

Cuidados

REVISTA DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE CEUTA

4º TRIMESTRE 2015



Máximo González Jurado,
reelegido presidente del CGE

¡ COLABORA !

Necesitamos tu colaboración para mejorar los servicios ofrecidos por el Colegio de Enfermería.

El colegio está abierto a cualquier iniciativa, comentario o crítica.

Contacta con nosotros:

coleg51@consejogeneralenfermeria.org



Las ideas y opiniones incluidas en los artículos firmados publicados en esta revista son responsabilidad exclusiva del autor.

Cuidados
Revista del Colegio Oficial de Enfermería de Ceuta

Edita:

Ilustre Colegio Oficial
de Enfermería de Ceuta.

C/ Velarde 8, 1º B
51001 - CEUTA

e-mail:

coleg51@consejogeneralenfermeria.org

Presidente:

Luis de la Vega Durán

Dirección y Redacción:

Carmen Mª Camúñez Álvarez.

Depósito Legal:

CE 145-2005

Máximo González Jurado, presidente del CGE de nuevo.

A finales de Junio se celebraron en Madrid las elecciones a la presidencia del Consejo General de Enfermería de España, a dichas elecciones se presentaron dos candidaturas: Florentino Pérez Raya y Máximo González Jurado.

Ambos habían sido proclamados por la Comisión Ejecutiva de Consejo General tras comprobar que acreditaban más de 15 años de ejercicio profesional, mediante la documentación conforme a los criterios establecidos por el Tribunal Supremo en su sentencia de 19 de Mayo de 2015.

La jornada electoral contó con la participación de 41 de los 52 colegios provinciales.

Tras terminar el periodo de votación se procedió al recuento de votos, de los cuales 34 fueron para Máximo González y 3 para Florentino Pérez, 3 votos en blanco y 1 nulo.

Por lo tanto, Máximo González fue proclamado ganador por mayoría absoluta (83 % de los votos emitidos) a la Presidencia del Consejo General de Enfermería.

Máximo analizó la actual situación en la que se encuentra nuestro colectivos, y los diversos temas que están a la espera de resolverse, destacó:

La elaboración de un macro estudio para demostrar cuáles son las necesidades sanitarias actuales y futuras de los cuidados a corto y medio plazo.

Revisión de los Estados de la organización colegial de enfermería y código deontológico para adaptarlo a las nuevas necesidades sociales.

Entre todos los profesionales y las organizaciones colegiales elaborar la mejor hoja de ruta para la enfermería de cara a los años próximos. Debido a los cambios sociales, demográficos,



nos enfrentamos a un futuro que se caracteriza por el aumento de la esperanza de vida, el envejecimiento de la población, y por la aparición de nuevas enfermedades crónicas. "Por esto se hace necesario cambiar el modelo de curar al paciente, por el de cuidar al paciente".

Intentar evitar que los nuevos graduados tengan que irse de España a trabajar fuera por necesidad.

Monitorización del paciente crítico.

María Elena Marín Guerrero

Paciente crítico: “aquel enfermo cuya condición patológica afecta a uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado”.



TIPOS DE MONITORIZACIÓN. Se puede clasificar en:

- **Continua**, cuando la medición se produce sin interrupciones.
- **Intermitente**, cuando se determina puntualmente en los tiempos establecidos, por ejemplo, temperatura y tensión arterial cada 30 minutos.

También podemos clasificar la monitorización como **invasiva**, cuando precisamos insertar un catéter intravascular para su medición, o como **no invasiva** si no es preciso tal procedimiento. En este caso nos servimos de otros sistemas como electrodos, manguitos de presión, dispositivos de pulsioximetría, etc.

Según la intensidad de monitorización que aplicamos nos permite clasificarla en:

1. Monitorización básica: incluye la vigilancia de la presión arterial no invasiva, la frecuencia cardíaca mediante palpación de pulso y la temperatura bucal, axilar, rectal o timpánica.
2. Monitorización intermedia: se realiza a través del uso de monitores que miden de forma continua o intermitente la presión arterial no invasiva, el ECG, la oximetría de pulso o pulsioximetría, la frecuencia respiratoria, la temperatura corporal y la capnografía.
3. Monitorización avanzada: hace referencia a la medición a través de procedimientos invasivos de parámetros como la presión arterial invasiva, la presión intracraneal, las presiones intracardíacas, etc.

Recordar que: la monitorización no consiste ex-

clusivamente en la vigilancia de las pantallas del monitor sino que también monitorizamos a través de la exploración física no instrumental y el contacto verbal o visual con el propio paciente.

MONITORIZACIÓN NO INVASIVA.

No requiere de técnicas cruentas como la cateterización de un vaso sanguíneo. En su lugar, nos valemos de otros métodos como son los electrodos, los sensores infrarrojos, los manguitos de presión o el termómetro.

Los principales parámetros vitales que se obtienen a través de este tipo de monitorización son la frecuencia cardíaca, el registro electrocardiográfico, la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la saturación de oxígeno, los niveles de dióxido de carbono y la temperatura.

EL EQUIPO DE MONITORIZACIÓN INVASIVA.

El equipo lo forman principalmente tres elementos: el catéter intravascular, el transductor y el monitor. Además, una serie de conexiones, sistemas de lavado continuo y otros dispositivos también suelen formar parte de la medición de estos parámetros.

Para mantener permeable la vía que usamos para la monitorización invasiva es necesario un dispositivo de flujo continuo y de lavado rápido intermitente, que en el caso de la presión arterial (PA) y la presión de la arteria pulmonar (PAP) requerirá un sistema presurizado y un suero heparinizado. Conectaremos el suero salino (limpio o heparinizado según la presión a medir) a un sistema de microgotero sin entrada de aire. A continuación le colocaremos un dispositivo de lavado continuo que lleva un capilar gracias al cual se consigue una velocidad de perfusión constante y suficiente en la medida justa para mantener la vía permeable (3 ml/hora). Este dispositivo también tiene una válvula de lavado rápido. Por último se conecta este sistema al cable del módulo de presión y éste al monitor.

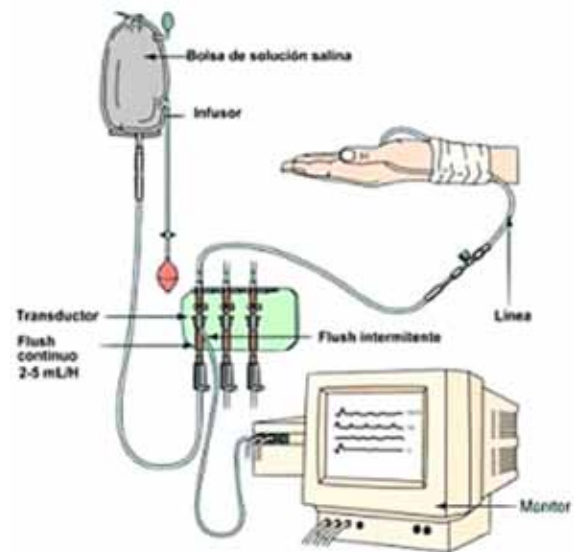
Es importante tener en cuenta los siguientes puntos:

- Hacer un purgado exhaustivo de todo el equipo

eliminando toda burbuja existente.

- Presurización del equipo mediante el manguito alrededor de la bolsa de suero heparinizado en la medición de la PA y la PAP.

- Determinación del "0" y calibración del moni-



tor antes de colocar el transductor en el catéter, que nos permite evitar mediciones erróneas. Para ello se coloca al paciente en decúbito supino con la cabecera entre 0 y 30°. Se coloca el transductor en el brazo a la altura de la aurícula derecha (línea media axilar a nivel del 4º espacio intercostal). A través de la llave de tres pasos ponemos en contacto el transductor con la atmósfera ("abrir al aire") y se pulsa la opción de 0 en el módulo de presión, esperando a que este valor aparezca en el monitor como aceptado.

Cuidados del equipo: evitar riesgos de infecciones por manipulación inadecuada del sistema, mantener la integridad del sistema para obtener datos precisos y fiables, técnica estéril en la preparación del equipo y asepsia en el manejo de la llave de tres vías, asegurar la completa ausencia de burbujas en el equipo, realizar el 0 cada 8 horas y siempre que el paciente se movilice o se extraigan muestras sanguíneas y vigilar la presión de la bolsa de presurización al menos una vez por turno.

MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA

Es la base de la monitorización de todo paciente crítico. En pacientes polivalentes se visualiza una sola derivación, siendo la recomendada la II mientras que en pacientes coronarios monitorizaremos 3 derivaciones diferentes. Las recomendadas son DII, una segunda a elegir entre AVF o DIII y una tercera que registre una monopolar.

Se utiliza un sistema de 3 o 5 electrodos que se colocan sobre el pecho del paciente como en el ECG. Los electrodos deben colocarse en áreas planas, no musculares, para aumentar el máximo contacto entre éstos y la piel y minimizar los artefactos del movimiento muscular. En pacientes con riesgo de FV o TVSP los electrodos rojo y verde se colocarán más hacia la periferia, de modo que no molesten ante el posible uso de las palas o los parches de desfibrilación.

MONITORIZACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

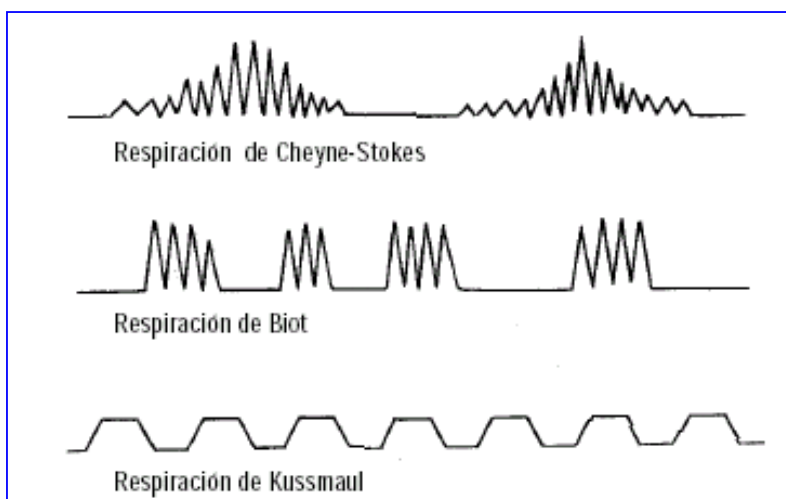
Estos mismos electrodos nos permiten la lectura de la amplitud y la frecuencia respiratoria (FR) pero para una correcta señal deben estar situados en puntos de cambios máximos durante los movimientos respiratorios.

La vigilancia de la respiración nos permite detectar patrones irregulares o patológicos como bradipnea o taquipnea, hiperpnea, apneas, respiración de Kussmaul, respiración de Cheyne-Stokes, respiración de Biot o respiración atáxica.

- Eupnea: patrón respiratorio normal con una frecuencia de entre 12 y 18 respiraciones por minuto. ritmo uniforme y tranquilo, con una fase espiratoria más larga que inspiratoria (2:1).
- Bradipnea: FR inferior a 12 respiraciones por

minuto. Ritmo lento y profundo y puede estar relacionado con la administración de drogas depresoras del centro nervioso, trastornos del sistema nervioso central (SNC), etc.

- Taquipnea: FR superior a 20 respiraciones por minuto. Ritmo rápido, regular o irregular y superficial. Nos orientan hacia procesos febriles, distrés respiratorio, edema agudo de pulmón (EAP), tromboembolismo pulmonar (TEP), etc.
- Apnea: ausencia de respiración. Puede ser completa o intermitente.
- Respiración de Cheyne-Stokes: se caracteriza porque después de apneas de 20 a 30 segun-



dos de duración, la amplitud de la respiración va aumentando progresivamente y, después de llegar a un máximo, disminuye hasta llegar a un nuevo período de apnea. Esta secuencia se repite sucesivamente. Se observa en insuficiencia cardíaca, hipertensión intracraneal (HIC) y algunas lesiones del sistema nervioso central.

- Respiración de Kussmaul: esta respiración es típica de personas que tienen acidosis metabólica, donde hiperventilan para poder eliminar más CO₂ y así compensar de forma respiratoria la acidosis metabólica que tienen. Ej.: cetoacidosis diabética.
- Respiración de Biot: que mantiene alguna rit-

micidad, pero interrumpida por períodos de apnea. Cuando la alteración es más extrema, comprometiendo la ritmicidad y la amplitud, se llama respiración atáxica. Ambas formas se observan en lesiones graves del sistema nervioso central.

La monitorización de la respiración se completa con la auscultación pulmonar cuando se sospeche una alteración.

PULSIOXIMETRÍA

La pulsioximetría u oximetría de pulso es la medición del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos. Los aparatos destinados a su medición se denominan pulsioxímetros, oxímetros de pulso o saturímetros.

El pulsioxímetro consta de un transductor con dos piezas, un emisor de luz y un fotodetector, en forma de adhesivo o pinza, que se suele conectar en el dedo. La medición se refleja en una pantalla que nos muestra la saturación de oxígeno, la frecuencia cardíaca y, a veces, la curva de pulso.

La señal de alarma debe fijarse en saturaciones inferiores al 95% (PaO₂ de 80 mmHg). No obstante, para pacientes con patología pulmonar crónica pueden considerarse aceptables mediciones entre 90-95%.

PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA (PANI)

La presión arterial es la variable fisiológica más frecuentemente monitorizada y se mide en todo enfermo crítico.

A tener en cuenta: colocar el manguito de presión en el tercio medio del brazo, adecuado ancho del brazalete (multiplicar el perímetro del brazo en cm por 0,4). Si es de ancho superior dará medidas más bajas de las reales y de ancho inferior dará medidas superiores.

Fuente de posibles errores: si medidas frecuentes, no desinflado completo; el temblor retrasa el desinflado; si extremidad por encima o debajo del nivel de aurícula derecha, error en medición.

PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA

La presión arterial (PA) invasiva se mide a través de un catéter alojado en el interior de una arteria y en conexión con un transductor externo a través de un sistema relleno de líquido. La señal de presión detectada en la arteria es transformada por el transductor en una señal eléctrica que aparece en la pantalla del monitor.

Indicaciones: inestabilidad hemodinámica, necesidad de muestras frecuentes de sangre arterial, imposibilidad de medición no invasiva (obesidad mórbida...), uso de balón de contrapulsación aórtico.

Contraindicaciones: obstrucción parcial o completa de la luz del vaso con isquemia distal, hematomas, hemorragias, pérdida transitoria de pulso, daño de estructuras nerviosas, desconexión del circuito, inyección accidental de sustancias nocivas e infección. También coagulopatías, enfermedad vascular periférica severa, ausencia de circulación colateral o lesiones en el sitio de canulación...

Lugar de elección para la cateterización de la arteria: es aquel que tenga circulación colateral, que evite el acodamiento del catéter, que sea confortable para el paciente y de fácil acceso para el personal. Los sitios más usados son las arterias radial, femoral y pedia por este orden.

Prueba de Allen: permite asegurar una circulación colateral. El paciente abre y cierra la mano varias veces mientras se tienen comprimidas las arterias radial y cubital a la altura de la muñeca, lo que produce palidez palmar. Luego se suelta la cubital y si la palma se enrojece en menos de 7 segundos es normal, entre 8 y 14 segundos es dudoso y más de 15 es anormal. Se repite el mismo procedimiento soltando la radial.

PRESIÓN VENOSA CENTRAL (PVC)

Requiere de la inserción de un catéter venoso central que nos permite, además del control hemodinámico, la perfusión de medicación, nutrición parenteral y sueroterapia.

La PVC se define como la presión existente en la vena cava o en la aurícula derecha, siendo

igual que la presión existente en ventrículo derecho al final de la diástole, lo que nos permite valorar y estimar la volemia del paciente y la presión de llenado del corazón.

La PVC se mide por cualquier catéter de calibre suficiente cuyo extremo se aloje en aurícula derecha, a través de catéteres centrales de acceso periférico (venas basílica y cefálica), subclavia, yugular interna, yugular externa y, más raramente, femoral. Se obtienen registros más fiables cuando se utilizan catéteres cortos introducidos por la vena subclavia o yugular interna, por lo que son de elección. El extremo del catéter debe ubicarse en la unión de la vena cava superior con la AD y se debe efectuar control radiológico en todos los casos.

La mejor posición para realizar una medición de PVC es con el paciente en decúbito supino.

Los valores considerados normales para la PVC están entre 2-8 mmHg aunque siempre debe considerarse el contexto clínico del paciente.

VALORACIÓN DEL ESTADO NEUROLÓGICO

Es una de las principales herramientas en el control y manejo del paciente crítico. El nivel de

consciencia puede ser evaluado superficialmente realizando preguntas sencillas. Si el paciente no responde, pasaremos a aplicar diferentes estímulos observando la reacción a los mismos. Existen escalas muy sencillas de aplicar y que nos dan una información básica sobre el nivel de consciencia de nuestro paciente como la escala AVDN.

- A: paciente alerta, que nos mira y responde.
- V: el paciente responde a estímulos verbales.
- D: el paciente responde a estímulos dolorosos.
- N: el paciente no responde a ningún tipo de estímulo.

Para evaluar respuestas a los estímulos éstos deben estar bien estructurados y, sobre todo, tener la posibilidad de ser medidos dándole a cada respuesta un valor numérico. Existen escalas más complejas para la valoración del nivel de consciencia. Entre las más usadas destacan:

- Escala de coma de Glasgow.
- Escala de Glasgow modificada de Cook y Palma: escala complementaria al anterior.
- Escala de reactividad RLS'85.

Escala de reactividad R.L.S-85

Nivel	Categoría	Categoría	Respuesta			
			O (1)	V (2)	M (3)	D (4)
1	Consciente	Voz	No retraso en al menos una de las respuestas			
2	Somnolencia	Voz normal + tacto	Retraso en al menos una de las respuestas			
		Confusión	Voz normal	Respuesta errónea en al menos una de ellas		
3	Somnolencia profunda Confusión intensa	Voz alta + estímulo nociceptivo intenso	Igual que 2			
4	Coma	Igual que 3	No	No	No	Localiza dolor pero no retira mano del examinador
5	Coma	Igual que 3	No	No	No	No localiza pero aleja cara o mano del estímulo
6	Coma	Igual que 3	No	No	No	Flexiona codo o muñecas pero no se aleja del estímulo
7	Coma	Igual que 3	No	No	No	Extiende brazos o piernas
8	Coma	Igual que 3	No	No	No	Nula

- (1) O: Dirigir la mirada.
- (2) V: Emitir palabras.
- (3) M: Obedecer órdenes motoras sencillas.
- (4) D: Dolor: Presión retromandibular, compresión ungual...

Escala de coma de Glasgow

Apertura de ojos (O)	Puntos
Espontánea	4
A orden verbal	3
Al dolor	2
Nula	1
Mejor respuesta motora (M)	
Obedece	6
Localiza	5
Retira	4
Flexión anormal	3
Respuesta en extensión	2
Nula	1
Respuesta verbal (V)	
Orientada	5
Conversación confusa	4
Palabras inapropiadas	3
Sonidos incomprensibles	2
Nula	1
Puntuación total O + M + V: entre 3 puntos (mínimo) y 15 puntos (máximo). Una puntuación < 8 se considera coma.	

¿Para cuándo la equiparación entre los títulos de diplomado y graduado en enfermería?



Parece ser que está a la vuelta de la esquina la fusión de la profesión enfermera en una sola, con lo que se acabará con las dudas en cuanto a nivel académico entre D.U.E y los graduados.

Queda pendiente aún, por parte del Consejo de Ministros, aprobar la regulación que declare equivalente el título de diplomado con el nivel 2 del Marco Español de Cualificaciones para educación Superior (MECES).

Gracias a esta regulación, conseguiremos que no exista una Enfermería dividida en dos, antes y después del Plan Bolonia. A partir de esta aprobación todos los D.U.E verán como su titulación a efectos profesionales, liberales y académicos, es similar a la de los nuevos graduados.

Este proceso ha pasado por la comisión de expertos de la ANECA, el Ministerio de Educación y el Consejo de Universidades para poder demostrar la equivalencia entre el título de D.U.E y el de graduado.

La homologación del título se hará de forma automática, no será necesaria la realización de cursos que supongan un esfuerzo académico y económico. De todos es sabido que existen

Universidades que están ofreciendo cursos a unos precios abusivos (entre 800 y 6000 euros).

La correspondencia del título se podía realizar a través de dos vías, tras la publicación en el B.O.E, la propiedad del nivel MECES correspondiente por un título quedará acreditada solo con la referencia de la publicación en el BOE, presentados de forma conjunta con el título.

También se puede solicitar un certificado que acredite esta equiparación entre el título y el grado, por vía telemática en el Ministerio de Educación. Se cumple así, el firme compromiso de la Organización Colegial en la lucha por defender, no solo los intereses académicos y profesionales de la Enfermería Española, sino sobre todo algo mucho más importante la propia dignidad de la profesión y de todos sus miembros.

Una vez que en breves fechas, la norma sea aprobada por el Consejo de Ministros, desde el Colegio se facilitará toda la información necesaria (en cuanto sea posible solicitar dicha equiparación) a todos los profesionales para que dicha homologación se realice de forma regular evitando dudas y problemas.

Autoevaluación



1.- En las úlceras de grado I, se pueden utilizar:

- a.- apósitos de carbón.
- b.- hidrocoloides.
- c.- pasta de oxígeno de zinc-
- d.- b y c son ciertas.

2.- Los apósitos de alginato cálcico se utilizan en:

- a.- grado III y IV.
- b.- necrosis húmeda sin exudación.
- c.- en úlceras con abundantes exudación.
- d.- solo en úlceras infectadas.

3.- La pasta de hidrocoloide se utiliza en:

- a.- grado II.
- b.- para eliminar flictenas.
- c.- en úlceras infectadas.
- d.- solo en úlceras infectadas.

4.- Los defectos en la cicatrización se deben a:

- a.- falta de colágeno.
- b.- disminución de oxígeno.
- c.- falta de hierro y oxígeno.
- d.- déficit de vit C.

5.- Los granulocitos en la fase de reparación de una herida:

- a.- son imprescindibles.
- b.- sin ellos no se inicia la granulación.
- c.- no son necesarios.
- d.- inhiben el proceso de la curación.

6.- En la desbridación de una úlcera arterial se utiliza:

- a.- povidona yodada.
- b.- apósitos hidrocoloides.
- c.- apósitos hidrocélulares.
- d.- colagenasas.

7.- Cuando se utiliza alginato cálcico, la úlcera debe estar:

- a.- de color rojo.
- b.- exudativa.
- c.- seca.
- d.- de color negro.

8.- Los MMII en reposo contienen de sangre:

- a.- 500-600cc
- b.- 300-400cc.
- c.- 400-500cc
- d.- 600-700 cc

9.- Las venas comunicantes:

- a.- pertenecen al Sistema nervioso profundo.
- b.- pertenecen al sistema nervioso superficial.
- c.- se alojan en el Tejido Celular Subcutáneo.
- d.- se alojan en las zonas supraalveolares.

10.- La escala de K.Bowman:

- a.- contempla la variable de medicación.
- b.- es una modificación de Norton.
- c.- tiene riesgo de 8 a 10.
- d.- tiene riesgo más de 14.

1.- a	4.- c	7.- b
2.- a	5.- b	8.- d
3.- c	6.- c	9.- e
RESPUESTAS		

El Real Decreto de prescripción enfermera sale del Consejo de Estado

El Real Decreto de prescripción enfermera, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios, sale del Consejo de Estado. Ya tan solo queda que sea aprobado por el Consejo de Ministro y posterior publicación en el Boletín Oficial del Estado.

La norma llego hasta este órgano el pasado 12 de Mayo y ha sido en la sesión celebrada el 23 de Julio, cuando la Comisión Permanente lo abordó y remitió al Ministerio de Sanidad, que ahora deberá llevar al Consejo de Ministro para su aprobación.

Según informaciones dadas por Sanidad, el Consejo de Estado ha aconsejado que se realice unas modificaciones mínimas, (pequeños términos y tecnicismos), pero mantiene la esencia del texto intacta.

Rubén Moreno, secretario general de Sanidad, se comprometió a tener este tema solucionado para finales de otoño, de momento se cumple en tiempo y forma con las previsiones del Ministerio.

El dictamen completo al texto será público una vez que el real decreto aparezca en el BOE.



¡ COLABORA !

Necesitamos tu colaboracion para mejorar los servicios ofrecidos por el Colegio de Enfermería.

El colegio está abierto a cualquier inicitativa, comentario o crítica.

Contacta con nosotros: coleg51@consejogeneralenfermeria.org



Compromiso Articular Temporomandibular

Ana María Ferrero Gallego, Africa Fort Fernandez, Cristina López García de Vinuesa, Mercedes Vázquez Ferrón, DUEs del Servicio de Urgencias del HUCE.

Hace un año, aproximadamente, una compañera y amiga comenzó a tener dolores y “quemazón” en la lengua; se le diagnosticó el Síndrome de la boca ardiente. Pasó por distintos especialistas y se le realizaron pruebas; no se supo a qué se debía dicho Síndrome hasta que un otorrinolaringólogo le habló del compromiso articular temporomandibular (CAT) y la derivó a un estomatólogo en Cádiz, el Dr. Salvador Fernández Miró, discípulo del Dr. José Larena-Avellaneda Mesa.

El “CAT” y el Síndrome del Músculo Temporal (SMT) son dos patologías muy comunes pero su descubrimiento han sido muy recientes.

Fue el doctor Larena-Avellaneda, en octubre del 2000, en un Congreso internacional del CIRNO (club internacional rehabilitación neuro-oclusal), cuando habló por primera vez del compromiso articular temporomandibular y posteriormente en el 2010, en el foro interdisciplinar del dolor craneofacial y oral donde informó sobre el SMT (síndrome del músculo temporal).

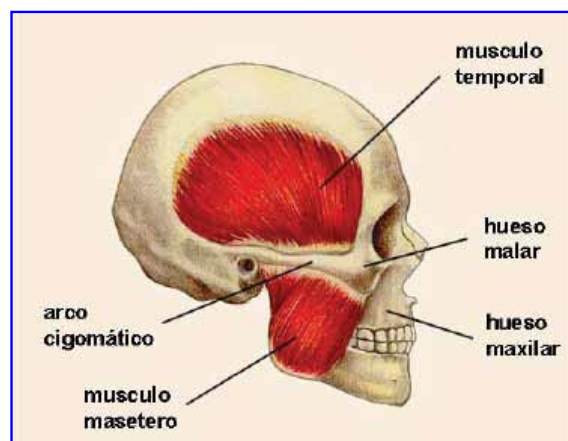
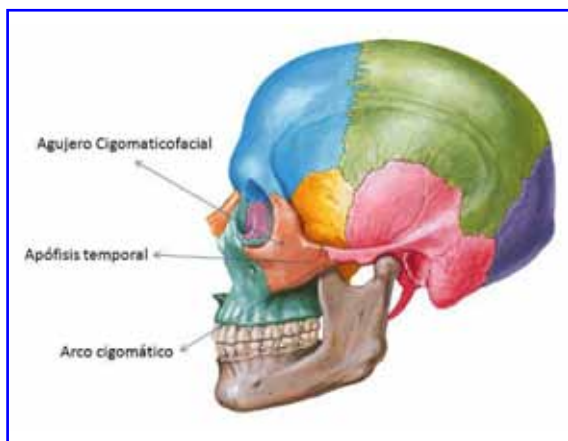
Cefaleas diagnosticadas como migrañas, cefaleas tensionales, cuadros de mareos o vértigo,

Síndrome de Meniere (trastorno del oído interno que afecta al equilibrio y a la audición), neuralgia del trigémino, parálisis faciales periféricas, síndrome de la boca ardiente, son en realidad síntomas de estas patologías.

En general, puede decirse que el problema asociado al CAT y SMT tiene que ver con una falta de espacio para que el músculo temporal y la propia mandíbula puedan llevar a cabo sus movimientos normales durante la masticación, la fonación. El músculo temporal puede quedar atrapado en el orificio cigomático, y la mandíbula golpear, dada su proximidad, al maxilar superior; tal impacto produce una sensibilización nerviosa desencadenante de dolor de cabeza y mareos, entre otras molestias.

La odisea de los pacientes que lo padecen surge cuando su problema queda sin diagnóstico o es diagnosticado como una “enfermedad difícil”, de rara curación, cuya solución se limita a seguir un tratamiento farmacológico de por vida.

El tratamiento del CAT ofrece la solución definitiva al problema, pues resuelve la causa de la patología para que el dolor o los mareos no



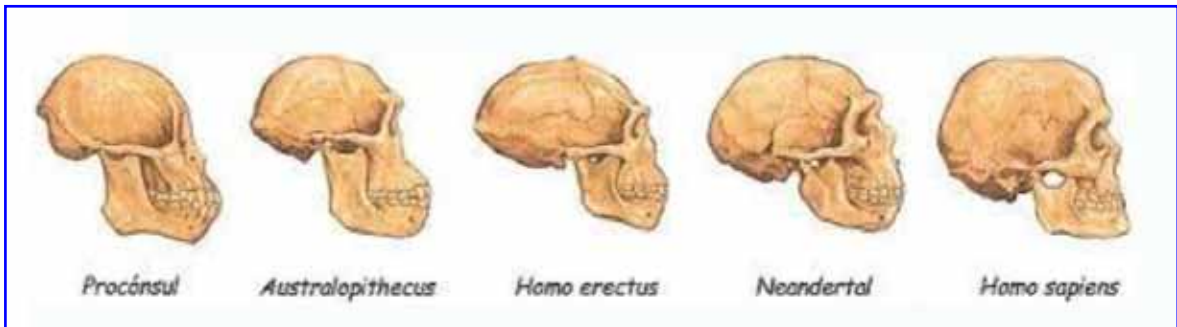
aparezcan, valiéndose de un tratamiento postural, dental, aparatología o quirúrgico que elimina definitivamente la limitación de los movimientos mandibulares causante de la patología.

La incidencia del CAT es muy alta: 2 de cada 10 individuos lo padecen y afecta más a mujeres que a los hombres, en una proporción de 4 a 1.

Podríamos decir que ambas patologías se deben a la evolución del aparato masticatorio humano. Se cree que debido a los cambios climáticos en los primates ocurrieron tres sucesos evolutivos:

apertura por falta de espacio retromandibular. Es un problema de espacio.

- La encefalización; “favoreció la reducción del aparato masticador y aligeró el tamaño de los huesos mandibulares, lo que proporcionó más espacio en el cráneo para albergar mas masa cerebral”
- Por una dieta civilizada: la disminución del estímulo de desarrollo por una masticación menos “salvaje” ocasiona el retrognatismo (posición de la mandíbula por detrás del plano de la frente) bimaxilar donde mantene-



1º. La mutación, cambio en la secuencia del ADN de un gen.

2º. Recombinación genética, mezcla de gen del padre y de la madre.

3º. Variación epigenética: en la que factores no genéticos intervienen en el desarrollo de un organismo por aportar pequeños cambios químicos en el ADN; son modificaciones capaces de regular la base genética por adaptarse a su medio ambiente.

A lo largo de miles de años, ha habido una evolución y una variación, entre otras muchas cosas, en la cavidad bucal y craneal:

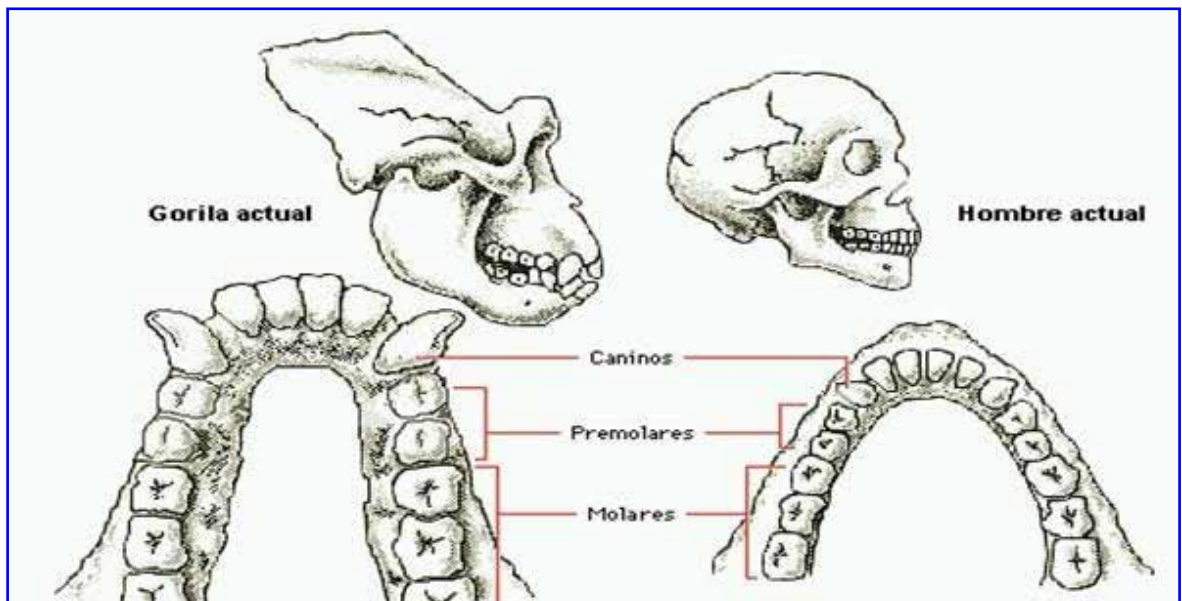
- La reducción de los caninos hizo posible una mayor movilidad lateral mandibular para el régimen vegetariano.
- Por la bipedestación, se adelantó el agujero occipital en la base del cráneo y la necesidad de protuir al llegar a cierto grado de

mos el mismo contenido, igual número de dientes, pero nos han disminuido el volumen del continente.

La evolución nos ha llevado a padecer trastornos de desarrollo como maloclusiones, trastornos periodontales y craneomandibulares. Tenemos que “robar espacio” a nivel posterior para que la mandíbula pueda moverse libremente al masticar, al hablar. En pocas palabras tenemos un problema de espacio.

Los pacientes van a la consulta motivados principalmente por los síntomas mencionados anteriormente: cefaleas de tipo migrañoso o tensional, dolor espontáneo o motivado por la palpación en ciertas zonas craneales (oído, sien, etc.) y pérdida de estabilidad (mareos o vértigos).

Normalmente los pacientes no relacionan ninguno de estos síntomas con su aparato masticatorio, por lo que son remitidos a consulta después de ser vistos por otorrinos, neurólogos, fisiotera-



peutas, quiroprácticos, psicólogos, psiquiatras, acupuntores, traumatólogos, rehabilitadores, maxilofaciales, dentistas. Se encuentran en un circuito cerrado rotatorio por los diferentes especialistas y del que a veces no pueden escapar.

Frecuentemente han sido sometidos durante un largo periodo de tiempo a tratamientos ineficaces a base de fármacos, férulas y lo que es peor, la mayoría de ellos se encuentran en un estado psicológico muy deteriorado, deprimidos, desesperados, desesperanzados y angustiados. Cuando cuentan su historia clínica la mayoría de estos pacientes necesitan llorar para desahogarse de todas las incomprensiones.

Los síntomas de esta patología son:

- Dolor que puede ser fijo, intermitente, a la palpación, en la masticación, al bostezar, al beber algo frío, ..., la localización puede variar: delante del oído, en la sien, dentro del oído en las articulaciones temporo-mandibular, en los ojos, senos, en la boca; puede irradiarse a distintas zonas de la cabeza e incluso en la nuca, cuello, hombro, espalda. Su descripción varía desde ardor, hormigueo, "tirón dentro" del oído, hasta punzante en el oído o pesadez debajo de los ojos.

- Ruidos: estos pueden ser articulares como chasquidos, crujidos, chirridos, como arena; puede ocurrir al hablar, al masticar, al bostezar... También pueden aparecer ruidos en el oído como pitidos, zumbidos, como un grillo, como burbujas....
- Pueden aparecer alteraciones funcionales:
 - articulares.
 - Musculares: no pueden abrir bien la boca, tensión muscular, dificultad al masticar, calambres en la masticación...
 - En los dientes (oclusales): aprietan los dientes, rechina los dientes por la noche o por el día, nota que no le encajan bien los dientes,...
- En el oído: taponamientos, mareos, vértigos, inestabilidad, disminución de la audición.
- Otros: nerviosismo, decaimiento, ansiedad, depresión, insomnio, alteraciones del sueño, pérdida o alteraciones del gusto, aumento en la cantidad de saliva, dificultad para tragar, sequedad en la boca o en la mucosa nasal y un largo etc.

Signos que nos podemos encontrar en estas pa-

tologías son: Alteraciones Musculares, paresias o parálisis motoras; subluxaciones, limitación en la apertura, las ya comentadas maloclusiones, abrasiones, interferencias en lateralidades, bruxismo (rechinar de dientes), sangrado periodontal, movilidad dentaria; pérdida de reflejos nasal, corneal,...

Estos síntomas y signos, son las diferentes formas de expresión del deterioro morfológico y/o funcional puntual en diferentes elementos del aparato masticatorio y que han sido agrupados por separado según el paciente se queje de uno u otro síntoma, tratando de darles un nombre a dicha patología como síndromes (Meniere, Costen (*síntomas dolorosos asociados a la destrucción lenta de la articulación temporomandibular por pérdida del soporte molar en la oclusión de las mandíbulas y espasmo doloroso e los músculos masticatorios*), Boca Ardiente, etc.), cuando en realidad está contenidos en una misma patología mecánica del aparato masticatorio: **la evolutiva**, de tal forma que cada individuo la sufre particularmente dependiendo de sus propias características.

Lo curioso es que en la anamnesis de las his-

torias clínicas de estos pacientes aparecen una serie de síntomas acompañantes de menor intensidad y que a nadie se le ha ocurrido relacionarlos ya que su causa es común.

El diagnóstico es simple: tras una anamnesis detallada de los síntomas que relata el paciente y dependiendo de la edad, se comprueban los signos de falta de desarrollo y la pérdida o reducción del espacio libre que le hace falta a la mandíbula para moverse

El Tratamiento dependerá del desequilibrio oclusal o funcional del paciente: habría que equilibrar eliminando las causas posturales, cambiar el lado de dormir, cambiar el lado de masticar, dieta dura, seca y fibrosa, tallado selectivo, placa o equilibradores, prótesis.

Para crear espacio: recurriríamos a la cirugía como las exodoncias, recorte de prótesis y osteotomías.

Gracias al Dr. Larena-Avellaneda, que por dar nombre a una patología cuyos síntomas y signos eran vagos e inespecíficos, estos pacientes pueden ser diagnosticados y tratados de una forma eficaz evitando el calvario que padecían.

BIENVENIDO AL WEB DEL SISTEMA MAPFRE

MAPFRE

Jornadas y Congresos



XIX ENCUENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN EN CUIDADOS.

Fecha: del 17 al 20 de noviembre de 2015.
Lugar: Cuenca.
Organiza: investen-isciii.es
Web: [http:// www.encuentros.isciii.es](http://www.encuentros.isciii.es).

XI CONGRESO NACIONAL SEDEM (Asociación Española de Enfermería Nefrológica).

Fecha: del 6 al 8 de Octubre de 2015.
Lugar: Palacio de Congresos de Valencia.
Teléfono: 914093737
Fax: 915040977
Email: seden@seden.or.
Web: congresosdesalud.com

XXVII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA DE ANESTESIA, REANIMACIÓN Y TERAPIA DEL DOLOR, ASEEDAR-TD.

Fecha: del 14 al 16 de Octubre de 2015.
Lugar: Palma de Mallorca.
Teléfono: 933635760
Fax: 934102001.
Secretaría técnica: viajes el Corte Inglés.
Web: www.congresoaseedar.fd2015mallorca.com
Email: congresosba@viajeseci.es

JORNADAS INTERDISCIPLINARES DE SALUD COMUNITARIA.

Fecha: del 5 al 7 de noviembre de 2015.
Lugar: Zaragoza
Organiza: Asociación de enfermería comunitaria.
Teléfono: 932212242.
Web: barcelona@geysec.es.

VII CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA.

Fecha: 13 y 14 de noviembre de 2015.
Lugar: Zaragoza. World Trade Center.
Organiza: Asociación Española de Enfermería en Endoscopia digestiva

8º CONGRESO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE VACUNOLOGIA (AEV)- 2015

Fecha: del 18 al 20 de noviembre de 2015.
Lugar: Córdoba.
Email: vacunologia@piccongresos.com
Web: www.piccongresos.com

XI JORNADA DE ENFERMERÍA: MEDICINA MATERNOFETAL.

Fecha: 20 de noviembre de 2015
Lugar: Barcelona.
Organiza: Fundación Dexeus
Teléfono: 93416220
Email: symposiumdexeus@bocentium.com

ENTRE ABOGADOS Y JUECES

Prisión por agredir e insultar a un enfermero

Los hechos acontecieron el 30 de Mayo cuando el imputado, que se encontraba en calidad de padre de un paciente hospitalizado en la Planta de Pediatría del Hospital Universitario de Ceuta, en un estado de nerviosismo discute con su pareja en la habitación y acto seguido sale al pasillo y accede al control del enfermería dirigiéndose al enfermero, propinándole empujones e insultos en repetidas veces con el tono de voz muy elevado.

El enfermero sufrió lesiones en la mano como consecuencia de los empujones recibidos.

Inscrito en el órgano de lo Penal número Uno de Ceuta, ha quedado resuelto el juicio contra el hombre que agredió a un enfermero en el Hospital Universitario.

El imputado reconoció su culpabilidad y se mostró conforme con la pena solicitada por el Ministerio Fiscal en base a la comisión de un delito de atentado y otro de lesiones.

Así por el primero fue condenado a una pena de ocho meses de prisión y por el segundo a cuatro meses más. Al darse los condicionantes legales, debidamente tipificados en el código penal español, la citada pena de privación de libertad quedó suspendida, de manera que no se procederá a su ingreso en prisión, siempre y cuando en el periodo de dos años no cometa delito alguno.

Si deberá abonar una multa cuantificada en 1350 euros.



