

SANUM

Nº. 2 Junio 2017

Revista de Divulgación Científico-Sanitaria

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN MAYORES INSTITUCIONALIZADOS.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA Y EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

COBLACIÓN AMIGDALAR PARCIAL: UNA EXCELENTE ALTERNATIVA A LA AMIGDALECTOMÍA EN EL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA NOCTURNA INFANTIL.

EL REENVASADO DE MEDICAMENTOS COMO GARANTÍA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

PREPARADOS HOMEOPÁTICOS: ¿TIENEN EFECTO MÁS ALLÁ DEL PLACEBO? REVISIÓN DE LA LITERATURA.

DISPAREUNIA: UNA AFECCIÓN EN DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA SEXUAL DE LA MUJER.

PROFESIONALES SANITARIOS; VIOLENCIA FAMILIAR Y VIOLENCIA DE GÉNERO.

ENVEJECIMIENTO, SALUD Y TRABAJO.



ESP
Servicios
Públicos

Andalucía



SANUM

Revista de Divulgación Científico-Sanitaria

Órgano Rector de FeSP para las revistas

Editor:

RODIO, FeSP-UGT/Andalucía

Director:

Antonio Tirado Blanco
Secretario General

Subdirección:

Antonio Macías Borrego
Secretario de Sanidad
Francisco López Gómez
Secretario de Formación

Consejo de Redacción:

María Ortiz Rico
Órgano de prensa
José Luis de Isla Soler
Director técnico

Edición y maquetación:

Ediciones Rodio, S. Coop. And.
Sevilla

ISSN 2530-5468

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación periódica, por cualquier medio o procedimiento, sin para ello contar con la autorización previa, expresa y por escrito del editor.

Los artículos así como su contenido, su estilo y las opiniones expresadas en ellos, son responsabilidad de los autores

Sumario

Prevención de caídas en mayores institucionalizados	4
<i>Castro Mora, L.</i>	
Insuficiencia renal crónica y embarazo. A propósito de un caso	10
<i>Díaz-Jiménez, Désirée; Reina-Caro, A.J.; Velázquez-Barrios, M</i>	
Coblación amigdalor parcial: una excelente alternativa a la amigdalectomía en el síndrome de apnea obstructiva nocturna infantil	16
<i>Horno López, J.; Cortés Sánchez, R.F.</i>	
El reenvasado de medicamentos como garantía para la seguridad del paciente	21
<i>Peragón Garrido, F.J.</i>	
Preparados homeopáticos: ¿Tienen efecto más allá del placebo? Revisión de la literatura	28
<i>Martínez Pizarro, S; Cobos del Moral, E. J.</i>	
Dispareunia: una afección en distintas etapas de la vida sexual de la mujer	40
<i>Velázquez- Barrios, M.; Díaz-Jiménez, D.; José Reina-Caro, A.</i>	
Profesionales sanitarios; violencia familiar y violencia de género	46
<i>García Maldonado, T.; Ramos Chaves, J.; Márquez García, A.G.; Nieto Pérez, T.M.; Márquez García, L.</i>	
Envejecimiento, Salud y Trabajo	53
<i>Barbancho Fernández, G.</i>	
Normas generales para la publicación de artículos	63



Andalucía



La Federación de Emplead@s de los Servicios Públicos es la Federación más importante, por número de afiliados y en estructura, de UGT.

FeSP está integrada por los Empleados Públicos (personal laboral, funcionarios y estatutarios) que prestan servicios en ministerios, organismos autónomos y de la Seguridad Social, Administración de Justicia, Comunidades Autónomas, Sanidad Pública y Privada, Educación, Correos, administraciones locales, trabajadores de entes o empresas de gestión indirecta al servicio público y demandantes de primer empleo con expectativas de trabajo en las Administraciones Públicas.

SANUM, una ventana a la investigación de nuestro@s profesionales

La Federación de Emplead@s de los Servicios Públicos de UGT Andalucía lleva tiempo apostando por la mejora del empleo público en Andalucía. Son momentos difíciles los que atravesamos, donde las distintas Administraciones tan solo piensan en como hacer más económicos los servicios que prestamos a l@s ciudadan@s.

Un grave error que estamos pagando con menos profesionales, menos formados y peor renumerados. Contra ello solo caben dos iniciativas: una, las constantes reivindicaciones y protestas contra esas políticas por un lado y la formación de nuestro s profesionales por otro. Ambas son funciones primordiales de nuestra Organización y con ello contribuir a poner a disposición de vosotr@s una revista donde poder exponer esos artículos científicos e inéditos que elaboráis día a día fruto de vuestro trabajo en los centros sanitarios, siendo para nosotros un orgullo ofrecer esta herramienta de comunicación y experiencias.

Esta revista no solo vale para conseguir algún que otro punto en nuestra Bolsa Regional, o en las Ofertas Públicas de Empleo, la Carrera Profesional, etc; es muy valiosa sobre todo para exponer como de forma individual y altruista, nuestro@s profesionales ponen todo su empeño en mejorar día a día la atención ciudadana y además lo quieren hacer público para que otr@s puedan aprovecharse de sus amplios conocimientos y competencias.

Una labor de investigación que hoy día no está todo lo considerada que debería estarlo y que desde la UGT pensamos que con escaparates como nuestra revista SANUM aportamos nuestro granito de arena para que se siga mejorando el Sistema Sanitario en Andalucía y reconociendo a nuestro@s profesionales la gran calidad de sus prestaciones en todos y cada uno de los centros.

Tan solo me queda animaros a que sigáis participando en este ilusionante proyecto que no es nuestro, es de todos y cada uno de los que día a día trabajáis en pro de prestar un servicio de mayor calidad a nuestros conciudadanos y conciudadanas.



Antonio Macías Borrego.
Secretario del Sector Salud, Servicios Sociosanitarios y Dependencia.
FeSP UGT Andalucía.

Prevención de caídas en mayores institucionalizados

Resumen

Las caídas son muy importantes en Geriatría por su elevada incidencia y por las consecuencias que acarrear. Constituyen la forma más frecuente de accidente en las personas mayores. Se estima que alrededor de la mitad de los ancianos que están en residencias u otras instituciones similares tienen, al menos, una caída al año.

El 25% de los individuos que sufren una caída suele presentar lesiones relevantes. Muchas de ellas se ven acompañadas de complicaciones médicas que pueden conducir a un desenlace trágico.

Por ejemplo, en el caso de que tras una caída se produzca una fractura, se requiere de un periodo de hospitalización y, en su caso, de una intervención quirúrgica. Existe un alto riesgo de aparición de complicaciones asociadas con el periodo de encamamiento hospitalario. Entre éstas podemos mencionar trastornos circulatorios, lesiones de la integridad cutánea, atrofas musculares, edema pulmonar o la aparición de un cuadro confusional agudo.

Estas complicaciones disminuyen en gran medida la calidad de vida del mayor y pueden condicionar un aumento de su grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

La alta incidencia de caídas en mayores institucionalizados y su elevada morbi-mortalidad hacen necesario estudiar el origen de las mismas. La mayoría se debe a la convergencia de varios factores de riesgo. El personal de las instituciones debe ser capaz de identificarlos y actuar sobre ellos para establecer las medidas preventivas oportunas.

PALABRAS CLAVE:

Ancianos, instituciones, caídas, factores, riesgo y prevención.

Prevention of falls of elderly people living in institutions

Summary

25% of the persons suffering a fall have relevant lesions. Many of them are associated to medical problems that may come to a bitter end.

For instance, in case a fracture is produced after a fall, the person needs a long period of hospitalization, even a surgery in some cases. Bedridden patients have a high risk of developing complications, such as circulatory disorders, breaks in skin integrity, muscle atrophy, pulmonary oedema or acute confusional state.

These complications reduce their quality of life to a great extent and may condition their degree of dependency in their basic activities of daily living (BADL).

It is necessary to study the origin of falls, due to their high incidence in elderly people living in institutions and their high morbi-mortality. Most of them are due to a convergence of several risk factors. The personnel in the institutions should be able to identify them and act upon them in order to establish the necessary preventive measures.

KEY WORDS:

Elderly, institutions, falls, factors, risk and prevention.

AUTORA

Laura Castro Mora,
Fisioterapeuta en Centro Para Mayores Alkama S.C.A

INTRODUCCION

Se puede definir caída como la pérdida de soporte o equilibrio que sufre una persona. Todas las caídas, por leves que puedan parecer, conllevan una serie de consecuencias indeseables.

Por un lado, encontraremos lesiones de distinta gravedad como contusiones, heridas, fracturas, traumatismos, etc. La mayoría de estas lesiones requiere un tiempo variable de recuperación durante el cual se precisa de reposo relativo o absoluto. De modo que, de forma secundaria, muchas caídas conllevan las consecuencias de la falta de movilidad: pérdida de autonomía, debilidad muscular, afectación de la coordinación, aislamiento, apatía e incluso síndrome confusional agudo en casos de encamamiento prolongado u hospitalización.

Por otro lado, es frecuente que aparezca el síndrome post-caída. Esto significa que aunque la caída, aparentemente no haya tenido consecuencias, el individuo experimenta vergüenza, inseguridad y miedo a caer de nuevo. Si esta situación se mantiene en el tiempo conlleva la pérdida de autonomía y la afectación de su autoestima.

Estadísticamente está comprobado que a partir de los 60 años de edad, la probabilidad de sufrir caídas aumenta de forma considerable. Con el fin de evitar sus consecuencias negativas es fundamental identificar a los mayores más susceptibles de caerse así como los factores de riesgo de caídas para poder actuar sobre ellos y establecer medidas de prevención.

Con esta finalidad, nos marcamos 4 objetivos a conseguir:

1. Identificar los motivos de las caídas y ponerlos en conocimiento de todo el personal del centro.
2. Identificar a las personas con mayor riesgo de caídas.

3. Mantener las instalaciones en condiciones de seguridad.
4. Reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención.

CONTENIDOS

Para el primer objetivo, es necesario conocer los motivos que pueden dar lugar a la caída de una persona. Saber identificar los factores de riesgo de caídas con antelación puede evitar o reducir el número de las mismas. Los factores de riesgo pueden ser intrínsecos a la persona o extrínsecos a ella.

Como factores intrínsecos, encontramos:

- Edad avanzada. A mayor edad más riesgo debido al deterioro de las cualidades psicomotrices.
- Mal estado de salud general: patologías de base, inactividad física, etc.
- Afecciones neurológicas: deterioro cognitivo, Parkinson, hemiplejía, etc.
- Alteraciones genito-urinarias que ocasionan múltiples visitas al baño (incontinencias, diarreas, infecciones de orina, etc.). Es destacable que durante la noche el riesgo de caída se incrementa debido al estado de somnolencia.
- Alteraciones del aparato locomotor: anomalías de la marcha, trastornos del equilibrio, disminución de la fuerza, deformidades articulares, etc.
- Afecciones sensoriales: disminución de la agudeza visual, hipoacusia, etc.
- Medicación que reduzca el estado de alerta y/o afecten a su estabilidad o capacidad de respuesta a los estímulos externos. (tranquilizantes, anti-depresivos, hipotensores, etc.).

Factores de riesgo intrínsecos	Factores de riesgo extrínsecos
Edad avanzada Patologías de base o mal estado de salud general Afecciones neurológicas: Parkinson, ictus, demencias, etc. Alteraciones genito-urinarias y digestivas como incontinencia, diarrea, o infección del tracto urinario. Alteraciones del aparato locomotor: trastornos de la marcha o del equilibrio, deformidades articulares, etc. Afecciones sensoriales: disminución de la agudeza visual, hipoacusia, etc. Medicación que reduzca el estado de alerta o afecten a su estabilidad (sedantes, antidepresivos, hipotensores, etc.).	Sillas y mobiliario en mal estado. Acceso difícil al timbre de llamada o al baño. Obstáculos en zonas de paso: alfombras, felpudos, cables mal fijados, etc. Suelos deslizantes, mojados o con desnivel. Iluminación insuficiente. Ayudas técnicas inapropiadas. Falta de dispositivos de seguridad: cinturones de sujeción, barandillas en las camas, pasillos y escaleras. Ropa o calzado inadecuado: zapatos con poca sujeción, ropa que arrastra, etc.

Figura 1. Cuadro resumen de factores de riesgo de caídas.

En cuanto a los factores extrínsecos, encontramos:

- Sillas y mobiliario en mal estado.
- Acceso difícil al timbre de llamada o al baño.
- Obstáculos en zonas de paso: alfombras, felpudos, cables mal fijados, etc.
- Suelos deslizantes, mojados o con desnivel.
- Iluminación insuficiente.
- Ayudas técnicas inapropiadas.
- Falta de dispositivos de seguridad: cinturones de sujeción, barandillas en las camas, pasillos y escaleras.
- Ropa o calzado inadecuado: zapatos con poca sujeción, ropa que arrastra, etc.

Para el segundo objetivo, identificar a las personas con mayor riesgo de caídas, se hará un seguimiento individualizado de cada usuario/a. Se tendrá en cuenta su capacidad funcional, su equilibrio, la toma de medicamentos, la existencia de caídas previas, etc. Para ser lo más objetivo posible, nos valdremos de escalas estandarizadas como la escala de Barthel, que mide la autonomía del individuo en base a su capacidad para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria; La escala de Tinetti, que evalúa la marcha y el equilibrio o la escala de riesgo de caídas De J. H. Downton que valora la posibilidad de que haya caídas de repetición.

En cuanto al mantenimiento de las instalaciones, cada centro debe establecer claramente la persona o personas en la que recae esta función y gestionar las adecuaciones o reparaciones necesarias en el menor tiempo posible.

Con toda la información referente a las características y estructura arquitectónica del centro, así como el perfil de los mayores que se encuentran institucionalizados en él, se tomarán las correspondientes medidas preventivas, que se detallaran en el siguiente apartado.

RESULTADOS

Medidas de prevención de las caídas en mayores

Valorados los factores de riesgo que afectan a cada usuario/a se establecen las medidas de prevención de caídas. Tras años de trabajo con mayores institucionalizados se ha comprobado

que las medidas preventivas más eficaces son las siguientes:

1. **Mantenimiento de las instalaciones.** El centro debe ofrecer un entorno seguro, limitado por puertas con mecanismos de cierre por pulsador, suelo antideslizante y sin desniveles y con una iluminación adecuada. Las instalaciones deben disponer de dispositivos de seguridad como barandillas en los pasillos, asideros de manos en los baños, elementos señalización de cristales, timbres de llamada, etc. Se debe evitar que haya obstáculos o superficies resbaladizas. Es necesario revisar periódicamente, así como cuando se detente alguna anomalía, el estado de las instalaciones y del material geriátrico, subsanando cualquier situación que lo requiera como: barandillas flojas, zonas de paso con desniveles, mobiliario en malas condiciones, pérdidas de agua que formen charcos en zonas de paso, etc.
2. **Adecuación de ayudas técnicas:** Los centros de mayores cuentan con material ortopédico a disposición de los residentes que lo necesiten. Tras una valoración funcional, se determinará si es necesario el uso de muletas, andadores o silla de ruedas que garanticen que los desplazamientos se realicen en condiciones de seguridad. Los usuarios que tengan pautado el uso de andador lo utilizarán al entrar en las distintas dependencias del centro hasta llegar a su silla, encargándose el personal de su retirada si éste dificulta el funcionamiento, por ejemplo al entrar en las salas de actividades o comedores. Igualmente el personal debe proporcionárselo cuando el usuario se disponga a marcharse.
3. **Fomento de la autonomía** mediante su participación en actividades de gerontogimnasia y tratamientos individuales de fisioterapia que ayuden a mejorar sus cualidades físicas de tono muscular, equilibrio, control postural y coordinación de movimientos.
4. **Valoración individual del riesgo de caídas** en base a escalas específicas como la de J. H. Downton o la de A. M. Tromp y colaboradores, donde se atiende a una serie de ítems que nos indican si esa persona tiene un riesgo alto, moderado, bajo o nulo de sufrir caídas.
5. **Adaptación de horarios:** Se tendrá en cuenta aquellos usuarios que requieren periodos específicos de descanso para adaptar los horarios de sueño, aseo, etc. Observando el registro de caídas de cada individuo se ha comprobado que en algunos usuarios las caídas se producen a la misma hora del día. Esto puede ser de utilidad para pautar periodos de descanso a determinadas horas como medida de prevención de caídas por agotamiento.

6. **Adaptación del tratamiento farmacológico** para mantener un estado de alerta adecuado, utilizando fármacos con menos efectos secundarios.
7. **Uso de ropa y calzado adecuado**, zapatos bien ajustados, con tacón bajo, suela de goma anti-deslizante y talón cubierto. Ropa cómoda y largo adecuado.
8. **Disminuir aporte de líquidos por la tarde** o a partir de las 19'00 horas y administrar los diuréticos por la mañana en la medida de lo posible.
9. **Tratamiento de alteraciones sensoriales** como la visión (prescripción de gafas).
10. **Prevención y tratamiento del sobrepeso** (dietas hipocalóricas).
11. **Poner frenos a las sillas de ruedas** y enseñar al usuario a frenarlas.
12. **Enseñar y reforzar la información sobre el uso del timbre de llamada.**
13. **Información sobre prácticas seguras y percepción del riesgo**, ayudar al usuario a reconocer los peligros y adoptar prácticas seguras. Ejemplo: no levantarse de la silla de ruedas sin poner los frenos, no levantarse a orinar por la noche sin llamar al timbre para que el personal auxiliar le ayude.
14. **No dejar solo/a al usuario/a durante la higiene, traslados o movilizaciones.**
15. **Uso de dispositivos de seguridad:** barandillas, asideros de manos en cuartos de aseo, sistemas de sujeción homologados, etc.
16. **Dejar al alcance de la mano todo lo que el usuario pueda necesitar**, especialmente al encamado: pañuelos, agua, timbre, etc.

Escala de riesgo de caídas	Alto riesgo >2	
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes, diuréticos, antidepresivos, otros	1
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales, auditivas	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda, insegura	1

Figura 2: Escala de Riesgo de Caídas Downton.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las medidas preventivas adoptadas deben aplicarse con continuidad por parte de todos los profesionales, por lo que es necesario un buen sistema de comunicaci3n entre los trabajadores de los distintos turnos (libro de incidencias, mensajes en soporte electr3nico, libros de registro de caídas, etc.)

La mayoría de caídas se deben a múltiples factores de riesgo. El personal de las instituciones debe ser capaz de identificarlos y ponerlos en conocimiento del profesional correspondiente mediante

comunicaci3n directa o anotaci3n en el libro de incidencias, para establecer las medidas preventivas oportunas.

Los factores de riesgo extrínsecos, tales como obstáculo en zonas de tránsito, iluminaci3n insuficiente, mal estado del mobiliario, suelo mojado o con desniveles, etc., se comunicaran al personal de mantenimiento para su reparaci3n.

Asimismo, si se observa que alg3n usuario/a tiene un calzado inadecuado o ropa que arrastra se procederá a contactar con el familiar para solucionarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Molina Y., Caídas en el adulto mayor, Compendio de geriatría clínica, 2003.
2. Lázaro del Nogal M. en grupo de trabajo con la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Evaluación del anciano con caídas de repetición, Fundación Mapfre, 2001.
3. Montecinos H., Grandes Síndromes Geriátricos: caídas en el adulto mayor, Manual de geriatría y gerontología de la Pontificia Universidad Católica de Chile.
4. Downton J. H., Falls in the elderly, A Hodder Arnold Publication, 1993
5. Muñoz Conde M., Aguiar García F. y otros autores, Estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, Consejería de salud de Andalucía, 2009.
6. Guía de actuación en las personas mayores en atención primaria, Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias, 2002.
7. Figura 1: Cuadro resumen de factores de riesgo de caídas. Elaboración propia.
8. Figura 2: Escala de riesgo de caídas Downton, Autor: J.H. Downton, 1993.
9. Figura 3: Modelo de hoja de registro de caídas en instituciones. Elaboración propia.

AGRADECIMIENTOS

Mi agradecimiento al centro de mayores y unidad de estancia diurna Alkama S.C.A., donde he desarrollado mi profesión a lo largo de los 10 últimos años. Mi agradecimiento también a todos los mayores que le han dado sentido a mi trabajo, me han ofrecido su confianza y la oportunidad de aprendizaje.

¡Este es tu año!

OPOSICIONES

2017
Una plaza te espera



Ahora es el momento de emprender una carrera profesional en la Administración Pública

Te ofrecemos el mejor material para superar con éxito las pruebas selectivas:

Cuerpos de Seguridad

Servicios de Salud

Comunidades Autónomas

Corporaciones Locales

Administración del Estado

Temarios Generales

eRodio

Formación para el empleo



www.temariosoposiciones.com

Insuficiencia renal crónica y embarazo

A propósito de un caso

Resumen

La prevalencia de la insuficiencia renal crónica ligada a la gestación ha experimentado una importante reducción en los últimos años. Estos embarazos no están exentos de complicaciones tanto para la madre como para el feto y requieren el trabajo conjunto del ginecólogo, nefrólogo, matrona y nutricionista. Las principales cuestiones que deben ser consideradas son: mantenimiento de niveles bajos de urea y creatinina, evitar hipotensión e hipertensión materna, infecciones urinarias, fluctuaciones electrolíticas y adecuada monitorización fetal. En la actualidad, aunque no existe tratamiento sistemático de la insuficiencia renal crónica asociada al embarazo, la mortalidad materna, en los países con nivel socioeconómico adecuado, es excepcional.

PALABRAS CLAVE:

Embarazo, Neonato, Hemodiálisis, Glomerulonefritis,

Chronic kidney disease and pregnancy

On purpose of a case

Summary

The prevalence of chronic kidney disease linked to pregnancy has undergone a significant reduction in the last years. These pregnancies are not exempt from both maternal and foetal complications, and they require the joint efforts of gynaecologists, nephrologists, midwife and nutritionist. The main issues to be considered are: maintaining low levels of urea and creatinine, avoiding maternal hypertension and hypotension, urinary tract infections, fluctuations in electrolytes and adequate foetal monitoring. Currently, although there is no systematic treatment of chronic kidney disease linked to pregnancy, and maternal mortality in developed countries is very low.

KEY WORDS:

Pregnancy; Newborn; Hemodialysis, Glomerulonephritis

Autores

Désirée Díaz-Jiménez
Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología.
Unidad de Urgencias Ginecológicas-Obstétricas. Área de partos.
Complejo Hospitalario de Navarra. Hospital Virgen del Camino.
Pamplona.

Antonio José Reina-Caro
Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología.
Área de Partitorio. Hospital Privado Nisa Sevilla-Aljarafe.
Castilleja de la Cuesta, Sevilla

Manuela Velázquez-Barríos
Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología.
Centro de Salud la Paz.
Badajoz.

Autor Principal:

Désirée Díaz Jiménez
Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología
Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

Conflicto de Intereses: No existen conflicto de intereses entre los participantes. No se ha recibido financiación.

Publicación: El presente no ha sido presentado como comunicación oral-escrita en ningún congreso. Autorización previa para la presentación de las fotografías publicadas en el caso clínico.

Sección: Casos clínicos.

INTRODUCCIÓN

La Insuficiencia renal crónica (IRC) es la disminución progresiva e irreversible de la función renal con una tasa de filtrado glomerular inferior a 60 ml/min.^{1,2} Las gestantes con dicha patología se clasifican de alto riesgo por su mayor porcentaje de complicaciones perinatales, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino (CIR) y prematuridad. En la actualidad, el porcentaje de gestaciones con éxito es mayor, pero existe un aumento de la morbilidad materno-fetal alta en comparación con la población normal.^{3,4} La IRC en el embarazo se clasifica de acuerdo a la clasificación de Davison-Lindheimer,⁵ en la cual según los niveles de creatinina sérica se agrupa a las pacientes en tres categorías: IRC leve <1.5 mg/dl, IRC moderada entre 1.5 y 2.5 mg/dl y IRC severa > 2.5 mg/dl. El pronóstico se correlaciona con el estadio en el que se encuentre la gestante previo al inicio de la gestación.

El objetivo del presente artículo es describir mediante un caso clínico las características clínicas en mujeres con IRC durante el embarazo, curso clínico y resultados perinatales obtenidos.

HISTORIA DEL PROBLEMA

Gestante de 31 años. Primigesta, 36+4 semanas de gestación (sg), ingresa en la unidad de patología obstétrica del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR), Sevilla, por deterioro progresivo de su patología de base, Insuficiencia renal crónica (IRC).

Valoración

Anamnesis: Antecedentes médicos, diagnóstico Síndrome nefrótico (glomerulopatía membranosa) desde los 9 años. Gestación controlada en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, HUVR, desde las 8+2sg.



Estudio Doppler en arterias uterinas maternas con aumento de resistencia, *Notch* bilateral a partir de las 22sg. Estudio ecográfico fetal a las 36sg. muestra CIR. El doppler feto placentario a las 31sg. muestra signos de redistribución de flujo en arteria cerebral media y aumento del IP (índice de pulsatilidad) de arteria umbilical, evolucionando posteriormente a flujo diastólico ausente en arteria umbilical a las 36+3sg. Estudio Clínico: Peso actual 59.3 kg. (Inicial 50kg), TA (tensión arterial) 139/85 mmHg, Asintomática, Edema, Estado actual +++ (Inicial +).

El evidente deterioro progresivo de la unidad feto placentaria determina la interrupción del embarazo mediante cesárea a las 36+4sg., obteniendo recién nacido vivo, masculino, peso 2.105gr., 43cm. Apgar 9-9-10.

Dos semanas previas a la cesárea, se realizó amniocentesis para certificar madurez pulmonar (34+2sg.). Resultado relación lecitina-esfingomielinina 1,8, pese a la administración de 2 dosis de Betametasona (31+3sg.). El tratamiento en el embarazo y puerperio estuvo dirigido al mantenimiento del funcionamiento renal, presión arterial, parámetros hematológicos y estudio seriado de la unidad feto-placentaria.



Valoración general (Necesidades de Virginia Henderson)

1º Necesidad: Respiración

No presenta dificultad respiratoria. No presencia de tos ni ruidos respiratorios anormales. No es fumadora. No requiere terapias respiratorias. FR (frecuencia respiratoria) 16 rpm, FC (frecuencia cardíaca) 72 ppm, TA 135/80mmHg.

2º Necesidad: Alimentación e hidratación

Desayuno, café con media tostada y aceite. Media mañana, pieza de fruta. Almuerzo, legumbres, verduras y yogurt. Merienda, café. Cena, cereales con leche y piezas de fruta. Acompaña las comidas de agua. Aproximadamente 2 litros.

Alimentación oral. Capacidad funcional independiente. No presenta dificultad para beber, deglutir y masticar. No problemas de dentición ni prótesis dental. Ausencia de náuseas y vómitos. Apetito normal durante su hospitalización. Pesa 50 Kg y mide 1.65 cm. IMC (índice de masa corporal). 20,2% (Normal; rozando límites). Analítica, triglicéridos bajos (55) y colesterol bajo. A pesar de considerar que la dieta no cumple los aportes de nutrientes mínimos necesarios, no se interviene en este aspecto por tratarse de patrones habituales y no grandes valores anormales en la analítica.

Se recomienda: Aumentar la ingesta calórica a 30-35 kcal/día⁷, tomar 1 mg/día de ácido fólico a partir del primer trimestre⁷, consumo diario de calcio de 1500 mg⁶, tomar vitaminas hidrosolubles en el embarazo, suplemento de vitaminas dializables (C, tiamina, riboflavina, niacina, B6), incrementos de potasio y fósforo para mantener niveles adecuados^{3,1}, hemoglobina de 10-11 g/100 ml (hematocrito en cifras de 30-35%). La anemia en el embarazo se asocia con aumento de partos pretérmino y mayor mortalidad infantil¹⁰.

3º Necesidad: Eliminación

WC(cuarto de baño) una vez al día. Deposiciones formadas, coloración marrón oscura y consistencia blanda. No presenta dolor al defecar. No requiere ayudas como fármacos ni sustancias naturales. Sudoración óptima a su actividad. Ciclo menstrual regular 5/28.

4º Necesidad: Movilización

Deambulante. Actividad física actual, caminata de 30 minutos diarios. Fuerza miembros superiores e inferiores sin alteración.

5º Necesidad: Reposo-sueño

Descanso diario 8 horas. No requiere ayudas. No dificultad para conciliar el sueño. Reparador.

6º Necesidad: Vestirse-desvestirse

Capacidad funcional independiente para quitarse la ropa y el calzado. A la llegada el vestuario y calzado son adecuados a las circunstancias ambientales.

7º Necesidad: Termorregulación

Sensibilidad al frío y calor sin alteración. Temperatura habitual de 36.6°C.

8º Necesidad: Higiene-Piel

Capacidad funcional para baño-higiene independiente. Higiene general y bucal correcta. Piel integra. No presenta hematomas, quemaduras, etc. Coloración de uñas sonrosado.

9º Necesidad: Seguridad

Ausencia de alergias medicamentosas y ambientales. Nivel de consciencia consciente y orientada. Estado anímico sin alteraciones.

10º Necesidad: Comunicación

Capacidad de comunicación verbal correcta. Usa lentes para leer. Capacidad auditiva no alterada. Familia compuesta de marido con el que convive. Buena relación con el resto de familiares.

11º Necesidad: Creencias y valores

Católica. Su salud y la de su familia son muy importante, por lo que intenta aceptar su estado actual.

12º Necesidad: Ocio

En su tiempo libre prefiere la lectura. Afirma no tener tiempo de aburrirse.

13° Necesidad: Trabajar-realizarse

Actualmente de baja. Trabajaba de administrativa en un concesionario. No tiene ninguna persona a su cargo. Afirma no sentir estrés y sentirse útil.

14° Necesidad: Aprendizaje

No presenta dificultad para el aprendizaje. Refiere falta de información sobre su salud actual y embarazo. Solicita información.

Plan de cuidados

00126 Conocimientos deficientes

(Insuficiencia renal crónica-embarazo) relacionado con (r/c) falta de exposición manifestado por (m/p) Verbalización del problema (pregunta constantemente por la evolución del embarazo).

- CR: 1813 conocimiento: régimen terapéutico: actual 3 (moderado), objetivo 5 (extenso).

Indicadores:

- Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad. Actual 3(moderado) objetivo 5 (extenso)

- CR: 1803 conocimiento: proceso de la enfermedad: actual 4 (sustancial) objetivo 5 (extenso).

- Descripción del proceso de enfermedad. Actual 3(moderado) objetivo 5 (extenso)

Intervenciones:

- * 5602 enseñanza: proceso de enfermedad.
- * Evaluar el nivel actual de conocimiento de la paciente.
- * Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y controlar el proceso de la enfermedad.

CP: 00004 Riesgo de infección

Objetivo: prevenir precozmente los signos y síntomas de la intervención.

Intervenciones:

- 1876 cuidados de la cicatriz.
 - Mantener la permeabilidad de la herida.
 - Limpiar la zona dérmica a intervalos regulares.
 - Colocar a la paciente en la posición debida para favorecer la lactancia materna.

- 3660 cuidado de las heridas:
 - Controlar características de la herida incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
 - Curar la herida cada 24 horas excepto en el caso de que el apósito se encuentre manchado.
- 6550 protección contra infecciones.
 - Observar los signos y síntomas de infección localizada.
 - Inspeccionar la herida.
 - Enseñar a la paciente y a su familia a evitar infecciones.

La evolución de la gestación será individualizada y vendrá marcada por el profesional. Margen de inducción a partir de 34-36 semanas si ya existe maduración pulmonar del bebé, aunque por regla general se prefieren prolongar hasta las 38 semanas⁷. La cesárea sólo se realizará en las mujeres no tratadas con hemodiálisis⁷. Los Recién nacidos serán monitorizados en la UCI (unidad de cuidados intensivos) neonatal, dado que éstos nacen con niveles de urea y creatinina similares a los maternos y pueden experimentar diuresis osmótica^{6,7}

CONCLUSIONES

Preeclampsia, prematuridad, restricción del crecimiento intrauterino, anemia y deterioro de la función renal son las causas principales de los resultados perinatales desfavorables. El riesgo primordial de IRC y embarazo es una HTA (hipertensión arterial) materna que cause una alta probabilidad de feto prematuro debido a concentraciones séricas de creatinina elevadas y un aumento de preeclampsia. Es recomendable recolección urinaria de 24 horas para dar a conocer aclaramiento de creatinina y excreción de proteínas totales. Se debe seriar dichos parámetros de forma periódica junto con visitas controladas una cada dos semanas hasta la semana 32. Luego proseguir de manera semanal. Las frecuencias deben ser individualizadas y adaptadas a cada caso concreto.

La valoración de la biometría fetal adquiere gran importancia en estas pacientes debido a la alta prevalencia de IRC y CIR. En la actualidad, el pronóstico materno-fetal de las pacientes embarazadas con IRC ha mejorado gracias a los avances científicos.

Los tratamientos médicos y disponibilidad hospitalaria neonatal ofrecen mayor cobertura para este tipo de problemas. Toda gestante con dicha patología deberá ser valorada y controlada desde una perspectiva interdisciplinaria.

CONCLUSIONS

Preeclampsia, prematurity, increase in intrauterine retardation, anemia and damage of the kidney are the main causes of unfavorable perinatal outcome. The most important risk of Chronic Kidney disease and pregnancy is a high blood pressure maternal that it may cause a high probability of premature fetus due to high concentration serum creatinine levels and an increase in preeclampsia. It is recommended to collect 24-hour urine to reveal creatinine clearance and total protein excretion. These parameters should be checked periodically along with controlled visits every two weeks until week 32. Then continue each week. The appointment must be individualized and adapted to each specific case.

The assessment of fetal biometry is of great importance in these patients due to the high prevalence of Chronic Kidney disease and increase in intrauterine retardation. Currently, the maternal-fetal prognosis of pregnant patients with Chronic Kidney disease has improved thanks to scientific advances.

Medical treatments and neonatal hospital availability offer greater coverage for this type of problems. All pregnant women with this pathology should be evaluated and controlled from an interdisciplinary perspective.

BIBLIOGRAFÍA

1. Levey AS, Coresh J, Balk E, Kausz AT, Levin A, Steffes MW et al: National Kidney Foundation practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Ann Intern Med* 2003; 139: 137-147.
2. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Kidney Disease Outcome Quality Initiative. Am J Kidney Dis* 2002; 39: S1-266.
3. Hou S. Pregnancy in chronic renal insufficiency and end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis* 1999;33(2):235-52.
4. Levy DP, Giatras I, Jungers P. Pregnancy and end-stage renal disease-past experience and new insights. *Nephrol Dial Transplant* 1998;13(12):3005-7.
5. Hou S. Pregnancy in women on dialysis: Is success a matter of time? *Clin J Am Soc Nephrol* 2008;3:312-3.
6. Reddy SS, Holley JL. Management of the pregnant chronic dialysis patient. *Adv Chronic Kidney Disease* 2007;14(2):146-55.
7. Hou S. Pregnancy in chronic renal insufficiency and end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis* 1999;33(2):235-52.
8. Karchmer KS., Fernández del Castillo C. Obstetricia y medicina perinatal. Temas selectos. Tomo 1. México: Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia; 2006: 575-580.
9. Vázquez-Rodríguez JG, Rivera-Hernández M. Complicaciones perinatales en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Ginecol Obstet Mex* 2011; 79: 261-268.
10. Levy A, Fraser D, Katz M, Mazor M, Sheiner E. Maternal anemia during pregnancy is an independent risk factor for low birthweight and preterm delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;122(2):182-6.
11. Historia clínica; Hojas de curso clínico de la historia de la paciente de la planta; Hoja de prescripciones medicas para ver el tratamiento; Hojas de evolución de enfermería.
12. Clasificación de los diagnósticos enfermeros NANDA; Clasificación de los resultados de enfermería NOC; Clasificación de las intervenciones enfermeras NIC.s

AGRADECIMIENTOS

A la mujer gestante, que reconoce la contribución en la realización y exposición de este caso clínico.

Agradecer a los profesionales de salud de la planta en la que ingresaba la paciente por proporcionar información adicional, por responder a las peticiones y dejar tomar fotografías para presentarlas en el caso clínico.



EL MEJOR PORTAL SANITARIO Y SOCIAL

*Tu producto, servicio o negocio
tendrá aquí la mayor difusión*



¡Este es tu espacio!
Más de **20.000**
SUSCRIPTORES
podrán conocerte.



Consúltanos: 955 28 74 84



Coblación amigdalар parcial: una excelente alternativa a la amigdalectomía en el síndrome de apnea obstructiva nocturna infantil

AUTORES

Jose Horno López.
Médico Especialista en Otorrinolaringología
Complejo Hospitalario Universitario de
Granada, España

Rosario Fátima Cortés Sánchez. Médico
Especialista en Otorrinolaringología.
Complejo Hospitalario Universitario de
Granada, España

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses relacionados con este artículo.

Datos presentados previamente y de forma parcial en comunicación póster en el VII Encuentro Anual de Residentes de la Sociedad de Otorrinolaringología de Andalucía, celebrado en el Puerto de Santa María (Cádiz) en marzo de 2017.

PALABRAS CLAVE:

coblación, amigdalectomía, apnea, hipertrofia, amígdala.

Resumen

La hipertrofia amigdalар bilateral severa (HABS) es una causa frecuente de roncopatía simple o síndrome de apnea obstructiva del sueño en la infancia. Adicionalmente, puede dar lugar a dificultades deglutorias, halitosis o faringolalia.

La coblación (ablación en frío) es una técnica quirúrgica novedosa y mínimamente invasiva que utiliza la energía de radiofrecuencia aplicada a un medio (suero) salino generando plasma que desintegra las células de los tejidos reduciendo así su volumen y produciendo una hemostasia precisa de el área tratada.

En el departamento de otorrinolaringología (ORL) pediátrica de nuestro complejo hospitalario hemos realizado la coblación amigdalар parcial durante 5 años en niños entre 2 y 14 años con la clínica anteriormente mencionada asociada a la HABS.

La intervención se realiza bajo anestesia general con intubación orotraqueal y bloqueo neuromuscular. Con el terminal específico conectado al aparato de coblación, ambas amígdalas se reducen desde anterior a posterior y desde polo superior a polo inferior, tomando como límite la proyección de ambos pilares (anterior y superior) que se preservan. Los puntos sangrantes son selectivamente coagulados.

El tiempo quirúrgico varió entre 15 y 35 minutos dependiendo del tamaño y morfología amigdalар. En todos los casos, el alta hospitalaria se produce antes de las primeras 24 horas. No se presentaron complicaciones periquirúrgicas y postquirúrgicas. En todos los pacientes se consiguió una mejoría significativa de la evolución clínica.

Como conclusión, esta técnica presenta beneficios en casos seleccionados con respecto a la amigdalectomía (total), con tasas de complicaciones menores. El uso de la coblación tiene un menor riesgo de hemorragia intraoperatoria. Se demuestra una disminución del dolor tras la intervención, por tanto, del uso de analgésicos y reduce la incidencia de náusea y edema faríngeo postintervención. Como resultado, se minimiza la estancia hospitalaria permitiendo un rápido retorno a una dieta normal.

Partial tonsillar coblation: an excellent alternative to tonsillectomy in childhood obstructive sleep apnea syndrome

Summary

Severe bilateral tonsillar hypertrophy (SBTH) is a frequent cause of simple snoring or obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) in childhood. In addition, it may be the source of swallowing difficulties, halitosis or pharyngolalia.

The coblation (cold-ablation) is a new minimally invasive surgical technique that uses the radiofrequency energy applied on a saline medium to generate „plasma“ that disintegrates the cells of the tissues reducing its volume and performing precise hemostasis of the treated area.

In the ENT (ear, nose and throat) pediatric area of our hospital complex we have performed partial tonsillar coblation for 5 years in children between 2 and 14 years old with the aforementioned clinic associated with SBTH.

The intervention is performed under general anesthesia with orotracheal intubation and neuromuscular block. With the coblation device, both tonsils are reduced from anterior to posterior and from superior pole to inferior pole, marking as limit the projection of both pillars (anterior and posterior) that are preserved. Selective bleeding point coagulation is accomplished.

Surgical time varied between 15 and 35 minutes depending on the size and morphology of tonsils. In all cases, hospital discharge occurred within the first 24 hours. Periquirurgical or post-surgical complications did not appear. In all patients a significant improvement in clinical evolution was obtained.

In conclusion, this technique presents benefits in selected cases with regard to total tonsillectomy, in which complication rates are higher. The use of coblation has a lower risk of intraoperative hemorrhage. In fact, it is demonstrated that minimize pain after operation, the use of analgesics, allow us to decrease the incidence of postoperative nausea and pharyngeal edema. As a result, hospital stay is reduced achieving a rapid return to a normal diet.

KEY WORDS:

coblation, tonsillectomy, apnea, hypertrophy, tonsill.

INTRODUCCIÓN

Existen 2 patologías principalmente frecuentes y fundamentalmente incapacitantes que afectan a las amígdalas palatinas tanto en niños como en adultos: la amigdalitis recurrente y la hipertrofia amigdalар bilateral severa (HABS) [1].

Ya en el año 30 d.C., Aulus Cornelius Celsus, enciclopedista romano y probable galeno, las definía como: *"aquellas amígdalas que permanecen induradas después de la inflamación (amigdalitis), son llamadas antiades por los griegos; si se encuentran cubiertas por una membrana delgada, deben desprenderse por raspado a su alrededor y después arrancarlas. Cuando esto no es posible, deben elevarse con un pequeño gancho para extirparlas con escalpelo. Enseguida, es necesario lavar las fosas con vinagre y aplicar medicamento para reducir la hemorragia (amigdalectomía). Es de recomendar el arrancamiento de las amígdalas, porque el gran desarrollo de ellas provoca trastornos de la deglución, audición, voz, respiración y estado general (HABS)"*.

Aunque Celsus describía la enucleación amigdalар en el primer siglo del calendario cristiano, anteriormente en Abisinia o Alta Etiopía tenían la tradición de extirpar las amígdalas palatinas durante el primer año de vida utilizando crin de caballo como técnica de estrangulación.

Paul de Aeguina en el año 625 d.C. describe un método instrumentado rápido para realizar la amigdalectomía y Aetius de Amida, medico bizantino un siglo antes describe la amigdalorreducción o *"ablación parcial de un órgano hipertrofiado"*.

En 1509, Ambrose Pare recomienda la traqueotomía previa a amigdalectomía en niños con HABS.

En nuestros tiempos, consideramos la cirugía amigdalар como una de las técnicas quirúrgicas más practicadas en niños [1]. La adenoamigdalectomía tiene en torno a un 80-85% de eficacia en la resolución de la clínica, mayor en casos de obstrucción objetivable de vía respiratoria alta. Tiene el inconveniente de presentar una tasa de complicaciones que puede considerarse elevada: odinofagia, deshidratación, problemas anestésicos, hemorragia intra y postoperatoria, edema de vía respiratoria superior, incompetencia velo-faríngea [2].

Como alternativa, desde hace unos años, se ha planteado la eliminación parcial amigdalар para aquellos casos de HABS sin foco infeccioso objetivado [3], consiguiéndose una mejora de la clínica obstructiva al reducirse el volumen amigdalар con menores complicaciones a las anteriormente reseñadas para la amigdalectomía [4]. En 1998, Linder publica los resultados de la aplicación de láser para la exéresis parcial de las amígdalas en 33 niños observándose una disminución

en el dolor posterior y sin hemorragia. [5] En 2002, Koltai y Solares publican un estudio piloto comparando 150 niños intervenidos mediante reducción parcial amigdalар mediante microdesbridador con 162 niños amigdalectomizados obteniendo estos mismos resultados [6].

Presentamos nuestros datos en el tratamiento de niños con HABS durante estos últimos 5 años aplicando la técnica de reducción amigdalар bilateral mediante coblación.

CONTENIDOS

La coblación (cold-ablation) se define como una cirugía mínimamente invasiva a muy baja temperatura. Se basa en un sistema bipolar que transmite radiofrecuencia (energía de muy alta frecuencia – 3.8 megahercios o MHz y bajas potencia y temperatura) sobre la instilación circunferencial de un suero salino generando así un campo gaseoso de iones de sodio que se denomina plasma. El gas ionizado rompe y vaporiza el tejido (mediante la eliminación del agua de las células) a una temperatura entre 65-70°C y el residuo es aspirado por el centro del terminal [7,8]. Se produce así una eliminación volumétrica del mismo junto con una hemostasia precisa de la zona que ocasiona poco daño térmico colateral con las consiguientes ventajas: mejor cicatrización potencial y menor dolor postoperatorio [8,9,10].

El primer registro datable corresponde a Philips E. Eggers en 1999 y posteriormente ha tenido un gran uso dentro de la cirugía endoscópica articular. Tras su conocimiento y un período de aprendizaje de unos meses, nuestra Unidad de Gestión Clínica de ORL (otorrinolaringología) comenzó a aplicarla en niños y adultos hace 5 años. Fundamentalmente rentable dentro de la cartera de servicios de la ORL pediátrica diseñamos un protocolo de práctica clínica tras una revisión bibliográfica exhaustiva para la inclusión de pacientes con adecuada indicación para este tipo de intervención. Actualmente los niños candidatos son aquellos mayores a 2 años de edad que presentan HABS con clínica de roncopatía nocturna con hipopneas o apneas, faringolalia, problemas de deglución y/o faringitis/faringoamigdalitis recurrente sin foco infeccioso objetivable.

En el área de infantil de nuestro servicio hemos realizado 121 coblaciones amigdalares desde marzo de 2012 hasta noviembre de 2015 en pacientes con edades comprendidas entre los 2 y los 14 años.

Para la inclusión y preparación previa a quirófano se ha tenido en cuenta factores como: edad mayor a 2 años, estudio de coagulación y hemograma correcto o corregido, no infección de vía respiratoria superior concomitante a la intervención y dieta a sólidos de 6 horas y a líquidos 2 horas previas a operación. Se realiza bajo anestesia general y bloqueo neuromuscular

intenso-profundo; tras intubación orotraqueal se posiciona a paciente en posición de Rose y con apertura oral y colocación de abre bocas de Boyle-Davis se realiza taponamiento oro-faríngeo con gasa húmeda intentando elevar los polos inferiores amigdalares y separarlos de pared latero-posterior faríngea. La úvula se retiene hacia superior ayudándose con el separador de velo o con el terminal adicional de aspiración. Con el terminal de coablación iniciamos reducción en polo superior o zona media amigdalares avanzando desde anterior hacia posterior y desde superior a polo inferior; se conserva cápsula adherida a pilares anteriores y posteriores, teniendo especial cuidado en el polo inferior. Consideramos el límite de la reducción a la proyección de ambos pilares anterior y posterior, aunque en amígdalas intravélicas o muy incluidas en los carrillos puede realizarse una excavación cóncava o en cráter en el núcleo amigdalares para ampliar el espacio del istmo de las fauces cuando se comprimen constrictores y se extruyen amígdalas fuera del bloqueo. Concomitantemente se realiza coagulación selectiva de puntos sangrantes eliminando irrigación de suero salino y aumentando la intensidad y temperatura de la energía irradiada con la opción de electrocoagulación a baja potencia.

RESULTADOS

Según nuestros datos el tiempo quirúrgico varió entre 15-35 minutos en función del tamaño y morfología de amígdalas. En todos los casos el alta hospitalaria se dio dentro de las primeras 24 horas con una media de 6 horas postcirugía y el alta de consultas fue menor a 2 meses por el régimen de revisiones de control postoperatorio y evolución de clínica, llegando actualmente a una revisión postquirúrgica al mes y alta tras constatarse cicatrización correcta en tamaño y fisiología anatómica. No tuvimos complicaciones peri/posquirúrgicas en ningún caso. En todos los casos se consiguió mejoría significativa de la clínica de roncopatía y dificultad de deglución.

En revisiones posteriores se ha encontrado una recidiva en el tamaño amigdalares en grado parecido al preoperatorio en 3 pacientes con un margen de tiempo superior a los 2 años postcirugía, 2 de ellos con recaída de la clínica y solucionándose en ambos casos con una amigdalectomía bilateral completa mediante electrodissección.



IMAGEN 1:

Caso 1. Valoración previa **intraoperatoria**.



IMAGEN 3:

Caso 2. Valoración previa en revisión **preoperatoria**.



IMAGEN 2:

Caso 1. Resultado posterior **intraoperatorio**.



IMAGEN 4:

Caso 2. Resultado en revisión a la semana de la coablación.

Imágenes obtenidas de la base de datos propia de los autores del artículo.

CONCLUSIONES

La coblación amigdalor parcial es una técnica relativamente nueva que pretende abrir campo dentro de las indicaciones en el tratamiento quirúrgico de la HABS principalmente por los datos de reducción de las complicaciones habituales asociadas a la amigdalectomía clásica o con técnica como el láser o electrodissección [11,12,13]. Algunos estudios registran una disminución del dolor y la hemorragia y otros abogan por resultados similares a las técnicas preexistentes [6,7,8,11,14].

En una revisión de nuestra experiencia de casi 5 años de aplicación de esta técnica en casos de HABS clínicamente significativa en niños de 2 a 14 años, hemos concluido con unos resultados muy favorable en contraposición a lo que anteriormente aplicábamos en estos casos (amigdalectomía mediante electrodissección) tanto en complicaciones de hemorragia intra y postoperatoria (0% frente a 3,27% en nuestros registros y 3% en la literatura), dolor postoperatorio, estancia hospitalaria (6 horas postcirugía frente a un mínimo de 24h. en las amigdalectomías), analgesia (disminución de dosis pautada), dosis de corticoide endovenoso intra y postcirugía (ninguna frente a 2 dosis de 1miligramo/kilogramo de peso/día), inicio de tolerancia oral normal (3-7 días frente a 12-14 días) y recuperación posterior (actividad cotidiana normal en 5-7 días frente a 12-14 días en amigdalectomías) [6,7,8,14,15].

CONCLUSIONS

Partial tonsillectomy coblation is a new technique that aims to open mind within the indications in the surgical treatment of SBTH, mainly by the rate of reduction of usual complications associated to classic tonsillectomy or with technique such as laser or electro-dissection. Some studies report a decrease in pain and bleeding, others advocate similar results to preexisting surgical.

In a review of our experience of almost 5 years of applying these technique in cases of clinically significant SBTH in children aged 2 to 14 years, we have concluded with favorable results as opposed to what we previously applied in these cases (tonsillectomy by electro-dissection): rates of intra and postoperative hemorrhage of 0% versus 3,27% in our registries of classical tonsillectomy and 3% in the literature; less postoperative pain and hospital stay (6 hours postoperatively vs. a minimum of 24 hours in tonsillectomies), analgesia (intravenous and postoperative intravenous corticosteroid doses – no dose versus 2 doses of 1mg / kg / day), early onset of normal oral tolerance (3-7 days versus 12-14 days) and subsequent recovery (normal daily activity in 5-7 days vs. 12-14 days in classic tonsillectomies.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Den Akker EH, Hoes AW, Burton MJ, Schilder AG. *Large international differences in (adeno)tonsillectomy rates.* Clin Otolaryngol Allied Sci. 2004 Apr;29(2):161-164.
2. Windfuhr JP, Schloendorff G, Baburi D, Kremer B. *Serious post-tonsillectomy hemorrhage with and without lethal outcome in children and adolescents.* Int J Pediatric Otorhinolaryngol. 2008 Jul;72(7):1029-1040.
3. Hultcrantz E, Ericsson E, Hemlin C, Hessén-Söderman AC, Roos K, Sunnergren O, Stalfors J. *Paradigm shift in Sweden from tonsillectomy to tonsillectomy for children with upper airway obstructive symptoms due to tonsillar hypertrophy.* Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013 Sep;270(9):2531-2536.
4. Sobol SE, Wetmore RF, Marsh RR, Stow J, Jacobs IN. *Postoperative recovery after microdebrider intracapsular or monopolar electrocautery tonsillectomy: a prospective, randomized, single-blinded study.* Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2006 Mar;132(3):270-274.
5. Hultcrantz E, A Linder, Markstrom A. *¿Amigdalectomía o amigdalotomía? Un estudio aleatorio para comparar el dolor postoperatorio y los efectos a largo plazo.* Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1999, 51: 171176.
6. Koltai , CA Solares , EJ Mascha , M Xu . *Intracapsular partial tonsillectomy for tonsillar hypertrophy in children.* Laryngoscope 2002;112:17–19.
7. Temple RH, Timms MS. *Pediatric coblation tonsillectomy.* International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 2001; 61 195–198.
8. Belloso A, Chidambaram A, Morar P, Timms MS. *Coblation tonsillectomy versus dissection tonsillectomy: postoperative hemorrhage.* Laryngoscope 2003; 113: 2010–13.
9. Krishna P, Lee D. *Post-tonsillectomy bleeding: a meta-analysis.* Laryngoscope 2001; 111: 1358–61.
10. Van der Meulen J, et al. *Tonsillectomy technique as a risk factor for postoperative hemorrhage.* Lancet 2004; 364: 697–702.
11. Hilton M. *Tonsillectomy technique—tradition versus technology.* Lancet 2004; 364: 642-643.
12. Kerschner et al. *Surgical Techniques of Pediatric Tonsillectomy.* Operative Techniques in Otolaryngology 2006;17, 262-267.
13. Messner. *Tonsillectomy.* Operative Techniques in Otolaryngology 2005;16, 224-228.
14. Chang KW. *Randomized controlled trial of Coblation versus electrocautery tonsillectomy.* Otolaryngol Head Neck Surg 2005; 132:273-80.
15. Stoker KE, et al. *Pediatric total tonsillectomy using coblation compared to conventional electrosurgery: A prospective, controlled single-blind study.* Otolaryngol Head Neck Surg 2004;130: 666-75.

El reenvasado de medicamentos como garantía para la seguridad del paciente

Resumen

En los servicios de farmacia hospitalaria es habitual el reenvasado de ciertos medicamentos que se administran por vía oral o intravenosa. La identificación eficaz del medicamento antes de su administración es básica y la administración errónea de medicamentos puede suponer un grave problema relacionado con la medicación, comprometiendo así, la seguridad y salud del paciente. Este problema puede subsanarse eventualmente con un proceso simple y poco costoso como es el de reenvasado.

PALABRAS CLAVE:

Reenvasado, monodosis, paciente, calidad, seguridad.

Repackaging of medicines, a patient safety guarantee

Summary

Repackaging some medicines is normal in most of the pharmaceutical services at public hospitals. These medicaments are usually given orally or by intravenous line. The effective identification of a medicine before that it is given is essential, so giving a wrong medicine could imply a serious problem related with medication which is involving the patient safety and health. These issues can be easily repaired with a simple and low cost process, such as repackaging.

KEY WORDS:

Repackaging, one-dose, patient, quality, safety.

AUTORES

Francisco Javier Peragón Garrido
Técnico en farmacia y parafarmacia.
Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

Artículo original presentado como comunicación en las II Jornadas Andaluzas Virtuales sobre Seguridad al Paciente.

INTRODUCCIÓN

La dispensación habitual en un servicio de farmacia hospitalaria se hace intrahospitalariamente y externamente a través de la consulta, dispensándose de esta manera diariamente cientos de medicamentos. Un tipo muy común de medicamento dispensado es aquel que viene presentado en blísteres para su administración oral. La información escrita que aparece en el acondicionamiento primario es vital para su identificación y su posterior y correcta administración en dosis y posología adecuada. Hoy en día, en algunos formatos de estos blísteres, es común que esta información se pierda al cortar alguna unidad del blíster, debido a que la información no está impresa por igual en todos y cada una de las unidades que las componen. Por lo tanto, se hace necesario, el reenvasado de éste medicamento una vez cortado. La inequívoca identificación de esta información en el acondicionamiento primario va en pro de la seguridad del paciente, pues la posibilidad de administrar algún medicamento erróneo se reduce consecuentemente.

Estableciendo un sistema de control de calidad coordinado se conseguirá que todo el proceso de reenvasado sirva de garantía a una adecuada distribución del medicamento, evitando los problemas relacionados con el medicamento y velando por tanto, por la seguridad del paciente.

Con este artículo se pretenden los siguientes objetivos:

- Conocer el concepto de problema relacionado con la medicación.
- Conocer el proceso de reenvasado de medicamentos, como medio para evitar efectos no deseados de los medicamentos y como sistema de garantía de la seguridad del paciente.
- Establecer un sistema de control de la calidad del reenvasado para mejorar la seguridad del paciente.
- Conocer la trazabilidad de un medicamento reenvasado, como descriptor de la calidad del proceso.

CONTENIDOS

Problema relacionado con los medicamentos

Un problema relacionado con los medicamentos es cualquier suceso indeseable experimentado por el paciente que se asocia o se sospecha asociado a una terapia realizada con medicamentos y que interfiere o potencialmente puede interferir con el resultado deseado para el paciente.

El caso de un medicamento que **no está identificado** externamente puede provocar claramente un problema relacionado con los medicamentos. Este caso presenta una clasificación basada, en la efectividad, por la cual, el paciente usará un medicamento que esta mal seleccionado.

No sólo presenta problemas desde el punto de vista de la efectividad, sino que probablemente presentará problemas relacionados con la seguridad, si su ingesta le provocara en el futuro alguna Reacción Adversa a Medicamentos (RAM).

La Asociación Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) diferencia entre las Reacciones Adversas y los Eventos Adversos.

Un evento adverso es cualquier suceso indeseable experimentado por un paciente, independientemente de que se sospeche o no del medicamento administrado. Un ejemplo de un evento adverso es un paciente que sufre un accidente de tráfico mientras estaba con un tratamiento farmacológico específico.

Mientras que una RAM es cualquier suceso indeseable que ha sucedido con el paciente mientras estaba utilizando un medicamento y existe la sospecha de que es causado por el medicamento. Un ejemplo de una RAM podría ser un paciente que experimenta anafilaxia poco después de tomar el medicamento.

El error en la dispensación está contemplado en la tabla 1, en el listado de problemas relacionados con medicamentos, extraída del "Tercer consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación. *Ars Pharm*, 48 (1): 5-17. 2007"¹:

Dispensación hospitalaria

La dispensación habitual en un servicio de farmacia hospitalaria se hace a través de múltiples vías.

A nivel intrahospitalario, entendido como un nivel de asistencia a enfermos hospitalizados, hay varios sistemas de dispensación²:

1. Reposición de stock o botiquín de planta.

Diariamente se reciben en el servicio de farmacia tanto en línea, por ejemplo con el programa "Athos®" en el Sistema Andaluz de Salud u otros como "Hospwin 2000 v6®", pedidos de medicamentos solicitados desde las distintas unidades de hospitalización.

2. Sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria sin prescripción electrónica asistida.
3. Sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias con prescripción electrónica asistida.

<p>Listado de Problemas Relacionados con Medicamentos (PRM).</p>	<p>List of Drug Related Problems (DRP)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Administración errónea del medicamento • Características personales. • Conservación inadecuada. • Contraindicación. • Dosis, pauta y/o duración no adecuada. • Duplicidad. • Errores en la dispensación. • Errores en la prescripción. • Incumplimiento. • Interacciones. • Otros problemas de salud que afectan al tratamiento. • Probabilidad de efectos adversos. • Problema de salud insuficientemente tratado. • Otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Wrongly administered drug.</i> • <i>Personal characteristics.</i> • <i>Unsuitable storage.</i> • <i>Contraindication.</i> • <i>Inappropriate dose, dosage schedule and/or duration.</i> • <i>Duplicity.</i> • <i>Dispensing errors.</i> • <i>Prescription errors.</i> • <i>Non-compliance.</i> • <i>Interactions.</i> • <i>Others health problems that affect the treatment.</i> • <i>Probability of adverse effects.</i> • <i>Health problem insufficiently treated.</i> • <i>Others</i>

Tabla 1

4. Sistema automatizado de dispensación sin prescripción automatizada asistida.
5. Sistema automatizado de dispensación con prescripción automatizada asistida.

Cuando no hay prescripción electrónica asistida en los casos anteriores, el farmacéutico debe transcribir los medicamentos prescritos en el módulo de prescripción correspondiente, validarlo él mismo y finalmente los técnicos en farmacia preparan la medicación de los carros de dosis unitaria utilizando armarios automatizados, "Kardex®" (vertical), a través de su aplicación informática específica "Mercurio®".

Cuando hay prescripción electrónica, el médico prescribe directamente a través de un programa informático, como por ejemplo "Hospwin 2000 v6®".

El sistema automatizado de dispensación es más autónomo que el sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias, en el que el técnico en farmacia solo debe llenar los armarios automatizados "Kardex® horizontales", según el informe de reposición que emite el sistema automatizado diariamente, generalmente dos veces al día, una por la mañana y otra en turno de tarde.

Además, en los armarios de consulta de pacientes externos, no hospitalizados, es normal que existan medicamentos reenvasados orales disponibles. También soluciones intravenosas preparadas para el Hospital de Día. Finalmente, es posible encontrarlos en los armarios de los medicamentos fuera de guía farmacoterapéutica.

En cualquier método de dispensación visto anteriormente es factible que haya medicamentos que deban reenvasarse.

Proceso reenvasado de los medicamentos

La dispensación en monodosis para cada paciente precisa que la información que aparece en el acondicionamiento primario del medicamento esté disponible antes de su administración. Numerosos medicamentos cuya administración es la vía oral, como cápsulas o comprimidos, están envasados en blísteres, que al cortarlos para rellenar el Kardex® pierden la información del lote, fecha de caducidad e incluso el nombre del medicamento. Para garantizar que no haya equivocaciones en la administración de un medicamento y velar así por la seguridad del paciente es necesario reenvasarlos para identificar en todo momento este medicamento, antes de volver a ser manipulado.

El reenvasado es una operación que suele hacerse en el turno de tarde con ayuda de una máquina termoselladora. Al estar el medicamento expuesto a los elementos móviles de la máquina es posible que se aplaste algún comprimido, por lo que los citostáticos orales no se reenvasarán dado su alta toxicidad.



Imagen tomada de pixbay.com

En medicina, la nitroglicerina se usa como vasodilatador para el tratamiento de la enfermedad isquémica coronaria, el infarto agudo de miocardio y la insuficiencia cardíaca congestiva. Se administra por las vías oral, transdérmica, sublingual o intravenosa. y debe transportarse cuidadosamente y si sobrepasa los 41°C (temperatura límite estimada) se produce una reacción muy violenta.

Hay reenvasados que se destinan al kardex®, y otros que van al armario de consulta. El envase es plástico de forma cuadrangular de unos tres cm de lado y medio cm de canto aproximadamente. En el interior se aloja el medicamento. Un lado por el exterior es plástico transparente o semitransparente coloreado para prevenir que se exponga directamente a la luz, y por otro lado plástico con papel pegado en el que se imprime una etiqueta.

En la etiqueta se visualiza la siguiente información: Hospital o Jefe facultativo del Servicio, medicamento por principio activo, dosis, forma farmacéutica, número de orden, fecha de caducidad, número de lote, fecha de envasado.

La etiqueta se diseña con la ayuda de un programa informático integrado en la máquina de envasar, seleccionando el medicamento, comprobando con especial cuidado el lote, fecha de caducidad, código nacional y unidades a envasar, así como el encuadre de toda esta información.

En las tardes, los técnicos que están en consulta o en unidosis, cuando encuentran blisteres que deben ser reenvasados, los llevan a la unidad de reenvasado y los dejarán en una mesa. A continuación se cortan en unidades los blisteres, se cuentan y se depositan en un tarro junto al acondicionamiento secundaria y se agrupa con una goma, rotulando a continuación la cantidad de comprimidos que estén preparados para reenvasar inmediatamente.

La máquina de reenvasado de medicamentos sólidos consta de: un teclado y un monitor integrados en la máquina, un alimentador de film transparente y otro alimentador de plástico que contendrá el medicamento a reenvasar en su cara interior y con la cara exterior acabada en papel donde se imprimirá la etiqueta por láser. Ambos alimentadores están regulados con tensores móviles. Hay una bandeja donde se deposita el contenido del tarro previamente preparado. Paralelamente a la bandeja corre la tira de plástico, pasa una prensa que deja disponibles tres envases cóncavos donde ir colocando cada comprimido, pasando a continuación el film transparente sellándose por calor y finalmente imprimiéndose la información de la etiqueta.

Una vez diseñada la etiqueta se comienza a reenvasar, la máquina irá moviendo los envases y comen-

zará a dejar unos envases vacíos entre medicamentos distintos y sin imprimir y cuando empieza a pitar será el momento de ir colocando comprimidos, ya que comienza la impresión, hasta que empiece de nuevo a emitir pitidos cada vez con más frecuencia hasta el momento de finalizar. En cualquier momento se puede detener la máquina accionando la barra espaciadora del teclado.

Es conveniente colocar el lado del acondicionamiento primario del comprimido que contenga parte de información escrita que identifique al comprimido, visible, al menos, al principio y al final del lote reenvasado.

Una vez reenvasados se comprueba que no haya huecos por los que pudiera deslizarse el comprimido al ser manipulado después, antes de ser administrado y se coloca en una mesa enrollado y sobre él su acondicionamiento primario.

Control de calidad

Finalmente habrá un control de calidad de todo, que comprobará las unidades, el nombre del medicamento, lote, fecha de caducidad y comprobando que el lote esté bien sellado. Pasado este control se puede volver a colocar en la consulta o en el almacén general.

El control de calidad está supervisado por personal de enfermería, asistido por técnicos en farmacia.

Recomendaciones generales

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), que es una organización científica privada preocupada por el uso adecuado y seguro de los medicamentos, publicó sus recomendaciones sobre reenvasado de medicamentos sólidos y líquidos orales. Dado su interés práctico a continuación se citan ³ :

La SEFH entiende el Reenvasado de Medicamentos como el procedimiento por el cual se envasa un medicamento para que pueda ser administrado al paciente a la dosis prescrita por el médico, permitiendo una fácil y completa identificación, sin necesidad de manipulaciones.

La SEFH recomienda reenvasar aquellos medicamentos sólidos y líquidos para administración por vía oral, que la industria farmacéutica no presenta en dosis unitarias. Ya que la capacidad de reenvasado del Servicio de Farmacia está limitada por las disponibilidades de material y de personal, **se recomien-**

da reenvasar los medicamentos comprendidos en alguno de estos grupos:

1. Medicamentos que se destinen a unidades de enfermería del hospital en las cuales esté implantado el sistema de dispensación de medicamentos en dosis unitarias. Los envases unitarios constituyen una parte esencial en los sistemas de distribución de medicamentos en dosis unitarias.
2. Medicamentos que precisen un control de dispensación muy estricto (por ejemplo: medicamentos antineoplásicos).
3. Medicamentos de dosificación variable o de dosis no presentadas por la industria farmacéutica.
4. Medicamentos elaborados en la farmacia del hospital.

La SEFH recomienda los siguientes tipos de reenvasado:

1. En envases unitarios elaborados con máquina envasadora para sólidos. El material utilizado dependerá de la fotosensibilidad de los medicamentos reenvasados.
2. En envases nuevos elaborados con máquina envasadora para líquidos.
3. Por reetiquetado de los blister que suministra la industria farmacéutica.

La SEFH considera que cualquier sistema que garantice la seguridad del proceso de reenvasado es válido. No obstante, y de forma genérica, **recomienda observar especialmente los siguientes puntos del procedimiento:**

1. El proceso completo debe realizarse en un área destinada a tal fin.
2. En el área de reenvasado debe disponerse de un sólo medicamento y el material necesario para su reenvasado.
3. Entre el reenvasado de dos medicamentos debe realizarse una inspección y limpieza exhaustiva de la máquina, adecuándola al nuevo proceso de reenvasado.
4. Antes de comenzar el proceso de reenvasado debe realizarse un reconocimiento del medicamento y del envase original para descartar deterioro por humedad, contaminación y otros.
5. El equipo y material necesario para el reenvasado debe utilizarse siguiendo las instrucciones del fabricante. Cualquier desviación debe ser justificada y autorizada por el responsable del área.
6. Los envases unitarios de líquidos orales deben ser llenados de manera que viertan el contenido indicado en la etiqueta, para lo que deben contener un exceso que dependerá del formato, ma-

terial del envase y características galénicas del medicamento. Se dosificará por cantidad vertida.

7. La identificación de los envases debe incluir como mínimo:
 - Nombre genérico (salvo asociaciones).
 - Nombre comercial.
 - Dosis.
 - Lote de reenvasado.
 - Caducidad.
 - Servicio de Farmacia.
 - Hospital.
8. La liberación del lote reenvasado será responsabilidad del farmacéutico encargado del área.
9. Debe mantenerse un registro permanente de todas las operaciones realizadas y que incluirá, como mínimo:
 - Nombre genérico (salvo asociaciones).
 - Nombre comercial.
 - Dosis.
 - Número de lote del laboratorio.
 - Número de lote de reenvasado.
 - Fecha de caducidad del laboratorio.
 - Fecha de caducidad del reenvasado.
 - Fecha de reenvasado.
 - Número de dosis reenvasadas.
 - Nombre y firma de la persona encargada del reenvasado.
 - Nombre y firma del farmacéutico responsable.
10. Debe existir un documento que especifique la caducidad asignada al reenvasado.

La SEFH recomienda que el personal auxiliar asignado al área de reenvasado esté suficientemente capacitado y evaluado por el farmacéutico responsable del área.

Trazabilidad

Según el Comité de Seguridad Alimentaria de Asociación Española de Fabricantes y distribuidores:

“Se entiende trazabilidad como el conjunto de aquellos procedimientos preestablecidos y autosuficientes que permiten conocer el histórico, la ubicación y la trayectoria de un producto o lote de productos a lo largo de la cadena de suministros en un momento dado, a través de unas herramientas determinadas.”⁴

Análogamente, en el sector farmacéutico, el artículo 87 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de ga-

rantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios⁵, se refiere a la trazabilidad de los medicamentos y establece un procedimiento con el fin de asegurar un adecuado abastecimiento del mercado y reforzar la seguridad de los medicamentos.

La trazabilidad en el sector farmacéutico posibilita seguir el rastro de un medicamento desde la fabricación a través de todas las etapas de distribución hasta su consumo, contribuyendo a mejorar la eficiencia y la seguridad del paciente en el proceso terapéutico.

La identificación y la prevención de los errores de medicación constituyen una prioridad para profesionales sanitarios. La Administración pública ha elaborado en los últimos años directrices que permiten obtener niveles máximos de seguridad en estos aspectos.

La primera directriz de obligado cumplimiento del Sector Salud fue el Real Decreto 634/1993⁶, sobre productos sanitarios implantables activos, y, posteriormente, el Real Decreto 414/1996⁷, por el que regulan los productos sanitarios y el Real Decreto 725/2003⁸, por el que se desarrollan determinados aspectos del artículo 100 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, implícitamente derogado por el Real Decreto 782/2013, de 11 de octubre, sobre distribución de medicamentos de uso humano.⁹

Desde la entrada en vigor de estos Reales Decretos, las organizaciones generalmente han basado sus mecanismos para mantener la trazabilidad de los productos en sistemas manuales o que precisan un alto grado de intervención manual, como por ejemplo la producción de citostáticos (quimioterapia), nutrición parenteral y fórmulas magistrales.

A nivel de la Unión Europea se ha publicado una nueva Directiva 2011/62/Unión Europea¹⁰, que crea un nuevo marco legislativo que entrará en vigor en la Unión Europea el 9 de febrero de 2019, y que contempla la obligatoriedad de adoptar sistemas de trazabilidad en la producción y suministro de medicamentos.



Imagen tomada de pixbay.com

RESULTADOS

Con este artículo original se ha alcanzado explicar los objetivos fijados arriba desde un punto de vista teórico y práctico, proponiendo una revisión del

procedimiento de reenvasado, en la que exponer los principales ejemplos actuales de reenvasado de medicamentos y hacer una breve introducción al tema del control de trazabilidad como prueba de calidad de estos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El reenvasado cumple el objetivo principal de asegurar una adecuada administración del medicamento en la dosis adecuada. Además garantiza que esta administración se hará antes de la fecha de caducidad del medicamento, identificándose también su número de lote, dato útil para adoptar medidas oportunas en caso de problemas derivados de su fabricación o con las alertas farmacológicas emitidas por la Asociación Española de Medicamentos y Productos, en relación a éstos.

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria consagrado por la Organización Mundial de la Salud y en esta atención hay un cierto grado de peligrosidad íntimamente unida a cada fase del procedimiento de asistencia; en el caso que ocupa este artículo, la reacción adversa que puede producir fallos en la seguridad del paciente, no viene directamente desde problemas relacionados con la práctica clínica, sino con incidencias que tienen que ver con la manipulación de productos en el servicio de farmacia y en la continua automatización de los procedimientos de dispensación.

También se ha pretendido hacer una breve revisión de los sistemas de dispensación actuales en los servicios de farmacia hospitalaria,

Finalmente, aprovechando el concepto de trazabilidad inherente al reenvasado de medicamentos, en la que la intervención manual tiene un alto grado de presencia, se hace una referencia a la nueva directiva de la Unión Europea que contemplará la obligatoriedad de adoptar sistemas de trazabilidad en la producción y suministro de medicamentos, a partir del 9 de febrero de 2019.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecer al Servicio de Farmacia Hospitalaria del Complejo Hospitalario de Jaén la realización de este artículo.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

Repackaging achieves the primal aim to give the appropriate medicine with its proper dose. Also, repackaging assures the infirmity two interesting points, such as they are giving the medicine before the expiration date, and the batch number identification. These figures are really useful in order to take the right steps, as an example, in case of manufacturing issues or pharmacologist alerts notified by the Spanish Association of Medicaments and Healthcare Products.

The security of the patient is a guiding principle in health care enshrined by the World Health Organization. There is always a high degree of hazard in the procedure of health care attached to it, as an example, an adverse reaction that could provoke

serious failures against the patients' welfare. These failures are related to inappropriate handling of products at pharmaceutical services, not at nursing services. Therefore the continuous improvement of automated or computerized repackaging of medicines is being the best key partner of pharmacy technicians.

Also, this article makes a brief review of the current dispensing systems used in pharmaceutical services.

Finally, it is important do not forget the concept of tracking in repackaging systems. Actually the technical input is semi-automatized in most of the hospitals and pharmacy technicians handle the products directly. The new European directive is considering the legal enforcement of taking traceable systems in the medicaments production and its provision, following on from February, 9th 2019.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de investigación en atención farmacéutica (CTS-131). Universidad de Granada (España). Grupo de investigación en farmacología (CTS-164). Universidad de Granada (España). Fundación Pharmaceutical Care España. Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. Tercer consenso de Granada sobre problemas relacionados con medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación. *Ars Pharm*, 48 (1): 5-17. 2007.
2. A.M. Álvarez Díaz, E. Delgado Silveira, C. Pérez Menéndez-Conce, R Pintor Recuento, E. Gómez de Salazar López de Silanes, J. Serna Pérez, T. Mendoza Jiménez y T. Bermejo Vicedo. Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España. Nuevas tecnologías aplicadas al proceso de dispensación de medicamentos. Análisis de errores y factores contribuyentes. 21 de diciembre de 2009.
3. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Recomendaciones de la SEFH sobre reenvasado de medicamentos sólidos y líquidos orales. 2 de junio de 1997.
4. Trazabilidad. [Internet]. Wikipedia. Publicado 2 de febrero de 2004. [Actualizado el 23 de diciembre de 2016]. <https://es.wikipedia.org/wiki/Trazabilidad>
5. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios. Boletín Oficial del Estado número 178 de 27 de julio de 2006. Vigencia desde 28 de julio de 2006.
6. Real Decreto 634/1993, de 3 de mayo, sobre productos sanitarios implantables. Boletín Oficial del Estado número 126, de 26 de mayo de 1993. Disposición derogada.
7. Real Decreto 414/1996, por el que se regulan los productos sanitarios. Vigente desde el 01 de septiembre de 2007 hasta el 21 de marzo de 2010. Disposición derogada.
8. Real Decreto 725/2003, de 13 de junio, por el que se desarrollan determinados aspectos del artículo 100 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. Boletín Oficial del Estado número 152, de 26 de junio de 2003. Disposición derogada.
9. Real Decreto 782/2013, de 11 de octubre, sobre distribución de medicamentos de uso humano. Boletín Oficial del Estado número 251, de 19 de octubre de 2013.
10. Directiva 2011/62/Unión Europea del Parlamento Europeo y del Consejo de 8 de junio de 2011 que modifica la Directiva 2001/83 por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos de uso humano, en lo relativo a la prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal. Diario Oficial de la Unión Europea L 174/7 de 1 de julio de 2011.

Preparados homeopáticos: ¿Tienen efecto más allá del placebo? Revisión de la literatura

AUTORES

Sandra Martínez Pizarro
Estudiante de Grado de Enfermería.

Enrique J. Cobos del Moral
Profesor Contratado Doctor.
Departamento de Farmacología.
Facultad de Medicina.
Universidad de Granada.

Sin fuentes de financiación, ni conflictos de intereses. El contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes. Este trabajo no ha sido presentado en ningún congreso o jornada.

PALABRAS CLAVE:

Homeopatía, dolor, placebo, analgesia, revisión, encuesta.

Resumen

Planteamiento y objetivos

En 1796, la medicina era en cierta manera más perjudicial que beneficiosa para el paciente por lo que S. Hahnemann buscó una alternativa con remedios que producen los mismos síntomas que las enfermedades que pretendía tratar, pero suministrados en dosis infinitesimales, naciendo así la homeopatía. En los últimos años destaca su uso creciente como analgésico en sustitución de fármacos convencionales. El objetivo de esta revisión es analizar si los preparados analgésicos homeopáticos tienen efecto más allá del placebo así como valorar la predisposición de futuros sanitarios a su indicación.

Metodología

Se realiza una búsqueda de ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis en PubMed y Cinahl, seleccionando los estudios en humanos en los últimos 10 años y con texto completo. También se analiza la predisposición hacia la homeopatía de estudiantes de enfermería y medicina mediante una encuesta.

Resultados

Se valoran estudios de alta calidad, aleatorizados, realizados a doble ciego, y con un intervalo de confianza del 95%. Los resultados muestran que los preparados homeopáticos no producen efectos superiores al placebo, lo cual es congruente con la ausencia de principio activo con actividad farmacológica. Los resultados de la encuesta ponen de manifiesto que en torno a un 40 % de los futuros sanitarios creen que la homeopatía podría ser un buen recurso terapéutico.

Conclusiones

La homeopatía no es útil para tratar el dolor. Los profesionales sanitarios no la deberían recomendar ya que va en contra de la evidencia científica. Por lo tanto, es necesario formar en esta materia a los futuros sanitarios.

Homeopathic preparations: Do they have an effect beyond placebo? a literature review

Summary

Rationale and goals

In 1796, the medical practice was in some ways more harmful than beneficial for the patient. S. Hahnemann sought for an alternative using substances that produce the same symptoms as the diseases they are intended to treat but supplied at infinitesimal doses, thus giving rise to homeopathy. In recent years, these homeopathic preparations have been increasingly used as an alternative to conventional analgesic drugs. The goal of this review was to analyze whether homeopathic analgesic preparations have an effect beyond placebo as well as to assess the predisposition of future healthcare professionals to their indication.

Methods

Randomized clinical trials and meta-analyses were searched in PubMed and Cinahl, selecting human studies in the last 10 years and with full text. We also analyzed the predisposition towards homeopathy of nursing and medical students through a survey.

Results

High-quality, randomized, double-blind studies with a 95% confidence interval were assessed. The results showed that homeopathic preparations do not produce effects beyond placebo, which is in agreement with the absence of active principle with pharmacological activity. The results of the survey showed that around 40% of future health professionals believe that homeopathy might be a good therapeutic resource.

Conclusions

Homeopathy is not useful for treating pain. Health professionals should not recommend it, as it goes against the scientific evidence. Therefore, it is necessary to train in this matter to future health workers.

KEYWORDS:

homeopathy, pain, placebo, analgesia, revision, opinion poll.

INTRODUCCIÓN

La homeopatía fue desarrollada a finales del siglo XVIII por Samuel Hahnemann. En esta época la práctica médica incluía sangrías, producción de ampollas para tratar infecciones, así como otros métodos agresivos. Hahnemann, desencantado con estos métodos empezó a elaborar una nueva teoría con la esperanza de que resultara en un mejor equilibrio entre el beneficio y perjuicio que se suponía al paciente (1). El término homeopatía es un neologismo acuñado por el mismo Hahnemann derivado de los vocablos "*homoios*" (semejante) y "*pathos*" (enfermedad). Este término pretendía ilustrar el primer gran principio de la homeopatía: "*similia similibus curantur*" (lo similar cura a lo similar). Basándose en este principio, las sustancias que producían toxicidad manifiesta, tendrían también la capacidad de curar los mismos síntomas que eran capaces de producir. Sin embargo, puesto que su intención era sanar y no producir toxicidad, estipuló que esas sustancias debían ser diluidas. En un tiempo en el que el concepto de molécula era inconcebible, Hahnemann pensó que al diluir el tóxico el agua usada para dicha dilución retenía la esencia de esa sustancia, estableciendo el segundo principio de la homeopatía: la memoria del agua. Hahnemann publicó su obra en su "Ensayo sobre un nuevo principio" (1796) (2).

Actualmente, el proceso de elaboración homeopático comienza con la obtención de la materia prima; esta puede ser de origen animal, vegetal o mineral. Para las vegetales, que son las más habituales, es necesario preparar una tintura madre con el fin de solubilizar los principios activos. Una vez obtenida dicha tintura se preparan diluciones decimales (D, DH, X), centesimales (C, CH) o cincuentamilesimales (LM, Q) (3). Por ejemplo una dilución C30 indica que la tintura madre se ha sometido a una dilución centesimal 30 veces. Es decir, que el factor de dilución es de 1 en 10^{30} veces el volumen inicial. Para finalizar se pulveriza la dilución sobre glóbulos de sacarosa y lactosa (4). La ley de Avogadro (1811), que es posterior a la obra de Hahnemann, afirma que la cantidad de átomos de una sustancia es finita. Esto implica que la ultradilución inherente a los preparados homeopáticos haga estadísticamente improbable la presencia de una sola molécula del producto inicial a partir de una dilución C12, por lo que los homeópatas (conscientes de esto) no atribuyen el efecto de sus preparados a la presencia de principio activo, si no a la anteriormente mencionada memoria del agua (3).

El dolor es una experiencia sensorial desagradable, según la IASP (International Association for the Study of Pain). Aunque el tratamiento habitual son los fármacos analgésicos (5,6), existen preparados homeopáticos como de *Bryonia alba* o *Thus toxicodendron* para su tratamiento (7).

Existe un amplio debate científico en torno a la eficacia real de la homeopatía frente al efecto que tiene una sustancia sin principio activo (placebo) (8). Las respuestas placebo son mediadas a través de las expectativas y por condicionamiento conductual, los cuales desencadenan fenómenos neurobiológicos dando lugar a analgesia mediante la activación del sistema opioide, cannabinoide y dopaminérgico principalmente (9). Por lo que el efecto placebo es un efecto real con base fisiológica, y por ello es interesante comparar los efectos de la homeopatía con los del placebo.

Algunos autores (10, 11) afirman que la homeopatía es más eficaz que dicho efecto placebo para tratar el dolor, y un famoso metaanálisis (12) de 1997 concluyó que la homeopatía es eficaz para tratarlo. Este metaanálisis ha sido fuertemente criticado en cuanto a la metodología de selección de los estudios, y por el uso inadecuado de la estadística (13, 14, 15), de manera que si se aumentaba la calidad se descubrían resultados menos favorables a la homeopatía (16).

Teniendo en cuenta estos antecedentes el objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la literatura para analizar si los preparados homeopáticos con fines analgésicos tienen efecto más allá del placebo o no. Además, dada la popularidad actual de los remedios homeopáticos, un objetivo secundario es analizar la predisposición inicial que tienen los futuros sanitarios a este tipo de productos; con el objetivo final de promover una atención sanitaria basada en la evidencia.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la revisión se analiza un conjunto de referencias que responden a la cuestión planteada.

En primer lugar, se elabora una pregunta en formato PICO (Patient, intervention, comparison and outcome): en pacientes que presentan dolor por múltiples causas ¿son eficaces los preparados homeopáticos para reducir dicho dolor o es solamente debido al efecto placebo?

En segundo lugar, se reduce la pregunta a tres palabras claves: homeopatía, dolor y placebo. Se traducen las palabras al idioma original de la base de datos y se pasa a un lenguaje documental mediante el tesoro DECS (descriptores en ciencias de la salud) que ayuda a reducir las ambigüedades entre términos, indicando como se ha indizado cada documento sobre dicho tema. Se seleccionan sinónimos, y se eliminan términos inadecuados.

A continuación, se eligen las bases de datos PubMed por ser uno de los mejores referentes en el ámbito sanitario y se complementa con Cinahl. Dado que la recuperación de referencias se acerca al 50% en ambas bases sin que exista solapamiento entre ellas, ambas búsquedas son complementarias (17, 18). Se ejecuta la búsqueda de las palabras clave 'homeopathy' y 'pain' y se refina con el operador booleano AND para buscar precisión. En una búsqueda realizada en enero del 2017 se obtienen 297 resultados en PubMed y 268 en Cinahl. Se va realizando un registro de búsquedas mediante el gestor bibliográfico Refworks.

Para afinar la búsqueda se filtran los resultados a aquellos realizados en humanos en los últimos 10 años y con texto completo. Se recaban 73 resultados en PubMed y 60 en Cinahl. Se seleccionan los ECA (ensayos clínicos aleatorizados) y metaanálisis, ya que cuando hay duda sobre la eficacia de una intervención terapéutica estos estudios aportan la mejor evidencia (19). Tras estos filtros, se hallan 19 referencias en PubMed y 4 en Cinahl. Se desestiman 3 referencias por repetición y cuatro (20-23) por no ofrecer información relevante a la cuestión planteada. A continuación se recuperan los documentos de las 16 referencias restantes y se realiza una lectura crítica.

Los estudios pueden estar sometidos a sesgos lo cual compromete la validez y aplicación de los hallazgos. Para evitarlos se seleccionan documentos de alta calidad siguiendo el método CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español)(19). Esto implica seleccionar aquellos que presenten objetivos claros, una descripción adecuada de la población, intervención y su comparación. Con criterios apropiados de inclusión y exclusión, con una metodología exhaustiva, aleatorización, tamaño muestral adecuado, y con unos resultados extrapolables, reproducibles, con un intervalo de confianza del 95%, y útiles en la obtención de conclusiones. Con lo que se desestiman seis estudios (24-29) debido a tamaños muestrales inadecuados (menos de 32 participantes) o una metodología incorrecta. De tal manera que quedan 10 referencias de calidad.

En tercer lugar, se completa la selección de documentos mediante búsqueda inversa, que se detiene tras alcanzar el principio de saturación. De esta forma se recopilan 3 documentos más, de tal manera que se considerarán 13 referencias en la revisión (10 ECAs y 3 metaanálisis).

Se ha representado gráficamente el algoritmo de selección de referencias así como las eliminaciones y su causa mediante un diagrama de flujo (figura 1).

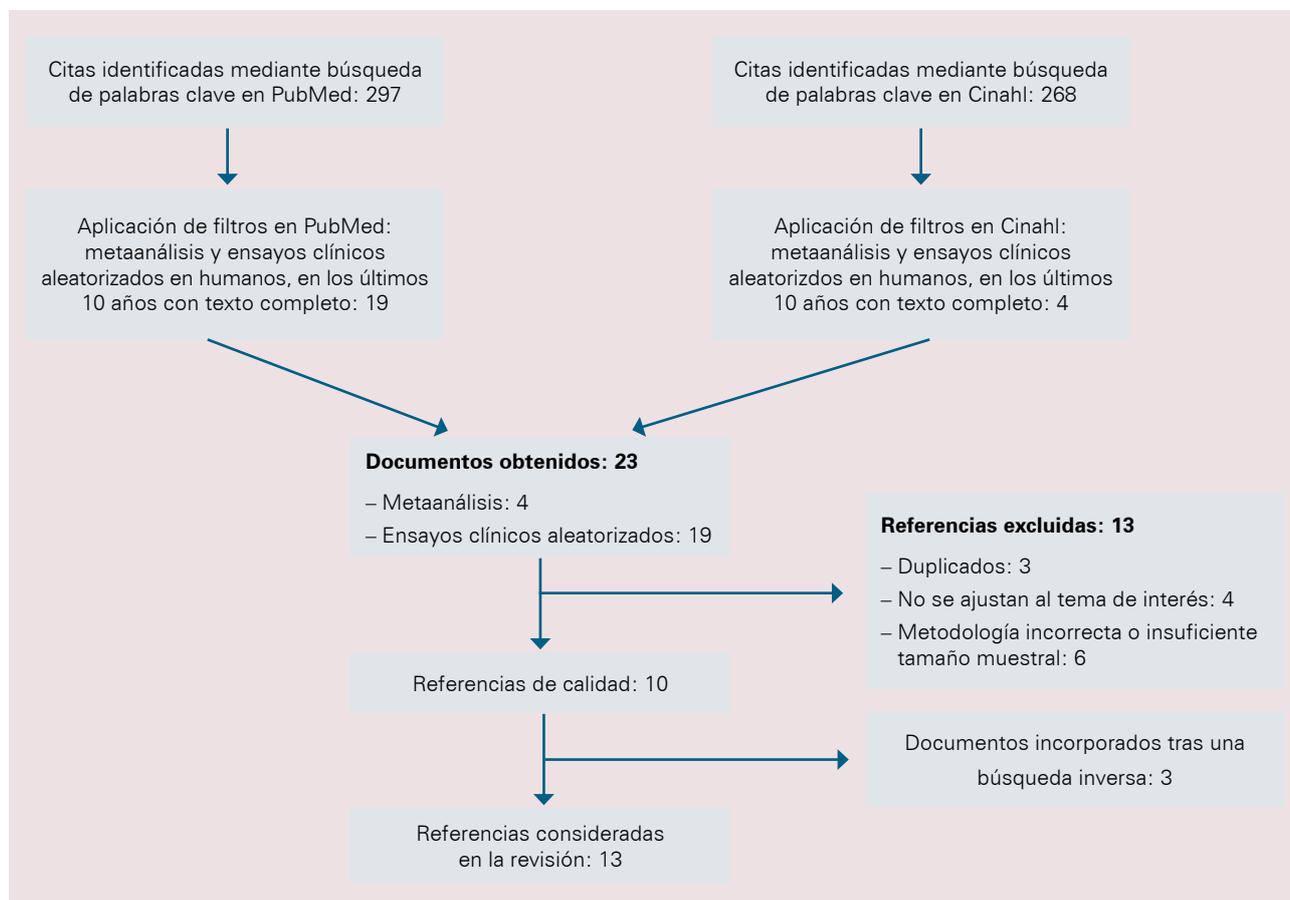


Figura 1. Diagrama de flujo de la selección de documentos incluidos en esta revisión.

Preparados homeopáticos

Por otro lado se realiza una encuesta online en diciembre de 2016 a estudiantes de medicina (3º curso) y enfermería (2º curso) antes de recibir formación farmacológica. Dicha encuesta consta de dos preguntas: ¿Has usado alguna vez productos homeopáticos? cuyas respuestas pueden ser: "Sí", "No" o "No tengo ni idea" y ¿Crees que la homeopatía es un buen recurso terapéutico? cuyas posibles -respuestas son: "Sí", "Creo que sí pero no lo puedo asegurar al 100%", "No", "Creo que no, pero no lo puedo asegurar al 100%" o "No tengo ni idea". Posteriormente se analizan las respuestas mediante Excel para valorar la predisposición inicial de los futuros sanitarios a los preparados homeopáticos.

RESULTADOS

Características de los estudios incluidos

Los estudios presentan homogeneidad en el diseño, ya que son aleatorizados, a doble ciego, controlados con placebo, y con un intervalo de confianza del 95%, aunque un estudio (30), afina la precisión hasta el 97,5%. Además, el método de medir la intensidad del dolor en todos ellos es utilizando escalas visuales analógicas, aunque en algunos (32) se utilice otros métodos complementarios para medirla.

La media del número de participantes es 91,7; teniendo en cuenta que el estudio (32) con más sujetos consta de 158. La tasa de abandono no supera el 20% en ninguno. El rango de edad de los participantes es amplio en todos ellos (por ejemplo 18-65 (33), ó 30-75 (30) años) pero siempre por encima de los 18 años. Los grupos tratados con homeopatía y placebo dentro de cada estudio son homogéneos en sus características por lo que permiten ser comparables. En el seguimiento hay mayor heterogeneidad y oscila entre (2h (39) hasta 40 semanas (41)). En ningún estudio se producen eventos adversos por el uso de homeopatía.

Entre las materias primas usadas están *Arnica montana* (32, 33, 35), *Hypericum perforatum* (32, 40), *Chamomilla* (39), *Bryonia* (31), o *Rhus toxicodendron* (30) entre otros. *Toxicodendron* es una hiedra que produce dermatitis y dolor (30), igualmente las demás materias (a dosis ponderales) producen síntomas similares. Su uso se justifica por el primer pilar de la homeopatía: lo similar cura a lo similar (43).

El grado de dilución de dichas materias varía según los estudios, en algunos (30, 31, 32, 34, 35) es pequeño en comparación al que se vende usualmente en las farmacias. En uno de ellos (34) se justifica la utilización de diluciones entre D2 y D8 para eludir la crítica homeopática ante la implausibilidad físico-química cuando se diluye más allá de lo calculado, considerando el número de Avogadro. En otras referencias (36-38) no se especifica el grado de dilución, indicando directamente que son aportados por laboratorios homeopáticos como Boiron. Y otros estudios (33,35, 39) se han realizado con mayor grado de dilución (C30, X30, X200, M1).

Las características de los ECAs analizados se muestran en la Tabla 1.

TABL

Ca

IC %	Medición del dolor	Eventos adversos	Número de sujetos
97,5	Escala visual analógica	No	150
95	Escala visual analógica	No	92
95	Escala visual analógica, SF-36 y demanda de morfina	No	158
95	Escala visual analógica	No	55
95	Escala visual analógica	No	80
95	Escala visual analógica	No	93
95	Escala visual analógica	No	60
95	Escala visual analógica	No	99
95	Escala visual analógica	No	83
95	FIQ	No.	47

IC: Intervalo de confianza.

FIQ: Cuestionario de impacto de la fibromialgia.

SF36: Cuestionario de salud.

*Traumeel S: preparado homeopático de *Arnica montana*, *Bellis perennis*, *Hypericum perforatum*, *Achillea millefolium*

**Rheumaselect: preparado homeopático de *Berberis vulgaris*

Tabla 1: CARACTERÍSTICAS DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS 2007-2017

Características en común: aleatorizados, doble ciego y controlados con placebo.

Edad	Abandono	Seguimiento	Frecuencia de administración	Materia prima	Dilución	Tipo de dolor	Referencia
30-75	5,3%	26 semanas	2 veces por semana durante 8 semanas	<i>Discij Rhus toxicodendron compositum</i>	Entre 2D-D18	Lumbar crónico	30
59-81	4,3%	1 semana	2 veces al día durante 5 días.	<i>Árnica montana</i> y <i>Bryonia alba</i>	CH5 y CH9.	Cirugía valvular aórtica	31
18-60	3,8%	4 semanas	1 dosis antes de la cirugía y durante 3 días después	<i>Árnica montana</i> , <i>Bryonia alba</i> , <i>Hypericum perforatum</i> , <i>Ruta graveolens</i>	CH5 CH5 CH5 DH3	Reconstrucción del ligamento de la rodilla	32
18-65	3,6%	4 días	1 dosis tras el ejercicio, 1 a las 24h y 1 a las 48h.	<i>Arnica</i>	X30 C200	Muscular.	33
26-64	15%	2 semanas	5 veces al día en 3 días y después 3 veces al día	<i>Traumeel® S*</i>	Entre 2D-8D.	Postoperatorio	34
23-76	20%	2 semanas	2 dosis antes de la cirugía y 3 dosis al día durante 5 días.	<i>Arnica</i>	C30	Histerectomía abdominal	35
50-86	10%	2 semanas	No se detalla	<i>Bryonia</i> , <i>Arnica</i> , <i>Rhus toxicodendron</i> , <i>Natrum</i> , <i>Calcarea carbonica</i>	Aporta Boiron	Artrosis de la rodilla	36
25-29	0 %	2 horas	1 vez antes del parto	<i>Chamomilla recutita</i>	M1	Parto.	39
48-77	7,2%	40 semanas	20 gotas 2 veces al día y 9 consultas.	Consulta y Rheumaselect®**	Cincuentamillesimal y 4D.	Artritis	41
35-57	20%	22 semanas	1 vez a la semana en 4-6 semanas	Consulta y remedio homeopático	Aporta Boiron	Fibromialgia	42

Arnica montana, *Calendula officinalis*, *Hamamelis virginiana*, *Echinacea angustifolia*, *Echinacea purpurea*, *Chamomilla recutita*, *Symphytum officinale*, *Natrum sulfuratum*, *Aconitum napellus*, *Atropa belladonna*, *Mercurius solubilis Hahnemanni* y *Hepar sulfuris*.

Urtica dioica, *Urtica vulgaris*, *Bryonia*, *Ledum palustre*, *Strychnos nux vómica* y *Toxicodendron quercifolium*.

Hallazgos de la revisión de la literatura

Las referencias analizadas establecen que la homeopatía no es más eficaz que el placebo en el tratamiento del dolor tras histerectomías abdominales (35), intervenciones dentales (40), reconstrucción del ligamento de rodilla (32), cirugía valvular aórtica (31), dolor lumbar crónico (30), dolor postoperatorio (34), dolor muscular (33), dolor por fibromialgia (38), dolor por artrosis (36), ni en el dolor del parto (39).

Existen dos estudios (41, 42) en los que se concluye que las consultas homeopáticas, pero no los remedios homeopáticos se asocian a beneficios en el control del dolor en pacientes con artritis (41) o fibromialgia (42).

En algunos estudios simultáneamente se analizan otros síntomas como por ejemplo uno (35) que considera la eficacia de *Arnica montana* homeopática para prevenir infecciones tras una histerectomía abdominal, así como otro (31) que considera la combinación de *Arnica montana* y *Bryonia alba* homeopáticas para el sangrado, inflamación e isquemia aórtica. Los resultados establecen igualmente que no hay evidencia de su eficacia en ninguno de los síntomas nombrados.

Por otro lado, de los 3 metaanálisis analizados solo en uno (37) se evidencia un ligero efecto positivo de la homeopatía para tratar la fibromialgia; pero incluso los mismos autores informan de que dichas conclusiones solo pueden considerarse preliminares debido a la baja calidad de los estudios primarios.

En otro metaanálisis (40) se valora el uso de *Hypericum perforatum* para tratar el dolor dental. Tras una búsqueda en 4 bases de datos y 2 revistas, recopilando artículos, opiniones de expertos e informes de casos se concluye que no se produce un efecto mayor al placebo.

En el último metaanálisis (38) considerado destaca que muchos pacientes con fibromialgia crónica ante la desesperación por la ineficacia del tratamiento convencional recurren a otras terapias. De los 20 resultados que se contemplaron en el metaanálisis, la mayoría carecían de una buena calidad metodológica y de los 5 con buena calidad, ninguno mostraba un efecto superior al placebo al usar homeopatía.

Hallazgos de las encuestas a futuros sanitarios

La encuesta sobre homeopatía es respondida por 92 estudiantes de medicina y 82 de enfermería, cuyas respuestas se muestran en porcentajes en las figuras 2 y 3 para ser comparables. Los resultados revelan que aunque la mayoría de estudiantes de medicina (77,2%) y enfermería (68,3%) no han usado productos homeopáticos, un 15,2% de medicina y un 14,6% de enfermería sí los han utilizado alguna vez. El resto de estudiantes (7,6% de medicina y 15,9% de enfermería) no saben si en alguna ocasión los han consumido (Figura 2).

En la figura 3 destaca un 45,7% de estudiantes de medicina y un 39% de enfermería que creen que es un buen recurso terapéutico aunque señalan no poder asegurarlo al 100%, pero un 11% de enfermería sí lo afirma rotundamente. Hay tan solo un 17,4% de medicina y un 15% de enfermería que afirman rotundamente que no es buen recurso. Mientras que un 29,3% de medicina y un 22% de enfermería lo creen que no lo es pero sin asegurarlo al 100%. El porcentaje restante indica no tener conocimiento de ello. Por consiguiente los resultados son similares en ambos estudiantes; tanto los de medicina como los de enfermería no se posicionan radicalmente contra la homeopatía antes de recibir formación farmacológica.

Figura 2. ¿Has usado alguna vez productos homeopáticos? Resultados de la encuesta a un total de 92 estudiantes de medicina y 82 enfermería. Las barras representan el porcentaje de personas que han escogido la opción indicada al responder si alguna vez han usado productos homeopáticos.

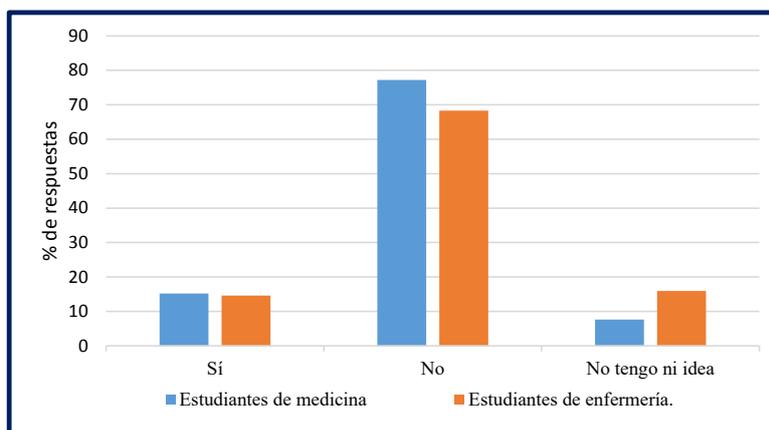
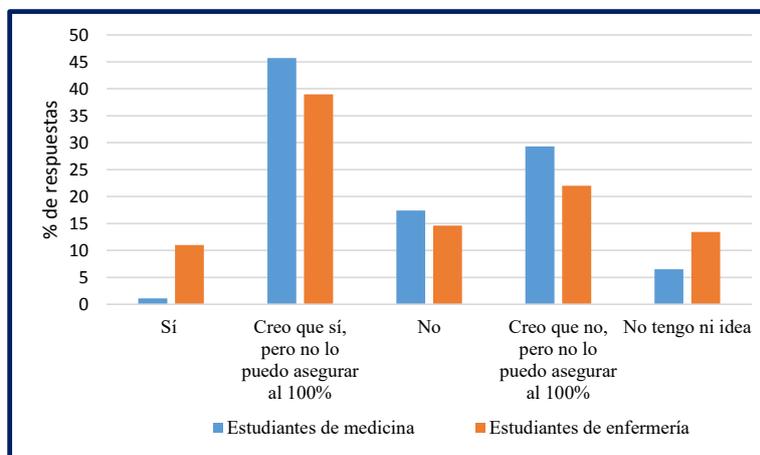


Figura 3. ¿Crees que la homeopatía es un buen recurso terapéutico? Resultados de la encuesta a un total de 92 estudiantes de medicina y 82 de enfermería. Las barras indican el porcentaje de personas que han escogido la opción indicada al responder si creen que la homeopatía es un buen recurso terapéutico.



DISCUSIÓN

Homeopatía y efecto placebo

Tras analizar los resultados se observa que los efectos de los preparados homeopáticos no superan los efectos del placebo.

Las materias primas usadas están basadas en la analogía de sus efectos a dosis ponderales y están extremadamente diluidas hasta el punto en que es estadísticamente improbable que muchos preparados (los que van más allá de C12) contengan alguna molécula del producto inicial (Tabla 1). Básicamente estos preparados consisten en agua "energizada" que debería retener las propiedades beneficiosas de la tintura madre mediante la memoria del agua (según los fundamentos homeopáticos)(43).

Sin embargo estos conceptos son inconsistentes con los conocimientos actuales ya que la presencia de principio activo es imprescindible para la eficacia de los medicamentos. Además, nunca se ha demostrado de manera concluyente que el agua tenga memoria, y la idea de que diluciones más altas tienen mayor efecto terapéutico es inconcebible con la relación dosis-respuesta, donde el efecto depende de forma directa de la dosis suministrada del principio activo (44).

Pese a ello, hay estudios (45) de homeópatas actuales que intentan explicar la homeopatía a través de la relatividad y la física cuántica como con la relación de indeterminación de Heisenberg, o el

entrelazamiento cuántico. Pero todo ello son explicaciones abstractas, que no están demostradas empíricamente.

En los casos en los que la ultradilución no ha sido tan agresiva (ultradiluciones inferiores a C12), las moléculas con posible actividad farmacológica remanentes en los preparados han de ser tan escasas que sus efectos (si tuvieran alguno) no superan al placebo (Tabla 1).

En un artículo (9) de Enck y cols se resalta que en los ensayos clínicos el efecto placebo debe minimizarse para evaluar correctamente la eficacia del fármaco. Pero una vez que el fármaco ha superado la fase III demostrando que es superior al efecto placebo (lo cual es imprescindible para comercializar fármacos según la legislación vigente (46,47)); éste debe maximizarse para aprovechar las expectativas del paciente y así mejorar los resultados. En relación con esta maximización del efecto placebo, cabe destacar dos estudios de esta revisión (41, 42) en los que se concluía que las consultas homeopáticas, (comprendidas entre 1 hora (42) y 1 hora y media (41) de duración) son beneficiosas en el control del dolor. De hecho, Boiron indica que "para prescribir un buen tratamiento homeopático, es necesario (no opcional) profundizar en todos los aspectos biopsicosociales. Para muchos homeópatas esto ha otorgado el privilegio de recuperar la relación médico-paciente." (3) Por tanto, la psicoterapia de la consulta homeopática podría potenciar el efecto placebo del preparado homeopático, ya que un paciente se va a sentir más reconfortado en una consulta de un homeópata durante una hora en la que van a profundi-

zar en todos los aspectos biopsicosociales, que en los solo 10 minutos que puede ofrecerle el médico de cabecera. Sin embargo, ninguno de los analgésicos homeopáticos ha superado exitosamente la fase III de desarrollo clínico hasta la fecha. Por tanto, los productos homeopáticos no deberían considerarse una forma útil de tratamiento. Estos resultados coinciden con el estudio de Ernst y Pittler (48) así como con el de Stevinson y cols (49).

Aunque en la literatura reciente también aparecen estudios con resultados positivos tras el uso de homeopatía, en concreto en un estudio (26) que trata la otalgia con homeopatía asociada a Amoxicilina, los resultados positivos no se pueden atribuir al uso de homeopatía, sino al antibiótico el cual de forma independiente sí ha demostrado eficacia en la práctica clínica.

Regulación y peligro de la homeopatía

A pesar de que la homeopatía no ha probado su eficacia, los preparados en diluciones altas, se consideran seguros (8). De ahí que en lugares como Francia esté incluida en la salud pública, y en otros como Reino Unido pese a su financiación se desaconseja su uso (50). En España (46, 47) se puede comercializar tras demostrar seguridad pero no eficacia (a diferencia de los fármacos convencionales que se les exige ambas). Sin embargo, el gobierno australiano (51) informa que no es ético el tratamiento homeopático, ya que considera demostrado que no es eficaz. Además, coincidiendo con diversas organizaciones (52, 53, 54), alertan que quienes la eligen en lugar del tratamiento convencional pueden poner en peligro su salud. Un ejemplo se muestra en uno de los estudios analizados (33) en el cual hay un aumento del dolor muscular en la pierna tratada con árnica homeopática, que puede ser debido a no recibir un tratamiento convencional y con ello retrasando y empeorando la curación de la misma.

Si bien es cierto que los remedios homeopáticos producen menos efectos adversos que los fármacos y en los raros casos en los que ocurren suelen deberse a una preparación inadecuada (8, 55) esto no justifica su uso.

El auge de la homeopatía

La homeopatía se usa en 80 países y posee más de 300 millones de compradores. En España, una de cada tres personas la han usado y además todas las farmacias tienen acceso a estos preparados los cuales suponen una facturación de 60 millones de euros anualmente (3). Solo en España más de 10.000 médicos la integran en su activi-

dad, y miles de farmacéuticos la recomiendan (3, 7), y de hecho, La Universidad de Zaragoza estableció una cátedra de homeopatía en colaboración con Boiron (2010-2014).

Si se comparan los resultados de nuestra encuesta de homeopatía con un estudio (56) sociológico, se aprecia que el pensamiento de que es buen recurso es mayor en la población española que en los estudiantes sanitarios; ya que 8 de cada 10 españoles dicen mostrarse satisfechos con la homeopatía, y un 87% la recomendarían; frente a un 40-45% de estudiantes que piensan (aunque sin rotundidad) que podría ser una buena terapia. Aun así, este valor de casi la mitad de la muestra estudiada es muy elevado. Entre las características que pueden motivar el consumo de homeopatía puede estar una posología sencilla, ausencia de efectos secundarios, y ausencia de interacciones con medicamentos (3). Sin embargo, aunque en estudios previos se manifiesta que el 90% de individuos dicen saber qué es la homeopatía, la mayoría la identifican con conceptos erróneos como con medicina natural (75%). Cabe destacar que los productos naturales, a dosis medibles, forman parte del repertorio farmacológico actual, incluyendo el antineoplásico paclitaxel o el opioide morfina entre otros muchos (57). Esto obviamente difiere de los remedios homeopáticos que como se ha indicado repetidamente, en muchos casos no incluyen ni una sola molécula de principio activo. La importancia de unos sanitarios adecuadamente informados estriba en que un amplio porcentaje de usuarios (21%) conocen la homeopatía a través de ellos (56), por lo que la formación de los profesionales sanitarios es clave en este contexto.

Limitaciones de este estudio

Esta revisión se ve limitada por la escasez de estudios recientes que valoren la eficacia de la homeopatía para tratar el dolor, y de los pocos que hay la mayoría presentan una calidad metodológica baja o mal diseño. Esto puede conllevar que en algunos (18, 24, 25, 29) se muestren beneficios analgésicos con preparados homeopáticos pese a la implausibilidad físico-química. Otra limitación puede ser el sesgo de publicación, ya que, muchos trabajos científicos con resultados negativos nunca llegan a publicarse (58). Por tanto, se necesitan más investigaciones con mayor número de sujetos y mayor validez externa para mostrar científicamente la realidad de estos preparados y con ello mejorar la atención sanitaria y tomar decisiones basadas en evidencia. También sería interesante analizar en el futuro la inclinación de los sanitarios con actividad clínica antes y después de recibir formación sobre el fundamento de la homeopatía.

CONCLUSIONES

Tras los resultados obtenidos se puede concluir que el máximo efecto que pueden tener los preparados homeopáticos analgésicos es el placebo. Por tanto, aunque sea legal y de venta en farmacias, la homeopatía no puede ser vista como una terapia útil para tratar el dolor. Por otro lado, también se concluye que los futuros profesionales en enfermería y medicina antes de recibir formación en farmacología no se posicionan drásticamente contra ella, de ahí la importancia de una buena preparación de los sanitarios. La homeopatía y la memoria del agua se oponen directamente al pensamiento científico y es por ello que no debería formar parte del sistema sanitario de ningún país. En resumen, los tratamientos homeopáticos "hacen aguas".

CONCLUSIONS

After analyzing the results obtained, it can be concluded that the maximum effect that homeopathic analgesic preparations can induce is not beyond the placebo effect. Therefore, even if homeopathic preparations are legal and sold in pharmacies, homeopathy cannot be seen as an useful therapy for treating pain. In addition, future nurses and physicians, before receiving training in pharmacology, do not position themselves against it drastically, hence the importance of a good formation for health professionals. Homeopathy and its water memory are against scientific evidence and that is why it should not be part of the healthcare system of any country. In short, homeopathy "does not hold water".

BIBLIOGRAFÍA

1. Benkemoun P. Tratado de homeopatía. 1º ed. Barcelona: Paidotribo; 2000.
2. Giordan A, Raichvarg D, Mute C, Marquez Valderrama, J. Los orígenes de la homeopatía. 1º ed. Lyon: Boiron; 2010.
3. Cátedra Boiron de homeopatía de la Universidad de Zaragoza. El libro blanco de la homeopatía. 1º ed. Boiron; 2013.
4. Boiron. Fabricación de medicamentos homeopáticos. [Vídeo]. 2011.
5. Rivera Redondo J. Pharmacological therapy in fibromyalgia. Semin Fund Esp Reumatol. 2011; 12(1): 21–26.
6. Santeularia Verges MT, Catala Puigbo E, Genove Cortada M, Revuelta Rizo M, Moral Garcia MV. New trends in the treatment of post-operative pain in general and gastrointestinal surgery. Cir Esp. 2009; 86(2): 63-71.
7. Boiron. La homeopatía Hoy: Una realidad científica, social y económica. 2013. [En línea]. [Consultado el 28 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.boiron.es/listado-noticias/noticias/1000396015101/la_homeopat%C3%ADa_una_realidad_social_sanitaria_y_cient%C3%ADfica_en_espana.1.html
8. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Documento de análisis de situación de las terapias naturales. 2011.
9. Enck P, Bingel U, Schedlowski M, Rief W. The placebo response in medicine: minimize, maximize or personalize? Nat Rev Drug Discov. 2013; 12(3): 191-204.
10. Witt CM, Ludtke R, Willich SN. Homeopathic treatment of patients with dysmenorrhea: a prospective observational study with 2 years follow-up. Arch Gynecol Obstet. 2009; 280(4): 603-611.
11. Malapane E, Solomon EM, Pellow J. Efficacy of a homeopathic complex on acute viral tonsillitis. J Altern Complement Med. 2014; 20(11): 868-873.
12. Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges L, Jonas W. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trial. The Lancet. 1997; 350(9081): 834-843.
13. Kahn M. Meta-analysis of homoeopathy trials. The Lancet. 1998; 351(9099): 365.
14. Colquhoun D. Re-analysis of clinical trial of homoeopathic treatment in fibrositis. The Lancet. 1990; 336(8712): 441-442.

Preparados homeopáticos

15. Shang A, Huwiler-Muntener K, Nartey L, Juni P, Dorig S, Sterne JA, et cols. Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homeopathy and allopathy. *The Lancet*. 2002; 366(9487): 726-732.
16. Linde K, Scholz M, Ramirez G, Clausius N, Melchart D, Jonas WB. Impact of study quality on outcome in placebo-controlled trials of homeopathy. *J Clin Epidemiol*. 1999; 52(7): 631-636.
17. Estrada J.M. La búsqueda bibliográfica y su aplicación en PubMed-Medline. *Semergen-Medicina de familia*. 2007; 33(4): 193-199.
18. Elena Sinobas P. Manual de Investigación Cuantitativa para Enfermería. 1º ed. Oviedo: Federación de asociaciones de enfermería comunitaria y atención primaria; 2011.
19. Soria Aledo V, Sánchez Marín F, Molina Durán F. Metodología de la investigación y práctica clínica basada en la evidencia. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia; 2012.
20. Frass M, Friehs H, Thallinger C, Sohal NK, Marosi C, Muchitsch I, et cols. Influence of adjunctive classical homeopathy on global health status and subjective wellbeing in cancer patients - A pragmatic randomized controlled trial. *Complement Ther Med*. 2015; 23(3): 309-317.
21. Vanden Bossche L, Vanderstraeten G. A multi-center, double-blind, randomized, placebo-controlled trial protocol to assess Traumeel injection vs dexamethasone injection in rotator cuff syndrome: the Traumeel in Rotator cuff syndrome (TRARO) study protocol. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015; 16(1): 8.
22. Cameron M, Chrubasik S. Oral herbal therapies for treating osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; (5): 2947.
23. Li L. The effect of Neuragen PN on neuropathic pain: A randomized, double blind, placebo controlled clinical trial. *BMC Complement Altern Med*. 2010; 10: 22.
24. Malapane E, Solomon EM, Pellow J. Efficacy of a homeopathic complex on acute viral tonsillitis. *J Altern Complement Med*. 2014; 20(11): 868-873.
25. Shah R. Effect of orally administered potentized capsaicin and dihydrocapsaicin in humans: a homeopathic pathogenetic trial. *Forsch Komplementmed*. 2014; 21(3): 172-177.
26. Taylor JA, Jacobs J. Homeopathic ear drops as an adjunct to standard therapy in children with acute otitis media. *Homeopathy*. 2011; 100(3): 109-115.
27. Mousavi F, Mojaver YN, Asadzadeh M, Mirzazadeh M. Homeopathic treatment of minor aphthous ulcer: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Homeopathy*. 2009; 98(3): 137-141.
28. Mousavi F, Sherafati S, Mojaver YN. Ignatia in the treatment of oral lichen planus. *Homeopathy*. 2009; 98(1): 40-44.
29. Hamre HJ, Mittag I, Glockmann A, Kiene H, Troger W. Pulpa dentis D30 for acute reversible pulpitis: A prospective cohort study in routine dental practice. *Altern Ther Health Med*. 2011; 17(1): 16-21.
30. Pach D, Brinkhaus B, Roll S, Wegscheider K, Icke K, Willich SN, et cols. Efficacy of injections with *Disci/Rhus toxicodendron compositum* for chronic low back pain-a randomized placebo-controlled trial. *PLoS One*. 2011; 6(11): e26166.
31. Cornu C, Joseph P, Gaillard S, Bauer C, Vedrinne C, Bissery A, et cols. No effect of a homeopathic combination of *Arnica montana* and *Bryonia alba* on bleeding, inflammation, and ischaemia after aortic valve surgery. *Br J Clin Pharmacol*. 2010; 69(2): 136-142.
32. Paris A, Gonnet N, Chaussard C, Belon P, Rocourt F, Saragaglia D, et cols. Effect of homeopathy on analgesic intake following knee ligament reconstruction: a phase III monocentre randomized placebo controlled study. *Br J Clin Pharmacol*. 2008; 65(2): 180-187.
33. Adkison JD, Bauer DW, Chang T. The effect of topical arnica on muscle pain. *Ann Pharmacother*. 2010; 44(10): 1579-1584.
34. Singer SR, Amit-Kohn M, Weiss S, Rosenblum J, Maoz G, Samuels N, et cols. Traumeel S for pain relief following hallux valgus surgery: a randomized controlled trial. *BMC Clin Pharmacol*. 2010; 10: 9.
35. Hart O, Mullee MA, Lewith G, Miller J. Double-blind, placebo-controlled, randomized clinical trial of homeopathic arnica C30 for pain and infection after total abdominal hysterectomy. *J R Soc Med*. 1997; 90(2): 73-78.

36. Koley M, Saha S, Ghosh S. A double-blind randomized placebo-controlled feasibility study evaluating individualized homeopathy in managing pain of knee osteoarthritis. *J Evid Based Complementary Altern Med*. 2015; 20(3): 186-191.
37. Boehm K, Raak C, Cramer H, Lauche R, Ostermann T. Homeopathy in the treatment of fibromyalgia-a comprehensive literature-review and meta-analysis. *Complement Ther Med*. 2014; 22(4): 731-742.
38. Langhorst J, Hauser W, Bernardy K, Lucius H, Settan M, Winkelmann A, et cols. Complementary and alternative therapies for fibromyalgia syndrome. Systematic review, meta-analysis and guideline. *Schmerz*. 2012; 26(3): 311-317.
39. Zafar S, Najam Y, Arif Z, Hafeez A. A randomized controlled trial comparing Pentazocine and Chamomilla recutita for labor pain relief. *Homeopathy*. 2016; 105(1): 66-70.
40. Raak C, Bssing A, Gassmann G, Boehm K, Ostermann T. A systematic review and meta-analysis on the use of hypericum perforatum (St. John's wort) for pain conditions in dental practice. *Homeopathy*. 2012; 101(4): 204.
41. Brien S, Lachance L, Prescott P, McDermott C, Lewith G. Homeopathy has clinical benefits in rheumatoid arthritis patients that are attributable to the consultation process but not the homeopathic remedy: a randomized controlled clinical trial. *Rheumatology (Oxford)*. 2011; 50(6): 1070-1082.
42. Relton C, Smith C, Raw J, Walters C, Adebajo AO, Thomas KJ, et cols. Healthcare provided by a homeopath as an adjunct to usual care for Fibromyalgia (FMS): results of a pilot Randomised Controlled Trial. *Homeopathy*. 2009; 98(2): 77-82.
43. Hahnemann S. *Órganon de la medicina*. 6º ed. Los Angeles: J.P. Tarcher; 1982.
44. Cafiero Moroney A. Relaciones dosis-respuesta. *Farmacología clínica. Manual MSD versión para profesionales*. 2016.
45. Rekarte L. *Cómo funciona la Homeopatía*. 2012. [En línea]. [Consultado el 19 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.rekarte.com/wp-content/uploads/como_funciona_la_homeopatia.pdf
46. Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Ley 29/2006 de 26 de julio. *Boletín Oficial del Estado*, nº 178, (27-07-2006).
47. Disposición transitoria 6º. Real Decreto 1345/2007, de 11 de octubre, por el que se regula el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente. *Boletín Oficial del Estado*, nº 267, (7-11-2007).
48. Ernst E, Pittler MH. Efficacy of homeopathic arnica. *Arch Surg*. 1998; 133(11): 1187-1190.
49. Stevinson C, Devaraj VS, Fountain-Barber A, Hawkins S, Ernst E. Homeopathic arnica for prevention of pain and bruising: randomized placebo-controlled trial in hand surgery. *J.R Soc Med*. 2003; 96(2): 60-65.
50. Science and Technology Committee. UK Parliament. Evidence Check 2: Homeopathy. 2010.
51. National Health and Medical Research Council. Australian Government. NHMRC Information Paper: Evidence on the effectiveness of homeopathy for treating health conditions. 2015.
52. American medical association. Report 12 of the Council on Scientific Affairs (A-97). *Alternative medicine*. 2008.
53. OMS advierte contra uso de homeopatía. BBC Mundo. 21 de agosto de 2009. *Ciencia*. [En línea]. [Consultado el 30 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/ciencia_tecnologia/2009/08/090821_homeopatia_oms_jg.shtml
54. American College of Medical Toxicology and American Academy of Clinical Toxicology. Five Things Physicians and Patients Should Question. 2013.
55. Posadzki P, Alotaibi A, Ernst E. Adverse effects of homeopathy: a systematic review of published case reports and case series. *Int J Clin Pract*. 2012; 66(12): 1178-1188.
56. Díaz Sáez G, Moreno Sánchez G, Balmy S. I Estudio sobre conocimiento y uso de la homeopatía en España. *Rev Med Homeopat*. 2012; 5(3): 113-119.
57. Flórez J. *Farmacología humana*. 6º ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
58. Pértega Díaz S, Pita Fernández S. Revisiones sistemáticas y Metaanálisis. *Aten Primaria*. 2005; 12(2): 109-112.

Dispareunia: una afección en distintas etapas de la vida sexual de la mujer

AUTORES:

Manuela Velázquez- Barrios
Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Centro de Salud La Paz. Badajoz.

Desirée Díaz-Jiménez
Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Área de Parto, Complejo Hospitalario de Navarra. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Antonio José Reina-Caro
Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología. Área de Parto. Hospital Privado Nisa Sevilla-Aljarafe. Castilleja de la Cuesta, Sevilla.

Autor responsable

Manuela Velázquez Barrios.
Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología, Matrona

No existe financiación por parte de ningún organismo hacia este estudio. No existe conflicto alguno de intereses entre los autores de este estudio. El artículo enviado no se ha presentado como comunicación oral o poster en ningún congreso.

Resumen

La dispareunia está considerada un trastorno sexual por dolor que afecta a numerosas mujeres a lo largo de toda su vida sexual. Se define la dispareunia como el dolor genital persistente o recurrente en la mujer antes, durante o después de la relación sexual. En este estudio, a través de una búsqueda bibliográfica, iremos desarrollando esta afección, en qué consiste y sus causas más comunes en las distintas etapas de la vida de la mujer. La dispareunia se ha convertido en una de las quejas más frecuentes en las consultas médicas y sexológicas, así como también en las consultas de matrona, por lo que el objetivo es conocer este tema en profundidad para saber abordarlo en la práctica de nuestra profesión. La dispareunia suele ser un indicador de que algo no va bien, puede deberse tanto a causa orgánica como psicológica y normalmente es una interacción de ambas. En numerosos estudios se ha observado que la aparición de dispareunia tiene un gran componente emocional y si nos centramos en estudios realizados en mujeres climatéricas o en puerperas las causas orgánicas son de gran importancia, estando muchas veces en nuestras manos la posibilidad de reducir esas causas.

PALABRAS CLAVE:

Dispareunia, Dolor, Sexualidad, Climaterio, Puerperio

Abstract

Dyspareunia is considered a sexual pain disorder that affects many women throughout his sexual life. Defines dyspareunia as women persistent or recurrent genital pain before, during or after sexual intercourse. In this study, through a literature search, we will be developing this condition, what is and its most common causes in the different stages of the life of the woman. Dyspareunia has become one of the most frequent complaints in scientific and medical consultations, as well as consultations of midwife, so the objective is to know this topic in depth to learn to deal with it in the practice of our profession. Dyspareunia is often an indication that something is not going well, may be both organic cause like psychological and normally is an interaction of both. In numerous studies, it has been observed that the appearance of dyspareunia has a great emotional component and focusing on studies in climacteric women or postpartum women organic causes are of great importance, being often in our hands the possibility of reducing those causes.

KEYWORDS:

Dyspareunia, pain, sexuality, climacteric and puerperium.

CONTENIDOS

Introducción

La Dispareunia está recogida dentro de los trastornos sexuales por dolor, que aparece fundamentalmente en las mujeres. Puede aparecer en cualquier momento de su vida sexual por diversas causas, principalmente psicológicas y también orgánicas, siendo en la mayoría de los casos una interacción de ambas. Este trastorno está siendo en los últimos años una causa frecuente de consulta médica y sexológica, ya que las mujeres, y la sociedad en general, cada vez están más exentas de los tabúes que antes hacía que no se consultara por este tipo de problemas, careciendo así de la verdadera importancia que pudiera tener en el colectivo femenino y de estudios científicos al respecto. En las consultas de matrona nos encontramos un número elevado de mujeres que refieren sufrir dispareunia después del parto. El climaterio también es una etapa en el que este problema afecta numerosamente y en el que el colectivo de matronas cada vez debe de estar más involucrado.

Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos científicas sanitarias como Cochrane library, Pub-Med, Cuidatge y de organismos como la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). El objetivo inicial de búsqueda era todo artículo relevante incluido desde el año 2000, aunque hemos incluido alguno más antiguo por su relevancia con el estudio y por la escasez de estudios científicos sobre este tema. Los descriptores utilizados para nuestra búsqueda han sido: dispareunia, dolor, relaciones sexuales, puerperio, climaterio.

Resultados

La dispareunia está reflejada en la clasificación de los trastornos mentales del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, American Psychiatric Association, APA), junto con el vaginismo, en los trastornos sexuales por dolor. Todos los trastornos sexuales en el DSM-IV están englobados en su eje 1: Trastornos clínicos.¹

También aparece en otras clasificaciones como el CIE10 (Clasificación internacional de enfermedades). Si buscamos la nomenclatura de los trastornos se-

xuales, la dispareunia se encuentra recogida dentro de las perturbaciones sexuales cuantitativas, y dentro de éstas en los trastornos sexuales por defecto.

Se define la dispareunia como el dolor genital persistente o recurrente asociado a la relación sexual. Hay que diferenciarlo del vaginismo, que se define como la aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que intervienen en el coito. Esta disfunción puede presentarse como una respuesta a condiciones orgánicas, siendo la más común la que se presenta en la mujer menopáusica o premenopáusica por la resequeadad de la vagina, debido a los bajos niveles de estrógenos, o a trastornos sin afección orgánica alguna, siendo normalmente una interacción entre causa orgánica y psicológica. Se ha convertido en los últimos años en una de las quejas más frecuentes de las consultas médicas, sexológicas y a las matronas.

Aunque existe dispareunia en los hombres, la dispareunia femenina es mucho más común. Puede distinguirse en:

- **Dispareunia superficial:** cuando el dolor se da en la zona externa vulvar, o en la entrada de la vagina.
- **Dispareunia profunda:** cuando el dolor se da en la zona media o profunda de la vagina.

Entre las causas orgánicas más frecuentes se encuentran: hormonal (falta de lubricación), infecciones (candidiasis o tricomoniasis), secuelas quirúrgicas o de radioterapia, malformaciones congénitas y cirugía local (episiotomía). De todas estas, la más frecuente es la falta de lubricación vaginal, normalmente debido a factores hormonales, que dependerá del momento del ciclo y de cada mujer, siendo muy variable incluso en una misma mujer, pudiendo estar afectada por cuestiones psicológicas, además de las hormonales.



Dispareunia

Entre los factores psicológicos, el más frecuente es el miedo a la penetración, que puede estar producido por el desconocimiento o por haber vivido relaciones sexuales no satisfactorias en el pasado.

La ansiedad es un elemento fundamental en el mantenimiento de este miedo, que lo va alimentando constantemente, y también es un elemento común en todos los casos de disfunciones sexuales. La ansiedad no permite relajar el músculo pubococígeo, por lo que la penetración puede resultar molesta o dolorosa.

La falta de excitación sexual también es una causa muy frecuente en la dispareunia femenina. La falta de "juegos" previos al coito no permite a la mujer alcanzar un estado de excitación sexual suficiente para que se den, a nivel anatómico y fisiológico, los cambios necesarios para recibir al pene, pudiendo resultar doloroso.

Los problemas de pareja también son frecuentes en los casos de dispareunia femenina. El malestar psicológico puede hacer que la mujer no consiga relajar el músculo pubococígeo, o también que no logre una excitación sexual suficiente.

El estrés de la vida diaria, los problemas personales y otros factores psicológicos tienen una potente influencia en la respuesta sexual humana, por lo que pueden ser causantes de numerosas disfunciones sexuales, entre ellas el dolor en el coito.

Los estudios realizados en torno a la complejidad de las causas de las disfunciones sexuales, específicamente las femeninas (dispareunia y vaginismo), coinciden en que gran parte de los casos se deben a factores experienciales; no obstante, existe una amplia gama de factores asociados.²

En un estudio encontrado, realizado por el Instituto Nacional de Perinatología (INPerIER) motivado por el gran número de mujeres que acudían con problemas de dispareunia y vaginismo. Se cogió una muestra de 200 mujeres entre 22 y 45 años. Como resultado, en el caso de la dispareunia los factores intervinientes son: disminución de la autoestima, sumisión, un decremento de la masculinidad y problemas conyugales.

En otro estudio realizado en México sobre la prevalencia de la dispareunia durante el coito o a las 24 horas después, se cogió una muestra de 1183 mujeres entre 25 y 54 años de edad. Como resultado se destacó que la violencia sexual padecida en algún momento de la vida y los problemas de pareja estaban altamente relacionados con esta afectación. También el haber padecido alguna Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) o Enfermedad Inflamatoria Pélvica, (EIP). En la discusión de este estudio se hace gran hincapié en la necesidad de mejorar los programas de salud sexual, para que lleguen a toda la población y así cumplir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en materia de salud sexual y reproductiva que deben promover el derecho de los individuos a disfrutar de una vida sexual en concordancia con su ética personal y social.²

Una investigación hecha en el instituto Kinsey en Estados Unidos (citado en Ortiz, 2003) reveló que el 24% de 987 mujeres encuestadas en todo el país informó acerca de un marcado malestar, tanto en su relación de pareja como en su propia sexualidad. Los más importantes signos fueron el estado de bienestar emocional (si estaba deprimida o estresada, por ejemplo) y la calidad de interacción emocional con su pareja durante la relación sexual. Se descubrió que la menor tasa de malestar sexual estaba ligada a una buena salud emocional y a una buena salud física.⁶

La relación que se establece entre las disfunciones sexuales y la autoestima se refiere a que esta última está relacionada con la salud sexual (Calado, Lameiras y Rodríguez, 2003).^{4,10}

En la investigación de Muñoz, Ballesteros y Rodríguez (2004) sobre la intervención comportamental cognoscitiva para disminuir el miedo al dolor en el momento de la penetración en una relación sexual en relación con los procesos cognitivos, se informa que se debe a una serie de pensamientos automáticos, creencias y expectativas caracterizados por errores cognitivos que interfieren en el desempeño sexual e, igualmente, a que los procesos emocionales y afectivos implicados



Fuente de imagen: google (mi sexologo.com)

se encuentran en un alto nivel de ansiedad frente al evento de la penetración, miedo al dolor y sentimiento de frustración y culpa.^{5,7}

En Santa Marta (Colombia) se realizó una investigación cuyo objetivo fue establecer la relación entre las disfunciones sexuales y la autoestima en mujeres estudiantes universitarias. Los resultados de este estudio mostraron que no existía una relación entre autoestima y padecer una disfunción sexual. No obstante el 100% de la muestra presentó el trastorno de dispareunia, lo cual corrobora lo encontrado en otros estudios, el miedo al dolor en la penetración coincide con dos tipos de trastorno: dispareunia femenina y vaginismo, ya que se relacionan con el dolor inmerso en éste. En cuanto a los procesos emocionales y afectivos implicados, se ha encontrado un alto nivel de ansiedad frente al evento de la penetración, miedo al dolor, sentimientos de frustración y de culpa.³

DISPAREUNIA TRAS EL PARTO

La dispareunia después del parto es un proceso frecuente, ocasionado principalmente por problemas obstétricos y ginecológicos, que influye negativamente en la calidad de vida de las mujeres. El parto instrumentado y la extensión del desgarramiento son factores predictivos del dolor perineal después del parto y por lo general afecta a la vida sexual de la mujer. En varios estudios no se han encontrado mayores ventajas del uso rutinario de la episiotomía, en comparación con la episiotomía restringida para prevenir el trauma perineal y evitar la dispareunia. Por el contrario, algunos investigadores han documentado la asociación entre la episiotomía y la dispareunia, incluso seis meses después del parto.

La dehiscencia y la infección de la episiorrafia pueden provocar un mayor riesgo de dispareunia, al igual que la estrechez del introito vaginal como consecuencia de una mala reparación de la episiorrafia. Las complicaciones de la episiotomía son problemas frecuentes después del parto, especialmente la infección de la episiorrafia, que es una de las infecciones nosocomiales más frecuentes en estos casos, ya sea por la contaminación fecal de la herida, la infección de los loquios o la mala higiene del periné.

Algunos problemas ginecológicos, como la vaginitis infecciosa, también puede causar dispareunia debido a la inflamación, el eritema, la irritación y el prurito en el tejido vaginal, principalmente ocasionado por la infección por el hongo *Candida Albicans*, el parásito *Trichomonas Vaginalis*, y en menor medida, por otras bacterias. También se ha asociado el uso de dispositivos intrauterinos (DIU) con la dispareunia y con la vaginitis. Otro elemento asociado con la dispa-

reunia es la disminución de los niveles de estrógenos ocasionada por la lactancia materna. Se ha observado niveles bajos hasta seis meses después del parto, lo que puede producir resequedad en la vagina, adelgazamiento de la pared vaginal, irritación de la mucosa durante la relación sexual y pérdida de la libido.^{11,12,13}

En la revisión de numerosos estudios coincide que el principal factor de predicción de la dispareunia tras el parto es la episiotomía y sus complicaciones. Se ha encontrado tasas mayores de dispareunia en mujeres a las que se le realizó la episiotomía frente a las que no.

Dentro de las complicaciones de la episiotomía, los factores que más producen dispareunia son las infecciones de la episiorrafia y el estrechamiento del introito vaginal. En relación a esto último, es un factor importante en la aparición del dolor en las relaciones sexuales, así como la experiencia y destreza del personal sanitario encargado de suturar. Existen estudios que corroboran que ni la técnica utilizada, ni el tipo de sutura empleada influyen en la recuperación del periné a los tres meses del postparto encontrándose datos similares de dispareunia; sin embargo, las mujeres suturadas con un tipo de sutura continua referían menor dolor que aquellas que fueron suturadas con la técnica discontinua.

Otro de los factores asociados a la aparición de la dispareunia tras el parto es el miedo de la mujer a la dehiscencia de la cicatriz de la episiotomía o desgarro.¹⁵

En un estudio realizado a mujeres matronas de profesión, se concluyó que las mujeres que hubiesen padecido algún tipo de desgarro o trauma obstétrico mayor mostraban más rechazo hacia sus parejas a la hora de iniciar relaciones sexuales que las que tuvieron menor trauma obstétrico. Sin embargo, los dos grupos a estudio, a los tres meses del parto se declaran, de forma equitativa, sexualmente activas.

Barret y col. estudiaron una población de 796 mujeres primíparas; a los tres meses del parto un 62% de la población del estudio refería tener relaciones sexuales dolorosas, a los seis meses la cifra disminuyó a un 31%. Sólo el 12% refirió tener dispareunia en el año previo a la gestación. En este estudio el 68% de las encuestadas expresó la necesidad de ayuda en los trastornos sexuales en el postparto.¹⁴

Otros autores coinciden que la tasa de dispareunia es mucho más elevada en mujeres con episiotomía o desgarro pero que el efecto de estas disfunciones sexuales es pasajero y que desaparecen después del tercer mes.

Estudios realizados por profesionales, sociedades científicas como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Federación de Asociacio-

Dispareunia

nes de Matronas de España (FAME), otro tipo de asociaciones como “el parto es nuestro” se han manifestado a favor de la episiotomía selectiva, factor importante en la aparición de la dispareunia tras el parto.

Por otro lado hay estudios que reconocen que la educación maternal y los ejercicios de la musculatura pélvica (Kegels) y el control de la obesidad antes del parto reducen los riesgos de incontinencia y de dispareunia. Otros estudios resaltan la importancia de la realización del masaje perineal a partir de la 35 semanas de gestación para la reducción del trauma perineal.^{12,13}



DISPAREUNIA EN EL CLIMATERIO

En estudios encontrados se muestra que la primera causa de disfunción sexual en mujeres climatéricas es la disminución del deseo sexual, seguido, en segundo lugar, de la dispareunia. Estos son factores que van muy ligados, ya que, la dispareunia puede aparecer a causa de una falta de deseo sexual que hace que la relación no sea placentera, y al contrario.

La falta de lubricación es la primera causa orgánica de dispareunia. En el climaterio existe un descenso hormonal que provoca un resecaimiento de la pared vaginal por falta de lubricación haciendo que el coito sea más doloroso y menos placentero.¹⁷

Estudios encontrados coinciden que las mujeres que toman Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) tienen menor tasa de aparición de dispareunia que las que no lo toman.¹⁸

En la revisión de artículos y estudios de dispareunia en mujeres climatéricas se concluye que los factores relacionados son la disminución hormonal y de lubrica-

ción vaginal, la salud emocional y el estado de ánimo de la mujer, así como las preocupaciones familiares y del entorno y la calidad de la relación con la pareja.

CONCLUSIONES

La dispareunia es una afectación de origen multicausal, que hay que tratar como tal y que afecta al 12-15% de mujeres en edad fértil y hasta 45,3-55% de mujeres posmenopaúsicas.

Según las guías de práctica clínica basadas en la evidencia y en el metaanálisis de los diferentes estudios, el conocimiento de los trastornos dolorosos de vaginismo y dispareunia está en constante cambio. Se requiere la revisión de sus definiciones, integración de los esquemas terapéuticos, validación de los resultados de interés a evaluar, estudios controlados para la evaluación de las intervenciones y una educación sexual preventiva.

CONCLUSIONS

The dyspareunia is an affectation of multicausal origin, which must be treated as such and affecting 12-15% of women of fertile age and up to 45, 3-55% of postmenopausal women.

According to clinical practice guidelines based on evidence and in the meta-analysis of the different studies, knowledge of painful disorders of vaginismus and Dyspareunia is constantly changing. Requires the revision of their definitions, integration of therapeutic schemas, validation of the outcomes of interest to evaluate, controlled studies for the evaluation of interventions and preventive sex education.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV_TR). Madrid. Masson. 2002.
2. Sánchez Bravo C, Carreño Meléndez J, Corres Ayala NP, Henales Almaraz C. Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con la dispareunia y el vaginismo. Estudio cuantitativo. Salud Ment Mexico 2010. vol 33 no4.
3. Ceballos G, Campo A. Relaciones sexuales en adolescentes escolarizados de Santa Marta (Colombia): una encuesta transversal. Colomb Med 2007. 38: 185-190.
4. Sanchez BC, Carreño J, Martínez S, Gómez ME. Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. Salud Mental 2005.28:74-80.
5. Sánchez BC, Carreño J, González G, González I. Autoconcepto y satisfacción marital en mujeres con disfunción sexual. Revista Perinatología Reproducción Humana 1997. 11:190-197.
6. International Society for Sexual Medicine (ISSM). Sexual pain disorders in women. Segunda Consulta Internacional sobre Medicina Sexual; Febrero 2009.
7. Acuña A. Nuevos conceptos en disfunción sexual femenina. Revista Gaceta Médica 2000. 8 (9): 35-38.
8. Aramburu M, Guerra J. Autoconcepto: dimensiones, origen, funciones, incongruencias, cambios y consistencias. Interpsiquis 2001, 2.
9. Braden N. El poder del Autoestima. España: Paidós. 1993.
10. Taylor J, Rosen R, Leiblum S, Bachmann G. Prevalence of sexual dysfunction in women: Results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic. Journal of sex & Marital Therapy 1993. 19 (3): 171-188.
11. Alvarez Plaza C. Prevalencia de dispareunia tras un parto normal. Reduca. Serie Matronas 2011. 3 (3): 125-152.
12. Barret G, Prendy E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women´s sexual health after child-birth. BJOG. 2000. 107 (2): 186- 195.
13. Brtnicka H, Weiss P, Zverina J. Human sexuality during pregnancy and the postpartum period. Bratisl Lek Listy 2009. 110 (7): 427-431.
14. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, RepKe JT. Postpartum sexual functioning and its relationships to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. Am J Obstret Gynecol 2001 Apr.184(5): 881-888.
15. Brubaker L, Handa VL, Bradley CS, Connolly AM, Moalli P, Brown MB, et al. Sexual function 6 month after first delivery. Obstetrics & Gynecology 2008: 5: 1040-45.
16. Solana Arellano E, Villegas Arrizón A, Legorreta Soberanis J, Cárdenas Turanzas M, Enzaldo de la Cruz J, Andersson N. Dispareunia en mujeres después del parto: estudio de casos y controles en un Hospital de Acapulco, México. Rev Panam Salud Pública 2008. 23(1): 44-51.
17. McCoy NL. Methodological problems in the estudio of sexuality and the menopause. Maturitas 1998. 29: 51-60.
18. Eskin BA. Hormone replacement therapy and sexual response in postmenopause and geripause. Obstret Gynecol 2001. 97(4 Suppl 1): S25.
19. Blumel JE, Hernán Araya M, Riquelme R, Castro G, Fabio Sanchez EG, Gramegna S. Prevalencia de los trastornos de la sexualidad en mujeres climatéricas. Influencia de la menopausia y de la terapia de reemplazo hormona. Rev Med Chile 2002. 130: 1131-1138.

Profesionales sanitarios; violencia familiar y violencia de género

Resumen

Es frecuente confundir violencia de género con violencia doméstica o familiar. Según la definición que realiza Sanmartin,(2007,página 13), la violencia en el hogar, también denominada violencia familiar, doméstica o intrafamiliar, se refiere a todos los individuos que viven en el hogar. El objetivo de este artículo es analizar los planes de actuación ante las víctimas de este tipo de violencia y determinar ciertas actuaciones dirigidas al personal sanitario.

AUTORES:

Tamara García Maldonado
Pedagoga

Javier Ramos Chaves
Bombero

Aitor Gabriel Márquez García
Ayudante de Cocina

Thais María Nieto Pérez
Ayudante de Cocina

Luna Márquez García
Estudiante de Grado de Enfermería

PALABRAS CLAVE:

Género
Violencia
Entorno
Maltrato

Sanitary staff; family violence and gender violence

Summary

Frequently, we use to confuse gender violence with domestic violence. Following Sanmartin,(2007, page 13), home's violence, also called domestic violence or intrafamiliar violence, it is focus on every single member of a family. The aim of this article is to analyse how to act with a gender violence's victim and determinate specific acts focus on sanitary workers.

KEY WORDS:

Gender
Violence
Environment
Mistreatment

INTRODUCCIÓN

Erradicar la pandemia de la violencia de género es el verdadero reto del siglo XXI, mucho más que cualquier otro tipo de avance científico, cultural o tecnológico. Si la humanidad aprendiera a detectar, parar y prevenir esta enfermedad histórica, se produciría un punto de inflexión en su evolución: el fatuo "homo sapiens" pasaría a ser persona, ser humano.

Es la primera causa de muerte de la mujer en el mundo, pero también es la primera causa generadora de guerras. El niño que crece en el mito de la superioridad del varón frente a la mujer, incorpora a sus más íntimas creencias la de que unos seres son superiores a otros sólo por su sexo. Es fácil extrapolar esta idea a la de superioridad por la raza, por la lengua, etc.

Por otra parte, de la misma forma en la que el hombre maltrata a la mujer, maltrata a la tierra, suponiendo que ambas están ahí para su uso y disfrute. Abusa de los recursos como si fueran inagotables, contamina y destruye a la madre tierra, con el mismo desprecio con que abusa sexualmente de mujeres y niños, los entrena para la guerra o los mata.

Es este un lento suicidio del ser humano y de su entorno, porque la mujer no es posesión del varón, sino una sola cosa con él, al igual que la tierra. Ambas no son un recurso inagotable, a veces mueren.

CONTENIDOS

El primer paso para afrontar el reto de la erradicación de la violencia de género es aprender a detectarla. Los grandes dictadores siempre introducen sus doctrinas solapadamente, manipulando la comunicación. La violencia de género suele manifestarse en primer lugar cómo agresión verbal en sus formas más encubiertas. Es muy importante conocer sus mecanismos, porque las secuelas psicológicas de los malos tratos psíquicos son igual o más graves que las de los malos tratos físicos.

Siempre hay alguien que pregunta ¿por qué ella no se va? en vez de preguntar ¿por qué él la agrede?

La sociedad suele poner el centro de gravedad de los malos tratos en la víctima, buscando las razones por las que merece o se deja maltratar, y justifica al agresor diciendo que es un enfermo o un borracho.

Las y los profesionales de salud, psicología, asistencia social y otras especialidades involucradas en el tema, tienen un importantísimo papel que jugar en la detección, atención, derivación de la víctima y la denuncia si fuera necesario.

La violencia contra la mujer es una medusa de múltiples cabezas y hay que cortarlas todas, una a una, pero al final hay que ir al corazón de la bestia. Ese corazón es el nuestro, porque inevitablemente estamos dentro de una cultura y hemos mamado su veneno al igual que su néctar. Para empezar a erradicar la violencia de género podemos empezar a estar atentas a nuestro lenguaje sexista, a la educación que damos a nuestros hijos, a nuestros roles en la sociedad, a las agresiones verbales solapadas que aguantamos y, sobre todo, a nuestro pensamiento; sí, como cuando sin darnos cuenta nos encontramos sintiendo y actuando como seres humanos de segunda clase.

¿Es la violencia por razones de género?, ¿Cómo se da a nivel nacional e internacional?, Viendo al hombre como parte de la solución, ¿Qué se está haciendo para eliminar la violencia por razones de género?



Foto: www.imagen.terra.com

¿Qué es la violencia?

Esta preocupación por la violencia no parece necesario justificarla, y menos en la era nuclear y de la modernidad. Recordemos además, que sólo la especie humana es capaz de destruirse y de ejercer su propia fuerza contra sí misma. Este comportamiento del ser humano ha de hacer reflexionar forzosamente a quienes se interesan por la paz. La violencia es de difícil justificación en nuestra época si se mira al horizonte con las armas nucleares y su capacidad de destrucción total. DOMENACH lo ha expresado así:

«Puesto que no se puede ya contar con la violencia para detener la violencia, es preciso que cada sociedad, y la humanidad entera, si quiere salvarse, hagan prevalecer objetivos ecuménicos sobre los intereses particulares. Es preciso que una práctica del diálogo y una moral del amor, o simplemente de la comprensión, modifiquen las instituciones y las costumbres»

Definición de algunos autores

Veamos, sin embargo, lo que se entiende por violencia, pues es éste un concepto sometido a muy diferentes interpretaciones:

1. DOMENACH, propone una definición poco compleja y de fácil comprensión, violencia es «el uso de la fuerza, abierta u oculta, con la finalidad de obtener, de un individuo o de un grupo, algo que no quiere consentir libremente»
2. YVES MICHAUD, define la violencia como «una acción directa o indirecta, concentrada o distribuida, destinada a hacer mal a una persona o a destruir ya sea su integridad física o psíquica, sus posesiones o sus participaciones simbólicas».
3. MCKENZIE, define la violencia como el «ejercicio de la fuerza física con la finalidad de hacer daño o de causar perjuicio a las personas o a la propiedad; acción o conducta caracterizada por tender a causar mal corporal o por coartar por la fuerza la libertad personal».
4. Para CURLE, violencia es lo mismo que «no pacífica», y para LAIN JOXE la violencia tiene que ver con el intento de controlar a la sociedad mediante la centralización del saber.

Violencia familiar

Estas diferentes interpretaciones del concepto de violencia son, suficientes para hacer comprensible algo elemental: la necesidad de abandonar el concepto limitado de violencia, en el sentido de asimilarlo simplemente a algunos tipos de violencia física. La violencia no es solamente un determinado tipo de acto, sino también una determinada potencialidad. No se refiere sólo a una forma de «hacer», sino también de «no hacer».

Son innumerables las formas de violencia familiar. Puede pensarse en violencia hacia los mayores, entre cónyuges, hacia los niños, las mujeres, los hombres, los discapacitados, etc.



Foto: www.psicologia-salud.com

Siempre es difícil pensar un esquema típico familiar, debido a que la violencia puede ser psíquica o física, y ocurre en todas las clases sociales, culturas y edades. La mayoría de las veces se trata de adultos hacia uno a varios individuos.

Es característico de la violencia familiar que alguien con más poder, abuse de otras con menos poder. El término violencia familiar alude a todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de la familia. La relación de abuso es aquella en la que una de las partes ocasiona un daño físico y/o psicológico a otro miembro del núcleo familiar.

Este daño se puede dar ya sea por acción o por omisión, y se da en un contexto de desequilibrio de poder.

Para establecer que una situación familiar es un caso de violencia familiar, la relación de abuso debe ser crónica, permanente y periódica, refiriéndonos así a las distintas formas de relación abusiva que caracterizan un vínculo familiar. Entre las principales características que puede presentar una familia que sufre de violencia son las siguientes:

Generalmente en las familias en las que aparece la violencia familiar tienen una organización jerárquica fija o inamovible, Además sus miembros interactúan rígidamente, no pueden aportar su propia identidad, deben actuar y ser como el sistema familiar les impone.

Las personas sometidas a situaciones críticas de violencia familiar presentan un debilitamiento de sus defensas físicas y psicológicas, lo que conduciría a un incremento en los problemas de salud. Muchas víctimas padecen de depresión y enfermedades psicosomáticas. También muestran una disminución marcada en el rendimiento laboral. En los niños y adolescentes tienen problemas de aprendizaje, trastornos de la personalidad, riesgo de suicidio, etc.

Por lo general las personas que viven afectadas por la violencia familiar, como se criaron dentro de este contexto, tienden a reproducirlos en sus futuras relaciones.

Violencia de género

¿Qué es la violencia por razones de género?

¿Por qué utilizamos el término violencia por razones de género, en vez de «violencia hacia la mujer y los niños», «violencia hacia la pareja», violencia doméstica», o hasta «violencia sexual»?

El género es lo que nos ayuda a conceptualizar la violencia en términos más amplios y comprender el género, es de vital importancia para desarrollar estrategias de transformación personal y social para eliminar la violencia y para lograr innumerables metas del desarrollo relacionadas con este tema.

La violencia por razones de género incluye todas estas otras descripciones de violencia, pero están enmarcadas en términos más amplios en el entendido que las causas y soluciones a la violencia son a la vez personales, políticas y estructurales.

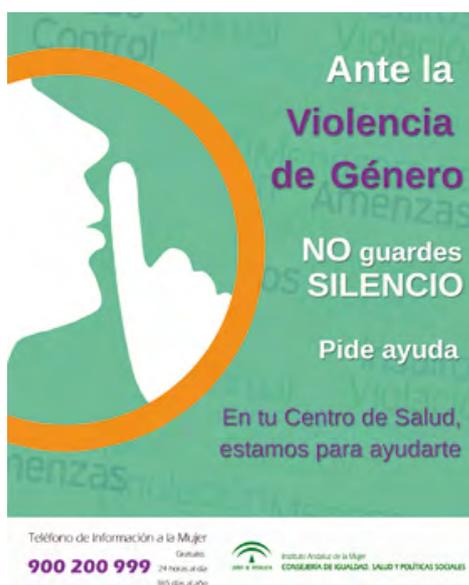


Foto: www.juntadeandalucia.es

Planes de actuación desde el ámbito sanitario

Los planes de actuación desde los Dispositivos de Urgencias serán diferentes según la situación de maltrato que presente la mujer (Tipo, duración e intensidad, fases del proceso del cambio y riesgo vital) y el contexto asistencial en el que se desarrolla (Urgencias Extrahospitalarias / Hospitalarias). Sin embargo, hay elementos comunes, como el hecho de que es frecuente que las lesiones y síntomas de las mujeres sean más graves, que las observadas en la consulta de asistencia en Atención Primaria, aunque ello no signifique que la mujer reconozca haber sufrido malos tratos.

A continuación, analizaremos las diferencias de los planes de actuación en víctimas que reconocen sufrir malos tratos y no se encuentran en situaciones de peligro extremo y las que si se encuentran en situaciones de peligro extremo.

A. Plan de actuación en víctima que reconoce sufrir malos tratos pero no se encuentra en Situación de Peligro Extremo

Asignar un Nivel de Prioridad 3 por Malos tratos o un Nivel de Prioridad 1 o 2 si así lo requiere la situación clínica.



Foto: es.dreamstime.com

Atención Integral /Interdisciplinar:

1. Atención de los problemas físicos/psicológicos/sociales: se prestará la atención sanitaria pertinente para las distintas lesiones tras una valoración inicial de las mismas. Es importante explicar despacio y cuidadosamente las intervenciones que se van a realizar, tomando en consideración el estado emocional de la mujer tras una agresión.
2. Valoración de la situación de maltrato (tipo, intensidad y duración), y de la seguridad y el riesgo, detectando "Situación de Peligro Extremo".
3. Registrar en la Historia Clínica la Confirmación de Malos Tratos(CMT)

En "Diraya" de Urgencias se anotará en "Motivo de consulta" y "Listado de problemas". En los centros donde se trabaje con otro programa informático gestor de documentos, se anotará igualmente en "Motivo de consulta".

En la Historia Clínica de DCCU (dispositivo de cuidados críticos y urgencias) o Historia Clínica de EM-061 (Fo0903) en el apartado "motivo de llamada". En Registro de ECA-061 en "Motivo demanda".

En Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCUE) independientemente de la línea de entrada de la llamada telefónica (061, 902 505 061, 112...) en el formulario de Sistema de Información SICOM "Motivo literal de llamada o Asunto".

4. Registrar en la Historia Clínica las actuaciones realizadas:
 - Indicaciones clínicas y citas de seguimiento: En caso de que las lesiones precisen un se-

guimiento o tratamiento posterior, es conveniente explicárselo pausadamente a la mujer, aclarando las posibles dudas y dejando las indicaciones escritas con claridad. Hay que tener en cuenta que tras una agresión la mujer pueda sentirse aturdida lo que aumenta la dificultad de recepción de la información.

- Traslado al Hospital de Referencia u Hospital Útil.
- Ingreso hospitalario por situación clínica o alta clínica.
- Al alta, en el apartado de "Diagnóstico" o "Juicios Clínicos" anotar Código CIE-9.

5. Informar a la mujer:

- De la situación en la que se encuentra y analizar con ella las repercusiones en su salud física y emocional.
- Informarle que la legislación protege sus derechos e integridad. La violencia contra las mujeres es un delito y tiene derecho a denunciarlo. Si desea de hacerlo, llamar desde el centro a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad para formalizar la denuncia.
- Informarle, preferiblemente por escrito, de la red de recursos y dispositivos sociales y de igualdad disponible en cada zona a los que puede acudir si necesita información (Facilitándole teléfonos de información).
- Explicar la Estrategia de Seguridad ante una posible Situación de Peligro Extremo y Escenario de Protección.

6. Emitir Parte al Juzgado.

Leer el Parte al Juzgado a la mujer y explicarle las consecuencias. Y realizar, cuando sea posible, fotografías de las lesiones previo consentimiento informado por escrito.

7. Para asegurar la continuidad asistencial en EBAP (Equipo Básico de Atención Primaria), y previa autorización verbal de la mujer, se comunicará el caso al personal de Trabajo Social del centro, que lo pondrá en conocimiento del personal de Trabajo Social de referencia para la mujer en Atención Primaria, y este a su vez lo comunicará al EBAP.

Y se remitirá copia del Informe de Alta, asegurando la confidencialidad y comunicándolo a la mujer, al personal de Medicina de Familia en el centro de Atención Primaria de referencia de la mujer.

8. Valorar la necesidad de derivación a otros dispositivos sanitarios según lesiones presentadas: otras especialidades, Salud Mental,...

9. Derivación a otros recursos no sanitarios:

Centro de Información a la Mujer (CIM): Si existe acuerdo de colaboración entre el centro sani-

tario y el CIM de la zona, previo consentimiento informado por escrito de la mujer y asegurando la confidencialidad y seguridad, se podrá derivar el caso, para ser atendida desde dicho recurso.

B. El plan de actuación para víctimas que reconocen sufrir malos tratos y se encuentran en situación de peligro extremo

Sigue el mismo proceso que el anterior, añadiéndole:

1. Activar el Protocolo de Protección del Centro, si la valoración de la Situación de Peligro Extremo fuera positiva y/o hubiera Orden de Alejamiento o de Protección.
2. Activar las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, para garantizar la protección de la mujer.
3. Valorar la necesidad de derivación a otros dispositivos sanitarios según lesiones presentadas: otras especialidades clínicas, Salud Mental...
4. Derivación a otros recursos no sanitarios:
 - a) Centro de Información a la Mujer (CIM): Si existe acuerdo de colaboración entre el centro sanitario y el CIM de la zona, previo consentimiento informado por escrito de la mujer y asegurando la confidencialidad y seguridad, se podrá derivar el caso, para ser atendida desde dicho recurso.
 - b) Centro de Emergencia: si no dispone de recursos propios o lugar seguro alternativo al domicilio, se llamará al Teléfono de información 24 horas del IAM (Instituto Andaluz de la Mujer) (900 200 999), para solicitar un centro de acogida inmediata.



Foto: www.mejorconcoaching.com

Para asegurar la continuidad asistencial en EBAP, y previa autorización verbal de la mujer, se comunicará el caso al personal de Trabajo Social del centro, que lo pondrá en conocimiento del personal de Trabajo Social de referencia para la mujer en Atención Primaria, y este a su vez lo comunicará al EBAP y se

remitirá copia del Informe de Alta, asegurando la confidencialidad y comunicándolo a la mujer, al personal de Medicina de Familia en el centro de Atención Primaria de referencia de la mujer.

Implementación de actuaciones dirigidas al personal sanitario

A continuación identificaremos líneas de intervención de las administraciones sanitarias dirigidas a mejorar las actitudes del personal sanitario acerca de la violencia de género o familiar.

A. Violencia de género o familiar como problema de la salud pública

- Es necesario garantizar la formación del profesional sanitario, sin que esta quede reducida a la iniciativa individual del trabajador, fomentando la asistencia a congresos, publicaciones científicas y los estudios rigurosos sobre la violencia de género o familiar.
- Disminuir el desconocimiento existente sobre la temática tratada entre los profesionales sanitarios, impulsando la formación básica entre los profesionales, estableciendo pautas de acción y órdenes con el fin de disminuir la incertidumbre o márgenes de actuación entre los más reacios, así como desarrollar campañas informativas sobre los protocolos y recursos existentes, así como de las propuestas y recomendaciones surgidas de las Comisiones anti-violencia o de figuras similares.
- Potenciar las actitudes y capacidades de detección precoz de la violencia de género o familiar. Es necesario, fomentar la autonomía e iniciativa del personal de enfermería, tanto en atención primaria como en atención especializada. Para ello, es fundamental asegurar la formación y orientación del personal, ofreciendo instrumentos y habilidades.
- Aclarar en qué medida, y por qué es el personal sanitario que en debe asumir la responsabilidad de comunicación a la justicia de casos que no son asumidos por las víctimas. Este asunto, ligado con el de la falta de empatía con las pacientes, suele constituir un núcleo de resistencia a la implicación sanitaria, basado en el argumento: “¿por qué he de responsabilizarme yo de algo que no asume la propia persona interesada?”. Sin duda, la formación e información sobre el particular deberían incentivarse con el fin de remover un obstáculo que se extiende incluso entre profesionales que muestran las actitudes más favorables respecto a las orientaciones institucionales en vigor.
- Fomentar la empatía, reduciendo la estigmatización de las víctimas, trabajando sentimientos como

frustración, angustia, ansiedad; que despierta en el personal sanitario la “incapacidad de resolver” casos, debido a la falta de colaboración o implicación de las víctimas. En este sentido, cabe destacar la normalización de los casos de violencia de género como otras patologías, que no producen resultados inmediatos a pesar de la intervención profesional.

CONCLUSIONES

La única diferencia con que nacemos hombre y mujeres es nuestro sexo. Nuestras características físicas corresponden a lo que heredamos de nuestros padres. Todas las demás diferencias son sociales y culturales, llegando a convertirse en “verdades absolutas” enfrentando a hombres y mujeres como si fueran diferencias “naturales”. Estas diferencias sociales y culturales se han abordado en los programas y proyectos como “GÉNERO”. De las diferencias de género se establecen también roles para hombres y mujeres de manera diferentes y contrapuestas. Es a través de la vida familiar, la escuela, la comunidad y los grupos en los que participamos dónde se aprenden las diferencias de género. No es suficiente flexibilizar algunos roles, se trata de practicar la tolerancia y aceptar la diversidad que todos tenemos como personas independientemente de ser hombre o ser mujer.

La felicidad es algo a lo que tanto hombres y mujeres aspiramos pero no debe estar condicionada por nuestro sexo.

CONCLUSION

We only have one difference with which we are born between man and woman, this is our genitals. All the orders difference are social and cultural, they are impasse by our society and they become “a real true” facing man and woman like if they were natural differences.

These social and cultural difference are called gender in the different programs and project. They also lay down difference roles between man and woman. Throughout the familiar life, the school and the society where we learn the gender differences.

It is not enough making flexible the roles and accepting the diversity that everyone has regardless of we are woman or man.

Happiness is something that even woman or man aspire to have and it shouldn't make conditional of our gender.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGUILA REPORTA, LOLA Y OTROS. Día Internacional de la no violencia contra la mujer. Madrid: La Morada; 2001.
2. ESTHER CHO, MARIA DE LA LUZ CHIANG... Guía del asesor. Componente socio-humano. Módulo género. ASOCIACIÓN BENÉFICA PRISMA. 1998
3. BARDALES MENDOZA, OLGA. Estudio de las investigaciones en violencia familiar y sexual en el Perú. Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual Lima: PNVFS; 2003.
4. BARBIERI QUINO, CECILIA Y VÁSQUEZ SÁNCHEZ, LUIS. Violencia familiar en el Callao: Análisis de la actuación estatal. Lima: Defensoría del Pueblo; 2002.
5. BUNCH, CHARLOTTE Y CARRILLO, ROXANA. Violencia de Género: Un problema de desarrollo y derechos humanos. New Jersey: Center for Women's Global Leadership; 1999.
6. CARRASCO, FRESCIA. La dura lucha de la Violencia de Género.
7. De Retamas y Orquídeas. Lima, :Movimiento Manuela Ramos; 1998. N° 8, p. 12-13.

Servicio Andaluz de Salud

¡Este es tu año!

OPOSICIONES
2017



Además, ahora, con acceso GRATUITO a 

www.temariosoposiciones.com/campusSAS

Rodio

Formación para el empleo

Envejecimiento, Salud y Trabajo

Resumen

La tesis principal es considerar el envejecimiento desde la perspectiva de un sujeto de su propia vejez y qué aporta creativamente al desarrollo de la sociedad. Esta teoría plantea una crítica radical a la teoría de la desvinculación y es una superación de aquella del activismo.

En el campo de la salud hay que superar la idea vulgar de que la vejez es una patología. La vejez es parte del curso vital de toda persona. En la actividad económica el viejo puede jugar un rol productivo hasta una edad avanzada. La jubilación debiera ser voluntaria.

El cambio de visión será un proceso social de largo alcance y mientras no se realice plenamente, subsistirán varios tipos de envejecimiento.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento
Salud
Trabajo

AUTORA

Guadalupe Barbancho Fernández
Técnico Superior Administrativo.
Desempleada

Presentado como Comunicación Nacional en las I Jornadas Nacionales Virtuales sobre promoción de la Salud y Educación Sanitaria.

Aging, Health and Work

Summary

The main thesis is to consider aging from the perspective of a subject of his own old age and that contributes creatively to the development of society. This theory raises a radical critique of the theory of decoupling and is an overcoming of that of activism.

In the field of health we must overcome the vulgar idea that old age is a pathology. Old age is part of the life course of every person. In economic activity the old man can play a productive role to an advanced age. Retirement should be voluntary.

PALABRAS CLAVE

Envejecimiento
Salud
Trabajo

The change of vision will be a far-reaching social process and until it is fully realized, several types of aging will persist.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad es evidente que las personas están viviendo más años que antes y tenemos un gran número de personas mayores envejecidas conviviendo en cada una de las familias, entendiendo este proceso como irreversible, multidimensional y que ocurre biológicamente a lo largo de toda la vida, incluso marcado por designios sociales, políticos, culturales y jurídicos; y que involucra deterioros progresivos, notoriamente fisiológicos y funcionales, con adquisición de patologías crónicas degenerativas como las enfermedades cardiovasculares, demenciales, osteoarticulares, sensoriales y cánceres.

Las personas mayores de 64 años han aumentado y para el 2050 será el triple de población anciana respecto a la actual. Con una tendencia similar, la población de mayores de 60 años activos laboralmente, en las naciones desarrolladas aumentará, debido a cambios legislativos en las condiciones de acceso a las pensiones de jubilación y cambios generacionales en las mujeres.

El presente artículo se expone el envejecimiento sus consecuencias y las posibles estrategias desde el punto de vista de la salud y del trabajo.

CONTENIDOS

Paradigma de la vejez

El concepto de “vejez”, es entendido como “construcción social de la última etapa del curso de vida”; y que es creado a través de las generaciones, donde interviene en muchos sentidos, el imaginario colectivo de cómo es o como debe ser el grupo etario, cargado a veces de prejuicios o falsedades que no necesariamente tienen que ver con la realidad. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud nos indica cuales son los estereotipos discriminatorios que se dan por hecho en las personas mayores: “con frecuencia se da por supuesto que las personas mayores son frágiles o dependientes y una carga para la sociedad”. En el caso de la población mayor refiere que es un grupo heterogéneo y que: “no hay una persona mayor «típica»”. Algunos octogenarios tienen unas facultades físicas y psíquicas que nada tienen que envidiar a las de muchos veinteañeros. Otras personas, en cambio, sufren un deterioro considerable a edades mucho más tempranas”. Entonces referirse a los “viejos” como un grupo que tiene las mismas características es un error que se repite constantemente, por tanto, es necesario tener precaución de no confundir discapacidad, enfermedad y vejez.

Sigamos ahora con la definición de “envejecimiento”, que se define como “proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio”. A lo anterior habría que agregar que toda persona desde que nace comienza con el proceso de envejecimiento y que no se inicia al cumplir los 60 años; esto nos obliga a reflexionar que la vejez nos acompaña en todas las etapas de nuestras vidas.

Por último, la definición que de manera novedosa, complementa los conceptos anteriores y logra un punto medio, conciliando un estado ideal para las personas que se encuentran en el grupo de edad de los 60 años y más; el “envejecimiento activo y saludable” que más ampliamente veremos después.

Con el objetivo de garantizar los derechos de las personas mayores y promover una vida libre de discriminación por motivos de edad, a fin de reconocer las “valiosas contribuciones actuales y potenciales de la persona mayor al bienestar común, a la identidad cultural, a la diversidad de sus comunidades, al desarrollo humano, social y económico y a la erradicación de la pobreza”; con ello se presenta una manera diferente de plantear el concepto de la vejez y se traslada hacia una visión complementaria de lo que la sociedad entiende del “problema”, impulsando a valorar la contribución social de las personas mayores y sobre todo a retomar como prioridad las necesidades básicas que un ser humano tiene por su condición biológica de envejecimiento.



Así es como los gobiernos y toda persona que tenga trato directo con la persona mayor tiene la obligación de procurarle un trato digno en cuanto a sus necesidades personales o de grupo.

Es importante resaltar que no se limita a la procuración de cuidados o de políticas con la intervención del gobierno, sino a una manera novedosa que conlleva a mirar las nuevas formas de comportamiento de organización social, ya que toda persona mayor debe considerarse como un ciudadano que tiene el derecho y obligación de participar en los asuntos públicos en forma de autocuidado, lo que queda a su criterio.

El cambio de paradigma plantea ante todo tener en la sociedad una imagen positiva de la vejez y del envejecimiento.

Desvinculación o desapego

El envejecimiento se acompaña de un distanciamiento recíproco entre las personas que envejecen y los miembros del sistema social al que pertenecen.

Esta desvinculación puede ser provocada por el mismo interesado o por los otros miembros de la sociedad.

La retirada social está acompañada o precedida por una creciente preocupación por el yo y por una disminución en la inversión emocional de las personas y objetos del ambiente, en este sentido es un proceso natural más que impuesto.

La desvinculación tendría 3 factores fundamentales:

- Habría una pérdida de roles al cambiar la posición del individuo en la sociedad (jubilación).
- La constancia de que el futuro es limitado y que la muerte es inevitable y cercana hace que el anciano se centre más en sí mismo y lo que es extremadamente importante para él.
- La pérdida de las capacidades sensoriales motrices no permitirían mantener el nivel de actividades, produciéndose con ello una desvinculación biológica.

...Con lo que se propende a la segregación de los viejos.

El Envejecimiento activo

La mejor definición es la adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define el "envejecimiento activo" como "el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez". Esta defini-

ción no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas sociales, económicas y culturales que afectan al envejecimiento de las personas.

El envejecimiento activo debe considerarse un objetivo primordial tanto por la sociedad como por los responsables políticos, intentando mejorar la autonomía, la salud y la productividad de los mayores.

La sociedad debe apoyar una "cultura del envejecimiento activo y saludable" que permita que los mayores:

- Sufran menos por las discapacidades relacionadas con las enfermedades crónicas.
- Necesiten una atención sanitaria y social menor.
- No padezcan situaciones de soledad, manteniendo su independencia y una buena calidad de vida.
- Sigam participando en el ámbito económico, social, cultural y político, tanto a través de trabajos remunerados como de colaboraciones sin remunerar.
- Este apoyo debe proporcionarse en las áreas de sanidad, economía, trabajo, educación, justicia, vivienda y transporte.

¿Qué actividades realizan los mayores?

Las encuestas realizadas para conocer a qué dedican el tiempo los mayores indican que, además del tiempo dedicado a dormir y al cuidado de la salud, unas 12 horas diarias, cerca del 97% ve la televisión, un 71% escucha la radio y no llega al 10% los que se dedican a leer con frecuencia (en esta cifra puede incidir el nivel cultural y los problemas visuales de muchas personas mayores).

El 70% suele pasear e ir a comprar, hasta un 43% realiza alguna actividad turística después de la jubilación y entre un 20% y un 30% aproximadamente, participa en alguna asociación, en actividades culturales, asiste a cursos de manualidades o hace deporte. Pero lo que hay que destacar es que el porcentaje de mayores que querrían realizar estas actividades, sobre todo ejercicio físico, ir a pasear o de compras, acudir a sociedades recreativas o leer el periódico, es aún mayor. Incluso hasta un 40% está interesado en mantener una actividad laboral o transmitir sus conocimientos a personas más jóvenes.

Factores clave para el envejecimiento activo: qué debería hacer la sociedad por y para los mayores.

Para lograr una "cultura del envejecimiento activo" es necesaria la interacción de factores tanto de índole sanitario, económico, del entorno físico, personales, conductuales e incluso sociales.

Para el fomento del envejecimiento activo, los sistemas sanitarios y sociales públicos y privados deberían colaborar en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, estableciendo programas de educación nutricional, de salud bucal y programas de ejercicio para el mantenimiento o recuperación de la movilidad y fuerza.



Estos programas permitirían evitar o reducir las discapacidades físicas y mentales en la vejez y alcanzar así el equilibrio entre el autocuidado de los mayores, el apoyo de los cuidadores "informales" y los cuidados profesionales. Hay que indicar que a los cuidadores "informales", en su mayoría mujeres, se les debería prestar una atención especial, por el riesgo elevado de que caigan enfermos apoyándose con formación, asistencia temporal y/o ayudas económicas.

Dentro de los factores económicos inciden los ingresos, el trabajo y la protección social

Ingresos

Respecto a los ingresos, las personas que más preocupan son aquellas que viven solas, sin hijos ni familiares, pues el riesgo de llegar a la indigencia es mayor.

Asimismo, hay que prestar especial atención a los mayores que viven en el medio rural, ya que de entrada sufren un mayor aislamiento que los que viven en un medio urbano.

Terreno laboral

En el terreno laboral, es necesario apoyar la contribución activa y productiva de los mayores, tanto en trabajos remunerados como sin remunerar (el hogar, el cuidado de niños o de otros mayores) y en

labores de voluntariado (en colegios, comunidades, organizaciones públicas, museos y empresas, etc.).

Estas actividades mantienen y aumentan sus contactos sociales y su bienestar mental, a la vez que hacen que se sientan reconfortados por su contribución a la sociedad. También se puede apoyar este área con programas de jubilaciones graduales o parciales.

Protección social

Respecto a la protección social, la familia sigue siendo el principal apoyo para los mayores. De todas formas, debido al cambio actual en la estructura familiar por la disminución del número de miembros y por la incorporación de la mujer al mundo laboral, es necesaria una mayor protección pública para evitar la soledad y la mayor vulnerabilidad.

El medio físico

Que el medio físico tenga en cuenta a los mayores, puede ser determinante en el hecho de que dichas personas sean dependientes o independientes. Por ejemplo, es más probable que una persona mayor sea física y socialmente activa si puede ir a pasear con seguridad en parques bien iluminados y acceder al transporte local con facilidad.

Las personas mayores que viven en zonas inseguras o contaminadas salen menos de casa y, por tanto, son más propensas al aislamiento y a la depresión, así como a que su estado físico sea peor y tener más problemas de movilidad.

Respecto a las viviendas, una vivienda segura y adecuada es especialmente importante para el bienestar de los mayores. Se podría potenciar el desarrollo de fórmulas alternativas de vivienda, como viviendas compartidas o tuteladas que favorezcan el desarrollo individual y social, evitando a la vez el aislamiento.

La biología, la genética y la capacidad de adaptación. La biología, la genética y la capacidad de adaptación son tres factores fundamentales que determinan cómo envejece una persona.

Los cambios que acompañan al envejecimiento progresan gradualmente y las diferencias individuales son significativas. Por ejemplo, el rendimiento físico de una persona de 70 años de edad que se mantiene en forma puede ser similar al de una persona de 29 años que no se mantiene en forma.

Durante el proceso de envejecimiento capacidades intelectuales como el tiempo de reacción, la velocidad de aprendizaje y la memoria, disminuyen de forma natural. Sin embargo, esto puede compensarse con un incremento de la sabiduría, de los conoci-

mientos y de la experiencia. Es más frecuente que la falta de actividad práctica, la falta de motivación y de confianza, el aislamiento y la depresión, sean causas de la disminución del rendimiento cognitivo más que del envejecimiento en sí mismo.

La influencia de los factores genéticos sobre el desarrollo de enfermedades crónicas como la cardiopatía, enfermedad de Alzheimer y ciertos cánceres varía considerablemente de persona a persona. En general, no padecer enfermedades ni discapacidades en la vejez depende por igual, de la herencia, de la conducta personal, de la adaptación a la vida cotidiana y del entorno físico, social y económico. Las personas mayores que se adaptan bien tienden a tener un autocontrol y una actitud positiva y están convencidos de alcanzar sus metas.

Factores conductuales

Sobre los factores conductuales, uno de los mitos sobre el envejecimiento gira entorno a la idea de que adoptar un estilo de vida saludable en la vejez es demasiado tarde, pero no es así. Realizar una actividad física adecuada evitando la vida sedentaria, llevar una alimentación sana, no fumar, el consumo prudente de alcohol y el uso correcto de los medicamentos en la vejez, pueden evitar enfermedades y el declive funcional, pueden fomentar las relaciones sociales, prolongan la longevidad y mejoran la calidad de vida.

Factores del entorno social

Respecto a los factores del entorno social, hay que señalar que el apoyo social de familiares, amigos, vecinos o voluntariado, las oportunidades para la educación y el aprendizaje durante toda la vida (y especialmente en la actualidad, en el área de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación) y la protección frente al abuso tanto físico, sexual, psicológico y económico, son fundamentales para mejorar la salud, la independencia y la productividad en la vejez. Evitar la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación y el abuso disminuye enormemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores.

La salud y la transición demográfica

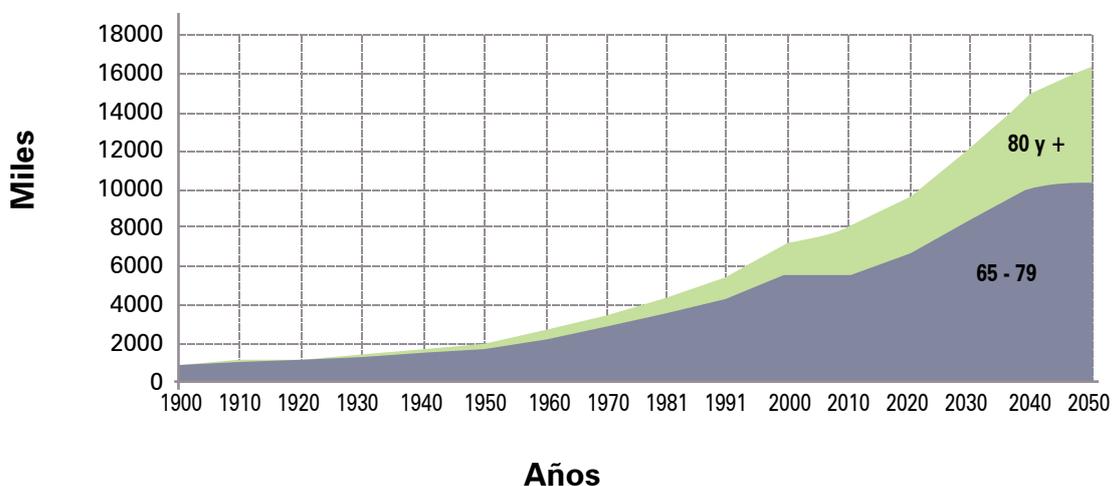
Situación demográfica

En las últimas décadas, las mentalidades empiezan a cambiar por diferentes razones, entre cuales, cabe destacar el enorme crecimiento demográfico de las personas mayores.

Si observamos el siguiente gráfico podemos observar cómo desde el año 1900 hasta el futuro año 2050, se está invirtiendo el sentido de población, con relevantes consecuencias políticas y económicas.

CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO

Evolución de la población mayor, 1900 - 2050 (miles)



Fuente: <http://www.josemariacastillejo.com>

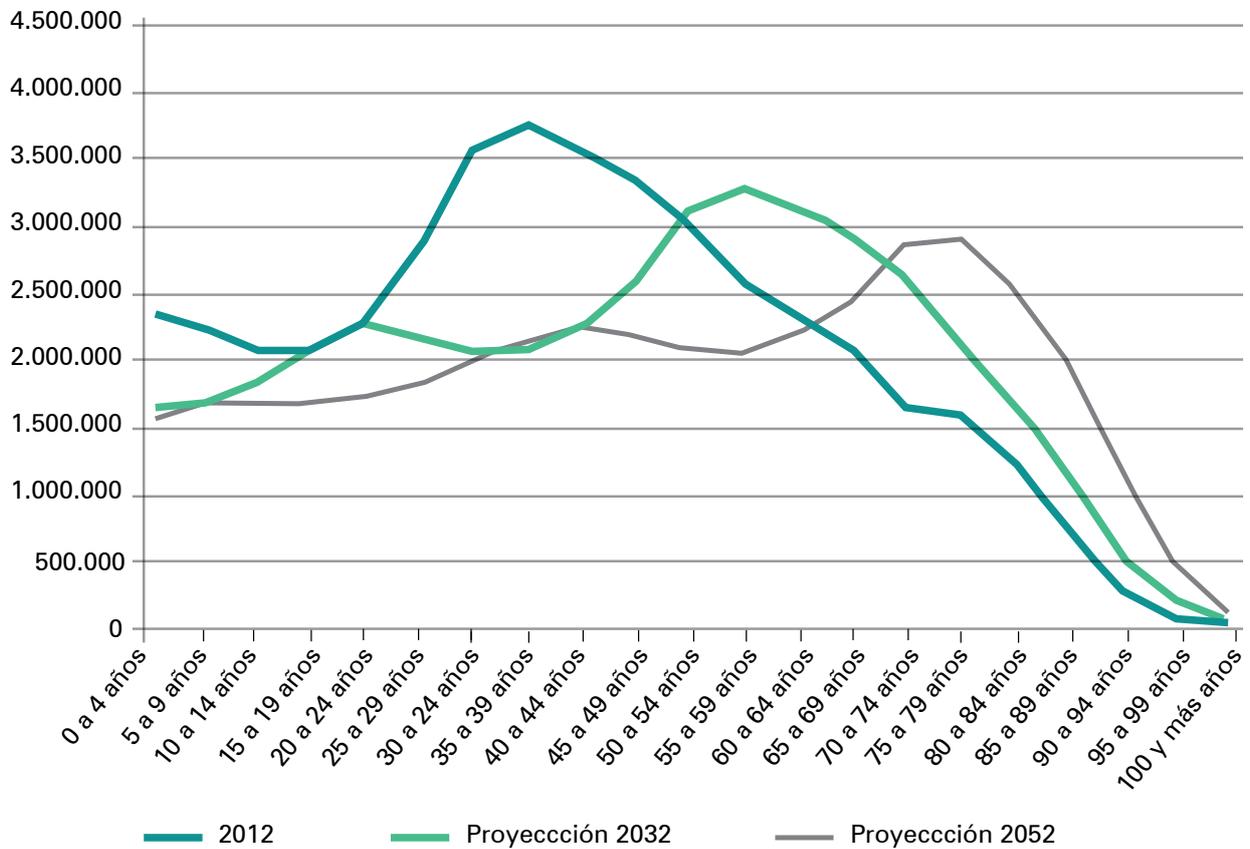
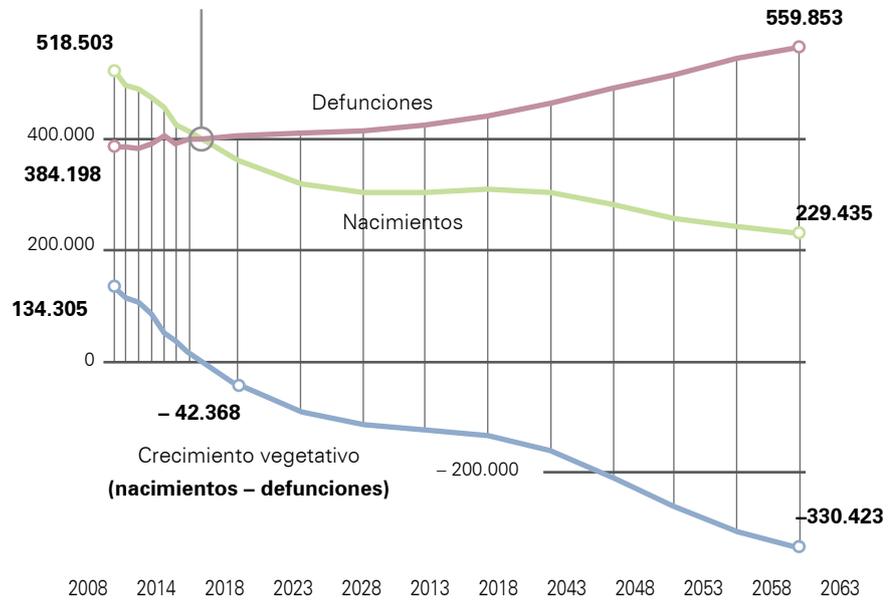
Envejecimiento, Salud y Trabajo

Según la proyección del INE (instituto nacional de estadística), basada en el censo de 2001, publicada en Agosto del año 2004, en el año 2050 habrá en España 16.394.839 mayores, sobre un total de 53.147.442 habitantes, es decir, el 30,8% de la población.

NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES

En 2015 habrá más muertes que nacimientos, por lo que el crecimiento vegetativo será negativo

Fuente: Instituto Nacional de Estadística



<http://www.cen7dias.es/contenido.php?bol=148&id=2604&sec=1>

Asimismo, se está produciendo un claro envejecimiento de la población ya vieja. Las personas de 80 y más años, denominados octogenarios, son el colectivo que más crece en la última década, mientras que los jóvenes de hasta 20 años es el grupo que más población pierde. Entre los años 1991 y 2003 se ha incrementado un 53 % el número de octogenarios, cuando el total de población lo ha hecho en un 9,9%, incluida la población inmigrante.

En la actualidad 1.756.844 de personas forman el colectivo de octogenarios en España, lo que supone un 4,1% de la población total. En 2050, el porcentaje se habrá incrementado hasta 11,4% (más de 6 millones de personas).

Este análisis estadístico nos pone de manifiesto la necesidad de responder a las demandas de las personas mayores, ofreciéndoles nuevas oportunidades, bienes y servicios, tanto de carácter económico-social como de índole cultural.



Calidad de vida

La calidad de vida se define como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.

Los grandes estudiosos de la calidad de vida conciben la importancia de la valoración subjetiva. Sin embargo, usualmente las propuestas dirigidas a las personas mayores se orientan hacia una evaluación de los efectos que producen sobre esta los medicamentos o la enfermedad.

Otros estudios recientemente han analizado los índices de calidad de vida, basados en una amplia gama de dimensiones y aspectos en los que se involucra la edad, el género y el nivel de actividad física.

Si se toma en cuenta las variables que involucran la perspectiva subjetiva de la calidad de vida se entenderán de la siguiente forma:

- La autonomía, que estará definida como capacidad funcional y se describe como la posibilidad del adulto mayor de poder o no realizar actividades básicas e instrumentales.
- El soporte social, que se refiere a las estrategias (prestar ayuda, colaboración) que permiten relacionarlos con los demás.
- La salud mental, la cual involucra el grado de armonía psicoemocional presente en el adulto mayor y la actividad física recreativa como la satisfacción y la disponibilidad del mayor para la realización de dichas actividades.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

La calidad de vida en la vejez tiene que ver con la seguridad económica y con la inclusión social que se asegura por medio de infraestructuras de soporte y apoyo social. Todo ello promoverá la participación de las personas de edad como miembros activos de la comunidad, una de cuyas funciones puede ser transmitir sus experiencias a las generaciones más jóvenes, al tiempo que comprenden su estilo de vida y los desafíos que les son propios. Todo ello en una sociedad inmersa en procesos que la llevan también a ella a aprender a envejecer.

Además, esta entidad en la vejez implica necesariamente el apoyo social y familiar a las personas que desean continuar viviendo en la comunidad, ser cuidadas en familia, para poder seguir haciéndolo, al tiempo que siguen desarrollándose todas sus potencialidades hasta el último momento. Eso conlleva el apoyo material y afectivo a los familiares que, con distintos grados de implicación, participan en la acción de cuidar.

De una forma u otra, los factores sociales e individuales relacionados con el nivel de vida son los que determinan la calidad de vida de este grupo poblacional y mejorará en la medida que ellos como un todo funcionen y se integren, la salud y la satisfacción juegan un papel primordial donde se pueda lograr una calidad de vida ajustada a la esperanza de vida.

Educación

En primer lugar, «la educación es buena cosa» porque debe suponer en la tercera edad un cambio de mentalidades en tres parcelas distintas:

- En la educación, para conseguir mejorar el nivel cultural e incrementar el disfrute de la vida.
- En la mentalidad colectiva y social, para acabar con los mitos de carácter social sobre la tercera edad (improductividad, desarraigo, inflexibilidad...).
- En las interacciones sociales, para evitar la soledad y afrontar con actitudes positivas los cambios de nuestra sociedad, disfrutando de una cultura y una educación que no estuvieron a su alcance.



Y en segundo lugar, «los viejos son una nueva clientela» porque condicionarán nuestro futuro, debido a:

- Mayores niveles de calidad de vida: los ancianos cada vez son más, tienen más tiempo libre y están en mejores condiciones físicas, psíquicas, socioeconómicas y culturales.
- «Boom de los ancianos»: aparecen intereses de los profesionales ante un nuevo negocio de explotación económica.

Además, conviene destacar dos referencias de textos pedagógicos que plasman la evolución del concepto de educación a lo largo de toda la vida o, en otros términos, educación permanente, éstos son:

- El Libro Blanco de la Educación de Adultos, que marca la evolución del concepto de educación permanente y ofrece la posibilidad de participar a todas las personas (independientemente de su edad) en los procesos sociales y educativos.

- El Plan Gerontológico, que se caracteriza por la funcionalidad, dinamismo, apertura y creación de espacios y tiempos educativos, imaginación, flexibilidad, etc.

En definitiva, la educación permanente se basa en aprendizajes continuos y acumulativos y destaca la utilidad de la educación en todas y cada una de las etapas del ciclo vital.

Otra razón, la encontramos en el crecimiento de numerosas asociaciones y sociedades gerontológicas en todo el mundo.

Y junto al desarrollo de disciplinas como la Geriátrica, la Gerontología Social y la Gerontología Psicológica, aparece una novedosa disciplina denominada Gerontología Educativa, la cual está orientada hacia el estudio y la intervención práctica en la vejez.

Esta ciencia fundamentalmente educativa y pedagógica, está empezando a adquirir identidad propia con respecto a la Educación de Adultos, y puede ayudarnos a delimitar los campos de la reflexión, la investigación y la intervención, al estudiar la interacción entre la educación y el envejecimiento.

Insertar entre las preocupaciones educacionales a las personas mayores es un proyecto imprescindible, tanto para adaptar al momento de reflexión pedagógica como para adecuar la acción pedagógica a las demandas reales.

No obstante, aunque se espera un futuro prometedor, con el desarrollo de grandes iniciativas educativas como la Universidad de la Experiencia, se reconoce que la educación en la vejez en España no ha tenido, hasta el momento, suficiente reconocimiento político, legislativo o académico.

Envejecimiento productivo y el mercado laboral

Las cuestiones relacionadas con la posibilidad de seguir trabajando después de la edad jubilatoria pueden variar y diferir entre los diferentes países y profesiones.

La jubilación no debería ser obligatoria, pero flexible, también para no prescindir de una manera radical a las contribuciones de los trabajadores mayores.

Como la esperanza de vida crece, conceptos tradicionales como la “necesidad de jubilarse” a cierta edad deben ser revisados a distintos niveles: desde las políticas públicas hasta las prácticas privadas, incluyendo también su planificación dentro de la historia de vida laboral de la propia gente.

Ha habido algunas medidas adoptadas por el sector privado para alentar a los trabajadores a trabajar más tiempo a través de programas de reentrenamiento o trabajos a tiempo parciales, pero bastante pocas desde el sector público.

Para aquellos que quieren y puedan jubilarse existen oportunidades para actividades voluntarias significativas y algunas nuevas formas de trabajo.

Algunos ejemplos de envejecimiento productivo:

- Programa "La experiencia cuenta".
- Programa "Sutura".
- Programa "Para leer abre tus ojos".
- Programa Nacional de Voluntariado.
- Participación social y cuidado de familiares y amigos.
- Programas de Educación.
- Microemprendimientos.

En la actualidad vamos envejeciendo de una manera diferente, a medida que las personas se van apartando de las normativas previas.

Estamos comenzando a ver nuevos "role models" que son más activos, exigentes, con ganas de trabajar más años o de disfrutar de otra manera su tiempo libre.

Ya se puede ver universalmente cómo los adultos mayores realizan importantes contribuciones en campos tan diversos como las finanzas, la ciencia, las artes, la política y los servicios públicos. Esto probablemente se extenderá a medida que la población envejezca.

Mundo laboral y envejecimiento

Sólo ocho de cada mil trabajadores prolongan su vida laboral más allá de los 65 años

De los 18 millones de ocupados que hay en España, apenas 151.000 han superado la edad de jubilación.

Muchos españoles pasan años contando los días y los meses que faltan para alcanzar la ansiada jubilación. Otros, al contrario, no tienen prisa en llegar al retiro y optan por alargar su vida laboral.

Ya sea por el simple deseo de seguir ocupados o por necesidad económica, en España hay actualmente 151.000 personas que siguen trabajando pese a haber superado la barrera de los 65 años.

Así lo indican los últimos datos correspondientes al tercer trimestre de 2015 de la Encuesta de Población

Activa (EPA), que publica el Instituto Nacional de Estadística (INE). Teniendo en cuenta que el número de ocupados es de 18.048.700, esto significa que sólo un 0,83% de los trabajadores prolonga su vida laboral más allá de los 65 años. Es decir, apenas ocho de cada mil.

Este porcentaje ha crecido significativamente en los últimos años.



RESULTADOS

- Se debería reformar el sistema de beneficios de empleo y fiscales para fomentar el trabajo de las personas mayores a fin de entrar o permanecer en el mercado laboral.
- Estimular la solidaridad intergeneracional y entre las mismas personas mayores, reconociendo su diversidad.
- Ofrecer horarios flexibles para los adultos mayores y crearles un entorno amigable en el lugar de trabajo y dentro de la comunidad.
- Promover la participación y la inclusión socio-económica, y fomentar la toma de decisiones compartida.
- Evitar la discriminación basada en la edad y/o género.
- Los programas que generen trabajo para las personas mayores que lo necesitan no deben ser considerados como gastos sociales, sino como inversión social.
- Ser productivo y valioso para otros seres humanos es parte de la esencia de la vida y esto debe continuar a lo largo del ciclo de vida, incluyendo la vejez.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es necesario un mayor desarrollo de políticas de coordinación institucional e intersectorial social y sanitaria para la protección frente a la dependencia y a la enfermedad, y que promuevan el derecho de los mayores a un envejecimiento activo libre de discapacidad, autónomo y sano.

La promoción y el éxito han de fundamentarse en el reconocimiento del protagonismo, favoreciendo la capacidad de elección de proyectos que enlacen las preocupaciones y necesidades de cada una de las personas mayores. Para conseguir mejorar y hacer realidad el envejecimiento activo es necesaria la responsabilidad compartida.

En relación con la edad de la población trabajadora española cabe indicar que se está produciendo una tardía incorporación de las personas al mundo laboral. Este hecho y el futuro retraso de la edad de jubilación provocarán un desplazamiento de los intervalos de edad de la población laboral, en dos décadas se comenzará a dar el verdadero fenómeno de población envejecida.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS

There is a need for further development of institutional and intersectoral social and health coordination policies for protection against dependence and disease, and to promote the right of the elderly to active, autonomous and healthy independent aging.

Promotion and success must be based on recognition of the role, favoring the ability to choose projects that link the concerns and needs of each of the elderly. In order to improve and make active aging a shared responsibility is necessary.

In relation to the age of the Spanish working population it is possible to indicate that a late incorporation of the people into the labor world is taking place. This fact and the future delay of the retirement age will cause a displacement of the age intervals of the labor population, in two decades will begin to give the true phenomenon of aged population.

BIBLIOGRAFIA

1. Kalish, Richard 1996 "Vejez" Ed. Pirámide, Madrid, 1996.
2. G. Ojeda, V.Barrón, S. Vera "Estilos de Vida de personas mayores de 65 años económicamente activas de Chillán y Valparaíso.
3. Naciones Unidas : Plan de Acción Mundial sobre el Envejecimiento", Madrid 2002.
4. MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES. (1992): «Plan Gerontológico», Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid,
5. A., Puyol, R., Ramiro, D., & Pérez, J. (29 de 04 de 2015). Blog Envejecimiento en Red.
6. A., Vilches, J., & Puyol, R. (2014). Un perfil de las personas mayores en España, 2014. Indicadores estadísticos Básicos.
7. A., & Castillo, M. (2006). Recuperado el 4 de 2015, de Universidad de Chile.
8. L. (2011). Educación a lo largo de la vida. En IMSERSO, Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Madrid.
9. O.I.T. La O.I.T. y las personas de edad avanzada. Ginebra.
10. <http://www.josemariacastillejo.com/wp-content/uploads/2013/06/evolucionpoblacion>
11. Envejecimiento de la Población - Ocio saludable y tiempo, www.mrmaboo.es
12. Datos de población del INE: Las muertes superarán en 2015 a los nacimientos en España | España | EL PAÍS política.elpais.com
13. <http://www.cen7dias.es/contenido.php?bol=148&id=2604&sec=1>

SANUM

Revista de Divulgación Científico-Sanitaria

NORMAS GENERALES PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

SANUM revista digital científica de publicación periódica, con artículos científicos de interés para el desarrollo de las diferentes áreas sanitarias profesionales. La revista contendrá artículos originales, inéditos; los cuales serán revisados por el consejo de redacción y un comité científico. Así, los trabajos deberán cumplir las normas de calidad, validez y rigor científico para promover la difusión del conocimiento científico.

**Se certificarán los artículos publicados en la revista
con su correspondiente número de ISSN.**

LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS ES TOTALMENTE GRATUITA.

GENERALIDADES

1. Los trabajos que se presentan para ser publicados en la revista SANUM deben ser **originales, inéditos, no aceptados ni enviados** simultáneamente para su consideración en otras revistas. En el caso de que el trabajo se haya presentado en alguna Jornada, Congreso o evento similar se deberá indicar el nombre completo del congreso, fechas y lugar de celebración, así como su forma de presentación (póster, comunicación oral o ponencia). Así como si se ha publicado en el resumen del libro oficial del congreso, estimando que en el caso que fuera el texto completo, no se consideran inéditos.

2. Los autores de los trabajos deben ser profesionales sanitarios u otros profesionales no sanitarios o relacionados con el ámbito sanitario. El número máximo de autores aceptados en los trabajos no superará en ningún caso los **cinco autores**.

3. Los autores deben tener **autorización** previa para presentar datos o figuras íntegras o modificadas que ya hayan sido publicadas. Publicar fotografías que permitan la identificación de personas. Mencionar a las personas o entidades que figuren en los agradecimientos.

4. Los autores **renuncian implícitamente a los derechos de publicación**, de manera que los trabajos aceptados pasan a ser propiedad de la revista SANUM. Para la reproducción total o parcial del texto, tablas o figuras, es imprescindible solicitar autorización del Consejo de Redacción y obligatorio citar su procedencia.

5. El Consejo de Redacción planteará a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del trabajo. En estos casos, los autores deberán enviar el original con las modificaciones propuestas en un **plazo no superior a 15 días**; en caso de no cumplirse ese plazo, el trabajo quedará rechazado.

6. El envío del trabajo supone la **ACEPTACIÓN ÍNTEGRA** de todos los criterios dictados en las normas de presentación de artículos propuestos por el consejo de redacción y comité científico de la revista SANUM.

7. Una vez aceptado el trabajo, el autor principal recibirá un correo-e de aviso de aceptación del original. Igualmente se enviará nuevo correo-e cuando el artículo vaya a ser publicado, indicándose fecha y número de la publicación del trabajo.

8. Todos los autores del trabajo **deberán firmar y enviar por correo postal** el modelo de **declaración de cesión de los derechos de autor** como último requisito previo e inexcusable a la publicación del artículo.

**LA PUBLICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS
EN LA REVISTA CIENTÍFICA SANUM
ES TOTALMENTE GRATUITA**

En general, los trabajos deben cumplir las siguientes normas de publicación:

FORMA DE ENVÍO DE ORIGINALES

La **única forma de envío de los trabajos** será a través del siguiente correo-e **consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es** y siguiendo las reglas y recomendaciones de presentación de los trabajos.

- Deberá ser enviado por el 1º autor.
- En el ASUNTO del mensaje deberá escribirse el título del trabajo en mayúsculas.
- En la CABECERA del mensaje deberá indicarse el título de cada uno de los archivos adjuntos enviados con el mensaje. Además deberá indicarse el nombre y apellidos de los autores, categoría profesional y actividad laboral actual.

Una vez recibido el trabajo por esta vía y según estas recomendaciones, se enviará una respuesta de correcta recepción del trabajo. En caso de recibir algún trabajo enviado sin estas recomendaciones, no se atenderá ni será revisado por el consejo de redacción, considerándose como **trabajo no aceptado**.

FORMATO DE LOS ORIGINALES

- Formato del documento: A4.
- Nº mínimo de páginas completas sin imágenes: 10 páginas
- Nº máximo de páginas completas sin imágenes: 20 páginas.
- Fuente: Times New Roman. Tamaño de letra de 12 puntos, a doble espacio.
- Textos sin viñetas.
- Archivos en formato Word. Guardar archivos con extensión .doc, .docx o .rtf
- Imágenes a color 72 pp.
- Los cuadros, mapas y gráficas deberán presentarse en **formato Excel** con claridad y precisión; invariablemente deberán incluir la fuente o el origen de procedencia, y en el texto del trabajo deberá indicarse su colocación exacta. El número máximo de estos elementos no deberá superar los seis elementos en total, entre imágenes, tablas o gráficos.
- Las notas se presentarán a pie de página y deberán estar escritas a renglón corrido (a un espacio) y numeración corrida (progresiva), e incluirse al pie de la página correspondiente.

- Las llamadas deberán ser numéricas.
- Las citas deberán insertarse en el texto abriendo un paréntesis con el apellido del autor, el año de la publicación y la página.
- Para siglas, acrónimos o abreviaturas, la primera vez que se usen deberá escribirse el nombre completo o desatado; luego, entre paréntesis, la forma que se utilizará con posterioridad. Ejemplos: Banco Mundial (BM), Organización de las Naciones Unidas (ONU), producto interno bruto (PIB).
- Los artículos se recibirán con la correspondiente corrección ortográfica y de estilo.
- La publicación de los artículos estarán sujetas a la disponibilidad de espacio en cada número.
- Los apartados siguientes deberán presentarse en **castellano e inglés: RESUMEN, PALABRAS CLAVE Y DISCUSIÓN-CONCLUSIONES.**

TIPOS DE ARTÍCULOS

Se pueden proponer los siguientes tipos de trabajos:

- **Artículos Originales:** descripción íntegra de una investigación esencial o práctica clínica que aporte información suficiente para permitir una valoración crítica.
- **Revisiones:** revisión de publicaciones anteriores relacionadas con un tema de interés, que pretenda ofrecer una actualización de los conocimientos sobre el mismo.
- **Casos clínicos:** breve descripción de uno o varios casos que presentan un problema determinado, exponiendo aspectos nuevos o ilustrativos de cualquier área de conocimiento sanitario de la práctica clínica.
- **Artículos concretos:** se publicarán trabajos de actualización de protocolos, procedimientos, técnicas y cualquier otro original que pueda ser de interés científico de cualquier área sanitaria.

PRESENTACIÓN DE LOS DOCUMENTOS A ENVIAR

PRIMERA PÁGINA

- Título del artículo tanto en **castellano** como en **inglés**.
- Nombre completo y apellidos de cada uno de los autores, profesión y centro de trabajo en su caso, sin abreviaturas (M^º...)
- Centro/s donde se ha realizado el trabajo.
- Nombre, dirección de correo electrónico, y teléfono del autor responsable para la comunicación de avisos.

- Financiación total o parcial del estudio si existiese, ya que, puede dar lugar a conflicto de intereses.
- Si se ha presentado como ponencia, comunicación oral, póster, etc. en algún congreso.

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

En segunda página, deberán incluirse los resúmenes y las palabras clave en castellano e inglés.

La extensión aproximada del resumen será de 250 palabras, no llegando a superar el máximo de 300 palabras. Se caracterizará por:

- Ser entendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo.
- Desarrollar los puntos principales del artículo en términos concretos.
- Estar ordenado observando el esquema general del artículo.
- No incluir material o datos no citados en el texto.

Debajo del resumen se expondrán no más de **6 palabras clave**, que deben ser **únicas**, sin explicar su significado. Estas palabras claves deben expresar términos significativos del trabajo presentado. **No se admitirán como palabras clave las siglas o abreviaturas.**

INTRODUCCIÓN

Se expondrá “porque se ha hecho este trabajo”, y una idea resumida del trabajo realizado. Esbozará el momento de la situación, debe describir el problema de estudio y sus antecedentes, y argumentarse con referencias bibliográficas actualizadas. Y se establecerá claramente los objetivos del trabajo.

CONTENIDOS

Representa el cuerpo del trabajo y este dependerá del tipo de trabajo a presentar: investigación, actualización teórica o revisión bibliográfica, artículos especiales, protocolos, etc.

Puede incluir el apartado “Material o Personas” y “Métodos/Caso Clínico/Observaciones” donde se indicaran los sujetos, métodos y procedimientos utilizados; materiales y equipos empleados y el tiempo del estudio. Cuando sea necesario se señalará el tratamiento estadístico seguido y las razones de su elección.

RESULTADOS

Describirá los datos recogidos y los hechos observados de una manera concisa, objetiva y sin interpretar. Guardando una secuencia lógica en el texto y destacando las observaciones más relevantes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se expondrá porque se ha hecho este estudio y a qué resultados o consecuencias se ha llegado, pudiéndose incluir los efectos conseguidos si se trata de un trabajo significativo o de investigación.

Demostrará y expondrá razonadamente el significado de los resultados, las restricciones del estudio y las implicaciones futuras. Si procede se hará comparación con otros estudios similares y finalmente se tratará de relacionar las conclusiones con los objetivos del trabajo. Este apartado deberá escribirse también en **inglés**.

AGRADECIMIENTOS

Deberán dirigirse a las instituciones, organizaciones y/o personas que han colaborado de forma significativa en la realización del estudio. Los autores tienen la responsabilidad de obtener los correspondientes permisos en su caso.

BIBLIOGRAFÍA

Las reseñas bibliográficas deberán necesariamente numerarse consecutivamente en el orden de aparición por primera vez en el trabajo. Las citas bibliográficas de artículos de revista, libros, protocolos, leyes u otro material publicado o en soporte electrónico deben realizarse siguiendo las normas de Vancouver, que está disponible en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, que puede consultarse en: <https://www.fis-terra.com/herramientas/recursos/vancouver/>

ELEMENTOS VISUALES: IMÁGENES, TABLAS, GRÁFICOS

Con el objetivo de enriquecer visualmente el trabajo se hace necesario añadir al mismo algún elemento visual (imágenes, tablas, gráficos) que estén relacionados con la temática del artículo y que sean de suficiente calidad.

Cada elemento visual debe tener indicada su fuente de procedencia que bien podrá ponerse en el margen inferior del elemento visual o numerarse como sub-apartado en la bibliografía.

En el caso de tablas o gráficos deberán titularse y ser brevemente descritos su significado e importancia en el trabajo y numerándose como figura 1..., tabla 1..., gráfico 1..., etc.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La revista SANUM, así como FSP-UGT/Andalucía **quedan exentos de responsabilidad** de las opiniones, imágenes, textos y originales de los autores o lectores que serán los responsables legales de su contenido. Así mismo, los autores han dado su **consentimiento** previo para aparecer en el original, siendo responsable de ello el autor remitente del trabajo.

En el caso de comprobar que el trabajo ha sido parcial o íntegramente copiado o plagiado de otro trabajo o publicación de otra revista o libro, será inmediatamente **rechazado** por el consejo de redacción de la revista.

Tanto las imágenes, personas, organismos o datos del original guardarán el anonimato salvo permiso expreso de ser nombrados por los mismos. En todo momento, se procederá según las normas legales de protección de datos.

Una vez aceptado el trabajo para su publicación, los autores (todos) deben enviar el modelo de CESIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR, rellenando íntegramente todos sus apartados tras la lectura del documento y firmado. Este documento deberá ser enviado original a la siguiente dirección postal:

Secretaría de Salud, sociosanitaria y dependencia FeSP-UGT/Andalucía (revista científica SANUM)
Avda. Blas Infante nº 4, 5º entreplanta.
41011, Sevilla.

Comunicación con los autores

El consejo de redacción de la revista informará convenientemente al autor remitente del original la recepción del original y posteriormente la aceptación o rechazo del trabajo una vez evaluado por el comité científico de la revista a través del correo-e antes indicado. En caso de ser aceptados, los trabajos se publicarán según el orden de valoración realizada por el comité científico y acordado por el consejo de redacción de la revista, siendo avisado al autor principal, indicando fecha y número de la publicación del trabajo.

El mensaje de recepción del original será considerado como resguardo o "RECIBÍ" y no se emitirán ningún tipo de certificado que acredite que se publicará el trabajo o que se ha entregado. **Una vez se haya publicado el artículo en la revista, se emitirá certificación con número de certificación ISSN, constando el título del artículo y el nombre completo de los autores del mismo, siendo enviado al primer autor del artículo.**

El consejo de redacción de la revista no mantendrá otro tipo de comunicación con los autores de los trabajos salvo la expresada anteriormente: *recepción del trabajo, comunicación sobre aspectos a modificar y aceptación del trabajo para su publicación.*

Contacto

Email: consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es

Teléfono: 637 503 298 en horario de 9:00 a 14:00 horas (sólo lunes, martes y jueves).

Información en la Web: <http://www.fesp-ugtandalucia.org/index.php/salud-sociosanitarios-dependencia/126-revistas-sanitarias/sanum-revista-divulgacion-cientifico-sanitaria/1152-sanum-revista-cientifico-sanitaria-de-ugt>

¿Quieres trabajar con nosotros?



erodio

Formación para el empleo

**POR EXPANSIÓN DE NUESTRAS LÍNEAS
EDITORIALES SELECCIONAMOS AUTORES.**

***Cientos de convocatorias se publican cada año para cubrir
plazas en las distintas Administraciones Públicas.***

*Si tienes titulación académica específica, experiencia profesional
acreditada o dispones incluso de material formativo propio
relacionado con las áreas sanitaria, educación, jurídica, etc.,
escríbenos a info@edicionesrodio.com con el asunto "EDICIÓN"
y estudiaremos tu currículum o proyecto editorial.*

www.temariosoposiciones.com



**Garantía de
CALIDAD**

¡Ahora al mejor precio!

eRodio

ediciones

Formación para el empleo

*Si necesitas más información
ponte en contacto con nosotros:*

Alameda de Hércules, 32-33 1ª Planta.

C.P.: 41002 Sevilla (España).

Teléfono: 955 28 74 84

Fax: 955 09 38 48

E-mail: info@edicionesrodio.com

Ser funcionario o acreditar la experiencia profesional es ahora más fácil ¡Conócenos!

www.temariosoposiciones.com

