pronóstico.

El diagnóstico de la artritis reumatoide cambia la vida de una persona que ha de ajustar aspectos importantes de su actividad cotidiana a la nueva situación. Es preciso ayudar al paciente a adaptarse con naturalidad y confianza. Es una enfermedad que en este momento no tiene un tratamiento curativo, pero la mayoría de los pacientes que la padecen pueden mantener un nivel de relación social aceptable.

Tratamiento

La artritis reumatoide es una enfermedad que tiene muchas variantes, entonces lo primero es individualizarla. También hay que tener en cuenta que son variables las formas de manifestarse y de respuesta ante el tratamiento.

Los principios generales del manejo de la artritis reumatoide se pueden resumir así:

- *Tratamiento sintomático:* orientado al control del dolor y la inflamación. Debe mencionarse el campo afectivo, manifestándose como depresión, ansiedad, angustia, etc. Y exigen un tratamiento sintomático y en ocasiones medidas especiales. Para los síntomas (dolor e inflamación) los AINE ocupan un destacado lugar; los gluco-corticoides como supresores sintomáticos (se reservan para manifestaciones extra-articulares graves y aquellos que no responden a los AINE).
- *Medidas especiales:* tienen como fin el alivio sintomático, la preservación de la función y la

integridad articular del sistema músculo-esquelético en general. Aquí se incluyen los diversos procedimientos fisioterapéuticos, rehabilitación, quirúrgicos y ortopédicos. Y la información al paciente sobre la naturaleza de la artritis reumatoide, las razones del tratamiento, lo que se espera de él, la importancia del apego a todas las medidas terapéuticas y a todo aquello que contribuye al bienestar del paciente y a lograr una buena calidad de vida.

- *Medidas específicas:* se orientan esencialmente a modificar la historia natural de la artritis reumatoide, puesto que aunque se sabe que es una enfermedad autoinmunitológica, la etiología aún se desconoce. Existen medicamentos que han mostrado ese efecto y se les ha calificado como “modificadores de enfermedad”, “drogas antirreumáticas modificadores de síntomas de la enfermedad” (denominación propuesta por ILAR: International League of Associations for Rheumatology), “inductores de remisión” o bien como “drogas antirreumáticas de acción lenta”.

Se consideran *medidas específicas* a aquellas en las que se suministran medicamentos que tienen una indicación limitada, como por ejemplo las cloroquinas, el metotrexate en la artritis reumatoide. Su empleo exige el conocimiento del medicamento, así como de sus riesgos y beneficios.

Podemos concluir respecto al tratamiento integral de cualquier enfermedad reumática que uno de los logros sobresalientes en el manejo de la artritis reumatoide es el concepto de que las medidas de todo tipo (sintomáticas, especiales y específicas) deben

ponerse en juego desde el primer momento, en cuanto se tenga la certeza del diagnóstico. Hoy se piensa que si la enfermedad es agresiva, el tratamiento también debe serlo. Hay que tener en cuenta que todos los medicamentos tienen efectos secundarios. En cualquier tratamiento habrá que considerar que es mayor el beneficio que el riesgo. La opción de un tratamiento en particular por parte del reumatólogo es fruto de una amplia experiencia a escala mundial. Al final será el paciente quien decidirá si asume el tratamiento después de disponer de la mayor información posible.

Como ya he comentado, los del primer grupo sirven para aliviar el dolor y la inflamación a corto plazo. Son útiles para bajar la inflamación y sobrellevar el dolor “día a día”, pero no sirven para modificar la evolución de la enfermedad a largo plazo. Los antiinflamatorios son medicamentos eficaces, no hay uno mejor que otro, cada persona puede encontrar uno que le vaya mejor en particular.

Los corticoides, también comentados, utilizados de forma juiciosa, a dosis moderadas y con las indicaciones del reumatólogo, permiten en muchos casos mejorar la calidad de vida a largo plazo, superando los efectos secundarios que se producen con estas dosis.

El otro gran grupo lo integran medicamentos que no sirven para tratar el dolor en un momento determinado, sino que actúan haciendo que la actividad de la enfermedad a largo plazo sea menor.

Tardan en hacer efecto semanas e incluso meses, no son eficaces en el 100 por ciento de los pacientes, por lo que el médico tiene que

prescribir varios de forma secuencial hasta encontrar aquel que sea más eficaz y mejor tolerado.

Si con el tratamiento se consigue mejoría del dolor y de la inflamación pero persiste alguna articulación inflamada, debemos hacérselo saber al médico. Una vez descartada alguna complicación, se puede actuar localmente mediante infiltraciones, con el fin de bajar la inflamación. También es posible actuar localmente sobre articulaciones especialmente inflamadas con material ortopédico especial. Es posible que durante la evolución de la enfermedad alguna articulación resulte especialmente dañada y sea necesario realizar algún tipo de cirugía reparadora.

Pronóstico

Si bien la enfermedad también tiene cursos benignos, la mayoría de las veces la artritis reumatoide avanza progresivamente. La destrucción articular acostumbra a verse tras unos años en las radiografías. Con los medicamentos existentes hoy en día, en la mayoría de los pacientes puede frenarse el curso de la enfermedad y a menudo controlar durante largo tiempo la inflamación y los dolores, si bien también existe un gran riesgo de invalidez duradera. Los pacientes con cursos graves de la enfermedad tienen una esperanza de vida más reducida.

Embarazo. Fármacos

Padecer artritis reumatoide no obliga a evitar un embarazo. Dos tercios de las mujeres con artritis reumatoide experimentan durante el embarazo una mejoría transitoria de la enfermedad pero hay que tener en

cuenta que la crianza y el cuidado de un recién nacido exigen un esfuerzo físico considerable que puede aumentar las molestias de la paciente en los meses siguientes al parto. Si la paciente decide tener un hijo debe consultar con su reumatólogo para que le ajuste la medicación de forma que sea lo más segura para el feto. Una mujer con artritis reumatoide puede utilizar el método anticonceptivo que considere su ginecólogo. La artritis reumatoide no es una enfermedad hereditaria, pero los familiares de primer grado tienen un riesgo aumentado de desarrollar la enfermedad, aunque no lo suficientemente importante como para desaconsejar tener descendencia.

Una mujer embarazada con artritis reumatoide se preguntará el efecto que pueden tener los AINE sobre su hijo. En general, no se han demostrado alteraciones en el desarrollo del feto. Aunque sí se han descrito alteraciones como: gestaciones prolongadas, trabajo prolongado del parto, hemorragias postparto... Desde el punto de vista práctico sería razonable continuar la toma de AINE (si lo aconseja su reumatólogo) si son requeridos a lo largo del embarazo.

¿Y durante la lactancia materna? Sólo se ha demostrado que la indometacina puede producir reacciones adversas. Ya que la mayoría de los AINE tienen la propiedad de poder pasar a la leche materna, el objetivo debe ser la utilización de fármacos que lo hagan en concentraciones muy bajas. También se puede optar por la lactancia artificial si a la mujer le hace sentir más segura y así se lo ha expuesto a su ginecólogo, matrona, etc.

EDUCACIÓN PARA LOS PACIENTES

La dieta

La persona que padece la enfermedad se puede plantear una serie de preguntas, como por ejemplo:

- ¿Debo evitar ciertos alimentos...?
- ¿Debería comer más de...?
- ¿Me ayudaría tomar suplementos vitamínicos...?

He observado que hay publicaciones en revistas que dicen que "ciertas dietas" han hecho desaparecer la artritis reumatoide; si esto fuera cierto sería estupendo, pero pienso que no es así. Reflexionando sobre ello, la artritis no es una sola enfermedad, sino que recoge un abanico muy amplio de dolencias distintas (ya comentadas), y cualquier tratamiento hay que individualizarlo, lo que a una persona le va bien a otra tal vez no... Por otro lado, es una enfermedad que va y viene. ¿Cómo sabemos que ha sido la dieta la causa de su remisión?

Hemos de tener en cuenta que una dieta equilibrada (en la que se ingieran nutrientes necesarios para darle energía, reparar los tejidos dañados y mantenerle sano) es buena para todo el mundo. También debemos saber que el sobrepeso pone en tensión las articulaciones, en especial la columna vertebral y las extremidades inferiores. Las personas con sobrepeso, por lo general, suelen ser más propensas a contraer otras enfermedades (problemas de cicatrización, diabetes, cardiovasculares...).

Se tendrá en cuenta a la hora de cualquier dieta la edad, el sexo, el estado físico, la actividad que realiza la persona. Lo que sí es más

saludable (pero para todos) es evitar en lo posible los alimentos que contengan conservantes, aditivos químicos, reducir la sal, el consumo de alcohol, caféina, tabaco, etc.

El estrés

Las personas que padecen la artritis reumatoide pueden pasar por fases de ansiedad, angustia, dolor, cansancio, etc. Tenemos que estar "pendientes" de ellas para poder ayudarles, puesto que con una actitud positiva es más "fácil" enfocar los problemas que puedan surgir.

Es importante que la persona que padece la artritis reumatoide deje "aparcado" el estrés, porque si se encuentra estresada puede coincidir con un brote de la enfermedad; sabemos que puede ser un factor, y lo ideal es eliminarlo en la medida de lo posible.

A estas personas en particular se les puede enseñar a relajarse, ya que el estar relajado reducirá tanto el estrés como los síntomas. Un cuerpo relajado implica que los músculos están relajados, aliviando parte del dolor que se asocia con las enfermedades reumáticas. Existen varias técnicas de relajación; el paciente decidirá junto al personal de enfermería cuál es la más cómoda y fácil de llevar para él.

Debemos enseñar a estos pacientes a no sufrir en silencio, ellos piensan que no hay nada que les alivie el dolor que padecen. Ante cualquiera de los siguientes síntomas deberían acudir a su médico:

- Un dolor persistente o recurrente en cualquier articulación.
- La inflamación en una o varias articulaciones.
- El enrojecimiento y calor de una articulación.

- Anquilosamiento al levantarse por la mañana.
- La imposibilidad de mover una articulación con normalidad.
- La pérdida de peso inexplicable, fiebre, cansancio, etc.

Fisioterapia

Los terapeutas profesionales se van a preocupar de ayudar al paciente a funcionar mejor y con mayor independencia para las actividades de la vida diaria. Ellos le van a indicar sugerencias de cómo adaptar la casa, de modo que pueda hacer lo máximo posible por sí mismo, con la menor cantidad de esfuerzo para sus articulaciones, aparatos para usar, tipos de férulas, ayudas para caminar, educación de cómo utilizar su cuerpo y proteger la articulaciones, tipo de calzado, ropa, ejercicios y cómo equilibrar sus actividades diarias.

Reposo

Es importante en el tratamiento de la artritis reumatoide. Durante el reposo hay que mantener una postura adecuada, con brazos y piernas estirados. Debe evitarse poner almohadas debajo de las rodillas en la cama; aunque puedan aliviar el dolor, a la larga producirán deformidades en rodillas y caderas.

El reposo total en cama sólo está indicado en situaciones como brotes de hinchazón articular, que se acompañen de fiebre, pérdida de peso, cansancio severo, afectación de órganos vitales (corazón, pulmón, vasos sanguíneos, etc.), alteraciones destructivas importantes de articulaciones de las extremidades inferiores. Este tipo de reposo no debe superar las dos semanas y se debe hacer ejercicios intermitentemente.

Tampoco es bueno estar mucho tiempo sentado, ya que las rodillas y las caderas no estarían en una correcta posición anatómica al permanecer mucho tiempo dobladas. Podemos mantener estiradas las rodillas si colocamos un taburete de apoyo en los pies, un sillón con apoyo para las extremidades inferiores y pies. Los codos deben alternar posiciones de doblados y estirados.

La cama debe ser plana, con somier rígido. Usar una almohada baja para que el cuello quede recto. Para evitar el peso de la ropa de cama se puede emplear un arco de alambre (forrado con vendas para evitar lesiones) debajo de la sábana.

Ejercicio

Las personas con artritis reumatoide deberían descansar entre ocho y diez horas en la cama por la noche y unos treinta minutos de siesta. Estas personas deben evitar una vida con gran actividad física; si es moderada será beneficiosa siempre que no produzca fatiga o dolor.

En el trabajo se deben evitar grandes esfuerzos físicos o mentales. No deben estar mucho tiempo de pie, sin realizar movimientos repetitivos, sobre todo en las manos. Hay que enseñarles higiene postural, sentarse con la espalda recta, evitando tener el cuello o la espalda doblados hacia delante durante mucho tiempo.

En el hogar deben evitar hacer fuerza con las manos. No es aconsejable retorcer la ropa, abrir tapones con rosca, apretar fuertemente mangos de cubiertos o de fregonas, ya que puede contribuir a agravar las deformidades.

El ejercicio ayuda a disminuir los síntomas y contribuirá a:

- Reducir el dolor.
- Mejorar el estado físico general.
- Mejorar la alineación articular.
- Reducir la hinchazón.
- Mantener fuertes y sanos los huesos y los cartílagos.
- Mantener fuertes los músculos que rodean las articulaciones.
- Mejorar la flexibilidad de la articulación.
- Evitar la rigidez de las articulaciones.
- Mejorar el rendimiento del funcionamiento del corazón y los pulmones.
- Reducir la presión arterial.
- Aliviar la tensión, el estrés y la ansiedad.
- Aumentar la viveza mental.
- Desarrollar una actitud positiva y una mejor imagen de uno mismo.
- Mejorar las pautas del sueño.

El ejercicio también puede contribuir a reducir peso y a aumentar la sensación de bienestar. Es necesario para mantener y mejorar la función articular, para evitar la pérdida de fuerza y prevenir la descalcificación que produce el reposo.

Ejercicios de flexibilidad

Mueven las articulaciones y los músculos hasta el alcance total de su movimiento a través del incremento gradual de éste y la facilidad con que se mueven aquéllas. A medida que una articulación gana en movilidad es capaz de funcionar con más efectividad y menos dolor y se reduce el riesgo de fatigarse demasiado. Estos ejercicios también ayudan a mitigar el anquilosamiento al levantarse por la mañana.

Ejercicios de fortalecimiento

Aumentan la fuerza de los músculos que mueven, sostienen y protegen las articulaciones. Los músculos flojos y la debilidad a menudo acompañan a las articulaciones dolorosas, haciéndolas menos capaces de absorber los golpes y haciendo más probable que se cansen.

Los ejercicios de resistencia y de aeróbic aumentan su nivel completo de forma física, estimulando los pulmones y el sistema cardiovascular, ayudan a reducir peso al incrementar el consumo de energía de su cuerpo y muchas veces actúan como energizadores al fomentar una sensación de bienestar.

También es bueno y sencillo el caminar, nadar, montar en bicicleta...

¿Cuándo hacer ejercicio?

En cualquier momento del día, teniendo en cuenta que:

- Va a necesitar entre 15 y 30 minutos ininterrumpidamente al día.
- Hay que escoger un momento en el que se sienta mejor, evitarlo si se está cansado o se tiene dolor.
- Si está tomando medicación, mejor hacerlo alrededor de media hora después de la dosis, cuando es más efectiva.
- Mejor no realizar ejercicio con el estómago lleno.
- Si le cuesta mucho puede dividir los ejercicios en más de una sesión.

¿Dónde hacerlo?

La habitación que vaya a usar debe estar bien ventilada, ni muy

fría ni demasiado caliente, con sitio suficiente para estirarse en el suelo. Puede usar una esterilla o alfombra (siempre que no resbale y esté bien sujeta). Para los ejercicios sentados, una silla o un taburete con una base firme, con altura correcta para apoyar los muslos con los pies planos en el suelo.

Si el tiempo lo permite puede realizarlos al aire libre.

La ropa debe ser cómoda, que le permita moverse libremente y que le mantenga caliente. Las zapatillas, planas, cómodas y bien sujetas.

Después de hacer ejercicio

Es ideal para practicar la relajación, ya que los músculos y las articulaciones están preparados para liberar la tensión.

ATENCIÓN SANITARIA AL NIÑO

El objetivo principal del cuidado del niño con esta enfermedad es brindarle los medios necesarios para superar su dolencia e integrarse en su entorno social, llegando así a ser un individuo adulto que pueda desarrollar plenamente sus potenciales físicos e intelectuales. Este tipo de cuidado no requiere de aparatos sofisticados ni de elementos onerosos, pero sí de un grupo de profesionales altamente especializado y entrenado para esa función, que puede lograr el mejor aprovechamiento de las condiciones de los medios social, hospitalario y psicológico del paciente y su entorno, para obtener mejores resultados.

Los objetivos del tratamiento son el alivio del dolor, el control de la inflamación, la preservación

y recuperación de la función articular y muscular, el mantenimiento de un crecimiento y desarrollo normales y el manejo de la enfermedad extra-articular.

El cuidado de la salud del niño con artritis reumatoide, tan complejo en su problemática, sólo se concibe desde la perspectiva del trabajo en equipo. Este interdisciplinario está compuesto por profesionales de distintas áreas cuyo interés común consiste en la atención a los diversos problemas que presenta el paciente con este tipo de enfermedad: enfermera, asistente social, terapeuta físico, ocupacional, psicólogo, ortopedista, pediatra y reumatólogo. Los equipos multidisciplinarios deben ganar experiencia continuamente de manera que se conviertan en expertos, formen un servicio apropiado y actúen como fuente de conocimiento para otros profesionales.

Es muy importante la comunicación constante entre los miembros del equipo y la comunicación con el pediatra del niño y los padres.

Uno de los componentes importantes del tratamiento del niño con artrosis reumatoide es la terapia física, tan valiosa como la terapéutica medicamentosa. La terapia física facilita la reinserción del niño a su vida cotidiana normal, al liberarlo del dolor y la rigidez que lo incapacitan y al evitar que surjan deformidades indeseables en sus articulaciones. La recuperación de la movilidad articular y de la fuerza muscular es solo uno de los valiosos aportes de la fisioterapia al cuidado del niño con artritis reumatoide. Para llevar a cabo esta tarea son necesarios los servicios de un profesional idóneo y entrenado. Un terapeuta físico especializado en enfermedades reumáticas y orientado en

pediatría es el individuo ideal para cumplir con tal misión, que realizará trabajando junto al resto de los integrantes del equipo.

En la familia y en el colegio

La artritis reumatoide constituye un elemento agregado de estrés en la familia, además de los costos médicos y la responsabilidad del cuidado en la casa, los padres pueden sufrir miedos de una probable incapacidad. Las primeras respuestas de los padres son el sentimiento de culpa, ansiedad, ira, etc.

También en el colegio puede incidir la respuesta al tratamiento. El niño con esta enfermedad suele presentar problemas de movilización, falta de motivación o empobrecimiento de su autoestima.

Por eso es muy importante la educación acerca de las características de esta enfermedad brindadas a la familia y educadores.

En la adolescencia

El adolescente con artritis reumatoide añade una serie de problemas a aquellos inherentes en esta etapa de la vida: alteraciones del crecimiento físico, psicológico, alteraciones de la madurez sexual, baja autoestima, baja talla, dependencia de la familia, miedo a cerca del futuro, problemas educacionales y de inserción laboral.

El equipo interdisciplinario debe contribuir a que el adolescente realice una transición armónica hacia la vida adulta, asistiéndole en su elección vocacional, con una orientación realista para su situación; guiándolo en su inserción laboral y estimulando su competencia social.

ARTÍCULOS

El tratamiento temprano de artritis reumatoide es de urgencia

El control de la artritis reumatoide y la fijación de un tratamiento, son factores descuidados con frecuencia.

La artritis reumatoide debe ser considerada como una patología grave que requiere un tratamiento precoz y lo más agresivo posible, de forma que pueda prevenirse su progresión hacia las lesiones asociadas a ella que, en la mayoría de los casos, suelen ser irreparables.

Los pacientes que padecen esta enfermedad tienen una expectativa de vida más corta, tienen un menor rendimiento laboral y aproximadamente a los diez años del diagnóstico muchos se encuentran con diferentes grados de invalidez que les impide seguir trabajando.

No existe para la artritis reumatoide medicina que pueda revertir las deformidades, pero existen medicamentos, además de ciertas medidas generales, que pueden calmar el dolor y disminuir o hacer más lenta su progresión.

Una diferencia entre la artritis reumatoide y otras enfermedades crónicas, como la diabetes o la hipertensión, es que estas últimas pueden tener un diagnóstico temprano y rápido realizado por cualquier profesional de la salud a través de la clínica y de las pruebas de laboratorio. Mientras, el reconocimiento precoz de artritis reumatoide requiere a menudo conocimientos especializados, como el examen de las articulaciones, con los que la mayoría de los médicos no están familiarizados. Aunque muchos confían en las radiografías y en

las pruebas de laboratorio, sus resultados suelen ser normales en los inicios de la enfermedad, momento en el cual, la aplicación de un tratamiento tendría mayor efectividad.

Es preciso recalcar que tanto los reumatólogos como los pacientes con artrosis reumatoide siempre deben tener en mente, que comenzar el tratamiento en una etapa temprana de la enfermedad y de forma agresiva puede prevenir una enfermedad erosiva que destruye las articulaciones y causa deformidades.

La artritis reumatoide afecta a más de seis millones de personas

Así lo han manifestado los especialistas reunidos en el XVI Congreso de la Liga Europea contra el Reumatismo celebrada en Niza; coinciden al destacar las importantes consecuencias y secuelas que una enfermedad como la artritis reumatoide puede causar entre las personas que la sufren, llegando en muchos casos a provocar una incapacidad casi total.

En opinión de los expertos, ello hace necesario el desarrollo de fármacos que puedan al menos ralentizar la progresión de la enfermedad, mejorar sus síntomas y, en definitiva, aumentar la calidad de vida de los pacientes. En este sentido, y según los datos presentados en esta reunión científica por el Dr. Vibeke Strand, de la Universidad de Stanford, California (EE.UU.), los especialistas han coincidido al señalar el importante papel de "leflunomida" en el tratamiento de la artritis reumatoide. Esta opinión se basa en la presentación llevada a cabo en Niza, de los resultados de un estudio con

482 pacientes en el que se comparaba la acción de leflunomida, un inmunomodulador de última generación, con la de metotrexato, otro de los fármacos utilizados en la primera línea del tratamiento de la artritis reumatoide.

La extensión de este estudio a un segundo año confirmó que los pacientes que recibieron leflunomida presentaron una mejoría de la función física y de la calidad de vida relacionada con la salud superior a la de los pacientes tratados con metotrexato.

Según explicó el Dr. Vibeke Strand, “los resultados de esta investigación deben hacernos pensar que leflunomida es una alternativa altamente eficaz en la prevención a largo plazo de la discapacidad, que en la mayoría de los casos suele asociarse a la artritis reumatoide, haciendo que los pacientes puedan tener un alto grado de autonomía, y por tanto, mejoren su calidad de vida”.

Estos resultados se desprenden de la valoración de la escala HAQ (Cuestionario de Evaluación de la Salud), utilizada para medir el grado de dificultad que los pacientes presentan para realizar tareas cotidianas que incluyen: vestirse, desvestirse, comer, pasear, asearse, levantarse, capacidad para coger las cosas y capacidad para mantenerse de pie sin ayuda.

A la hora de analizar la evolución de los pacientes, evaluando estos parámetros, se observó una mejora significativamente mayor en aquellos que recibieron leflunomida, en comparación con los que fueron tratados con metotrexato.

Uno de los aspectos más destacados por los expertos de este congreso, es que la eficacia y los beneficios clínicos de leflunomida pueden observarse ya en la cuarta semana de haber comenzado el

tratamiento, lo que resulta sumamente importante teniendo en cuenta los graves síntomas asociados a la artritis reumatoide.

En este contexto, también se presentaron los resultados de tres estudios, en los que participaron más de 1.700 pacientes. En ellos se comparaba la acción de leflunomida con la de metotrexato y sulfassalazina.

Del análisis de los datos presentado por el Dr. D.L. Scout, del Ding's Collage Cxollege de Londres (Reino Unido), también se concluye que los pacientes tratados con leflunomida presentan una mejoría más rápida y eficaz, de acuerdo con las variables de la escala HAQ, que aquellos que lo hicieron con metotrexato o sulfassalazina.

Según el Dr. Scout, “de la evaluación de todos los parámetros analizados, uno de los más interesantes fue el de la reducción significativa del dolor como factor dominante en la rápida mejora de la capacidad funcional del paciente, observada con leflunomida”.

De los datos presentados por los especialistas en este congreso se puede concluir que leflunomida es un fármaco que presenta rapidez de acción al mejorar de forma temprana los signos y síntomas de la enfermedad, al mismo tiempo que ralentiza la progresión de la enfermedad al retrasar la aparición de las lesiones estructurales asociadas a la artritis reumatoide, como son las erosiones óseas, el estrechamiento del espacio articular y la progresión del daño radiológico.

Estos hechos, unidos al buen perfil de seguridad y tolerancia que presente leflunomida y al aumento de la calidad de vida que pueda aportar a los pacientes, hacen de leflunomida un tratamiento de primera elección en el

abordaje terapéutico de la artrosis reumatoide.

Esta enfermedad, en la que se produce una alteración del sistema inmune, es padecida por más de seis millones de personas en los países industrializados y cursa con dolor, deformidad articular y discapacidad, lo que limita en muchos casos la realización con normalidad de las tareas cotidianas por parte de los pacientes.

Coste del tratamiento

Según un estudio realizado por el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, el tratamiento de cada paciente cuesta 10.700 euros. El estudio se llevó a cabo en Madrid durante los últimos tres años, en más de doscientos pacientes con una edad media de 64 años, de los cuales el 77 por ciento eran mujeres con una media de duración de la enfermedad de más de 7,7 años.

El estudio pone de manifiesto que el impacto económico de la artritis reumatoide es elevado, especialmente a causa de los niveles de discapacidad, es responsable de las pérdidas de productividad en la población laboralmente activa, de la incapacidad de las amas de casa para realizar las tareas domésticas y la pérdida de independencia de los ancianos.

También se analizaron los costes generados globalmente por esta enfermedad, los gastos no médicos del cuidado al paciente, el transporte y los gastos indicados. Estos últimos suponen el 30 por ciento del total e incluyen sobre todo las pérdidas de productividad, las compensaciones por incapacidad laboral temporal o invalidez permanente o la necesidad de ayuda para desarrollar las labores del hogar.

Por último, demuestra, además de su relación con el grado de discapacidad, que los costes son elevados, tanto en su fase inicial debido a las pruebas diagnósticas y el tratamiento con fármacos, como en la fase avanzada, en la que prima el tratamiento de las complicaciones con admisión hospitalaria y la cirugía de la prótesis articular (revista *Arthritis Care And Reserch*, julio de 2002).

LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

La Sociedad Española de Reumatología anunció en 2002 la puesta en marcha de una campaña de sensibilización sobre la existencia de la artritis reumatoide, sobre su impacto social y las graves consecuencias que puede tener para la población.

El objetivo es impulsar el diagnóstico precoz y correcto de la enfermedad para poder tratarla adecuadamente, ya que actualmente existe población no diagnosticada o diagnosticada tarde.

La artritis reumatoide en España afecta a más de doscientas mil personas de cualquier edad y sexo —según la Sociedad Española de Reumatología—.

Su campaña está centrada sobre todo en actividades dirigidas a la población y los medios de comunicación para conocer sus causas, consecuencias y nuevas perspectivas del tratamiento.

INVESTIGACIONES ACTUALES

Se divide en dos grandes bloques:

1. *Ciencia básica*: estudios dirigidos hacia las causas que provocan la enfermedad y los factores que pueden inducir a que se desarrolle.

Se está trabajando sobre el posible papel como inductores de la enfermedad de bacterias, virus, los genes, el medio ambiente, las hormonas, el sistema inmunitario.

También la experimentación de los fármacos en el laboratorio respecto a los fármacos antiinflamatorios, los fármacos modificadores de la enfermedad (metotrexato, azatioprima, sales de oro, cloroquina A...) y nuevas tendencias como anticuerpos monoclonales, la plasmaféresis, irradiación linfática, drenaje del conducto torácico, sinovectomía química o isotópica (anticuerpos monoclonales).

2. *Estudios clínicos*: analizan tanto el efecto de los fármacos sobre los pacientes como los efectos secundarios que se pueden producir y la forma de evitar o minimizar estos efectos.

En este sentido, se hacen estudios comparando dos o más fármacos entre sí o un placebo, con la finalidad de hallar productos más eficaces o con menos efectos secundarios, encontrar el momento más idóneo para la utilización de determinados fármacos y la gran asignatura pendiente: encontrar uno a medida que sea capaz de inducir la remisión de la enfermedad.

También se trabaja sobre cuestiones como encontrar parámetros que midan el estado real de la actividad de la enfermedad (lo que puede ayudar a planificar la estrategia del tratamiento), el estado funcional del paciente (de qué forma está afectado para la realización de las actividades de la vida diaria) y el estado global del bienestar del paciente.

Se investiga sobre medios que permitan adelantar el posible pronóstico de un enfermo concreto, de forma que pueda influir en modificar la medicación, y sobre parámetros que midan el efecto real de la actuación multidisciplinaria sobre el enfermo.

Todos los implicados en el cuidado de los pacientes con artritis reumatoide deben colaborar en la investigación sobre los diversos aspectos de la enfermedad. Ello permitirá un mejor conocimiento de la misma para ofrecer en el futuro mayores expectativas para quienes la padecen.

BIBLIOGRAFÍA

J.M.H Moll: *Reumatología*, HAROFARMA, 1990, edición española

D. Roig Escofet: *Reumatología en la consulta diaria*. Espaxs, 1989.

A. Rozadilla, J.M Nolla, X. Juanola, L Mateo: *Reumatología del adulto* Edeica-MED, 1993.

Yves Xhardez: *Vademécum de Kinesioterapia y de Reeduación Funcional*. El Ateneo, 2000.

<http://www.tuotromedicoartritisreumatoide/htm>.

<http://www.drso.com/generales/reumatologia/index.html>.



Una cuestión de **imagen**

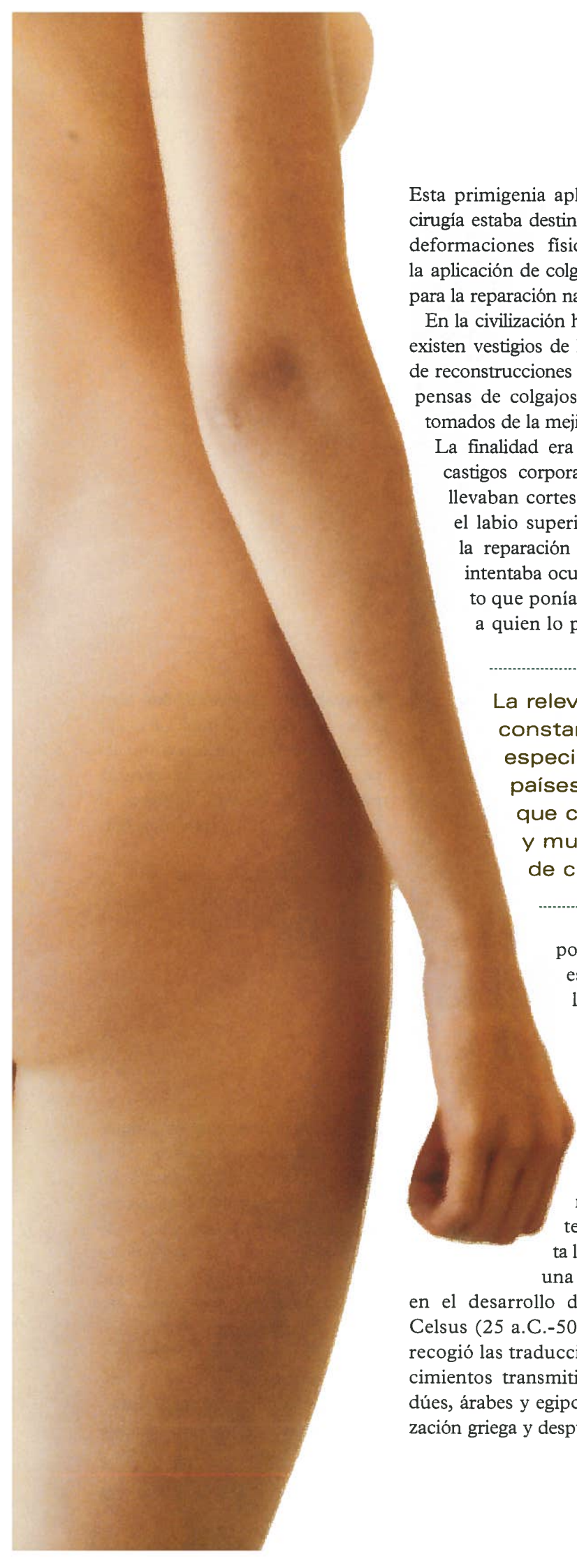
DERIVADA DEL TÉRMINO GRIEGO *plastikos*, que significa modelar o dar forma, la cirugía plástica como especialidad quirúrgica se encarga precisamente de esto: da forma al cuerpo humano. La referencia más

La apariencia del ser humano ante sus semejantes ha sido una cuestión relevante en las sociedades de todas las épocas, hasta el punto de repercutir en el desarrollo de civilizaciones históricas condicionando aspectos de la vida social, política y militar. Acorde a esta relevancia, las aplicaciones sanitarias que han buscado fines estéticos y reparadores sobre el cuerpo humano no son precisamente recientes. A lo largo de la historia se han ido poniendo las bases de lo que hoy conocemos como cirugía plástica.

TEXTO Javier Villoslada

antigua en la que se aportan datos sobre tratamientos estéticos es el papiro de Ebers, datado en el 3500 a.C. En este documento se describen ya fórmulas cosméticas y la realización de trasplantes hísticos.

La civilización egipcia plasmó también sus conocimientos en otro texto: el papiro de Edwin Smith (2200 a.C.), en el que se da cuenta de primitivas intervenciones quirúrgicas para tratar lesiones traumáticas y fracturas faciales.



Esta primigenia aplicación de la cirugía estaba destinada a corregir deformaciones físicas mediante la aplicación de colgajos dérmicos para la reparación nasal.

En la civilización hindú también existen vestigios de la descripción de reconstrucciones de nariz a expensas de colgajos de vecindad tomados de la mejilla o la frente.

La finalidad era disimular los castigos corporales que conllevaban cortes en la nariz y el labio superior. Mediante la reparación quirúrgica se intentaba ocultar un defecto que ponía en evidencia a quien lo padecía como

Celsus publicó la obra *De Re Medica*, donde incluye la descripción tanto de colgajos como de plastias, lo que ha llevado a considerarle como el verdadero precursor de esta disciplina. Entre los siglos II y III, Galeno, médico griego emigrado a Roma, aportó instrucciones sobre cómo curar los defectos de la cara. Como curiosidad de estos primeros siglos, existe constancia en el mundo árabe de la realización de una intervención de relevancia: la reconstrucción total, con aparente éxito, de la nariz del emperador Justiniano I partiendo de un colgajo frontal.

La relevancia social de una práctica en constante progreso, ha hecho de esta especialidad una opción habitual en los países desarrollados, posibilitando que cada vez sean más los hombres y mujeres que se someten a operaciones de cirugía plástica.

portador de un estigma humillante.

Aparte de estos hallazgos, no existen huellas ni escritos relevantes a la evolución médica en este ámbito hasta la aparición de una figura clave en el desarrollo de la cirugía: Celsus (25 a.C.-50 d.C.), quien recogió las traducciones y conocimientos transmitidos por hindúes, árabes y egipcios a la civilización griega y después a la latina.

» Continuos avances hasta nuestros días

Durante la Edad Media, los principios quirúrgicos sufrieron pocas modificaciones. Para que llegara un nuevo impulso habría que esperar hasta el siglo XVI, cuando el profesor italiano de cirugía Gasparo Tagliacozzi, partiendo de los conocimientos aportados por Celsus, sentó las bases de la cirugía plástica con la obra *De curtorum chirurgia per incisionem*. Debido a la trascendencia de sus conocimientos, el desarrollo de este campo comienza a acelerarse, adueñándose con el tiempo de los avances que se van produciendo en especialidades afines, consiguiendo

resultados cada vez más sorprendentes.

Muchos autores consideran que hubo posteriormente un periodo de letargo en el desarrollo de la cirugía plástica, entre los siglos XVI y XVII. Sin embargo, a pesar de las escasas referencias, otras especialidades médicas sí se desarrollan de forma notable por diferentes motivos (invención de la imprenta, intercambio de conocimientos entre diferentes escuelas, se amplía el número de heridos y mutilados por los sucesivos conflictos armados...).

A partir de aquí, la evolución es constante: se suceden numerosos hitos (1840, EEUU: primer injerto total de piel; 1856: primera zeta-plastia...), hasta que llega 1896, fecha en la que se data el nacimiento

de la cirugía estética como tal cuando el cirujano alemán Jacob Joseph realiza la primera intervención para corregir las orejas separadas de un niño.

Ya en el siglo XX los conflictos armados a escala mundial abren nuevas perspectivas para el desarrollo de técnicas reparadoras y la incipiente cirugía estética. Es el momento en el que nace la cirugía plástica moderna. Nunca antes los médicos habían tenido la necesidad de tratar lesiones de cara, cabeza y miembros de tal magnitud, debido a los destrozos que en el cuerpo de los soldados causaban las armas modernas, que requerían innovadores procedimientos restauradores.

Desde entonces, cada vez un mayor número de profesionales

comenzó a especializarse en este ámbito. Al mismo tiempo, el ciudadano común ha adquirido un mayor conocimiento sobre las investigaciones y descubrimientos científicos y médicos, y contempla la cirugía plástica como una rama más de la medicina quirúrgica moderna para aprovechar sus ventajas.

En la actualidad se han roto los tabúes y represiones que imperaban respecto a la cirugía aplicada a la estética y la imagen. La relevancia social de una práctica en constante progreso ha hecho de esta especialidad una opción habitual en los países desarrollados, posibilitando que cada vez sean más los hombres y mujeres que se someten a operaciones de cirugía plástica.

Terminología

Esta es la denominación técnica de algunas de las intervenciones más comunes en cirugía plástica:

- **Rinoplastia:** cirugía destinada a modificar la estructura de la nariz, para tratar problemas respiratorios o adaptarla a la cara para que el conjunto se muestre más armónico.
- **Abdominoplastia:** corrige la flacidez o descolgamiento de la piel, elimina estrías y cicatrices por debajo del ombligo y corrige el pliegue abdominal. Indicada para aliviar problemas médicos como el dolor de espalda, úlceras o irritaciones.
- **Mamoplastia:** corrige asimetrías congénitas, disminuye el volumen en las

mamas muy voluminosas o reconstruye su forma en caso de tumor cancerígeno. Por finalidad estética aumenta el tamaño de los senos.

- **Otoplastia:** corrige anomalías congénitas o reconstruye orejas lesionadas por traumatismos o enfermedades. Reposiciona asimismo los pabellones auditivos prominentes o reduce su tamaño.
- **Blefaroplastia:** procedimiento para extraer la grasa y el exceso de piel y músculo de los párpados superiores e inferiores. Corrige la caída de párpados y las bolsas que, en casos determinados, pueden llegar a dificultar la visión.



“Ni todo es posible en cirugía estética, ni todo es recomendable”

Entrevista con el Dr. Manuel Sánchez Nebreda, presidente de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE).



PREGUNTA: ¿Qué ámbito ocupa hoy en día la cirugía plástica, teniendo en cuenta el reciente cambio de denominación?

RESPUESTA: El 8 de febrero de 2003 hubo un cambio en la denominación de la especialidad, que pasa a llamarse cirugía plástica, estética y reparadora. Es una reivindicación de nuestro colectivo

desde hace muchos años, con el objeto de unificarnos al resto de Europa y regularizar un sector en el que hay mucha confusión: mucha gente confunde cirugía estética con cirugía cosmética y cirugía plástica. En estos momentos, y oficialmente, la cirugía plástica, estética y reparadora es una especialidad única, con una formación

hospitalaria vía MIR de cinco años de duración imprescindible para poder ejercer luego tanto en la sanidad pública como en la privada.

Nuestra especialidad es además curiosa. No tiene una región anatómica precisa. Así como los médicos otorrinolaringólogos o los oftalmólogos tienen una zona anatómica específica, el cirujano plástico trabaja sobre toda la anatomía corporal. Lo que nos diferencia del resto son las técnicas quirúrgicas, que son cirugías de trasplantes y de movimientos de tejidos.

P: ¿Qué diferencias existen entre la cirugía plástica reparadora y la cirugía plástica estética?

R: Cuando hablamos de cirugía plástica reparadora en realidad estamos hablando de una cirugía aplicada a un paciente que ha sufrido un traumatismo, una agresión externa —tipo quemadura o accidente de tráfico—, que ha nacido con una malformación congénita o que después de una extirpación de un tumor cutáneo requiere una reconstrucción para rearmonizar y remodelar esa parte extirpada.

En la cirugía estética la diferencia está en que son las mismas técnicas quirúrgicas pero en pacientes sanos que no tienen agresión externa, que no han tenido esa malformación congénita y quieren remodelar, embellecer y modificar una parte de su anatomía. Las técnicas quirúrgicas son las mismas; lo único que cambia es el paciente y sus motivaciones.

P: ¿Cuáles son las intervenciones más comunes en cirugía plástica?

R: Habitualmente realizamos cirugía traumatológica de partes blandas, cirugía de malformaciones

congénitas —solos o en colaboración con los cirujanos infantiles—, mucha cirugía reparadora de mano, toda la cirugía de quemados, cirugía oncológica cutánea, cirugía de la reconstrucción de mama... Éstas son las áreas más amplias.


P: ¿Qué formación tiene un cirujano plástico?

R: La única forma de especializarse en este país es la vía MIR. El cirujano plástico sale con un conocimiento muy amplio del programa de formación y con una experiencia quirúrgica suficiente como para empezar a trabajar él solo. Luego, la cirugía es un arte donde los años le van dando a uno el bagaje y la experiencia para ir consiguiendo cada vez mejores resultados. En nuestra especialidad, y en todas las quirúrgicas, es muy importante la experiencia.

P: ¿Qué opina de recientes novedades, como la aprobación del uso de la toxina botulínica?

R: La Agencia Española del Medicamento ha aprobado el uso de la toxina botulínica con fines estéticos. Está pendiente de decidir la forma de comercialización y en breve será un tratamiento, que creemos seguro y eficaz, para la corrección de determinadas arrugas en diferentes partes de la cara.

Llega a la cirugía estética después de mucha experiencia en otras áreas médicas. Se ha utilizado durante muchos años en estrabismos, blefaroespasmos, distonías cervicales... A lo largo de estos años se ha visto que podía tener una aplicación estética y España ha utilizado todos los argumentos que los diferentes países que lo tienen autorizado pusieron encima de la



Mucha gente confunde cirugía estética con cirugía cosmética y cirugía plástica. La cirugía estética es la misma técnica quirúrgica que la reparadora, pero en pacientes sanos que no tienen agresión externa, que no han tenido esa malformación congénita y quieren remodelar, embellecer y modificar una parte de su anatomía.

La toxina botulínica llega a la cirugía estética después de mucha experiencia en otras áreas médicas. Se ha utilizado durante muchos años en estrabismos, blefaroespasmos, distonías cervicales...

mesa para sacarlo adelante, y lo ha hecho de una forma relativamente rápida. Hay 20 países en el mundo donde está perfectamente autorizado y en breve habrá muchos más. Francia, por ejemplo, nos lleva dos años y EE.UU. mucho más.

P: ¿Y sobre las declaraciones del cirujano francés Laurent Lantieri, que considera técnicamente posible realizar un trasplante de cara?

R: A pesar de que pueda parecer mentira, desde el punto de vista técnico es posible. Son técnicas microquirúrgicas muy complicadas y delicadas, de difícil ejecución, pero parece que este cirujano tiene una amplia experiencia y un reconocido prestigio en este ámbito.

Habrá que ver, si de verdad se realiza, los resultados posteriores: el tipo de movimiento que tendrá esa cara y el grado de satisfacción del paciente, que tendrá que seguir un importante tratamiento inmunosupresor para que no haya un efecto de rechazo. Hay muchos factores que analizar.

P: ¿Puede conllevar un debate ético?

R: Se están trasplantando órganos vitales con éxito y la sociedad lo tiene perfectamente asumido. En este caso, no hay intención de transformación

de imagen, sino un intento de recuperar unas facciones, algo que para el paciente puede ser vital.

P: En cualquier caso, noticias como éstas revelan que la cirugía plástica es un campo en el que se producen continuos avances y progresos...

R: La microcirugía ha sido uno de los avances técnicos importantes de los últimos años en cuanto al reimplante de miembros, así como los colgajos libres microquirúrgicos. Hoy en día, hay varias unidades en España perfectamente capacitadas y preparadas para realizar reimplantes de miembros por amputación traumática.

También se están desarrollando estas técnicas microquirúrgicas para reconstrucciones de extremidades inferiores con problemas de osteomielitis y en la reconstrucción de mama se están utilizando en algunos casos, con objeto de conseguir una mama más natural y sin necesidad de prótesis.

En cuanto a la tecnología, el láser es otro arma más que utilizamos, no para la cirugía, sino para tratamientos complementarios. Asimismo van apareciendo productos

de relleno cada día mejor tolerados por el organismo y con mayor durabilidad.

P: ¿Cómo se explica el hecho de que España figure en los primeros puestos de las estadísticas sobre intervenciones de cirugía plástica realizadas?

R: Es muy difícil saber el número exacto de intervenciones porque no hay un registro nacional de intervenciones de cirugía estética, pero sí creemos que hay una incidencia cultural: en los países del Mediterráneo hay una cultura con muchas más horas de exposición del cuerpo. El ciudadano español está también más preocupado por la moda y la belleza, lo que incide en ese alto porcentaje. No se sabe si el número de cirujanos plásticos es tan alto porque hay mucha demanda o nosotros provocamos la demanda. Yo no lo creo: la demanda existe, la Seguridad Social saca 30 plazas vía MIR al año y luego hay otra serie de especialistas que homologan su titulación obtenida en otros países.

P: ¿Qué funciones y actividades desarrollan desde la institución que preside?

R: Estamos afiliados a la SECPRE prácticamente todos los cirujanos plásticos de este país, unos 800 en toda España, donde hay 2,1 cirujanos plásticos por cada 100.000 habitantes, la tasa más alta en Europa. Desde la SECPRE se divulga nuestra especialidad tanto en medios científicos como sociales, haciendo llegar a la opinión pública quiénes somos y qué hacemos.

Por otro lado, promocionamos y potenciamos reuniones científicas para que nuestros miembros tengan una formación continuada.

Celebramos un congreso anual y varias reuniones regionales, convocamos becas y damos premios de investigación a médicos en periodo de formación.

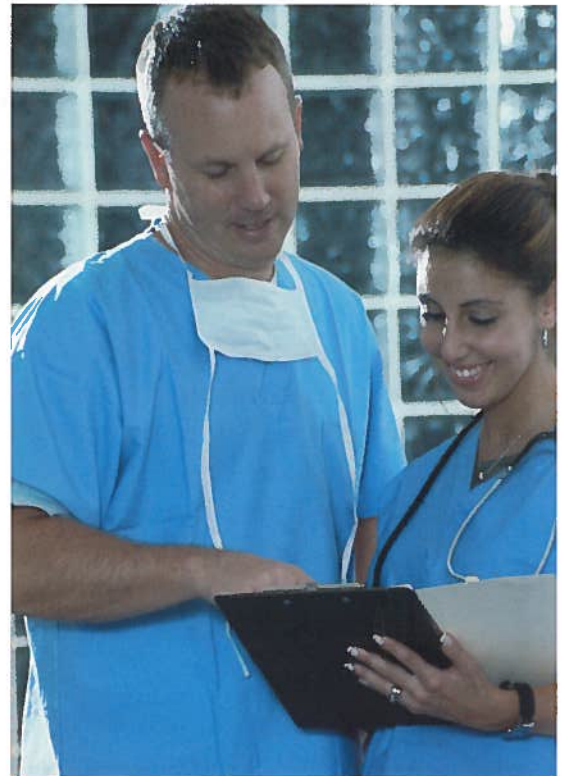
P: ¿Hay algo que diferencie al paciente de cirugía estética frente al del resto de cirugías?

R: Bueno, nosotros creemos que es muy importante la primera entrevista profesional para que, a través de los deseos del paciente, conozcamos sus expectativas.

Ni todo es posible en cirugía estética, ni todo es recomendable. Es muy importante conocer lo que el paciente espera de esa posible intervención y que el paciente también capte lo que el cirujano cree capaz de poder conseguir. Si estas dos cosas coinciden, tendremos un paciente feliz con los resultados. Muchas veces las expectativas del paciente van mucho más allá de una mera mejoría física. Entonces hay un trastorno de fondo dismórfico y, en algunos casos, hasta psiquiátrico o psicótico.

Los posibles riesgos anestésicos de la intervención hoy en día se pueden considerar mínimos porque las intervenciones se deben hacer en un medio que reúna las condiciones que la ley marca. Además, nuestros pacientes suelen ser jóvenes y sanos, y la cirugía podemos encuadrarla dentro del término superficial, con lo que la recuperación es relativamente rápida y el riesgo anestésico mínimo.

Existe ese otro riesgo, el de no conseguir los resultados deseados. Por eso hay que saber elegir a un cirujano plástico con experiencia y que sepa explicar muy bien lo que él cree que se puede conseguir.



La única forma de especializarse en este país es la vía MIR. El cirujano plástico sale con un conocimiento muy amplio del programa de formación y con una experiencia quirúrgica suficiente como para empezar a trabajar él solo. Luego, los años le van dando a uno la experiencia para ir consiguiendo cada vez mejores resultados.

La risa

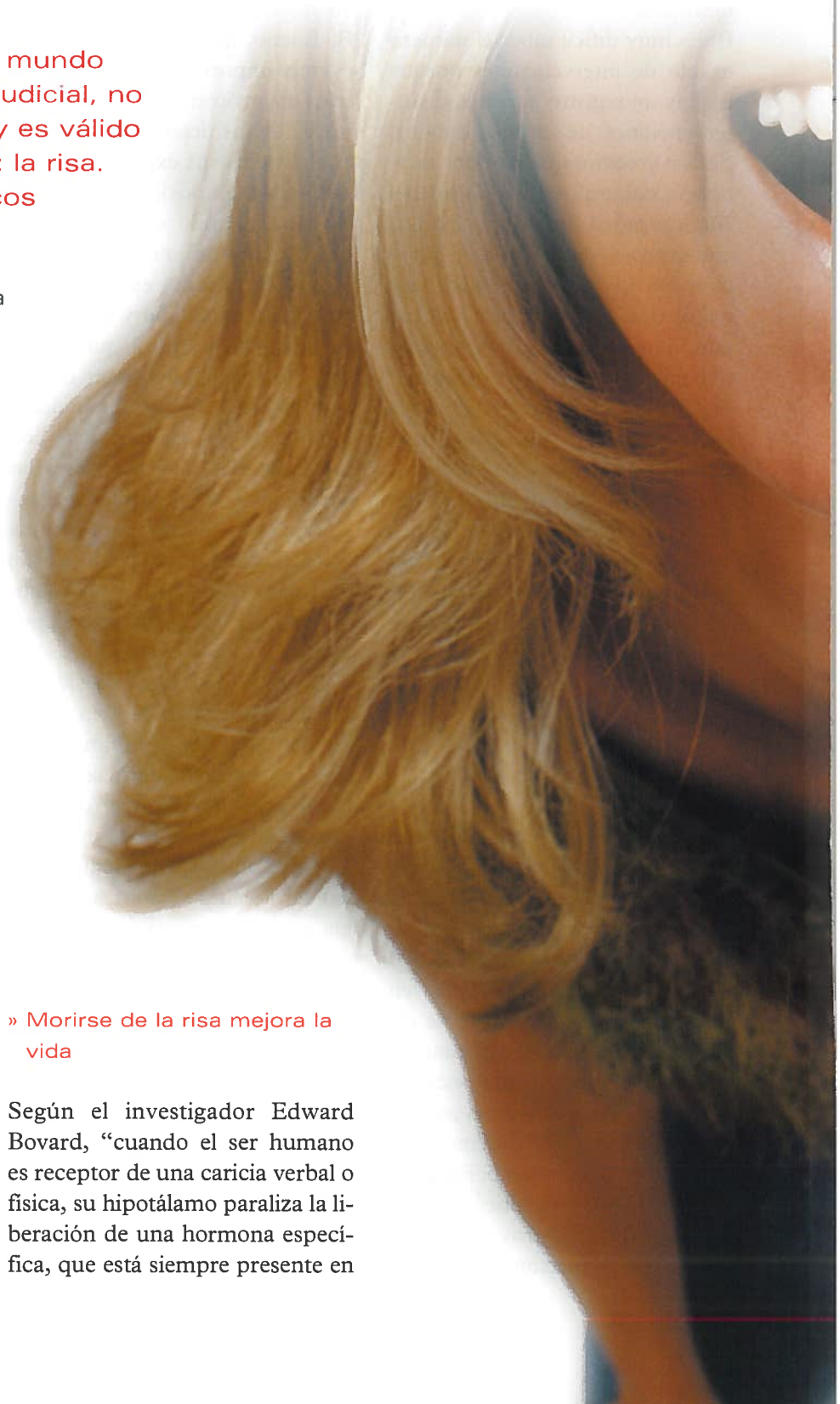
Hay un medicamento en el mundo cuya sobredosis no es perjudicial, no tiene efectos secundarios y es válido para cualquier enfermedad: la risa. Además, tiene efectos físicos y psíquicos y es gratis.

TEXTO Montse García


LA RISOTERAPIA O GELOTERAPIA es una técnica complementaria que genera estados de ánimo positivos que influyen en nuestro cuerpo y en nuestra mente. No obstante, esto no significa que la risa sea una terapia absoluta que cure por sí sola todas las enfermedades. La geloterapia es una terapia de apoyo que en algunas ocasiones puede ella sola, y por sí misma, eliminar una enfermedad. Es cierto que un estado de ánimo alegre no elimina el problema que tenemos, pero sí nos hace verlo desde otra perspectiva, que redunde en un mejor estado de ánimo cuando vamos a intentar solucionarlo. Como afirma el doctor José Elías Fernández, psicólogo y director del Centro de la Risa de Madrid, “las cosas no suceden como nosotros queremos que sucedan sino que vemos la realidad desde un prisma dependiendo de nuestro estado anímico, y las cosas no valen por lo que son sino por lo que representan para nosotros. Aprender a cambiar esa representación sería lo bueno de la vida”.

» Morirse de la risa mejora la vida

Según el investigador Edward Bovard, “cuando el ser humano es receptor de una caricia verbal o física, su hipotálamo paraliza la liberación de una hormona específica, que está siempre presente en



la píldora de la felicidad



niveles muy altos, en aquellas personas que son propensas a sufrir infartos o derrames cerebrales”.

Las endorfinas se multiplican cuando sentimos placer y ellas tienen la misión de reforzar nuestro sistema inmunológico, enviando mensajes a nuestro cerebro, a los linfocitos y otras células encargadas de luchar contra los virus y las bacterias que invaden nuestro cuerpo.

Gracias a varios procesos naturales, y también gracias a la risa, la producción de esta hormona aumenta y envía códigos o mensajes que van dirigidos a células, al cerebro y a otros órganos encargados de proteger al cuerpo de bacterias y virus que perjudican el normal funcionamiento del organismo, con lo que se fortalece el sistema inmunológico. De hecho, la endorfina es conocida como la hormona de la felicidad, ya que ésta ayuda a reducir el dolor funcionando como un analgésico natural ante situaciones de agudo padecer.

La carcajada provoca, asimismo, la producción de varios compuestos bioquímicos como la dopamina, que permite levantar el ánimo; la adrenalina, que mantiene despierto y receptivo, y la serotonina.

La risa produce la contracción de todos los músculos de la cara, mientras que otros del cuerpo se relajan ampliamente, produce contracciones beneficiosas del diafragma, acelera el ritmo cardíaco y disminuye la tensión de los músculos.



La risa únicamente es contraproducente cuando existen arritmias cardíacas, incontinencia urinaria, cicatrices recientes o espasmos musculares dolorosos.

Reírse a carcajadas produce movimiento en 420 músculos, ensancha y limpia los pulmones porque durante la carcajada se incrementa la absorción de oxígeno y, al ser la expiración más fuerte, el exceso de dióxido de carbono y de vapores residuales es eliminado. Además, el músculo más ejercitado durante la risa es el abdominal y los movimientos de la risa funcionan como un masaje para el sistema gastrointestinal, facilitando la digestión porque los órganos digestivos se agitan al máximo produciendo jugos gástricos y saliva.

El buen humor no se respira únicamente en el ambiente, circula de igual forma por las venas, ya que al mejorar la oxigenación eleva la calidad de la sangre y el flujo sanguíneo llega antes al corazón, que palpita igualmente más veloz, bombea hasta 210 mililitros/minuto, frente a los 70 de los estados de serenidad.

En cuanto a los beneficios mentales, son muchos. Nos hace ver

las situaciones desde un punto de vista mejor, eliminamos el grado de angustia y depresión, nos hace propensos a los cambios emocionales positivos, en casos de insomnio provoca una fatiga sana que el sueño repara con naturalidad, aumenta automáticamente una subida del tono de ánimo, nos hace más creativos, nos comunicamos más y mejor.

Esta risa casi todopoderosa no es esa sonrisa de cortesía que esbozamos mecánicamente cientos de veces al día y con la que únicamente movemos dos músculos. La risa que cura es la auténtica explosión incontrolada de carcajadas que nos puede producir cansancio físico, dolor de estómago y hasta punzadas.

» Aprender a reírse

Pese a los reconocidos beneficios de la risa, con la edad vamos sometiendo ésta a nuestra voluntad y al sentido del ridículo y, a pesar

Los factores que desencadenan la risa son universales. La risa surge cuando se quiebra la realidad, y como mecanismo necesario de adaptación ante situaciones no esperadas. Es, junto con el habla, exclusivo del ser humano, y por tanto la primera risa “se pierde en la noche de los tiempos porque Adán y Eva ya debieron reír en el paraíso”, según el doctor J. Elías Fernández. Referencias al poder de la risa las encontramos incluso en la Biblia, que dice: “cuando un corazón está alegre, la vida es más larga (...) pues un corazón lleno de alegría cura como una medicina”, y un viejo proverbio chino afirma que “para estar sano hay que reír al menos 30 veces al día”. En las tribus de indios norteamericanos que encontraron los colonizadores, uno de los miembros más



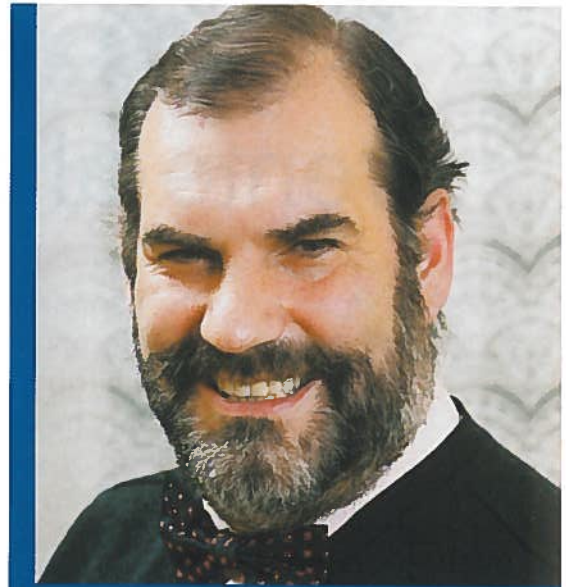
de lo natural que debería ser para cualquier persona, lo paradójico es que en vez de ir aumentando y perfeccionándose en el tiempo, la capacidad de la risa va diluyéndose en relación inversamente proporcional a la edad. En general, cuanto mayor es la persona, menos se ríe: hasta los seis años un niño ríe unas 300 veces al día sin parar a pensar si conviene o no. Sin embargo, el adulto más risueño no suele sonreír más de 100 veces al día, y los menos alegres no pasan de 15, si llegan.

Pero todo tiene remedio y se puede recuperar la capacidad de reír. José Elías reconoce que “todas las capacidades son susceptibles de ser desarrolladas independientemente del estado con el que hayamos llegado a este mundo, y el sentido del humor no es una excepción. No todos tenemos un sentido del humor excepcional e innato, pero todos podemos desarrollarlo y aprender a ver las cosas de la vida desde una perspectiva

diferente y más agradable para nosotros”.

Hay que tener técnicas y habilidades que te permitan disfrutar de un buen estado de ánimo para conseguir reír. El Centro de la Risa de Madrid ofrece cursos y talleres donde aprender estas habilidades y adquirir técnicas cognitivas que permitan tener pensamientos ajustados a una realidad mejor.

“El ser humano piensa y luego actúa, con lo que si piensas bien puedes actuar mejor. La realidad no cambia porque yo esté triste, y en este estado no puedo ejercitar mi memoria ni mis pensamientos de forma adecuada, mis condiciones se devalúan; entonces, ¿para qué estar triste si, además, la realidad no va a cambiar? Entre preocuparse y despreocuparse está lo real: ocuparse, y para ello hay que tener las capacidades bien afinadas, en buen estado mental, de forma que podamos conseguir los mejores resultados”, afirma José Elías Fernández.



Un minuto de carcajada equivale a doce de remo, activa los 420 músculos de la cara, tonifica el cuerpo y oxigena los pulmones.

respetados era el doctor payaso, que usaba la risa para sanar a los enfermos. Rabelais, en el siglo XVI es considerado el primer médico occidental que usó la risa como medicamento. Y desde entonces, Kant, Curzio, Malaparte y, más recientemente, Freud son sólo algunos de los que han depositado en la risa buena parte de la responsabilidad de la buena salud física y mental de las personas.

Uno de los médicos defensores de la geloterapia, Raimond Moody, cita en su obra *El poder curativo de la risa* el caso del que se considera el precursor de la utilización del humor para recuperar la salud. Se trata del periodista norteamericano Norman Cousins. En 1976 le diagnosticaron una enfermedad degenerativa de las articulaciones que

le provocaba parálisis y grandes dolores. Los médicos no le dieron esperanza. Su mal sólo podía ir peor. Sin embargo, en un acto de rebeldía, Cousins decidió automedicarse. Se prescribió a sí mismo un tratamiento a base de películas de Charles Chaplin, los hermanos Marx y Buster Keaton, y fue anotando sus progresos. Después de cada sesión, lograba al menos disfrutar de dos horas sin dolores. Meses más tarde, los mismos médicos que le habían desahuciado tuvieron que rendirse ante la evidencia: la enfermedad de Cousins estaba en retirada. Es cuando la risoterapia empieza a desarrollarse como tal pero, según reconoce el director del Centro de la Risa de Madrid, necesita tiempo y desarrollo para que se acepte en toda su magnitud”.

Saber vivir frente al dolor

Con la experiencia que aporta toda una extensa trayectoria pasando consulta, la Dra. María Isabel Heraso Aragón ha escrito un libro en el que, de forma amena y sencilla, profundiza en el conocimiento del dolor y sus aspectos más desconocidos para el gran público. A través de las páginas de este volumen sabremos qué persona tiene una forma de enfermar diferente, siendo el dolor otra vía válida para conocer la personalidad de aquellos que nos rodean.



(por lo que se puede recurrir directamente al capítulo que se refiere en concreto al dolor que nos interese). Aborda dolores tan comunes como el de cervicales, el menstrual o el producido por la fibromialgia, destacando la lumbalgia, la lumbociática y la osteoporosis. Como aspecto curioso, la explicación médica de cada dolor se acompaña de un breve análisis filosófico y metafísico de la enfermedad correspondiente.

Por último, el tramo final del libro es el elegido para mostrar la forma de eliminar el dolor, destacando el capítulo 20 (“Directrices generales para todos los dolores”), donde se realiza un enfoque general del tratamiento. Además, se incluye una presentación con los principios activos más comunes y los nombres comerciales de los fármacos a los que dan lugar.

Saber vivir frente al dolor postula la idea de que se pueden curar las enfermedades físicas, pero si no se han sanado las actitudes ante la vida, las dolencias retornan. Por tanto, si el estado anímico mejora, la vida de una persona experimentará sensibles beneficios, aunque la enfermedad física no haya desaparecido del todo, estabilizándose las funciones internas y viviendo con otra calidad.

Sólo así se entenderá que el dolor es algo más que un síntoma físico; es un fenómeno en el que intervienen todos nuestros elementos: la parte física (el cuerpo), la parte psíquica (la mente) y la parte anímica (el alma).

EL DOLOR es una llamada de atención que realiza nuestro cuerpo, un síntoma que indica que algo no marcha bien en el organismo. Por ello, una vez que se conoce la causa del dolor, éste ya no debería tener sentido ni manifestarse.

También es algo muy íntimo, difícil de explicar, que sólo el paciente conoce, por lo que debe de ser éste quien alcance la esencia de su dolor para que, conociendo cómo es, sepa qué debe cambiar en su vida para volver a sentirse lleno de bienestar y alegría.

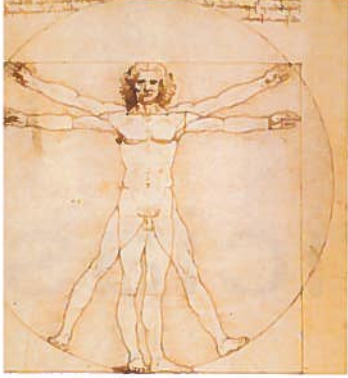
Bajo estas premisas surge *Saber vivir frente al dolor*, una completa guía médica donde el lector puede encontrar la solución más práctica para hacer remitir el sufrimiento que padece. Esta obra ahonda en las causas y circunstancias que contribuyen a generar las dolencias más habituales, reseñando también los síntomas y técnicas que existen para su tratamiento.

Su autora, la Dra. Heraso Aragón, es directora de la Unidad del

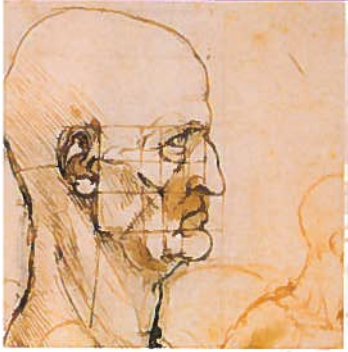
Dolor del Sanatorio San Francisco de Asís de Madrid y presidenta de la Fundación Internacional del Dolor (FID), entidad que edita una obra con la que se pretende dar respuesta a los interrogantes más comunes en este terreno: ¿por qué a mí?, ¿por qué ahora?, ¿cómo puedo colaborar con mi médico para aliviar mi dolor?

El libro está redactado de forma que su lectura es comprensible independientemente de poseer o no conocimientos médicos previos. Se estructura en tres partes. En la primera de ellas se aborda la naturaleza y el origen del dolor, convirtiéndose en un pasaje de lectura imprescindible para enfrentarse correctamente a la aparición de una sensación que va desde lo desagradable hasta lo insostenible, y que pone en evidencia la existencia de una alteración en nuestro organismo.

La segunda parte recoge la descripción de los dolores más frecuentes, distinguiendo la parte del cuerpo o el órgano que lo origina



Cirugía Plástica Reparadora y Estética



XV Congreso Nacional de Auxiliares de Enfermería

2, 3 y 4 de junio de 2004 Madrid




Palacio de Congresos Paseo de la Castellana, 99



Declarado de interés científico-sanitario

Noticias del M

Noticias



» Ensayan la píldora masculina

Un importante avance en el ámbito de los métodos anticonceptivos está a punto de gestarse si se comprueba la fiabilidad y seguridad de la llamada “píldora masculina”, actualmente en periodo de prueba. Este estudio, que se está llevando a cabo de forma conjunta entre los laboratorios Schering AG y Organon, se está desarrollando simultáneamente en 14 centros europeos y, hasta el momento, los resultados que arrojan los ensayos resultan alentadores.

La medicación utilizada en el ensayo y las vías de administración están basadas en resultados de estudios anteriores, en los que se mostraba la posibilidad de suprimir a niveles anticonceptivos concentraciones de esperma mediante el gestágeno etonogestrel.

De conseguirse el objetivo de comercializar el primer anticonceptivo masculino, en un terreno en el que la investigación se ha concentrado tradicionalmente en métodos para mujeres, supondría una auténtica revolución médica.

Mundo Médico

del Mundo Médico



Una nueva prueba que permite detectar el cáncer de piel en diez segundos podría renovar la forma de afrontar el diagnóstico de esta enfermedad y salvar miles de vidas. Desarrollada en la Universidad de Birmingham, consiste en una técnica de espectroscopia inteligente que analiza la piel a través de sus distintos componentes (sangre, colágeno y pigmentos), mejorando enormemente la fiabilidad del diagnóstico.

La enorme importancia del avance es mayor aún teniendo en cuenta que para la curación del cáncer de piel el diagnóstico precoz resulta vital. El mayor problema reside en que, durante sus primeras fases, el melanoma se asemeja a otras manchas benignas de la piel, como los simples lunares, por lo que puede pasar desapercibido.

Ahora, a través de un ordenador se podrá detectar de forma inmediata la existencia de un melanoma, la forma más mortífera de cáncer, mediante un proceso que dura cinco segundos y ofrece una imagen nítida en la que cada color corresponde a un factor distinto de la piel. Además, se prevé que el sistema ayudará también a establecer el tipo de tratamiento y la eficacia del mismo respecto a otras lesiones dermatológicas.

» Prueba inmediata para detectar el cáncer de piel

...Y para variar
...Y para variar

El Camino de Santiago

Origen

Denominado también Ruta Jacobea, remonta su origen doce siglos atrás, cuando entre los años 820 y 830 se descubrieron los restos mortales del apóstol Santiago en el occidente europeo.

La tradición dice que Santiago el Mayor predicó el Evangelio en Hispania. De regreso a Jerusalén fue decapitado y posteriormente su cuerpo se trasladó por mar de vuelta a tierra hispana, en cuya región noroccidental recibió finalmente sepultura. La tumba apostólica fue descubierta a principios del siglo IX por el obispo de Iria Flavia, en época del rey Alfonso II. Muy pronto, numerosos peregrinos comenzaron a visitarla, dando origen a la ciudad de Santiago

de Compostela y a una red viaria: el Camino de Santiago.

El Camino

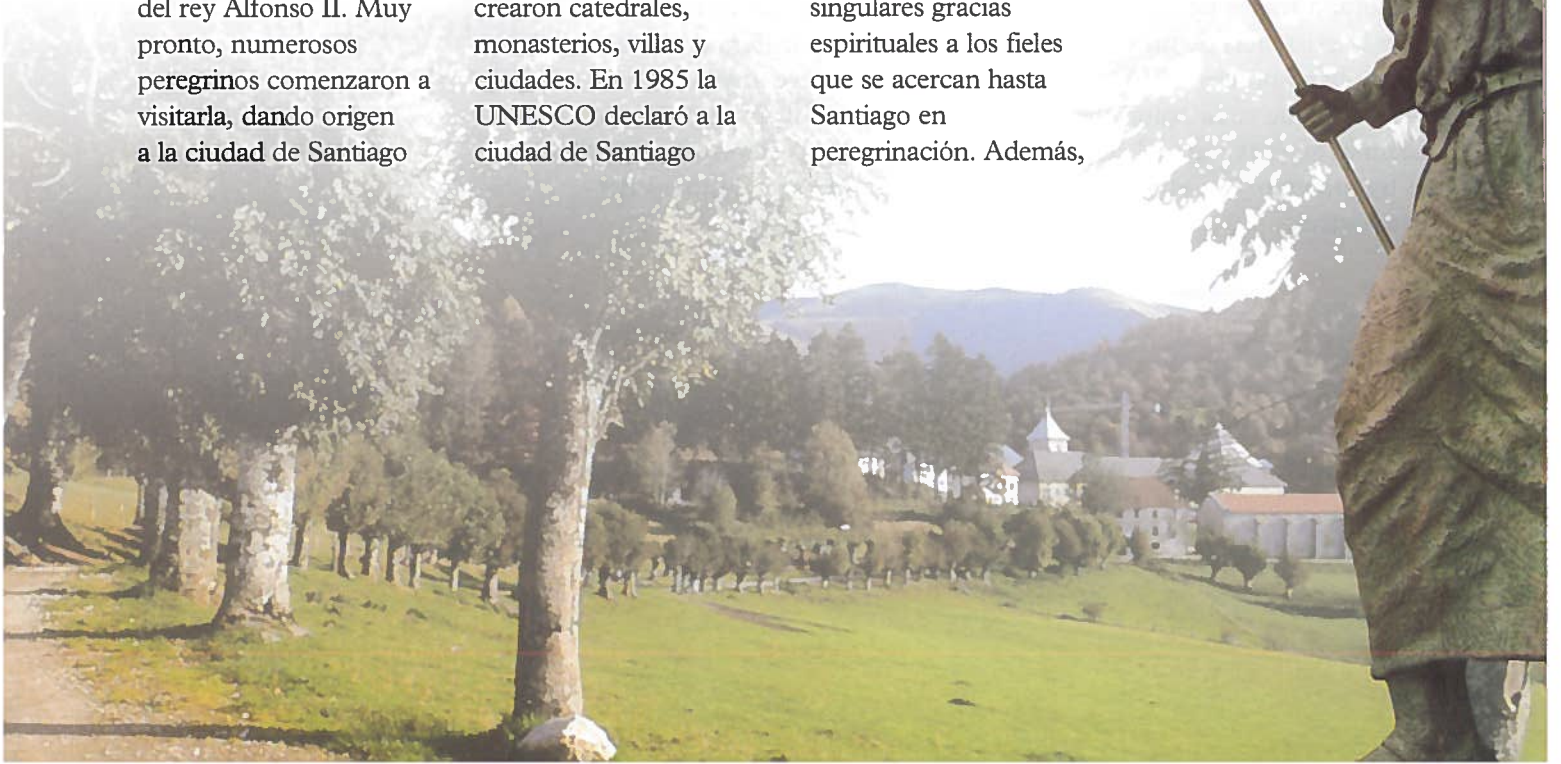
Esta ruta lleva desde distintas partes de Europa hasta la capital de Galicia. Su itinerario más famoso es el Camino Francés, que, atravesando el norte de España, va desde Francia hasta Santiago, pero también existen otros trazados desde Portugal, el sur de España (vía de la plata), por vía marítima... A lo largo de los años el peregrinaje por esta ruta espiritual y cultural generó la primera gran red asistencial de Europa y en su recorrido se crearon catedrales, monasterios, villas y ciudades. En 1985 la UNESCO declaró a la ciudad de Santiago

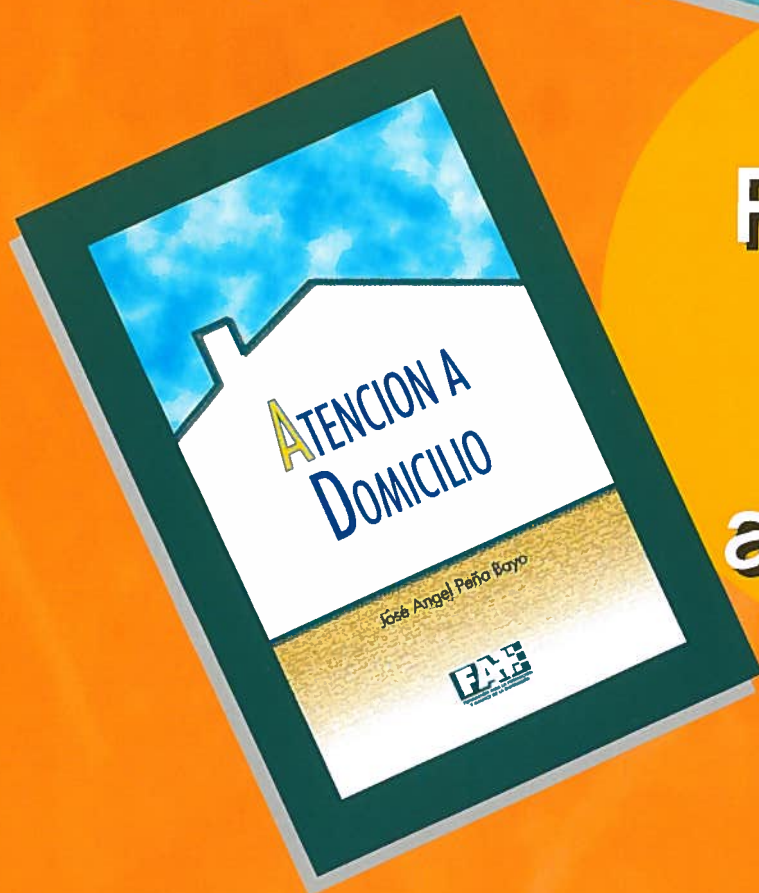
“Patrimonio Universal de la Humanidad” y en 1987 el Consejo de Europa reconoció el camino como “Primer Itinerario Cultural Europeo”.

El jubileo

compostelano
El Año Jubilar Compostelano, también conocido como Jubileo o Año Santo, se celebra desde la Edad Media por disposición papal cuando la festividad del apóstol Santiago coincide en domingo. El último se celebró en 1999 y el próximo, después de este 2004 será en 2010. Durante este año la Iglesia concede singulares gracias espirituales a los fieles que se acercan hasta Santiago en peregrinación. Además,

quienes acreditan que han recorrido el Camino reciben la Compostela o Compostelana, certificación oficial que concede la Catedral de Santiago a todo aquel que realiza la peregrinación por motivos religiosos y cumple con los requisitos necesarios (recorrer a pie, en bicicleta o a caballo una parte del Camino).





Reediciones ampliadas y actualizadas

Consigue tus ejemplares poniéndote en contacto con el delegado de SAE en tu centro de trabajo o llamando a los teléfonos y fax de la Fundación

Tel.: 91 521 52 24 / 91 521 52 95

Fax: 91 521 53 83



PULEVA OMEGA 3,
la única que ha
demostrado
científicamente que
ayuda a reducir el
colesterol.



Para más información: 902 100 019 - www.pulevasalud.com o www.puleva.es