

EXPLORANDO FRONTERAS MÉDICAS: UN VIAJE A TRAVÉS DE LAS ESPECIALIDADES VOLUMEN VI



TÍTULO DEL LIBRO

**EXPLORANDO FRONTERAS MÉDICAS: UN VIAJE A TRAVÉS DE LAS
ESPECIALIDADES VOLUMEN VI**

Quito - Ecuador

La reproducción completa o parcial de esta obra está estrictamente prohibida por cualquier medio, ya sea electrónico o mecánico, sin la autorización previa y escrita de los titulares.

Cada uno de los artículos e información aquí descrita son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Quito Copyright 2024

ISBN: 978-9942-7192-3-2

<http://doi.org/10.58927/vitalfam.010224>

Editorial VitalFam



ISBN: 978-9942-7192-3-2



Autores:

❖ **Aguilar Paredes Santiago Patricio**

<https://orcid.org/0009-0008-5448-4027>

❖ **Carrasco Cajo Jesenia Elizabeth**

correo electrónico:

jesenia.carrasco@ueb.edu.ec

<https://orcid.org/0000-0002-2225-0110>

❖ **Coello López Patricio David**

correo electrónico:

Davidcoellolopez@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-1398-6206>

❖ **Garcia Linares Lit Diane**

correo electrónico:

litdiane@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0006-7955-7136>

❖ **Narváez Solórzano Elizabeth Pamela**

correo electrónico:

narvaezpamela96@gmail.com

❖ **Tomalá Ruiz Roberto Danilo**

correo electrónico:

ruiz_rob@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-1401-2910>

❖ **Zurita Velasco Daniel Alejandro**

drdanielzurita@outlook.com

<https://orcid.org/0000-0003-105-9172>

DESARROLLO DE CONTENIDO

⊕ **AGUILAR PAREDES SANTIAGO**

PATRICIO

Instituto Superior Tecnológico

España

Psiquiatría/Esquizofrenia

⊕ **NARVÁEZ SOLÓRZANO**

ELIZABETH PAMELA

Médico General

Gastroenterología/ Síndrome de

Colon Irritable

⊕ **CARRASCO CAJO JESENIA ELIZ**

Mgs. Docente de la Universidad

Estatad de Bolívar ABETH

Traumatología/Síndrome de

Quervain

⊕ **TOMALÁ RUIZ ROBERTO**

DANILO

Médico Mgs. En Seguridad Clínica

del Paciente y calidad de la Atención

Sanitaria.

Salud Pública/Anticoncepción en

Salud Pública

⊕ **COELLO LÓPEZ PATRICIO DAVID**

Médico General

Cirugía Plástica/ Técnicas

fundamentales en Cirugía Plástica

Reconstructiva

⊕ **ZURITA VELASCO DANIEL**

ALEJANDRO

Médico Cirujano Hospital General

Docente de Calderón

Nefrología/ Insuficiencia Renal

Crónica

⊕ **GARCIA LINARES LIT DIANE**

Médica General

Psiquiatría/Bipolaridad

Contenido

PROLOGO	6	3.2.	Importancia en la salud pública	33
1. TÉCNICAS FUNDAMENTALES EN CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA		3.3.	Acceso y equidad	34
1.1. Injertos	8	3.4.	Educación Sexual Integral	35
1.1.1 Indicaciones de Injerto.....	9	3.5.	Servicios de Salud de Calidad.....	36
1.1.2. Contraindicaciones para Injertos	9	3.6.	Abordar las barreras Culturales y Sociales	37
1.1.3. Tipos de Injerto	10	3.7.	Políticas de Apoyo.....	38
1.1.4. Técnicas de Recolección de Injertos	10	3.8.	Desafíos y controversias	38
1.1.5. Técnica para colocación de Injertos.....	12	3.9.	Logros Anticoncepción en salud pública	40
1.1.6. Rechazo del Injerto	12	4. SINDROME DE COLON IRRITABLE		
1.2. Colgajo	13	4.1.	Definición	44
1.2.1. Tipos de Colgajos	13	4.2.	Epidemiología.....	44
1.2.2. Indicaciones para colocación de Colgajos	14	4.3.	Etiología	44
1.2.3. Contraindicaciones para colocación de Colgajos	14	4.4.	Factores de riesgo	45
1.2.4. Técnica para colocación de Colgajos ...	15	4.5.	Prevención	47
1.2.5. Rechazo de Colgajos	16	4.6.	Clínica o sintomatología.....	48
2. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA		4.7.	Clasificación por severidad	49
2.1. Definición	18	4.8.	Diagnóstico.....	50
2.2. Epidemiología.....	19	4.9.	Tratamiento	51
2.3. Etiología	19	4.10.	Pronóstico – mortalidad.....	52
2.4. Factores de riesgo	20	5. ESQUIZOFRENIA		
2.5. Prevención	20	5.1.	Definición	55
2.6. Clínica o sintomatología.....	22	5.2.	Epidemiología.....	55
2.7. Diagnóstico.....	23	5.3.	Etiología	55
2.7.1. Hallazgos ecográficos en la ERC.....	23	5.4.	Factores de Riesgo	56
2.7.2. Hallazgos Ecografía Doppler en la ERC.	24	5.5.	Prevención	57
2.7.3. Biopsia Renal!.....	25	5.6.	Clínica	58
2.8. Tratamiento	25	5.7.	Clasificación por severidad	59
2.9. Mortalidad	26	5.8.	Diagnóstico.....	60
2.10. Complicaciones	27	5.9.	Tratamiento	61
3. Anticoncepción en salud PÚBLICA		5.10.	Escalas Pronósticas	62
3.1. Definición de anticoncepción.....	30	5.11.	Complicaciones	63
		5.12.	Investigación Actual	64

6.	BIPOLARIDAD	
6.1.	Definición	68
6.2.	Epidemiología.....	68
6.3.	Etiología	68
6.4.	Factores de Riesgo	69
6.5.	Prevención	70
6.6.	Clínica.....	71
6.7.	Clasificación por severidad	72
6.8.	Diagnóstico	73
6.9.	Tratamiento	75
6.10.	Pronóstico	76
6.11.	Escalas Pronosticas	77
6.12.	Complicaciones	78
6.13.	Investigación Actual.....	79
7.	LA TENOSINOVITIS DE QUERVAIN	
7.1.	Definición	83
7.2.	Epidemiología.....	83
7.3.	Etiología	84
7.4.	Factores de Riesgo	85
7.5.	Prevención	86
7.6.	Clínica.....	87
7.7.	Clasificación por severidad	88
7.8.	Diagnóstico.....	89
7.9.	Tratamiento	90
7.10.	Pronóstico	91
7.11.	Complicaciones	92
7.12.	Rehabilitación	93
	EPILOGO	96

PROLOGO

Realizamos la sexta entrega de la serie "Explorando Fronteras Médicas: Un Viaje a través de las Especialidades volumen VI". En este volumen, como sus predecesores, nos adentramos una vez más en este apasionante universo de la Medicina, poniendo a disposición algunos conocimientos que podrán ser utilizados a lo largo de la carrera profesional

⊕ **COELLO LÓPEZ PATRICIO DAVID**

Médico General

**Cirugía Plástica/ Técnicas Fundamentales en Cirugía Plástica
Reconstructiva**

I. TÉCNICAS FUNDAMENTALES EN CIRUGÍA PLÁSTICA RECONSTRUCTIVA



La cirugía plástica es una especialidad médica que se centra en restaurar, mejorar y modificar la apariencia y función del cuerpo humano.

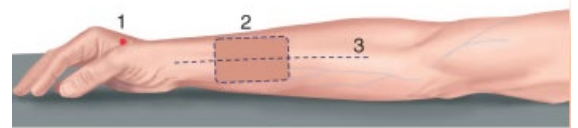
Algunas de las técnicas fundamentales utilizadas en cirugía plástica:

- **Injertos:** Los injertos son una técnica en la que se toma tejido de una parte del cuerpo y se transfiere a otra parte del cuerpo para reparar o reconstruir defectos. Los injertos pueden ser de piel, hueso, cartílago o grasa y se utilizan comúnmente en la reconstrucción de la mama después de una mastectomía, la reconstrucción facial después de una lesión o la reconstrucción de la piel después de quemaduras. (1)



- **Colgajos:** Los colgajos son una técnica en la que se toma una sección de tejido que contiene su propio suministro de sangre y se trasplanta a otra área del cuerpo. Los colgajos pueden ser utilizados para la reconstrucción de la mama, la reconstrucción facial y la reconstrucción de la extremidad. (1-2)

1.1. Injertos



Un injerto es un procedimiento quirúrgico en el que se trasplanta tejido o material de una parte del cuerpo o de un donante a otra parte del cuerpo del paciente. El objetivo del injerto es reemplazar, reparar o reconstruir tejido que ha sido dañado o perdido debido a una lesión, enfermedad o cirugía previa.

1.1.1 Indicaciones de Injerto

Las indicaciones de un injerto dependen del tipo de injerto y del área del cuerpo en la que se va a realizar. Algunas de las indicaciones más comunes incluyen: (1)

Injertos de piel: se utilizan para reparar o reemplazar la piel dañada por quemaduras, heridas, úlceras, cirugías previas, entre otros.

Injertos óseos: se utilizan para reparar fracturas, para corregir deformidades óseas, para reemplazar huesos perdidos o dañados debido a enfermedades como el cáncer, para fortalecer los huesos debilitados por la osteoporosis, entre otros.

Injertos de tejido conectivo: se utilizan para reforzar o reparar estructuras de soporte como los ligamentos, los tendones, los músculos y las fascias.

Injertos de cartílago: se utilizan para reparar o reemplazar cartílago dañado o perdido debido a lesiones o enfermedades como la osteoartritis.

Las indicaciones específicas del injerto dependerán de la afección o la lesión que se esté tratando, así como de la edad, la salud general y los factores de riesgo del paciente. (2)

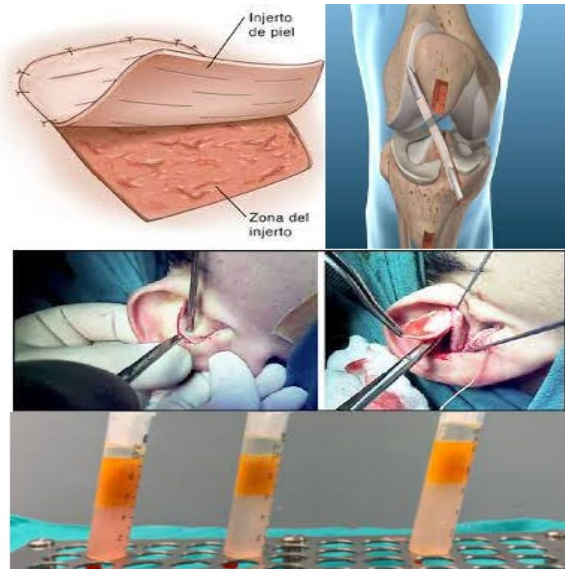
1.1.2. Contraindicaciones para Injertos

Existen algunas contraindicaciones para la realización de injertos, que incluyen:

- Enfermedades autoinmunitarias: las personas con enfermedades autoinmunitarias, como lupus, esclerodermia o artritis reumatoide, pueden tener un mayor riesgo de complicaciones después de un injerto debido a su sistema inmunológico comprometido. (2)
- Infecciones activas: cualquier infección activa en el área del cuerpo donde se realizará el injerto debe tratarse antes de que se realice el procedimiento.
- Trastornos de coagulación: si una persona tiene un trastorno de coagulación, como hemofilia, puede tener un mayor riesgo de sangrado excesivo durante el procedimiento. (2)
- Cicatrización anormal: las personas que tienen antecedentes de cicatrización anormal, como queloides o cicatrices hipertróficas, pueden no ser buenos candidatos para un injerto.
- Embarazo o lactancia: la realización de un injerto durante el embarazo o la lactancia no es recomendable, ya que puede afectar la salud del feto o del recién nacido.
- Tabaco y alcohol: fumar o beber en exceso puede afectar la cicatrización después del injerto y aumentar el riesgo de complicaciones.

1.1.3. Tipos de Injerto

Existen varios tipos de injertos que se utilizan en cirugía plástica y reconstructiva, los cuales se clasifican según el tipo de tejido utilizado:



- Injertos de piel: se utilizan para cubrir áreas de la piel que han sido dañadas por quemaduras, heridas o cirugía. Los injertos de piel pueden ser tomados del propio cuerpo del paciente (injerto autólogo), de un donante (injerto alogénico) o de una fuente animal (injerto xenogénico). (2)
- Injertos de hueso: se utilizan para reconstruir huesos dañados por fracturas, tumores o defectos congénitos. Los injertos de hueso pueden ser autólogos (tomados del propio cuerpo del paciente), alogénicos (de un donante) o sintéticos (hechos de materiales artificiales).

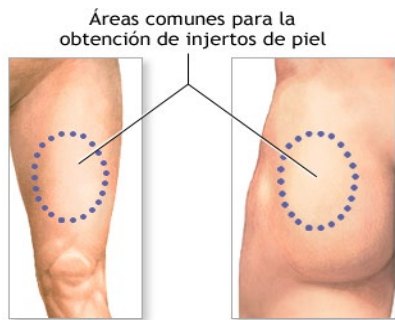
- Injertos de cartílago: se utilizan para reconstruir áreas de cartílago dañadas o deformadas, como en la nariz o las orejas. Los injertos de cartílago pueden ser autólogos, alogénicos o sintéticos.
- Injertos de grasa: se utilizan para rellenar áreas de la cara y el cuerpo que han perdido volumen, como los labios, las mejillas o los glúteos. Los injertos de grasa son autólogos y se toman de otra parte del cuerpo del paciente.
- Injertos de tendón: se utilizan para reparar tendones dañados o rotos en las manos, los brazos o las piernas. Los injertos de tendón pueden ser autólogos o alogénicos. (2)

1.1.4. Técnicas de Recolección de Injertos

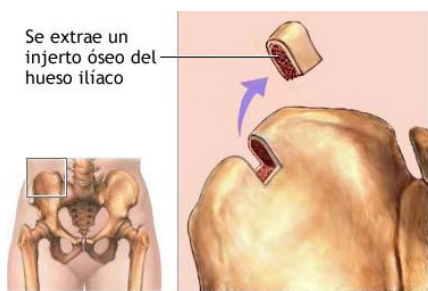
La recolección de injertos es una técnica comúnmente utilizada en cirugía plástica para trasplantar tejidos de una parte del cuerpo a otra. Algunas de las técnicas de recolección de injertos más comunes: (2)

- Injertos de piel: La piel se puede tomar de áreas donantes como el abdomen, muslos o espalda. La piel se corta en forma de una lámina delgada y se trasplanta en la zona receptora. En

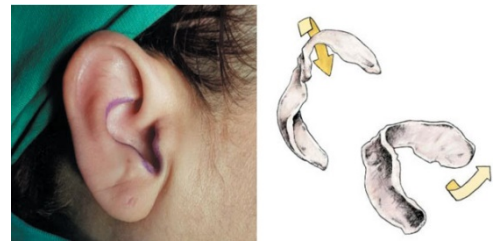
algunos casos, se utiliza una técnica llamada "meshing", en la que se hace una serie de cortes en la piel para permitir que se extienda y cubra un área más grande.



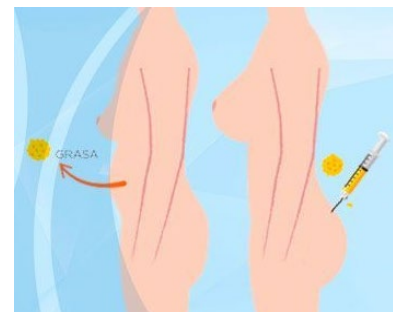
- Injertos de hueso: Los injertos de hueso se pueden tomar de diferentes partes del cuerpo, incluyendo la cadera, la tibia o el cráneo. La técnica más común es la recolección de hueso autólogo, en la que se toma hueso del propio paciente. En algunos casos, se utiliza hueso de banco de tejidos o hueso sintético. (2)



- Injertos de cartílago: El cartílago se puede tomar de la oreja, la costilla o la nariz. La técnica más común es la recolección de cartílago autólogo, en la que se toma cartílago del propio paciente.



- Injertos de grasa: La grasa se puede tomar de áreas donantes como el abdomen, los muslos o las caderas. La grasa se succiona a través de una técnica de liposucción y se procesa antes de ser trasplantada en la zona receptora.

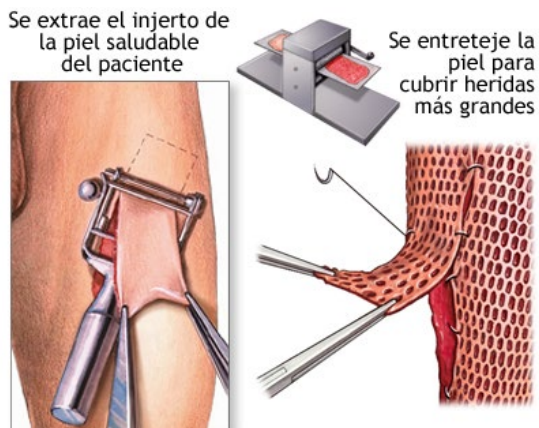


- Injertos de fascia: La fascia es una capa delgada de tejido conectivo que se encuentra debajo de la piel. Se puede tomar de áreas donantes como el abdomen o la parte inferior de la espalda. La fascia se corta en forma de una lámina delgada y se trasplanta en la zona receptora. (3)



1.1.5. Técnica para colocación de Injertos

La técnica para realizar injertos puede variar dependiendo del tipo de injerto y del área donde se vaya a realizar. Sin embargo, en términos generales, el proceso de injerto sigue los siguientes pasos: (3)



- Preparación del área donante: se realiza una limpieza y desinfección del área donde se va a extraer el tejido o células para el injerto.
- Extracción del tejido o células donantes: se extrae el tejido o células de la zona donante mediante una técnica quirúrgica específica que puede incluir la utilización de instrumentos manuales o de dispositivos de succión.
- Preparación del área receptora: se prepara el área donde se va a realizar el injerto, limpiando y desinfectando la zona.

- Inserción del tejido o células donantes: se inserta el tejido o células en la zona receptora mediante una técnica quirúrgica específica que puede incluir la utilización de instrumentos manuales o de dispositivos de inyección. (3)

- Fijación del injerto: en algunos casos, es necesario fijar el injerto para asegurar su correcta ubicación en la zona receptora.
- Cierre de la herida: una vez finalizado el proceso de injerto, se cierra la herida y se realiza la curación correspondiente.

1.1.6. Rechazo del Injerto

El rechazo del injerto ocurre cuando el sistema inmunológico del cuerpo identifica al tejido o células injertados como cuerpos extraños y los ataca. Esto puede suceder en cualquier tipo de injerto, ya sea de piel, hueso, cartílago u otro tejido.



El rechazo del injerto puede manifestarse como inflamación, enrojecimiento, dolor y fiebre, y puede ocurrir poco después del procedimiento o incluso semanas después.

Para prevenir el rechazo del injerto, se utilizan técnicas de compatibilidad de tejidos y medicamentos inmunosupresores, que ayudan a prevenir la reacción del sistema inmunológico del cuerpo. Estos medicamentos se prescriben antes y después del procedimiento y su dosis y duración dependen del tipo de injerto y del paciente.

(3)

1.2. Colgajo

Un colgajo es un procedimiento quirúrgico en el cual un segmento de tejido, que puede incluir piel, músculo, grasa, hueso o una combinación de estos, se traslada de una parte del cuerpo a otra para reparar o reconstruir una zona afectada.

El colgajo se mantiene unido a su origen vascular (sistema de vasos sanguíneos) para mantener su irrigación sanguínea y supervivencia. (8)

Los colgajos se utilizan comúnmente para la reconstrucción de partes del cuerpo después de la extirpación de tumores, para reparar heridas, para la reconstrucción de la mama después de una mastectomía, para la reconstrucción de la cabeza y el cuello después de una cirugía por cáncer, para la

reconstrucción facial después de una lesión, entre otras aplicaciones.

1.2.1. Tipos de Colgajos

Existen diversos tipos de colgajos, los cuales se clasifican según su origen, diseño y técnica quirúrgica utilizada para su obtención.

Algunos de los tipos de colgajos son:

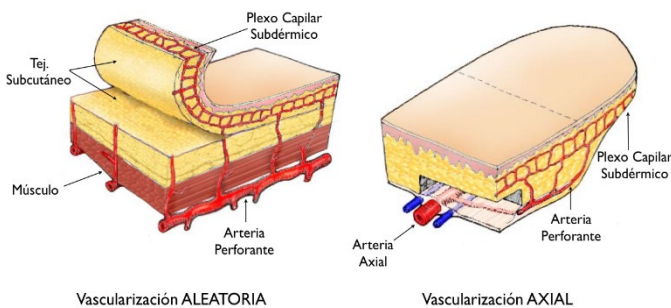
- Colgajo cutáneo: este tipo de colgajo se obtiene a partir de piel y tejido subcutáneo de la zona alejada a la lesión o área a reconstruir. Pueden ser pediculados, es decir, mantener unido a su origen vascular, o libres, en los que se cortan los vasos sanguíneos que lo nutren y se vuelven a conectar en la zona receptora. (3)
- Colgajo muscular: este tipo de colgajo se obtiene a partir de un músculo o grupo de músculos, que se trasladan junto con la piel y el tejido subcutáneo adyacente. Este tipo de colgajo es útil para cubrir áreas grandes que necesiten un aporte de sangre extra.
- Colgajo osteomuscular: se trata de un colgajo que incluye un hueso y músculo adyacente, y se utiliza para la reconstrucción de defectos óseos o musculares.
- Colgajo de perforante: en este tipo de colgajo, se toma un pequeño segmento de piel y tejido subcutáneo de una

zona alejada del área a tratar, el cual se traslada mediante una conexión con los vasos sanguíneos perforantes. (4)

- Colgajo compuesto: este tipo de colgajo incluye diferentes tipos de tejido, como piel, grasa, músculo y hueso. Se utiliza para la reconstrucción de defectos complejos.

1.2.2. Indicaciones para colocación de Colgajos

Los colgajos pueden ser utilizados para reconstruir diferentes partes del cuerpo, por lo que las indicaciones específicas dependerán del tipo de colgajo y de la zona a tratar. Algunas de las indicaciones más comunes para la colocación de colgajos son:



- Reconstrucción de lesiones traumáticas o congénitas.
- Cirugía oncológica, como en la reconstrucción mamaria después de una mastectomía.
- Tratamiento de úlceras cutáneas crónicas o heridas complejas.
- Mejora de la función o estética de una parte del cuerpo, como en la cirugía de reconstrucción facial. (4)

1.2.3. Contraindicaciones para colocación de Colgajos

Existen algunas contraindicaciones para la colocación de colgajos que deben ser consideradas antes de realizar la cirugía.

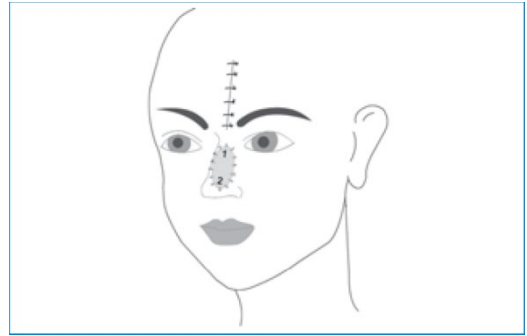
Algunas de ellas son:

- Insuficiencia vascular: Si la zona receptora del colgajo no tiene suficiente riego sanguíneo, el colgajo no se integrará correctamente y podría morir. Por lo tanto, es necesario evaluar la vascularización de la zona antes de realizar el procedimiento. (9)
- Infecciones: Si hay una infección activa en la zona receptora o en el sitio donante del colgajo, la cirugía debe posponerse hasta que la infección esté bajo control.
- Enfermedades sistémicas: Pacientes con enfermedades sistémicas no controladas como diabetes, hipertensión arterial o enfermedades cardiovasculares pueden tener un mayor riesgo de complicaciones durante la cirugía. (3-4)
- Trastornos de la coagulación: Pacientes con trastornos de la coagulación, como hemofilia o trombocitopenia, pueden tener un mayor riesgo de hemorragias durante la cirugía.

1.2.4. Técnica para colocación de Colgajos

La colocación de colgajos es una técnica quirúrgica utilizada para cubrir defectos de piel, tejido subcutáneo, músculo o hueso, y puede ser utilizada en diferentes partes del cuerpo. Se describen los pasos generales de la técnica: (4)

- Preparación del paciente: se realiza una evaluación médica previa para determinar la condición general del paciente y si existe alguna contraindicación para la cirugía. Se realiza una evaluación de la zona a tratar y se prepara la piel.
- Diseño del colgajo: se realiza una evaluación detallada del defecto a cubrir y se diseña el colgajo de acuerdo a su forma, tamaño y localización. Esto puede implicar la utilización de diferentes técnicas de dibujo o plantillas. (4-5)
- Preparación del colgajo: se realiza la preparación del colgajo en la zona donante, que puede ser de piel, músculo, grasa o una combinación de estos. Se realiza una incisión y se separa el colgajo del tejido subyacente, dejando una base vascularizada para asegurar su supervivencia.



- Elevación del colgajo: se realiza la elevación del colgajo desde su base vascularizada, preservando los vasos sanguíneos y nervios que lo nutren. El colgajo se eleva cuidadosamente para evitar daños en la vascularización.
- Fijación del colgajo: una vez elevado el colgajo, se fija en la zona receptora mediante suturas o grapas quirúrgicas. La técnica utilizada para la fijación depende del tipo de colgajo y de la zona en la que se coloque.
- Cierre de la zona donante: se cierra la zona donante con suturas para minimizar la pérdida de sangre y reducir el riesgo de infección. (5)
- Cuidados postoperatorios: se administran analgésicos y antibióticos según la prescripción médica. Se realiza un seguimiento postoperatorio para asegurar la correcta cicatrización del colgajo y la ausencia de complicaciones.

1.2.5. Rechazo de Colgajos

El rechazo de colgajos puede ocurrir cuando el tejido trasplantado no recibe suficiente oxígeno y nutrientes para su supervivencia, lo que puede provocar la muerte del tejido y la falla del colgajo. Los siguientes factores pueden contribuir al rechazo de los colgajos:

Problemas con la vascularización: El colgajo debe tener suficiente suministro de sangre y oxígeno para sobrevivir. Si la vascularización del colgajo se ve comprometida, puede provocar la muerte del tejido. (5-6)

Infección: Una infección en la zona receptora o donante puede provocar la muerte del tejido y la falla del colgajo.

Mala técnica quirúrgica: Una técnica quirúrgica deficiente puede provocar daños en los vasos sanguíneos y nervios, lo que puede afectar la vascularización del colgajo.

Edema: El edema (acumulación de líquido en los tejidos) puede provocar una disminución en la oxigenación del tejido y, por lo tanto, la muerte del tejido.

Enfermedades preexistentes: Las enfermedades que afectan el flujo sanguíneo, como la diabetes y la enfermedad vascular periférica, pueden aumentar el riesgo de rechazo del colgajo.

1.2.6. Bibliografía

1. Sopena, J. J. (2021). Técnicas quirúrgicas. Casos clínicos de cirugía de la piel. Grupo Asís Biomedica SL.
2. Martínez, M. G., Pefaure, J., Mackfarlane, M., & Quevedo, E. (2022). Colgajo microquirúrgico antebraquial en cirugía reconstructiva. *Rev. argent. cir. plást*, 75-80.
3. Valenzuela, F. J. L., Cáceres, S. E. R., Alvarado, P. C. C., & Veliz, A. E. G. (2020). Nuevas tendencias en la cirugía plástica reconstructiva. *RECIAMUC*, 4(3), 158-166.
4. Irigaray, A., & Turnes, A. L. (2020). Cirugía plástica, reparadora y estética en Uruguay. *Historia e historias*.
5. Martínez, H. J. M. (2023). Injertos de tejido adiposo y sus aplicaciones en cirugía plástica y estética. *Revista Diversidad Científica*, 3(2), 271-279.
6. Sabando, T. D. C., Bravo, G. N. D., Zevallos, M. Z., & Cano, J. G. C. (2022). Cirugía reconstructiva de cánceres de piel y tejidos blandos: Manejo y complicaciones. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 6(4), 548-556.

⊕ **ZURITA VELASCO DANIEL ALEJANDRO**

Médico Cirujano Hospital General Docente de Calderón

Nefrología/ Insuficiencia Renal Crónica

2. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA



2.1. Definición

La insuficiencia renal crónica (IRC) es una condición médica caracterizada por la pérdida gradual y permanente de la función renal a lo largo del tiempo. (1)

La enfermedad renal crónica en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (en el sedimento, las pruebas de imagen) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal, o un filtrado glomerular $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ sin otros signos de lesión renal. Las guías KDIGO (*Kidney Disease: Improving Global Outcomes*) han incluido a los trasplantados renales independientemente del grado de lesión renal que presenten (1)

La gravedad de la enfermedad renal crónica se ha clasificado en 5 estadios en función del filtrado glomerular y de la presencia de proteinuria (tabla 1). El deterioro del filtrado glomerular es una característica de los

estadios 3-5, sin que sea necesaria la presencia de otros signos de lesión renal, la cual sí se requiere en el estadio 1 y 2 (1-2)

Las guías KDIGO han introducido a los pacientes trasplantados renales, independientemente del grado de fallo renal que presenten.

La gravedad de la ERC se ha clasificado en 5 categorías o grados en función del FG y 3 categorías de albuminuria (1)

KDIGO 2012			Albuminuria		
			Categorías, descripción y rangos		
Filtrado glomerular Categorías, descripción y rangos (ml/min/1,73 m ²)			A1	A2	A3
			Normal a ligeramente elevada	Moderadamente elevada	Gravemente elevada
			$< 30 \text{ mg/g}^*$	$30\text{-}300 \text{ mg/g}^*$	$> 300 \text{ mg/g}^*$
G1	Normal o elevado	≥ 90			
G2	Ligeramente disminuido	60-89			
G3a	Lidera a moderadamente disminuido	45-59			
G3b	Moderada a gravemente disminuido	30-44			
G4	Gravemente disminuido	15-29			
G5	Fallo renal	< 15			

Tabla 1: Clasificación de ERC

Tomado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-enfermedad-renal-cronica-el-paciente-S0211139X16300233>, Rescatado 21/06/2022

Esta clasificación, que va sufriendo ligeros cambios sutiles con el tiempo, tiene la ventaja de unificar el lenguaje a la hora de referirnos a la definición y magnitud del problema, definido previamente como ERC. Por todo ello la metodología para la medición del FG y la determinación de la proteinuria, son herramientas claves para el diagnóstico y manejo de la ERC.

2.2. Epidemiología

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de salud pública importante. (2) Una revisión sistemática, basada en estudios poblacionales de países desarrollados, describió una prevalencia media de 7,2% (individuos mayores de 30 años) (2)

Enfermedad Renal Crónica



2.3. Etiología

La etiología o las causas de la insuficiencia renal crónica (IRC) son diversas y pueden variar según la población y las condiciones médicas individuales.

Diabetes Mellitus: La diabetes es una causa común de insuficiencia renal crónica. La hiperglucemia crónica daña los vasos sanguíneos y los glomérulos renales, lo que con el tiempo puede llevar a la pérdida de función renal.

Hipertensión Arterial: La presión arterial elevada a largo plazo puede dañar los pequeños vasos sanguíneos en los riñones y afectar su capacidad para filtrar la sangre de manera efectiva. (2)

Enfermedades Glomerulares: Varias enfermedades que afectan los glomérulos renales pueden causar insuficiencia renal

crónica. Algunos ejemplos incluyen la glomerulonefritis, una inflamación de los glomérulos, y la nefropatía por IgA.

Enfermedades Poliquísticas del Riñón: Las enfermedades genéticas, como la enfermedad renal poliquística, pueden llevar al crecimiento anormal de quistes en los riñones, interfiriendo con su función normal. (2)

Obstrucción de las Vías Urinarias: La obstrucción persistente de las vías urinarias, ya sea debido a cálculos renales, tumores u otras causas, puede causar daño renal crónico.

Infecciones Crónicas del Riñón: Las infecciones renales recurrentes o infecciones crónicas pueden dañar los tejidos renales y llevar a la insuficiencia renal.

Enfermedades Autoinmunes: Trastornos autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico (LES) o la vasculitis pueden afectar los riñones y causar insuficiencia renal crónica.

Uso Prolongado de Medicamentos Nefrotóxicos: Algunos medicamentos, especialmente aquellos con propiedades nefrotóxicas, pueden dañar los riñones con el uso prolongado. (1-3)

Lesiones Renales Agudas Reiteradas: Episodios repetidos de lesiones renales agudas pueden acumularse y contribuir al desarrollo de insuficiencia renal crónica.

Factores Hereditarios: Algunas personas pueden tener predisposición genética a desarrollar enfermedades renales crónicas.

2.4. Factores de riesgo



Se han descrito numerosos factores de riesgo de inicio y de progresión de la ERC, que a su vez, pueden potenciar el efecto de la enfermedad renal primaria si es el caso.

Condiciones no modificables: edad, sexo, raza, bajo peso al nacer. (3)

Alteraciones comórbidas potencialmente modificables, y que de forma directa o indirecta pueden inducir daño renal: HTA, diabetes, obesidad, dislipemia, tabaquismo, hiperuricemia, hipoalbuminemia, enfermedad cardiovascular (3)

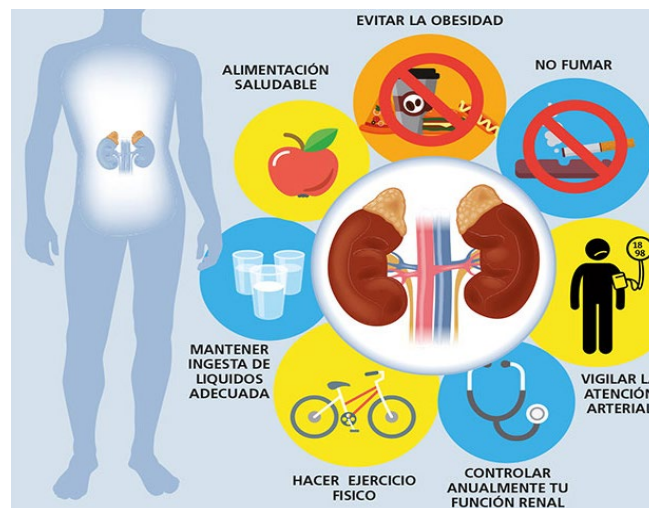
2.5. Prevención

La prevención de la insuficiencia renal crónica (IRC) implica abordar los factores de riesgo conocidos y adoptar un estilo de vida saludable. Para aquellos con diabetes, es crucial mantener un control adecuado de los niveles de glucosa en sangre, reduciendo así significativamente el riesgo de desarrollar complicaciones renales. (4)

Mantener la presión arterial dentro de los niveles normales es esencial para la salud renal. Esto implica adoptar un estilo de vida saludable, como reducir la ingesta de sodio, hacer ejercicio regularmente y tomar medicamentos según las indicaciones médicas.

Una dieta equilibrada y saludable es fundamental para prevenir la insuficiencia renal crónica. Esto incluye limitar la ingesta de sodio, moderar el consumo de proteínas, controlar la ingesta de líquidos y evitar alimentos procesados y ricos en grasas. (3-4)

Mantener una buena hidratación es importante, pero también es crucial evitar el consumo excesivo de líquidos. La cantidad de líquidos necesaria puede variar según las condiciones de salud individuales.



El control del peso corporal mediante una dieta equilibrada y ejercicio regular puede reducir el riesgo de obesidad y, por ende, el riesgo de desarrollar insuficiencia renal.

Dejar de fumar y evitar la exposición al humo del tabaco ayuda a preservar la salud vascular, incluyendo la salud de los vasos sanguíneos renales.

El consumo excesivo de alcohol puede tener efectos negativos en los riñones. Limitar la cantidad de alcohol ingerida contribuye a mantener la salud renal.

La actividad física regular es beneficiosa para la salud general, incluida la salud renal. El ejercicio puede ayudar a controlar la presión arterial y mejorar la circulación.

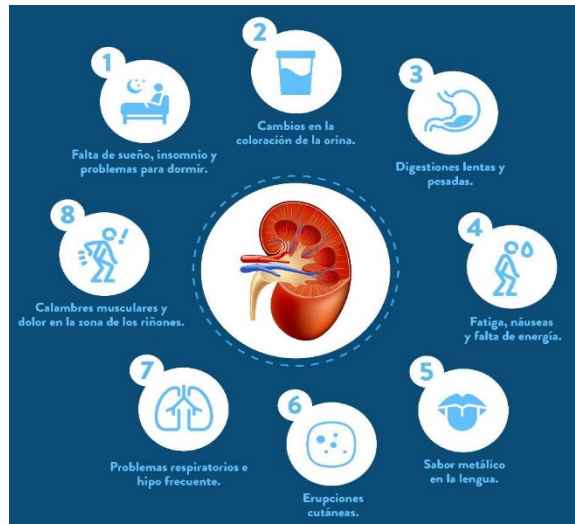
Si se tienen enfermedades autoinmunes o hereditarias que aumentan el riesgo de insuficiencia renal crónica, es importante trabajar en estrecha colaboración con los profesionales de la salud para gestionar y controlar estas condiciones. (4)

Las revisiones médicas periódicas pueden ayudar a identificar y abordar tempranamente cualquier signo de problemas renales.

Evitar el uso excesivo de medicamentos nefrotóxicos y limitar la exposición a sustancias tóxicas puede ayudar a preservar la función renal.

2.6. Clínica o sintomatología

Cuando la función renal está sólo mínimamente alterada (filtrado glomerular: 70-100% del normal), la adaptación es completa y los pacientes no muestran síntomas urémicos (3)



Alteraciones electrolíticas: se producen anomalías en los niveles de diferentes electrolitos como el potasio y el bicarbonato.

Manifestaciones cardiovasculares: hipertensión arterial, que se encuentra hasta en el 80% de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

Alteraciones gastrointestinales: anorexia, náuseas y vómitos. Un signo característico es el fétor urémico, olor amoniacal producido por los metabolitos nitrogenados en la saliva

Alteraciones dermatológicas: el signo característico es el color pajizo de la piel, producido por la anemia y por el acúmulo de urocromos. El prurito (picor) es también muy frecuente y muy molesto.

Alteraciones neurológicas: es típica la aparición de la encefalopatía urémica, que se manifiesta como una alteración cognitiva que va desde una dificultad para concentrarse hasta el coma profundo. También puede aparecer una polineuropatía que al principio es sensitiva pero que, si avanza, se hace también motora.

Alteraciones hematológicas: un signo precoz en la evolución de una insuficiencia renal crónica es la anemia,

Alteraciones hormonales: en el hombre provoca fundamentalmente impotencia y oligospermia (disminución en la producción de espermatozoides). En la mujer provoca alteraciones en ciclo menstrual y frecuentemente amenorrea (falta de menstruaciones).

2.7. Diagnóstico

El diagnóstico de insuficiencia renal crónica (IRC) se basa en una combinación de criterios clínicos, de laboratorio y de imagenología. Los criterios utilizados para evaluar la IRC:

✚ Filtrado glomerular disminuido:

El filtrado glomerular (FG) es una medida de la tasa de filtración de la sangre a través de los glomérulos renales. La IRC se caracteriza por una disminución sostenida del FG. Se utiliza la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) calculada a partir de la creatinina sérica y otros factores, como la edad, el sexo y la raza. (4-5)



✚ Duración de la alteración renal:

Se requiere evidencia de que la disminución en el filtrado glomerular ha estado presente durante al menos tres meses. Esto ayuda a distinguir la insuficiencia renal crónica de problemas renales agudos y temporales. (5)

✚ Hallazgos de laboratorio:

Además de la creatinina sérica y la tasa de filtración glomerular estimada, otros

marcadores de laboratorio pueden ser útiles en la evaluación de la IRC, como la presencia de proteínas en la orina (proteinuria) y la presencia de glóbulos rojos o glóbulos blancos en la orina. (5)

✚ Historia clínica:

La evaluación de la historia clínica del paciente, incluyendo antecedentes médicos, síntomas y posibles factores de riesgo, es esencial para comprender la causa subyacente de la insuficiencia renal crónica.

✚ Diagnóstico por la imagen

La ecografía es una prueba obligada en todos los casos para comprobar primariamente que existen dos riñones, medir su tamaño, analizar su morfología y descartar la obstrucción urinaria [21].

2.7.1. Hallazgos ecográficos en la ERC

1) Disminución del tamaño renal. El tamaño renal normal oscila entre 9-13 cm.



Riñón derecho normal

Riñón derecho con ERC

Un tamaño renal inferior a 9 cm se considera anormal, aunque hay que tener en cuenta los datos antropométricos del paciente ya que el tamaño renal se relaciona con la edad, el sexo, la altura y la superficie corporal, entre otros factores. (5)

Sin embargo, la poliquistosis renal, la amiloidosis o la diabetes pueden cursar con riñones de tamaño normal o aumentado.

Una diferencia de tamaño superior a 2 cm puede ser debida a alteraciones de la arteria renal, reflujo vesicoureteral o diversos grados y formas de agenesia o hipoplasia renal [22].

2) Adelgazamiento de la corteza renal.

Generalmente en la práctica, un espesor del parénquima menor de 1 cm indica cronicidad.

El adelgazamiento cortical suele ser más frecuente en la nefropatía vascular y puede indicar daño renal relacionado con la nefroangiosclerosis. (Figura 1)

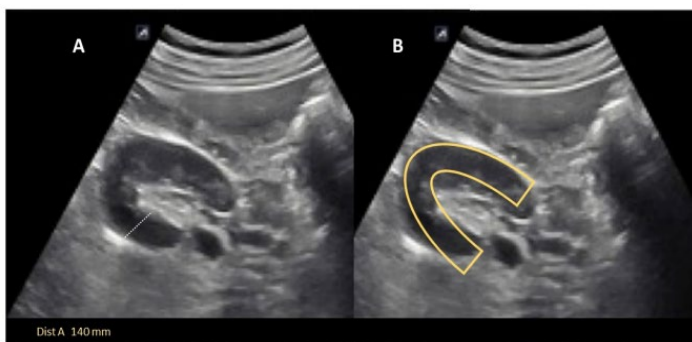


Figura 1: Imagen de riñón transverso (forma de C en imagen B) con parénquima normal de 1.4cm (líneas de puntos en imagen A)

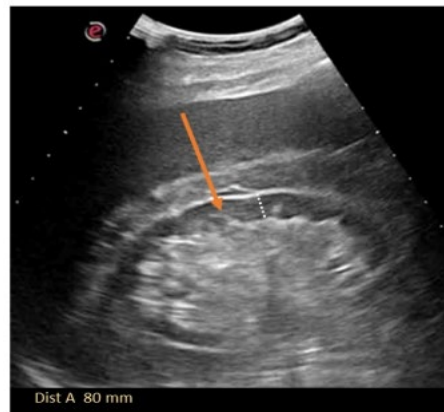


Figura 2: Adelgazamiento cortical (flecha y línea de puntos)

3) Riñones desestructurados, en los cuales no podemos identificar las estructuras renales; corteza renal, parénquima, médula, seno renal, etc. (4)

4) Quistes renales. La frecuencia de quistes simples se incrementa al progresar el trastorno renal.

2.7.2. Hallazgos Ecografía Doppler en la ERC

La eco-Doppler es útil en manos experimentadas como primer escalón diagnóstico de la estenosis unilateral o bilateral de la arteria renal [20].

- Doppler Color: Suele ser normal o perfusión discretamente disminuida.

- Doppler pulsado: Registro espectral con disminución de la altura de la diástole o desaparición de ésta. Índice de resistencia aumentado, por encima de 0.8 [20].

2.7.3. Biopsia Renal:

En algunos casos, se puede realizar una biopsia renal para obtener una muestra de tejido renal y evaluar la causa subyacente de la enfermedad. (5)



2.8. Tratamiento

El tratamiento de la insuficiencia renal crónica (IRC) se centra en ralentizar la progresión de la enfermedad, controlar los síntomas y manejar las complicaciones asociadas. El plan de tratamiento puede variar según la causa subyacente de la IRC y la etapa de la enfermedad.

✚ **Objetivos del tratamiento:**

- **Presión arterial:** en pacientes con enfermedad renal crónica debe ser $\leq 130/85$ mmHg. En caso de proteinuria > 1 g/24 h debe ser $\leq 125/75$ mmHg (5)
- **Proteinuria:** el objetivo es reducir la proteinuria a $< 0,5$ g/día, e idealmente llevarla a rango microalbuminúrico.
- **Manejo de la hiperuricemia:** La hiperuricemia es un factor independiente tanto para el desarrollo como para la progresión de ERC. (4)

a) **Control de Enfermedades Subyacentes:**

- **Diabetes e Hipertensión:** Si la diabetes o la hipertensión arterial son causas subyacentes, un control riguroso de estos trastornos es esencial para prevenir el deterioro adicional de la función renal.

b) **Manejo de Factores de Riesgo Modificables:**

- **Estilo de Vida Saludable:** Fomentar la adopción de hábitos saludables, como una dieta equilibrada, ejercicio regular, evitar el tabaco y limitar el consumo de alcohol.

c) **Control de la Presión Arterial:**

- **Medicamentos Antihipertensivos:** Se pueden recetar medicamentos para controlar la presión arterial y proteger los riñones.

d) **Manejo de Complicaciones y Síntomas:**

- **Control de la Anemia:** Suplementos de hierro y eritropoyetina para manejar la anemia asociada con la IRC.
- **Manejo de la Hinchazón:** Restricción de sodio en la dieta y, en algunos casos, diuréticos.

e) **Dieta Específica:**

- **Restricción de Proteínas y Fósforo:** En etapas avanzadas, puede ser necesario limitar la ingesta de proteínas y fósforo para reducir la carga sobre los riñones.

f) Medicamentos Específicos:

- Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) o Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II (ARA II): Estos medicamentos pueden ayudar a reducir la presión arterial y proteger los riñones. (5)
- Estatinas: Si es necesario, se pueden recetar estatinas para controlar los niveles de colesterol.



g) Diálisis:

- En etapas avanzadas de la enfermedad renal, cuando la función renal es insuficiente para mantener la vida, se puede requerir diálisis. La diálisis puede ser hemodiálisis o diálisis peritoneal. (6)

h) Trasplante Renal:

- El trasplante renal es una opción para algunos pacientes con IRC avanzada. Un riñón donado reemplaza al riñón dañado. (6)

i) Monitoreo Regular:

- Se requiere un seguimiento continuo con el médico, especialmente en las etapas avanzadas de la enfermedad, para ajustar el plan de tratamiento según sea necesario.

○ **En lo referente a las vacunaciones:**

Se recomienda ofrecer vacunación anual para influenza a todos los adultos con ERC, siempre y cuando no presenten contraindicaciones.

Se recomienda administrar la vacuna antineumocócica polivalente (23 serotipos) a todos los adultos con una TFG

En pacientes candidatos a trasplante renal se recomienda evaluar la pertinencia de otros esquemas de vacunación (hepatitis A, varicela, SRP, tétanos / dt) (6)

Antineumocócica. Algunos centros también vacunan contra la gripe, pero la gran variabilidad del virus gripal hace que esta última tenga una efectividad menos consistente.

-Puesta inmunitaria en los pacientes con enfermedad renal crónica puede ser necesario administrar varias dosis de las vacunas, y seguir la evolución de los niveles de anticuerpos resultantes ^[20].

2.9. Mortalidad

La mortalidad y el pronóstico de vida en la insuficiencia renal crónica (IRC) varían según diversos factores, como la etapa de la enfermedad, la presencia de complicaciones, la respuesta al tratamiento y la presencia de comorbilidades. (6)

El aumento de edad, el mayor número de comorbilidades y la falta de uso de eritropoyetina antes del inicio de la diálisis, se asocian a mayor mortalidad, mientras que valores más altos de albúmina y creatinina sérica al inicio de la diálisis se asocian a menor mortalidad al año después del comienzo del tratamiento dialítico

2.10. Complicaciones

La insuficiencia renal crónica (IRC) puede llevar a una serie de complicaciones, algunas de las cuales pueden ser graves y afectar la calidad de vida de los pacientes. Estas complicaciones pueden variar según la etapa de la enfermedad y otros factores individuales. (6)



Enfermedad Cardiovascular:

La IRC está asociada con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, como enfermedad coronaria, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y enfermedad vascular periférica. (6)

Anemia:

La disminución de la producción de eritropoyetina y la falta de capacidad de los riñones para producir células rojas de la sangre pueden llevar a la anemia en pacientes.

Trastornos del Metabolismo Óseo y Mineral:

La IRC afecta la capacidad de los riñones para regular los niveles de calcio y fósforo, lo que puede conducir a trastornos óseos y minerales, como la osteodistrofia renal. (6)

Trastornos Hidroelectrolíticos:

La acumulación de productos de desecho y la incapacidad para equilibrar adecuadamente los electrolitos en la sangre pueden llevar a trastornos hidroelectrolíticos, como hiperkalemia (aumento de los niveles de potasio) y acidosis metabólica.

Problemas Neurológicos:

La acumulación de toxinas en la sangre puede afectar la función cerebral y causar síntomas neurológicos como dificultades de concentración, confusión y, en casos graves, encefalopatía urémica.

Problemas Gastrointestinales:

La insuficiencia renal crónica puede afectar el sistema gastrointestinal y causar síntomas como náuseas, vómitos, pérdida de apetito y úlceras pépticas. (6)

Alteraciones en la Presión Arterial:

La IRC puede contribuir a la hipertensión arterial, y la hipertensión, a su vez, puede acelerar la progresión de la enfermedad renal.

Problemas Reproductivos y Endocrinos:

La insuficiencia renal crónica puede afectar la salud reproductiva y la función endocrina, lo que puede tener implicaciones en la fertilidad y el equilibrio hormonal. (6)

Trastornos Cardiovasculares Periféricos:

La IRC puede llevar a enfermedades vasculares periféricas, que afectan los vasos sanguíneos fuera del corazón y el cerebro.

Complicaciones Respiratorias:

La insuficiencia renal crónica avanzada puede afectar la función pulmonar y contribuir a complicaciones respiratorias. (6)

2.11 Bibliografía:

1. Guzmán, Y. C. G. C., Morejón, E. H., Cajiga, M. D. J. G., González, Y. R., & Sánchez, S. G. (2022). Comportamiento clínico epidemiológico de la Insuficiencia Renal Crónica en pacientes diabéticos. La Palma, 2022. Salud, Ciencia y Tecnología-Serie de Conferencias, 1, 234-234.
2. San Blas, J. C. H., Morffi, L. R., Figueredo, N. A., Díaz, A. S., Ferguson, Y. M., & Viera, Y. P. (2022). Marcadores de daño renal y progresión de la insuficiencia renal crónica en el adulto mayor. *MediCiego*, 28(1), 3068.
3. Mariscal Quispe, E., & Alvarado Angulo, M. A. (2021). Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.
4. Retamal Salazar, A. A. (2022). Caso clínico: insuficiencia renal y trasplante renal.
5. Mariscal Quispe, E., & Alvarado Angulo, M. A. (2021). Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.
6. Palomo Leon, G., & Reategui Paucar, P. C. (2022). Complicaciones de la enfermedad renal crónica que ocasionaron la muerte de pacientes en el hospital regional de Pucallpa, 2019.

⊕ **TOMALÁ RUIZ ROBERTO DANILO**

Médico Mgs. En Seguridad Clínica del Paciente y calidad de la Atención Sanitaria.

Salud Pública/Anticoncepción en Salud Pública

3. ANTICONCEPCIÓN EN SALUD PÚBLICA



La salud pública es un pilar fundamental para el desarrollo y bienestar de una nación, y dentro de este amplio espectro, la planificación familiar y la anticoncepción juegan un papel crucial. La capacidad de las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva no solo impacta su bienestar individual, sino que también tiene consecuencias directas en la salud pública de un país en su conjunto. (1) La anticoncepción en salud pública no se limita simplemente a evitar embarazos no deseados, sino que se extiende a la promoción de la salud materna, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, el control del crecimiento poblacional y la mejora general de la calidad de vida.

3.1. Definición de anticoncepción

La anticoncepción se refiere a los métodos y prácticas destinados a prevenir el embarazo.

Los métodos anticonceptivos son diversos dispositivos, sustancias o procedimientos

utilizados para prevenir el embarazo al evitar la concepción o fertilización del óvulo por un espermatozoide.

Estos métodos pueden clasificarse en diferentes categorías según su mecanismo de acción. (1)



a) Métodos de Barrera

Los métodos de barrera son una categoría de anticonceptivos que actúan físicamente impidiendo la unión del espermatozoide con el óvulo, evitando así la fertilización. (1)

- **Condomes masculinos y femeninos:** Los condones masculinos son fundas delgadas de látex, poliuretano que se colocan sobre el pene erecto antes de la actividad sexual. Actúan como barrera física para prevenir que el espermatozoide ingrese en la vagina.
- **Diafragma y capuchón cervical:** Un diafragma es un dispositivo de goma o silicona en forma de domo que se coloca dentro de la vagina antes del acto sexual. Cubre el cuello uterino y actúa como barrera física, impidiendo que los espermatozoides alcancen el óvulo. (2)

- **Esponjas Anticonceptivas:** Las esponjas anticonceptivas son dispositivos de espuma impregnados con un espermicida. Se colocan en la vagina antes del coito para bloquear y actuar como espermicida.

b) Métodos Hormonales

Los métodos hormonales son una categoría de anticonceptivos que contienen hormonas sintéticas para prevenir el embarazo. Estos métodos funcionan mediante la alteración de los niveles hormonales naturales del cuerpo para evitar la ovulación y hacer que el moco cervical sea más espeso, dificultando el paso de los espermatozoides. (1-2)

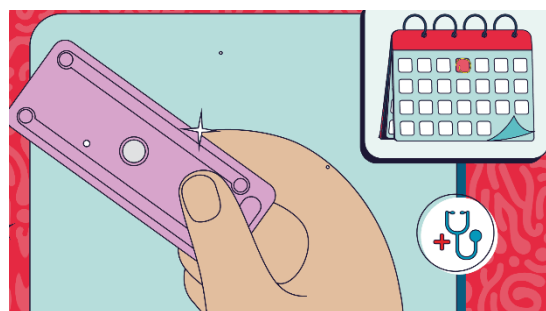
- **Píldoras anticonceptivas:** Contienen hormonas (generalmente combinaciones de estrógeno y progesterona) que inhiben la ovulación y espesan el moco cervical.
- **Parches anticonceptivos:** Liberan hormonas a través de la piel para prevenir la ovulación y modificar el moco cervical.
- **Inyecciones anticonceptivas:** Inyecciones regulares de hormonas que tienen efectos similares a las píldoras anticonceptivas. (2)
- **Implantes Subdérmicos:** Los implantes subdérmicos son pequeños dispositivos flexibles que se colocan debajo de la piel y liberan progesterona. Proporcionan protección anticonceptiva continua durante varios años.

c) Dispositivos Intrauterinos (DIU)

- **DIU de cobre:** Interfiere con la movilidad de los espermatozoides y altera el revestimiento del útero.
- **DIU hormonal:** Libera progesterona para prevenir la ovulación y espesar el moco cervical. (1-2)

d) Anticoncepción de Emergencia

La anticoncepción de emergencia, también conocida como la "píldora del día después" o píldora de emergencia, es un método para prevenir el embarazo después de haber tenido relaciones sexuales sin protección o cuando la anticoncepción regular ha fallado.



- **Píldora del día después:** Contiene hormonas que previenen o retrasan la ovulación, interfieren con la fertilización o impiden que un óvulo fertilizado se implante en el útero. (2) La "píldora del día después", es una píldora que contiene levonorgestrel o ulipristal acetato, hormonas que pueden prevenir o retrasar la ovulación y afectar la implantación del óvulo en el útero. Es más efectiva cuando se toma lo antes posible.

e) Métodos Naturales



- Método del ritmo o del calendario: Se basa en la identificación de los días fértiles e infértiles del ciclo menstrual.
- Método de la temperatura basal: Se basa en la medición diaria de la temperatura corporal basal para identificar la ovulación.
- Método del moco cervical: Observación de cambios en la consistencia del moco cervical para determinar la fase del ciclo menstrual. (2)

f) Esterilización



- Ligadura de trompas: Procedimiento quirúrgico que bloquea o corta las trompas de Falopio en las mujeres.
- Vasectomía: Procedimiento quirúrgico que corta o bloquea los conductos deferentes en los hombres.

g) Métodos de Retiro

- Coitus interruptus: Método en el cual el hombre retira el pene de la vagina antes de la eyaculación.

h) Otros Métodos



- Esponjas anticonceptivas: Dispositivos en forma de esponja impregnados con un espermicida.
- Preservativos femeninos: Bolsas delgadas y lubricadas que se colocan en la vagina para evitar el contacto entre los espermatozoides y el óvulo.

Es fundamental que las personas elijan el método anticonceptivo que se adapte mejor a sus necesidades y circunstancias individuales. La consulta con profesionales de la salud es esencial para tomar decisiones informadas sobre anticoncepción. (3)

3.2. Importancia en la salud pública



- **Control de la población**

La anticoncepción ayuda a las personas a tomar decisiones informadas sobre la cantidad y el espaciamiento de los hijos, lo que contribuye al control de la población. (4)

Al proporcionar acceso a métodos anticonceptivos efectivos, se facilita la planificación familiar y se permite a las personas tomar decisiones informadas sobre el tamaño de sus familias. Este control voluntario de la fertilidad contribuye significativamente a la reducción de embarazos no deseados, disminuyendo así las tasas de natalidad no planificada.

- **Salud materna e infantil**

Planificar el embarazo permite a las mujeres acceder a atención médica adecuada antes y durante el embarazo, mejorando la salud materna e infantil.

La reducción de los embarazos no deseados tiene un impacto directo en la salud materna e infantil, al permitir a las mujeres buscar atención prenatal temprana y planificar sus embarazos de manera óptima. (4)

- **Economía y desarrollo**

La planificación familiar contribuye al desarrollo sostenible al permitir que las personas tomen decisiones educativas y laborales más informadas.

- **Empoderamiento de la Mujer**

Proporciona a las mujeres el control sobre su salud reproductiva, permitiéndoles tomar decisiones informadas sobre el momento y el número de hijos que desean tener. (4)

- **Reducción de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)**

La promoción de métodos anticonceptivos, como el condón, no solo previene embarazos no deseados sino que también reduce la propagación de ETS. (4)

- **Educación y Oportunidades**

Permite que las mujeres accedan a la educación y participen en oportunidades laborales, ya que pueden planificar sus carreras sin las limitaciones impuestas por embarazos no planificados.

- **Salud Mental y Bienestar**

La capacidad de planificar y decidir sobre la propia reproducción contribuye al bienestar emocional y mental de las personas, al reducir el estrés asociado con embarazos no deseados.

- **Prevención de Abortos Inseguros**

El acceso a métodos anticonceptivos reduce la necesidad de recurrir a abortos inseguros, disminuyendo así los riesgos para la salud de las mujeres. (4)

- **Equidad de Género**

Contribuye a la equidad de género al permitir que las mujeres tomen decisiones autónomas sobre su salud y su vida reproductiva.

- **Reducción de Cargas en los Sistemas de Salud**

Al prevenir embarazos no deseados, se reducen las cargas en los sistemas de salud al minimizar la necesidad de atención médica relacionada con el embarazo y el parto. (4)

- **Prevención de la Transmisión Vertical de Enfermedades**

En casos de enfermedades infecciosas, la anticoncepción puede ayudar a prevenir la transmisión vertical de enfermedades de madre a hijo.

Promoción de la Responsabilidad Parental

Permite a los individuos asumir la responsabilidad de ser padres cuando están listos y dispuestos, creando entornos más propicios para la crianza de hijos.

La implementación exitosa de programas de anticoncepción en salud pública implica una combinación de acceso, educación de calidad.

3.3. Acceso y equidad

Es fundamental que los métodos anticonceptivos estén disponibles y sean asequibles para todas las personas, independientemente de su nivel socioeconómico.



El acceso a métodos anticonceptivos se erige como un componente esencial dentro de las políticas de salud pública de cualquier nación, siendo su disponibilidad un pilar fundamental para el bienestar individual y el desarrollo sostenible de la sociedad en su conjunto. La garantía de una amplia gama de métodos anticonceptivos fácilmente accesibles en centros de salud, farmacias y clínicas es imperativa para empoderar a las personas en sobre su salud reproductiva.



Este acceso no solo debe ser una cuestión de disponibilidad física, sino también de asequibilidad económica. La equidad en el acceso a métodos anticonceptivos es esencial, haciendo hincapié en la necesidad de hacerlos financieramente alcanzables para todos.

Además, la consideración de las necesidades específicas de poblaciones vulnerables es crucial para abordar disparidades en el acceso. Este enfoque debe extenderse a adolescentes que están dando sus primeros pasos en la vida adulta, a personas de bajos ingresos que podrían enfrentar restricciones financieras y a comunidades rurales que a menudo tienen un acceso limitado a servicios de salud.

Garantizar que estos grupos vulnerables tengan acceso a información precisa, asesoramiento y métodos anticonceptivos adaptados a sus circunstancias específicas no solo promueve la equidad, sino que también contribuye a la prevención de embarazos no deseados y la promoción de la salud reproductiva en toda la sociedad.

3.4. Educación Sexual Integral

La implementación efectiva de programas de educación sexual integral es un componente esencial para fortalecer la toma de decisiones informadas sobre la salud sexual y reproductiva.



En este sentido, se propone la ejecución de programas educativos que aborden estas temáticas desde una edad temprana, dotando a individuos, especialmente a jóvenes, con información precisa sobre los métodos anticonceptivos y la planificación familiar. Este enfoque temprano contribuye a la construcción de una base sólida de conocimiento que empodera a las personas para tomar decisiones responsables y conscientes sobre su salud reproductiva a lo largo de sus vidas. (5)

Además, el acceso a información clara y concisa es fundamental para la promoción de la anticoncepción.

La promoción efectiva y las campañas de concienciación desempeñan un papel crucial en el fortalecimiento de la adopción de

prácticas saludables relacionadas con la anticoncepción y la planificación familiar. En este sentido, llevar a cabo campañas de concienciación a nivel comunitario y nacional se convierte en una estrategia fundamental.

Estas campañas deben destacar la importancia de la anticoncepción en la promoción de la salud reproductiva y los beneficios asociados con la planificación familiar. Al abordar a la comunidad en su conjunto, se busca crear una comprensión colectiva sobre la relevancia de tomar decisiones informadas. (5)

Garantizar que la información sobre métodos anticonceptivos esté fácilmente disponible en las comunidades es esencial. Esto puede lograrse mediante la distribución de folletos informativos, charlas comunitarias y el aprovechamiento de recursos en línea que proporcionen orientación sobre los métodos disponibles, beneficios y efectos secundarios.

Asimismo, se destaca la importancia del asesoramiento personalizado en los centros de salud. Brindar a las personas la oportunidad de recibir asesoramiento individualizado contribuye a una toma de decisiones más informada y personalizada. (5)

Los profesionales de la salud desempeñan un papel crucial al ofrecer orientación sobre la elección del método anticonceptivo más adecuado para las necesidades y circunstancias específicas de cada individuo.

3.5. Servicios de Salud de Calidad

El establecimiento de servicios de salud de calidad desempeña un papel esencial en el acceso efectivo a métodos anticonceptivos y la promoción de la salud reproductiva. En este contexto, la capacitación del personal de salud emerge como un factor determinante.



Es imperativo capacitar a los profesionales de la salud en la prestación de servicios de anticoncepción, abarcando áreas clave como el asesoramiento, la inserción y extracción de dispositivos anticonceptivos, y el seguimiento adecuado. Esta capacitación no solo garantiza la competencia técnica del personal de salud, sino que también contribuye a una experiencia de atención al paciente más efectiva y centrada en las necesidades individuales. (5)

La confidencialidad y privacidad son pilares fundamentales que deben ser salvaguardados en la prestación de servicios de anticoncepción. Asegurar un entorno donde la confidencialidad esté garantizada reduce las barreras culturales y sociales que podrían obstaculizar el acceso a estos servicios.

La creación de un espacio seguro y confidencial fomenta la apertura y la disposición de las personas a buscar servicios de anticoncepción, promoviendo así una cultura de salud reproductiva inclusiva.

Además, la oferta de servicios integrales constituye una estrategia efectiva. Estos servicios abarcan desde la atención antes de la elección del método anticonceptivo, proporcionando información detallada y asesoramiento personalizado, hasta la atención durante la aplicación del método y la atención después de su elección.

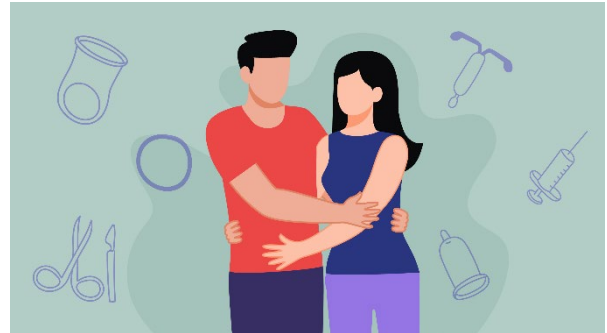
La integralidad de estos servicios no solo se limita al aspecto médico, sino que también incluye el apoyo emocional y la atención a posibles efectos secundarios o preocupaciones de los usuarios. Esta atención integral no solo mejora la experiencia del usuario, sino que también contribuye a la efectividad y continuidad en el uso de métodos anticonceptivos. (5)

3.6. Abordar las barreras Culturales y Sociales

Se deben abordar las barreras culturales y sociales que pueden obstaculizar el acceso a la anticoncepción, como estigmas y tabúes.

La inclusión activa de los hombres en las conversaciones sobre anticoncepción y planificación familiar emerge como un pilar

esencial para promover la equidad de género y fortalecer la toma de decisiones compartida en la esfera reproductiva.



La promoción de la anticoncepción debe considerarse como un esfuerzo conjunto que involucra a ambas partes, reconociendo la importancia de la colaboración y el compromiso de los hombres en este proceso.

La educación para hombres sobre los métodos anticonceptivos y su papel en las decisiones reproductivas constituye una estrategia clave para lograr esta inclusión. Proporcionar información clara y precisa sobre los métodos anticonceptivos disponibles y sus implicaciones contribuye a que los hombres tomen decisiones informadas y compartan la responsabilidad en la elección de métodos que se ajusten a las necesidades de la pareja. (4-5)

Al incorporar activamente a los hombres en las conversaciones sobre anticoncepción, se busca superar barreras culturales y tradicionales que a veces pueden limitar su participación en temas relacionados con la salud reproductiva.



Desigualdades de género: Las desigualdades de género pueden afectar el acceso equitativo a la anticoncepción y la toma de decisiones reproductivas. (6)

Necesidades específicas: Diferentes grupos de población pueden tener necesidades específicas en términos de anticoncepción (adolescentes, migrantes, etc.).

Desigualdades de Acceso, Económicas y Geográficas: Las personas de bajos ingresos y aquellas que viven en áreas remotas pueden tener dificultades para acceder a servicios anticonceptivos debido a barreras económicas y geográficas. (6)

✓ ***Estigma y Falta de Educación***

Desinformación y Mitos: La falta de educación y la persistencia de mitos y estigmas pueden limitar la aceptación y el acceso a métodos anticonceptivos.

✓ ***Barreras Culturales y Religiosas***

Las normas culturales y religiosas pueden influir en las decisiones relacionadas con la anticoncepción, a veces dificultando la aceptación de ciertos métodos.

Falta de Profesionales Capacitados: La falta de profesionales de la salud capacitados para proporcionar servicios anticonceptivos adecuados puede ser un obstáculo.

✓ ***Problemas de Stock y Suministro***

Problemas logísticos y de suministro pueden resultar en la falta de métodos anticonceptivos en los centros de salud.

✓ ***Financiamiento Insuficiente***

La falta de financiamiento puede limitar la implementación y sostenibilidad de programas de anticoncepción en salud pública.

La superación de estos desafíos requiere un enfoque integral que incluya la educación, la eliminación de estigmas, la mejora del acceso a servicios de calidad y la consideración de las necesidades específicas de diferentes grupos de población. La colaboración entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil también es esencial para abordar estos desafíos de manera efectiva. (6)

Estos logros reflejan los avances en la promoción de la salud reproductiva y la planificación familiar, pero también destacan la importancia continua de abordar desafíos y mejorar el acceso y la educación en este ámbito. La anticoncepción sigue siendo un componente esencial de los esfuerzos globales para mejorar la salud y el bienestar reproductivos. (5)

La situación de la anticoncepción en salud pública en Ecuador ha experimentado cambios significativos a lo largo del tiempo.

El país ha implementado políticas y programas para mejorar el acceso a métodos anticonceptivos, promoviendo la planificación familiar como parte integral de los esfuerzos para mejorar la salud materna y reducir los embarazos no deseados. Se han establecido políticas de salud reproductiva y programas educativos para proporcionar información sobre la anticoncepción, aunque la implementación puede variar.

Los desafíos socioeconómicos y las desigualdades de género pueden influir en el acceso a la anticoncepción, especialmente en áreas con población de bajos ingresos. A pesar de estos desafíos, se han realizado esfuerzos para distribuir gratuitamente anticonceptivos y colaborar con organizaciones internacionales. La diversidad cultural y geográfica de Ecuador también puede influir en la implementación y el acceso a servicios de anticoncepción en diferentes regiones del país. (5)

Aunque se han logrado avances, persisten desafíos, como la necesidad de abordar barreras culturales y promover la igualdad de género, lo que destaca la importancia continua de mejorar la salud reproductiva en Ecuador.

3.9. Logros Anticoncepción en salud pública

A lo largo de las décadas, la implementación de programas de anticoncepción en salud pública ha llevado a varios logros significativos que han tenido un impacto positivo en la salud reproductiva y la planificación familiar. (5)



✚ Reducción de Embarazos No Deseados

La disponibilidad y promoción de métodos anticonceptivos efectivos han contribuido a la reducción de embarazos no deseados.

✚ Mejora de la Salud Materna e Infantil

La planificación familiar facilitada por métodos anticonceptivos ha mejorado la salud materna e infantil al permitir una atención prenatal adecuada. (5)

✚ Control de la Población

Desaceleración del Crecimiento Poblacional: La anticoncepción ha sido fundamental para controlar el crecimiento poblacional y abordar desafíos relacionados con la superpoblación.

✚ Empoderamiento de la Mujer

Autonomía Reproductiva: Los métodos anticonceptivos han permitido que las mujeres tengan más control sobre su salud reproductiva y toma de decisiones.

✚ Reducción de Abortos Inseguros

La disponibilidad de anticonceptivos ha contribuido a la reducción de abortos inseguros.

✚ Mejora en la Educación y Oportunidades Laborales

La capacidad de planificar la familia ha permitido a las personas acceder a la

educación y oportunidades laborales de manera más informada.

✚ Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva

Los programas de anticoncepción han sido acompañados por campañas educativas que promueven la salud sexual y reproductiva.

✚ Avances Tecnológicos en Anticoncepción

La inversión en investigación, la implementación de políticas de salud pública centradas en la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos han allanado el camino para el desarrollo y la adopción de tecnologías innovadoras en este ámbito.

La investigación y el desarrollo han llevado a la creación de métodos anticonceptivos más efectivos, seguros y adaptados a las necesidades individuales. (6)

Se han desarrollado y mejorado métodos anticonceptivos, como dispositivos intrauterinos (DIU) más seguros y métodos hormonales de liberación prolongada.

✚ Acceso a Anticonceptivos de Emergencia

Disponibilidad de la Píldora del Día Después: La píldora del día después proporciona una opción de emergencia para evitar embarazos no planificados.

🚩 Reducción de la Transmisión Vertical de Enfermedades

Anticoncepción como Prevención: La anticoncepción ha contribuido a la reducción de la transmisión vertical de enfermedades de madre a hijo.

La anticoncepción ofrece a las mujeres la capacidad de posponer el embarazo en situaciones donde existe un riesgo significativo de transmisión de enfermedades a través de la gestación. Además, permite una planificación precisa de los intervalos entre embarazos, reduciendo así la exposición continua del feto o del recién nacido a enfermedades potencialmente transmisibles.

Bibliografía

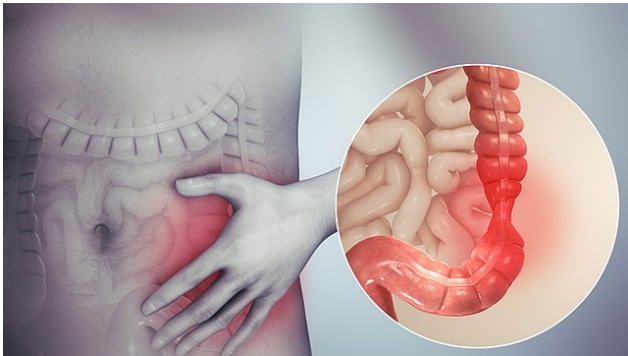
1. Terán, R. B., Flores, E. N., Macas, P. C., Nápoles, M. S., & Botell, M. L. Papel de la anticoncepción hormonal en las políticas de salud pública. *Anticoncepción Hormonal*, 69.
2. Murillo, L. I. C., Encalada, I. D. R., Tamay, C. L. P., Galarza, K. E. G., & Pesantes, A. V. A. (2021). Salud sexual en los adolescentes de santa Rosa, ecuador. *Dominio de las ciencias*, 7(2), 38-51.
3. Villalobos, A., Ávila-Burgos, L., Hubert, C., Suárez-López, L., Vara-Salazar, E. D. L., Hernández-Serrato, M. I., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2020). Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. *salud pública de méxico*, 62(6), 648-660.
4. Martínez, E., Montero, G., & Zambrano, R. M. (2020). El embarazo adolescente como un problema de salud pública en Latinoamérica. *Revista Espacios*, 41(47), 1-10.
5. Pérez-Blanco, A., & Sánchez-Valdivieso, E. (2020). Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y Salud Reproductiva en adolescentes mexicanos de medio rural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 85(5), 508-515.
6. Cárdenas, M. A. V., Vargas, E. C., Morales, N. L. I., & Mamani, K. G. M. (2021). Factores sociodemográficos y nivel de conocimiento asociado al uso de la anticoncepción oral de emergencia. *Revista Médica Basadrina*, 15(3), 26-32.

⊕ **NARVÁEZ SOLÓRZANO ELIZABETH PAMELA**

Médico General

Gastroenterología/ Síndrome de Colon Irritable

4. SINDROME DE COLON IRRITABLE



4.1. Definición

El síndrome del colon irritable (SCI), también conocido como síndrome de intestino irritable (SII), es un trastorno funcional del intestino que se caracteriza por la presencia de síntomas gastrointestinales recurrentes y crónicos. Este síndrome afecta principalmente el funcionamiento normal del colon (intestino grueso) y se manifiesta a través de una combinación de síntomas como dolor abdominal, cambios en los hábitos intestinales, hinchazón y malestar. (1)

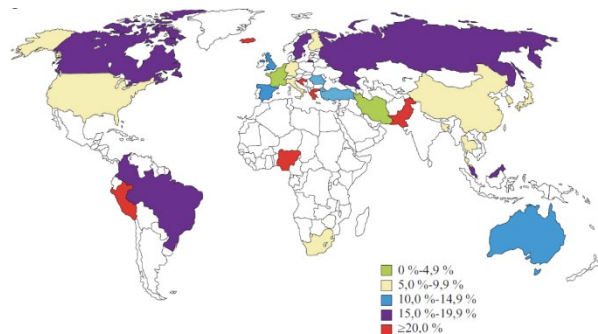
4.2. Epidemiología

El síndrome del colon irritable es una de las condiciones gastrointestinales más comunes. La prevalencia varía en todo el mundo, pero en general, se estima que afecta a alrededor del 10 al 15% de la población mundial. (1)

Mayor Frecuencia en Mujeres: El SCI es más común en mujeres que en hombres. Las tasas de prevalencia en mujeres son

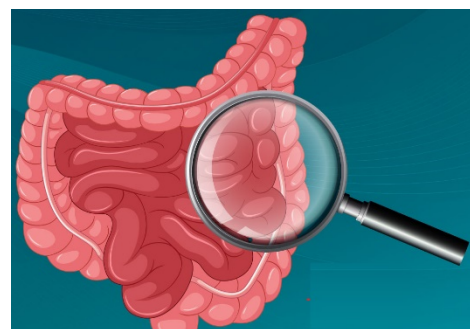
consistentemente más altas, y algunos estudios sugieren que las mujeres tienen aproximadamente el doble de probabilidades de desarrollar SCI que los hombres.

El SCI a menudo se diagnostica en personas jóvenes y de mediana edad, con un inicio típico en la adolescencia o en los primeros años de la adultez. Sin embargo, puede afectar a personas de todas las edades.



Existe una asociación entre el SCI y factores psicosociales, como el estrés y la ansiedad. Las personas que experimentan altos niveles de estrés pueden tener un mayor riesgo de desarrollar SCI o experimentar síntomas más intensos. (1-2)

4.3. Etiología



La etiología del síndrome del colon irritable (SCI) no se comprende completamente y es

multifactorial, lo que significa que múltiples factores pueden contribuir al desarrollo de la condición. (2)

✚ Trastornos Gastrointestinales Funcionales:

El SCI a menudo se clasifica como un trastorno funcional del intestino, lo que significa que los síntomas no están vinculados a anomalías estructurales o daño físico evidente. Hay una superposición significativa de síntomas con otros trastornos funcionales gastrointestinales, como la dispepsia funcional.

✚ Alteraciones en la Motilidad Intestinal:

Las alteraciones en la motilidad intestinal, incluyendo movimientos anormales del músculo intestinal, pueden contribuir a los síntomas del SCI. Se ha observado tanto hipermotilidad (aumento de la actividad motora) como hipomotilidad (disminución de la actividad motora) en personas con SCI.

✚ Sensibilidad Visceral Alterada:

Las personas con SCI a menudo muestran una sensibilidad visceral alterada, lo que significa que son más propensas a percibir el dolor y la incomodidad en respuesta a estímulos que no causarían molestias en individuos sin SCI. (2)

✚ Cambios en la Microbiota Intestinal:

Se ha observado una asociación entre alteraciones en la composición de la microbiota intestinal y el SCI. La microbiota, que es la comunidad de microorganismos en el intestino, puede desempeñar un papel en la regulación de la función intestinal y la respuesta inmunológica. (1)

✚ Factores Psicosociales:

El estrés, la ansiedad y otros factores psicosociales pueden desencadenar o exacerbar los síntomas del SCI. La conexión entre el cerebro y el intestino, conocida como el eje cerebro-intestino, está involucrada en la regulación de la función gastrointestinal y puede influir en los síntomas del SCI.

✚ Genética:

Hay evidencia de una predisposición genética al SCI. Las personas con antecedentes familiares de SCI pueden tener un mayor riesgo de desarrollar la condición.

4.4. Factores de riesgo

Sexo:

Las mujeres tienen un mayor riesgo de desarrollar SCI en comparación con los hombres. Las tasas de prevalencia son consistentemente más altas en mujeres, y la condición a menudo se diagnostica con mayor frecuencia en mujeres en edad reproductiva.



Edad:

Aunque el SCI puede afectar a personas de todas las edades, a menudo se diagnostica en personas jóvenes y de mediana edad. Los síntomas a veces comienzan en la adolescencia o primeros años de la adultez.

Factores Genéticos:

Existe evidencia de una predisposición genética al SCI. Las personas con antecedentes familiares de la condición pueden tener un mayor riesgo de desarrollarla.

Estrés y Factores Psicosociales:

El estrés y otros factores psicosociales pueden desencadenar o exacerbar los síntomas del SCI. Las personas que experimentan altos niveles de estrés, ansiedad o depresión pueden tener un mayor riesgo de desarrollar la condición. (2)

Historial de Infecciones Gastrointestinales:

Algunas personas desarrollan síntomas de SCI después de una infección gastrointestinal

aguda, como gastroenteritis. Esta conexión sugiere que las infecciones gastrointestinales pueden aumentar el riesgo de desarrollar SCI en algunos casos.

Sensibilidad Visceral:

Las personas con una mayor sensibilidad visceral, es decir, una mayor percepción del dolor y la incomodidad en el intestino, pueden tener un mayor riesgo de desarrollar SCI.

Cambios en la Microbiota Intestinal:

Alteraciones en la composición de la microbiota intestinal han sido asociadas con el SCI. Aquellos con cambios en la flora intestinal pueden tener un mayor riesgo. (2)

Dieta:

Algunas investigaciones sugieren que ciertos patrones dietéticos, como una dieta baja en fibra, pueden estar asociados con un mayor riesgo de SCI. Sin embargo, la relación entre la dieta y el SCI es compleja y puede variar entre individuos.

4.5. Prevención

La prevención del síndrome del colon irritable (SCI) se centra en adoptar hábitos y estrategias que puedan ayudar a reducir la frecuencia y gravedad de los síntomas. (2-3)



▪ Dieta Balanceada

Mantener una dieta equilibrada y rica en fibra puede ser beneficioso. La fibra ayuda a regular los movimientos intestinales y puede prevenir la diarrea o el estreñimiento. Es importante aumentar la ingesta de fibra gradualmente para evitar malestares estomacales.

▪ Hidratación Adecuada

Mantenerse bien hidratado es esencial para el funcionamiento saludable del sistema digestivo. Consumir suficientes líquidos puede ayudar a prevenir el estreñimiento y aliviar algunos síntomas del SCI. (3)

▪ Evitar Alimentos que desencadenen Síntomas:

Identificar y evitar alimentos que desencadenen síntomas específicos puede ser útil. Algunas personas encuentran útil llevar un diario de alimentos para rastrear los

alimentos que pueden estar relacionados con sus síntomas y ajustar su dieta en consecuencia.

▪ Manejo del Estrés

El estrés puede desencadenar o empeorar los síntomas del SCI en algunas personas. Adoptar técnicas de manejo del estrés, como la meditación, la respiración profunda, el yoga o la terapia cognitivo-conductual, puede ser beneficioso. (3)

▪ Regularidad en los Hábitos de Sueño

Mantener un horario regular de sueño puede ayudar a mejorar la calidad del sueño y reducir el estrés, lo que puede influir positivamente en los síntomas del SCI.

▪ Evitar el Consumo Excesivo de Alcohol y Cafeína

Tanto el alcohol como la cafeína pueden tener efectos sobre el sistema digestivo. Limitar el consumo de estas sustancias puede ser útil para algunas personas con SCI.

▪ Consulta con Profesionales de la Salud:

Buscar orientación y tratamiento médico es fundamental. Un profesional de la salud puede ayudar a identificar estrategias específicas y personalizadas para el manejo de los síntomas. (3)

- Realizar Ejercicio Regular:

La actividad física regular puede tener efectos positivos en la salud gastrointestinal y en el bienestar general. Sin embargo, es importante adaptar el ejercicio según las necesidades individuales y consultar con un profesional de la salud antes de realizar cambios significativos en la rutina de ejercicio.

4.6. Clínica o sintomatología

El síndrome del colon irritable (SCI) se caracteriza por una variedad de síntomas gastrointestinales que pueden variar en gravedad y duración. La clínica o sintomatología del SCI incluye: (3)



- ❖ Dolor o Malestar Abdominal

El síntoma más común es el dolor o malestar abdominal. Puede variar en intensidad y ubicación, pero a menudo se describe como cólicos o una sensación de hinchazón.

- ❖ Cambios en los Hábitos Intestinales

Los pacientes con SCI a menudo experimentan cambios en la frecuencia y consistencia de las deposiciones. Pueden alternar entre episodios de diarrea y estreñimiento. Algunas personas también experimentan heces de aspecto anormal, como heces delgadas o fragmentadas. (3-4)

- ❖ Distensión Abdominal

La sensación de hinchazón o distensión abdominal es común. Esto puede llevar a que la ropa ajustada resulte incómoda.

- ❖ Sensación de Evacuación Incompleta:

Algunas personas con SCI pueden experimentar la sensación de que no han evacuado completamente después del baño.

- ❖ Moco en las Heces:

En algunos casos, puede haber presencia de moco en las heces. (4)

- ❖ Alivio con la Defecación:

A menudo, las personas con SCI encuentran alivio temporal de sus síntomas después de la evacuación.

- ❖ Agravamiento de los Síntomas con Comida:

En algunos casos, los síntomas del SCI pueden agravarse después de comer, especialmente después de ciertos alimentos.

❖ Sensibilidad a los Alimentos:

Algunas personas pueden identificar ciertos alimentos que desencadenan o empeoran sus síntomas, como alimentos ricos en grasas, lácteos o alimentos picantes. (4)

❖ Fatiga y Problemas de Sueño:

La fatiga y los problemas de sueño son síntomas comunes en personas con SCI, posiblemente relacionados con el estrés y la incomodidad abdominal. (4)

Es importante destacar que los síntomas del SCI pueden variar considerablemente entre individuos y pueden superponerse con los síntomas de otras condiciones gastrointestinales. El diagnóstico del SCI se basa en la presencia persistente de estos síntomas, así como en la exclusión de otras condiciones médicas que puedan estar causando los síntomas.

Es fundamental que las personas que experimentan síntomas persistentes o preocupantes busquen atención médica para una evaluación adecuada y un diagnóstico preciso. Un profesional de la salud puede trabajar con el paciente para desarrollar un plan de manejo que se adapte a sus necesidades específicas.

4.7. Clasificación por severidad Índice de Síntomas de Síndrome del Colon Irritable (IBS-SSS):

Esta escala evalúa la gravedad de los síntomas del SCI y cómo afectan la calidad de vida. Incluye preguntas sobre dolor abdominal, hinchazón, satisfacción con los hábitos intestinales y el impacto en la calidad de vida.

Escala de Severidad de Síntomas Gastrointestinales (GSRS):

La GSRS es una escala que evalúa la gravedad de los síntomas gastrointestinales, incluidos los síntomas del SCI. Los pacientes califican la frecuencia e intensidad de los síntomas como dolor abdominal, hinchazón, diarrea, estreñimiento y otros. (4)

Escala de Impacto Gastrointestinal (GI-SSI):

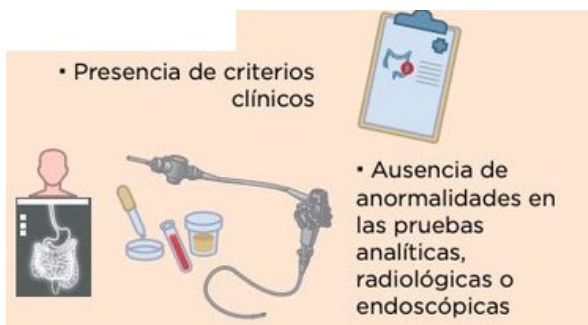


Esta escala evalúa el impacto global de los síntomas gastrointestinales, incluyendo aquellos asociados con el SCI. Evalúa el grado de molestias y las limitaciones en la calidad de vida.

Escala de Gravedad de Síntomas de IBS-Global (IBS-GS):

La IBS-GS es una escala que evalúa la gravedad de los síntomas del SCI, incluyendo dolor abdominal, distensión abdominal, frecuencia de evacuación y urgencia fecal.

4.8. Diagnóstico



El diagnóstico del síndrome del colon irritable (SCI) se realiza principalmente mediante la exclusión de otras condiciones médicas que puedan estar causando los síntomas y la identificación de patrones específicos.

Criterios de Roma IV para el Síndrome del Colon Irritable:

Los criterios de Roma IV establecen que el diagnóstico de SCI se puede realizar si los pacientes cumplen con los siguientes criterios durante al menos 3 meses, con la presencia de

Además de estos criterios, se pueden realizar pruebas adicionales según la presentación clínica para descartar otras condiciones y confirmar el diagnóstico. Estas pruebas pueden incluir análisis de sangre, estudios de imagen, colonoscopias u otras pruebas según las necesidades individuales del paciente. (4)

Estudios de Laboratorio:

Análisis de Sangre:

Se pueden realizar análisis de sangre para descartar otras condiciones gastrointestinales, como enfermedad celíaca, enfermedad inflamatoria intestinal o infecciones.

Pruebas de Función Tiroidea:

En algunos casos, se pueden realizar pruebas de función tiroidea para descartar trastornos tiroideos que pueden contribuir a síntomas similares a los del SCI. (5)

Estudios de Imagen:

Colonoscopia:

La colonoscopia es un procedimiento en el que se utiliza un tubo delgado y flexible con una cámara en el extremo para examinar el revestimiento del colon. (5)

Sigmoidoscopia:

Similar a la colonoscopia, pero se enfoca en el extremo inferior del colon (sigmoide). Puede ayudar a visualizar la mucosa y descartar enfermedades más cercanas al recto.

Pruebas de Imágenes por Resonancia Magnética (MRI) o Tomografía Computarizada (CT):

Estas pruebas pueden realizarse para obtener imágenes detalladas del tracto gastrointestinal y descartar otras condiciones estructurales.

Análisis de Heces:

Se pueden realizar análisis de heces para descartar infecciones gastrointestinales, sangre oculta en las heces u otros marcadores de enfermedad. (5)

4.9. Tratamiento



El tratamiento del síndrome del colon irritable (SCI) se centra en aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente.

Dado que el SCI es un trastorno crónico y multifactorial, el enfoque terapéutico suele ser individualizado y puede implicar cambios en el estilo de vida, modificaciones en la dieta, medicamentos y manejo del estrés. (5)

a) Modificaciones en la Dieta

- Fibra: Aumentar la ingesta de fibra en la dieta puede ayudar a regular los movimientos intestinales. Se recomienda aumentar la fibra gradualmente para evitar malestares estomacales.

- Evitar Alimentos Desencadenantes: Identificar y evitar alimentos que desencadenen los síntomas puede ser útil. Esto puede incluir alimentos ricos en grasas, lácteos, cafeína o alimentos picantes. (5-6)

b) Manejo del Estrés

- Estrategias para el manejo del estrés, como la meditación, la respiración profunda y la terapia cognitivo-conductual, pueden ayudar a reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas.

c) Medicamentos



- Antiespasmódicos: Pueden ayudar a aliviar el dolor abdominal y la incomodidad.
- Fármacos para el Control del Dolor: Algunos pacientes pueden beneficiarse de analgésicos específicos para el dolor abdominal. (6)

- Medicamentos para la Diarrea o el Estreñimiento: En casos específicos, se pueden recetar medicamentos para ayudar a regular los movimientos intestinales.

d) Probióticos

- Algunas personas encuentran alivio de los síntomas con el uso de probióticos, que pueden ayudar a mantener un equilibrio saludable de bacterias en el intestino. (7)

e) Terapia Psicológica

- La terapia psicológica, como la terapia cognitivo-conductual, puede ser beneficiosa para abordar aspectos emocionales y psicológicos asociados con el SCI. (7)

f) Ejercicio Regular

- El ejercicio regular puede ayudar a mejorar la función intestinal y reducir el estrés, lo que puede tener un impacto positivo en los síntomas.

g) Acupuntura y Otros Enfoques Alternativos

- Algunas personas encuentran alivio de los síntomas del SCI a través de la acupuntura u otros enfoques de medicina complementaria. Sin embargo, la evidencia científica sobre

la efectividad de estos métodos puede ser variable. (7)

4.10. Pronóstico – mortalidad

El pronóstico del síndrome del colon irritable (SCI) generalmente es benigno, ya que no se asocia con un aumento en la mortalidad ni con enfermedades graves como el cáncer colorrectal. Aunque el SCI es un trastorno crónico, su curso clínico puede variar, y la calidad de vida de quienes lo padecen puede ser afectada por los síntomas. Este síndrome, crónico pero manejable, presenta fluctuaciones en la gravedad y frecuencia de los síntomas, con períodos de alivio intercalados con momentos de intensificación.

4.11 Bibliografía:

1. Ganado, E., & Ruiz, I. G. (2020). Síndrome del intestino irritable. El Farmacéutico: Profesión y Cultura, 586, 17-24.
2. Wasserman, M. S. (2023). ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E IMPACTO DEL SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE. Motilidad y trastornos funcionales digestivos CGM 02, 1, 109.
3. Gómez-Escudero, O. (2022). Síndrome de intestino irritable (SII): de la fisiopatología al tratamiento. Revista de Gastroenterología de México, 87(Supl 1), 38-40.

4. Acosta Hurtado, X. A. (2022). Colon irritable: generalidades.
5. Verdugo, Y., & Márquez, A. (2021). Síndrome del intestino irritable: una revisión narrativa. *Revista de la Sociedad Andaluza de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 28(1), 12-17.
6. Ollaquindia, L. S., Nieto, L. P., López, S. V., Espinosa, P., Nieto, V. P., & Escalante, M. E. (2021). Síndrome de intestino irritable. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(4), 3.
7. Alonzo De La Cruz, M. G., & Paredes Cancino, A. F. N. (2021). Probióticos en el tratamiento de pacientes adultos con síndrome del intestino irritable: revisión sistemática.

⊕ **AGUILAR PAREDES SANTIAGO PATRICIO**

Instituto Superior Tecnológico España

Psiquiatría/Esquizofrenia

5. ESQUIZOFRENIA



5.1. Definición

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico y grave que afecta la forma en que una persona piensa, siente y se comporta. Se caracteriza por la distorsión en la percepción de la realidad, lo que puede incluir alucinaciones, delirios, pensamiento desorganizado y dificultades en la función cognitiva y social. Es importante destacar que la esquizofrenia no implica una "doble personalidad", como a menudo se malinterpreta, sino que involucra una desconexión entre el pensamiento, las emociones y las acciones del individuo. (1)

5.2. Epidemiología

La esquizofrenia afecta a personas de todas las culturas, razas y géneros en todo el mundo, con una prevalencia estimada de alrededor del 1% de la población mundial. Es importante destacar que la incidencia y la prevalencia de la esquizofrenia varían según la región geográfica, los grupos étnicos y los factores socioeconómicos. (1-2)

Algunos estudios epidemiológicos sugieren que la esquizofrenia tiende a ser más común en áreas urbanas densamente pobladas en comparación con áreas rurales, y que los factores ambientales como el estrés crónico, la exposición a toxinas ambientales y el consumo de drogas pueden aumentar el riesgo de desarrollar la enfermedad. (1-3)



La esquizofrenia afecta aproximadamente al **1%** de la población adulta mundial

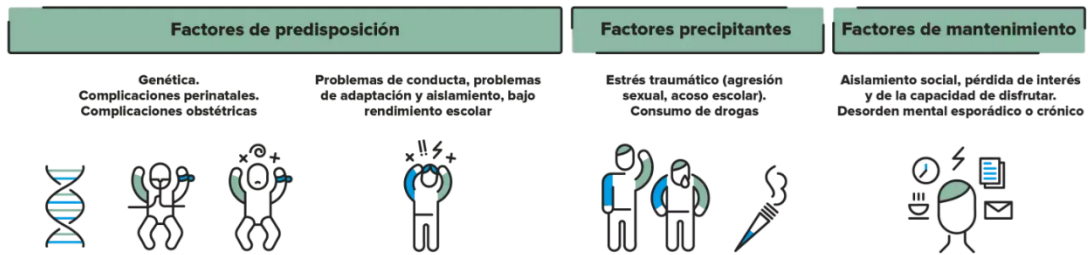


Además, la esquizofrenia tiende a manifestarse típicamente en la adolescencia o en adultos jóvenes, aunque los síntomas pueden emerger en cualquier momento a lo largo de la vida. Se ha observado que los hombres tienen una edad de inicio ligeramente más temprana que las mujeres, y que los síntomas suelen ser más graves en los hombres en comparación con las mujeres.

En términos de heredabilidad, se ha observado que la esquizofrenia tiende a tener un componente genético, con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad entre los familiares de primer grado de los afectados.

5.3. Etiología

La etiología de la esquizofrenia es compleja y multifactorial, involucrando una interacción entre factores genéticos, neurobiológicos, ambientales y psicosociales. Los principales elementos: (2)



Factores genéticos: Se ha observado que la esquizofrenia tiende a presentarse en familias, lo que sugiere un componente genético en su desarrollo. Estudios de gemelos y familiares han demostrado que las personas con familiares de primer grado afectados por esquizofrenia tienen un riesgo mayor de desarrollar la enfermedad. (2)

Factores neurobiológicos: Alteraciones en el funcionamiento de neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y la glutamato están implicadas en la esquizofrenia. Se ha observado un aumento de la actividad dopaminérgica en ciertas áreas del cerebro, lo que se asocia con la aparición de síntomas positivos (alucinaciones, delirios). Además, anomalías en la estructura y función cerebral, incluyendo cambios en el tamaño de ciertas regiones como el hipocampo y la corteza prefrontal, también se han vinculado con la esquizofrenia. (2-3)

Factores ambientales: Exposiciones ambientales durante el período prenatal y perinatal, como infecciones virales, desnutrición materna, complicaciones durante el parto y exposición a toxinas, pueden

aumentar el riesgo de desarrollar esquizofrenia. Factores estresantes crónicos en la vida, como experiencias traumáticas, abuso o negligencia en la infancia, así como el consumo de drogas psicoactivas como cannabis y metanfetaminas, también se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. (2)

Factores psicosociales: Experiencias adversas en la vida, como estrés crónico, eventos traumáticos, falta de apoyo social y patrones disfuncionales de interacción familiar, pueden contribuir al desarrollo y curso de la esquizofrenia. Además, la calidad del entorno social y la disponibilidad de recursos de apoyo pueden influir en el pronóstico y la recuperación de las personas afectadas.

5.4. Factores de Riesgo



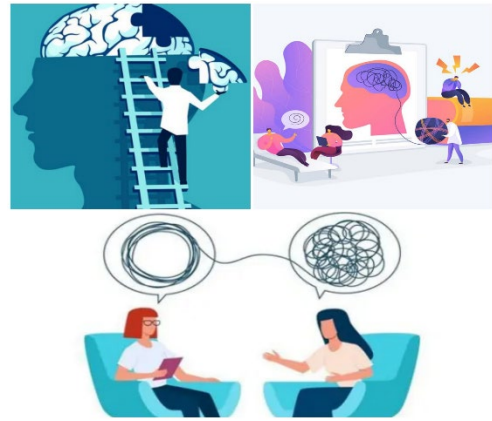
- Antecedentes familiares
- Factores genéticos
- Exposición prenatal y perinatal

- Consumo de drogas y alcohol
- Estrés y trauma
- Factores ambientales
- Trastornos mentales previos
- Problemas de desarrollo cognitivo y social

5.5. Prevención

La prevención de la esquizofrenia es un campo en desarrollo que se enfoca en identificar y abordar los factores de riesgo conocidos para reducir la incidencia y el impacto de la enfermedad. Aunque no se puede prevenir completamente la esquizofrenia, se pueden implementar estrategias para reducir su aparición o retrasar su inicio en personas con riesgo elevado. (3)

- ⊕ Intervenciones durante el embarazo: Proporcionar atención prenatal adecuada y promover estilos de vida saludables durante el embarazo puede ayudar a reducir el riesgo de complicaciones perinatales que se han asociado con un mayor riesgo de esquizofrenia en la descendencia.
- ⊕ Educación sobre salud mental: Promover la conciencia y la educación sobre la salud mental en la comunidad puede ayudar a reducir el estigma asociado con la enfermedad y fomentar la búsqueda temprana de ayuda en personas con síntomas iniciales de esquizofrenia.



- ⊕ Detección temprana y tratamiento precoz: Implementar programas de detección temprana e intervención precoz puede ayudar a identificar y tratar la esquizofrenia en sus etapas iniciales, lo que puede mejorar los resultados a largo plazo y reducir el impacto en la vida de los afectados.
- ⊕ Apoyo familiar y social: Brindar apoyo emocional y social a personas con factores de riesgo conocidos, como antecedentes familiares de esquizofrenia, puede ayudar a reducir el estrés y fortalecer los recursos de afrontamiento, lo que puede disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad.
- ⊕ Reducción del consumo de drogas: Promover estilos de vida saludables y reducir el consumo de sustancias psicoactivas, como cannabis y metanfetaminas, puede ayudar a disminuir el riesgo de esquizofrenia, especialmente en personas genéticamente vulnerables. (3)

⊕ Manejo del estrés: Enseñar técnicas de manejo del estrés y promover un entorno de vida saludable puede ayudar a reducir el riesgo de esquizofrenia, ya que el estrés crónico se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. (3)

⊕ Acceso a servicios de salud mental: Garantizar el acceso equitativo a servicios de salud mental de calidad puede ayudar a identificar y tratar la esquizofrenia de manera oportuna, lo que puede mejorar los resultados y reducir la discapacidad asociada.

5.6. Clínica

La clínica de la esquizofrenia puede variar ampliamente entre individuos y a lo largo del tiempo, pero típicamente incluye una combinación de síntomas positivos, negativos y cognitivos. Estos síntomas pueden afectar la percepción, el pensamiento, las emociones y el comportamiento de la persona. (3-4)



a) Síntomas positivos

Estos son los síntomas que se agregan a la experiencia normal y pueden incluir:

- Alucinaciones: Experiencias sensoriales que ocurren sin un estímulo real, como escuchar voces, ver cosas que no están presentes, sentir sensaciones táctiles inusuales, etc.
- Delirios: Creencias fijas y erróneas que no se basan en la realidad, como creer que se está siendo perseguido, que se tiene un poder especial, que se es una figura histórica importante, etc.
- Pensamiento desorganizado: Dificultad para organizar y expresar ideas de manera coherente, lo que puede manifestarse en discurso incoherente, asociaciones de ideas inusuales, saltos temáticos, etc. (3)

b) Síntomas negativos

Estos son los déficits o ausencias de funciones normales y pueden incluir:

- Aplanamiento afectivo: Reducción de la expresión emocional, lo que se manifiesta como una falta de expresión facial, voz monótona, falta de gestos, etc.
- Empobrecimiento del discurso: Reducción en la cantidad y calidad del habla, lo que resulta en respuestas

breves, monosilábicas o poco informativas.

- Abulia: Pérdida de motivación, interés y capacidad para iniciar y mantener actividades, lo que puede llevar a la apatía y la falta de participación en actividades sociales y laborales. (4)

c) Síntomas cognitivos

Estos afectan la función cognitiva y pueden incluir:



- Dificultades de atención y concentración.
- Dificultades en la memoria de trabajo y la memoria a largo plazo.
- Dificultades en la toma de decisiones y la resolución de problemas.
- Dificultades en la planificación y organización de tareas.

5.7. Clasificación por severidad

La clasificación de la esquizofrenia se basa principalmente en los síntomas clínicos predominantes que presenta el individuo. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) son los sistemas de clasificación

más utilizados. Se describen las principales subtipificaciones de la esquizofrenia según el DSM-5: (14)

Esquizofrenia paranoide

Caracterizada por la presencia prominente de delirios y alucinaciones, así como un funcionamiento relativamente preservado en otras áreas. Los delirios suelen ser de persecución o grandeza, y las alucinaciones auditivas son comunes. (4)

Esquizofrenia desorganizada

Se caracteriza por un discurso y comportamiento desorganizados, así como una afectividad aplanada o inapropiada. Los síntomas positivos pueden ser menos prominentes, y la persona puede tener dificultades significativas en el funcionamiento diario. (4)

Esquizofrenia catatónica

Caracterizada por trastornos del movimiento, que pueden incluir inmovilidad, posturas extrañas, excitación motora excesiva y mutismo. Los síntomas positivos y negativos pueden estar presentes, pero los trastornos del movimiento son la característica distintiva. (4)

Esquizofrenia indiferenciada

Se utiliza cuando los síntomas no cumplen con los criterios específicos para otros subtipos de esquizofrenia, pero la persona

muestra síntomas clínicamente significativos de esquizofrenia. (4)

Esquizofrenia residual

Se refiere a los casos en los que una persona ha experimentado episodios psicóticos anteriores, pero actualmente no presenta síntomas psicóticos activos. Sin embargo, pueden persistir síntomas negativos, como aplanamiento afectivo o abulia.

Además de estos subtipos, el DSM-5 también incluye la esquizofrenia de inicio temprano y la esquizofrenia de inicio tardío, que se refieren al momento en que aparecen los primeros síntomas de la enfermedad. Es importante tener en cuenta que la clasificación de la esquizofrenia puede ser compleja y que los síntomas pueden variar ampliamente entre individuos, por lo que el diagnóstico y tratamiento deben ser individualizados y considerar el contexto clínico específico de cada persona. (4-5)

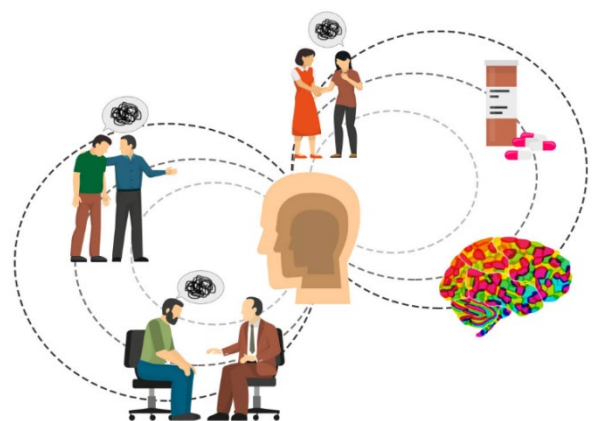
5.8. Diagnóstico

El diagnóstico de la esquizofrenia se basa en una evaluación exhaustiva de los síntomas clínicos, la historia médica y el curso de la enfermedad. No existe una prueba única para diagnosticar la esquizofrenia, por lo que el proceso de diagnóstico implica descartar otras condiciones médicas y psiquiátricas que puedan presentar síntomas similares. Los

pasos principales en el diagnóstico de la esquizofrenia: (4-6)



- **Evaluación clínica:** El primer paso en el diagnóstico de la esquizofrenia implica una entrevista exhaustiva con un profesional de la salud mental, como un psiquiatra o psicólogo clínico. Durante esta entrevista, se recopila información detallada sobre los síntomas actuales, la historia médica y psiquiátrica previa, antecedentes familiares de trastornos mentales y el funcionamiento diario del individuo. (4)



- **Evaluación de los síntomas:** El profesional evaluará la presencia y gravedad de los síntomas específicos asociados con la esquizofrenia, como alucinaciones, delirios, pensamiento

desorganizado, aplanamiento afectivo y síntomas cognitivos. Se prestará atención a la duración, frecuencia y severidad de los síntomas, así como a su impacto en el funcionamiento diario del individuo.

Descarte de otras condiciones médicas y psiquiátricas: Dado que los síntomas de la esquizofrenia pueden solaparse con los de otros trastornos mentales y médicos, es importante descartar otras condiciones que puedan estar causando o contribuyendo a los síntomas del individuo. Esto puede implicar pruebas de laboratorio, evaluaciones neurológicas y pruebas de imagen cerebral para descartar condiciones médicas subyacentes. (4)



- **Criterios diagnósticos:** El diagnóstico de esquizofrenia se realiza según los criterios establecidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) o en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Para cumplir con los criterios diagnósticos de la esquizofrenia, el individuo debe

experimentar síntomas psicóticos durante al menos seis meses, con un mes de síntomas activos (fase aguda) que causen un deterioro significativo en el funcionamiento social, laboral o personal.

- **Evaluación longitudinal:** El diagnóstico de esquizofrenia implica una evaluación longitudinal a lo largo del tiempo para observar la persistencia y el curso de los síntomas. Esto puede implicar evaluaciones repetidas a lo largo de semanas o meses para confirmar la presencia y la gravedad de los síntomas, así como para monitorear la respuesta al tratamiento. (5)

5.9. Tratamiento

El tratamiento de la esquizofrenia generalmente implica una combinación de medicamentos, terapia psicológica y apoyo social. El objetivo del tratamiento es reducir los síntomas, prevenir recaídas, mejorar el funcionamiento diario y promover la calidad de vida del individuo. (5-6)

a) Medicamentos antipsicóticos: Los antipsicóticos son el tratamiento de primera línea para la esquizofrenia y pueden ayudar a reducir los síntomas positivos, como alucinaciones y delirios. Hay dos tipos principales de antipsicóticos: los antipsicóticos típicos (primera generación) y los antipsicóticos atípicos (segunda

generación). Los antipsicóticos atípicos suelen ser preferidos debido a su menor riesgo de efectos secundarios motores, como rigidez y temblores. Es importante seguir las indicaciones del médico y mantener una comunicación abierta sobre cualquier efecto secundario. (6)

b) Terapia psicológica: La terapia psicológica, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia de apoyo, puede ser beneficiosa para ayudar al individuo a comprender y manejar sus síntomas, mejorar las habilidades sociales y de comunicación, abordar pensamientos distorsionados y promover estrategias de afrontamiento efectivas. La terapia familiar también puede ser útil para mejorar la comunicación y el apoyo dentro de la familia.

c) Apoyo social: El apoyo social es fundamental para el manejo de la esquizofrenia y puede incluir servicios de apoyo comunitario, grupos de autoayuda, programas de rehabilitación psicosocial y servicios de vivienda supervisada. El apoyo social puede ayudar al individuo a establecer y mantener relaciones sociales, participar en actividades significativas y alcanzar metas personales.

d) Educación y entrenamiento: Proporcionar información educativa sobre la enfermedad y ofrecer entrenamiento en

habilidades sociales, de vida independiente y de manejo del estrés puede ayudar al individuo a desarrollar las habilidades necesarias para vivir de manera independiente y manejar los desafíos asociados con la esquizofrenia. (6)

e) Tratamiento integrado: Un enfoque de tratamiento integrado, que combina medicamentos, terapia psicológica y apoyo social, es óptimo para el manejo de la esquizofrenia. Este enfoque holístico aborda las diversas necesidades del individuo y puede mejorar los resultados a largo plazo. (6)

5.10. Escalas Pronósticas

Existen varias escalas y herramientas de evaluación utilizadas en el campo de la esquizofrenia para medir diferentes aspectos de la enfermedad, evaluar la gravedad de los síntomas y monitorear la respuesta al tratamiento. algunas de las escalas más comúnmente utilizadas: (5-6)

✚ Escala de Evaluación de la Esquizofrenia Positiva y Negativa (PANSS): Es una de las escalas más ampliamente utilizadas para evaluar los síntomas de la esquizofrenia. La PANSS consta de 30 ítems que evalúan síntomas positivos, negativos y generales de la enfermedad. Se utiliza tanto en la investigación clínica como en la práctica clínica para medir la gravedad de los

síntomas y monitorear la respuesta al tratamiento.

✚ **Escala de Calificación de la Esquizofrenia (SAS):** La SAS es una escala utilizada para evaluar la gravedad de los síntomas de la esquizofrenia, incluyendo síntomas positivos, negativos, cognitivos y afectivos. Se utiliza para medir el cambio en los síntomas a lo largo del tiempo y evaluar la eficacia del tratamiento. (6)

✚ **Escala de Evaluación de la Esquizofrenia (SANS):** La SANS es una escala diseñada específicamente para evaluar los síntomas negativos de la esquizofrenia, como el aplanamiento afectivo, la anhedonia y la abulia. Se utiliza para medir la gravedad de los síntomas negativos y monitorear la respuesta al tratamiento.

✚ **Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS):** Aunque originalmente diseñada para evaluar una amplia gama de síntomas psiquiátricos, la BPRS se utiliza comúnmente en la evaluación de la esquizofrenia para medir la gravedad de los síntomas positivos, negativos y afectivos.

✚ **Escala de Evaluación de la Cognición de la Esquizofrenia (SCoRS):** Esta

escala se utiliza para evaluar la cognición en personas con esquizofrenia, incluyendo funciones cognitivas como la memoria, la atención, la velocidad de procesamiento y la función ejecutiva. Se utiliza para medir el impacto de los déficits cognitivos en el funcionamiento diario y evaluar la eficacia de intervenciones cognitivas. (6)

5.11. Complicaciones

La esquizofrenia puede presentar una serie de complicaciones tanto a corto como a largo plazo, que pueden afectar la calidad de vida, el funcionamiento diario y el pronóstico del individuo. Algunas complicaciones más comunes incluyen:(7)



Recaídas y hospitalizaciones: Las recaídas son episodios de empeoramiento de los síntomas de la esquizofrenia que pueden requerir hospitalización. Las recaídas son comunes en la esquizofrenia y pueden ser desencadenadas por factores como el estrés, el incumplimiento del tratamiento, el abuso de sustancias y la interrupción de la medicación.

Discapacidad funcional: La esquizofrenia puede causar discapacidad funcional significativa, lo que puede dificultar el desempeño en el trabajo, la escuela y las relaciones interpersonales. Los síntomas negativos, como el aplanamiento afectivo y la abulia, pueden limitar la capacidad del individuo para participar en actividades cotidianas. (7)

Problemas de salud física: Las personas con esquizofrenia tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud física, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, tabaquismo y enfermedades infecciosas. Esto puede deberse a factores de estilo de vida, como una dieta deficiente, falta de ejercicio. (7)

Abuso de sustancias: Las personas con esquizofrenia tienen un mayor riesgo de abuso de sustancias, como alcohol y drogas ilícitas. El abuso de sustancias puede empeorar los síntomas de la esquizofrenia, aumentar el riesgo de recaídas.

Problemas cognitivos: La esquizofrenia puede estar asociada con déficits cognitivos, que pueden afectar la memoria, la atención, la concentración y otras funciones cognitivas. Estos problemas cognitivos pueden dificultar el desempeño en el trabajo, la escuela y otras actividades diarias. (7)

Aislamiento social: Los síntomas de la esquizofrenia, como la paranoia y la retirada social, pueden llevar al aislamiento social y la soledad. El aislamiento social puede empeorar los síntomas de la enfermedad y aumentar el riesgo de depresión y suicidio.

Estigma y discriminación: Las personas con esquizofrenia pueden enfrentar estigma y discriminación en la sociedad.

5.12. Investigación Actual

La investigación en esquizofrenia es un campo activo y en constante evolución, con numerosos estudios que buscan comprender mejor la etiología, los mecanismos subyacentes y las opciones de tratamiento para esta enfermedad mental.

⊕ **Genética:** Los estudios genéticos están identificando cada vez más variantes genéticas asociadas con el riesgo de esquizofrenia. Se están utilizando enfoques como el análisis de secuenciación del genoma completo y estudios de asociación de todo el genoma para identificar genes de riesgo y comprender mejor la base genética de la enfermedad. (7)

⊕ **Neurobiología:** La investigación neurobiológica está investigando las alteraciones en el cerebro de las personas con esquizofrenia, incluyendo anomalías en la estructura y función cerebral, así

como disfunciones en los neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y el glutamato. Se están utilizando técnicas avanzadas de neuroimagen y neurofisiología para estudiar estas alteraciones y su relación con los síntomas de la enfermedad.

⊕ **Factores ambientales:** Se están investigando los factores ambientales que pueden aumentar el riesgo de esquizofrenia, como el estrés prenatal, la exposición a toxinas ambientales, la urbanización y el consumo de sustancias psicoactivas. Comprender cómo estos factores interactúan con la predisposición genética puede proporcionar información importante sobre los mecanismos subyacentes. (7)

⊕ **Biomarcadores:** Se están buscando biomarcadores biológicos y neurobiológicos que puedan ayudar en el diagnóstico temprano, la estratificación de pacientes y la predicción de la respuesta al tratamiento en la esquizofrenia. Esto incluye biomarcadores en sangre, líquido cefalorraquídeo y neuroimagen que pueden proporcionar información sobre la enfermedad y su progresión. (7)

⊕ **Tratamientos innovadores:** Se están desarrollando y evaluando nuevos enfoques de tratamiento para la esquizofrenia, incluyendo terapias farmacológicas dirigidas a nuevos blancos terapéuticos, terapias de estimulación cerebral no invasiva, intervenciones psicosociales innovadoras y programas de rehabilitación cognitiva.

⊕ **Enfoque de sistemas:** Se están utilizando enfoques de sistemas y análisis de redes para estudiar la esquizofrenia como un trastorno complejo que involucra interacciones entre múltiples sistemas biológicos y factores ambientales. Esto puede ayudar a identificar nuevas vías terapéuticas y comprender la heterogeneidad clínica de la enfermedad. (7)

Bibliografía

1. Sandín, B. (2023). La Esquizofrenia: y otros trastornos psicóticos. EDITORIAL SANZ Y TORRES SL.
2. Carteri, R. B., Oses, J. P., Cardoso, T. D. A., Moreira, F. P., Jansen, K., & Silva, R. A. D. (2020). Um olhar mais atento à epidemiologia da esquizofrenia e de transtornos mentais comuns no Brasil. *Dementia & Neuropsychologia*, 14, 283-289.
3. Torres Lugo, D. J., Castillo Ledo, I., Rojas Díaz, I., Masot Rangel, A.,

- Masot Torres, S. J., & Cabrera Pérez, A. E. (2022). La esquizofrenia: una mirada desde la ciencia, la tecnología y la sociedad. *Revista Finlay*, 12(3), 322-330.
4. Corrales, A., Vilapriño Duprat, M., Benavente Pinto, C., Garay, C., Corral, R., Gargoloff, P. R., ... & Gargoloff, P. D. (2021). Consenso argentino sobre diagnóstico y tratamiento de la esquizofrenia resistente al tratamiento. *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 32.
 5. Jaramillo Velasteguix, E. G. (2023). Actualización diagnóstica y terapéutica de la esquizofrenia según su clasificación (Bachelor's thesis, Universidad Ncional de Chimborazo).
 6. Escamilla-Orozco, R. I., Becerra-Palars, C., Armendáriz-Vázquez, Y., Corlay-Noriega, I. S., Herrera-Estrella, M. A., Llamas-Núñez, R. E., ... & Saucedo-Urbe, E. (2021). Tratamiento de la esquizofrenia en México: recomendaciones de un panel de expertos. *Gaceta médica de México*, 157, S1-S12.
 7. Toledo Núñez, M. F., Ricciardi Mazza, C., & Olmos Malet, I. R. (2022). Esquizofrenia resistente al tratamiento. I, concepto e impacto clínico. *Rev. psiquiatr. Urug*, 25-34.

⊕ **GARCIA LINARES LIT DIANE**

Médica General

Psiquiatría/Bipolaridad

6. BIPOLARIDAD



6.1. Definición

La bipolaridad es un trastorno mental caracterizado por cambios extremos en el estado de ánimo, que van desde episodios de euforia o manía hasta períodos de depresión profunda. (1)

El Día Mundial de la Bipolaridad, celebrado el 30 de marzo de cada año, representa una ocasión fundamental para elevar la conciencia global sobre el trastorno bipolar y sus implicaciones. Esta fecha sirve como un llamado a la acción para combatir el estigma que rodea a esta condición mental, promoviendo la comprensión y la empatía hacia aquellos que la experimentan. (1)

6.2. Epidemiología

La epidemiología del trastorno bipolar se enfoca en entender la distribución y determinantes de esta enfermedad en diferentes poblaciones. (1-2)

A nivel mundial, afecta aproximadamente al 2% de la población general, sin distinción de edad, género, raza o estatus socioeconómico.

Por lo general, comienza en la adolescencia o adultos jóvenes, con una edad promedio de inicio alrededor de los 25 años, aunque puede manifestarse en la infancia o más tarde en la vida.

Aunque no hay una diferencia significativa en la prevalencia entre hombres y mujeres, las presentaciones de síntomas pueden variar, con más episodios de manía en hombres y más de depresión en mujeres. (2)

6.3. Etiología

La etiología de la bipolaridad es un tema complejo que implica una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. (2)

- a) **Factores genéticos:** Existe una clara evidencia de que la bipolaridad tiene una base genética. Estudios de familias, gemelos y adopciones han demostrado que el trastorno bipolar tiende a presentarse en familias y que los familiares de personas con trastorno bipolar tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. Se estima que el riesgo de un niño de desarrollar trastorno bipolar es aproximadamente 10 veces mayor si uno de los padres lo tiene, y hasta 30 veces mayor si ambos padres están afectados. (2)
- b) **Neurobiología:** Se ha identificado una serie de diferencias neurobiológicas en

personas con trastorno bipolar, incluyendo alteraciones en la estructura y función del cerebro, así como desregulación de varios neurotransmisores y sistemas de señalización neuronal.

Por ejemplo, se ha observado que los niveles de neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina están alterados en personas con trastorno bipolar. (2)

c) **Factores ambientales:** Si bien la predisposición genética juega un papel importante en el desarrollo de la bipolaridad, los factores ambientales también pueden desempeñar un papel desencadenante. Eventos estresantes como traumas emocionales, abuso infantil, pérdida de un ser querido o cambios importantes en la vida pueden desencadenar episodios de manía o depresión en personas con predisposición genética. (2)

d) **Desregulación del ritmo circadiano:** Se ha sugerido que las alteraciones en el ritmo circadiano, que regula los patrones de sueño-vigilia y otros ritmos biológicos, pueden estar implicadas en la etiología del trastorno bipolar. Los cambios en los patrones de sueño, como la privación del sueño,

pueden desencadenar episodios de manía en personas vulnerables.

e) **Factores psicológicos:** Si bien los factores psicológicos no son la causa directa del trastorno bipolar, pueden influir en su curso y gravedad.

Por ejemplo, el estrés crónico, los patrones de pensamiento disfuncionales y las dificultades en el manejo de las emociones pueden contribuir a la aparición y exacerbación de los síntomas del trastorno bipolar. (2)

6.4. Factores de Riesgo

Los factores de riesgo asociados con el trastorno bipolar son diversos, desde predisposiciones genéticas hasta influencias ambientales y de estilo de vida. La historia familiar de trastorno bipolar es un factor importante, ya que las personas con parientes de primer grado afectados tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. (2)

Además de los antecedentes familiares, se ha encontrado que ciertos genes están asociados con un mayor riesgo de trastorno bipolar. El abuso de drogas y alcohol también puede aumentar el riesgo de desarrollar la enfermedad o desencadenar episodios de manía o depresión en aquellos que ya la padecen, debido a los cambios químicos cerebrales inducidos por estas sustancias.

Experiencias estresantes, como traumas emocionales o problemas financieros, pueden desencadenar episodios de manía o depresión en personas con predisposición genética.

Los cambios en los patrones de sueño, como la privación o los trastornos del sueño, pueden desencadenar episodios de manía, mientras que ciertas enfermedades médicas, trastornos psicológicos y cambios hormonales también pueden aumentar el riesgo o empeorar los síntomas del trastorno bipolar. (3,4)

6.5. Prevención

La prevención del trastorno bipolar es un desafío debido a su naturaleza multifactorial, que involucra una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Sin embargo, hay estrategias que pueden ayudar a reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad o mitigar su gravedad. (2-4)

a) **Identificación temprana y tratamiento de trastornos mentales:**

La detección temprana y el tratamiento adecuado de otros trastornos mentales, como trastornos de ansiedad o depresión, pueden ayudar a reducir el riesgo de desarrollar trastorno bipolar. La intervención temprana puede ayudar a prevenir la progresión de los síntomas y mejorar el pronóstico a largo plazo.

b) **Manejo del estrés:** Aprender estrategias efectivas para manejar el estrés puede ayudar a reducir el riesgo de desencadenar episodios de manía o depresión en personas con predisposición al trastorno bipolar. (3)

c) **Evitar el abuso de sustancias:** El consumo de drogas y alcohol puede desencadenar episodios de manía o depresión en personas con trastorno bipolar. Evitar el abuso de sustancias y buscar ayuda para tratar cualquier problema de adicción puede ser crucial para prevenir la exacerbación de los síntomas.

d) **Mantener un ritmo de vida estable:** Mantener horarios regulares para dormir, comer y hacer ejercicio puede ayudar a regular el estado de ánimo y reducir el riesgo de desencadenar episodios de manía o depresión. Tratar de mantener un equilibrio entre trabajo, descanso y recreación también puede ser beneficioso.

e) **Apoyo social y familiar:** Contar con un sólido sistema de apoyo social y familiar puede ser fundamental para prevenir el aislamiento y ayudar a manejar el estrés. Tener personas en las que confiar y con quienes hablar puede ser especialmente importante

durante períodos de crisis o episodios de enfermedad mental. (3)

- f) **Cumplir con el plan de tratamiento:** Para aquellas personas que ya han sido diagnosticadas con trastorno bipolar, seguir el plan de tratamiento recomendado por un profesional de la salud mental es crucial para prevenir la recurrencia de episodios maníacos o depresivos. Esto puede incluir tomar medicamentos recetados de manera regular, asistir a terapia psicológica y realizar cambios en el estilo de vida según sea necesario. (4)

6.6. Clínica

El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de cambios extremos en el estado de ánimo, que van desde la euforia o la manía hasta la depresión profunda. La clínica del trastorno bipolar puede variar según el tipo de episodio y la fase en la que se encuentre el paciente. (4)



- **Episodios maníacos:** Durante un episodio maníaco, la persona puede

experimentar una euforia inusual, un aumento extremo de la energía y la actividad, una sensación de grandiosidad, pensamientos acelerados, hablar rápidamente, comportamiento impulsivo y falta de juicio. Los episodios maníacos pueden durar días o semanas y pueden llevar a comportamientos riesgosos o peligrosos, como gastos excesivos, conducta sexual promiscua o abuso de drogas. (4)

- **Episodios depresivos:** Durante un episodio depresivo, la persona puede experimentar una tristeza profunda, falta de interés o placer en actividades que antes disfrutaba, cambios en el apetito o el peso, problemas para dormir, fatiga, dificultad para concentrarse, sentimientos de culpa o inutilidad, y pensamientos de muerte o suicidio. Los episodios depresivos pueden interferir significativamente en el funcionamiento diario y pueden durar varias semanas o meses. (3,4)
- **Episodios mixtos:** En algunos casos, una persona con trastorno bipolar puede experimentar síntomas de manía y depresión al mismo tiempo, lo que se conoce como un episodio mixto. Durante un episodio mixto, la persona puede sentirse eufórica pero

también irritable, ansiosa o deprimida. Esto puede provocar un mayor riesgo de comportamiento impulsivo o suicida. (4)

- **Fases de estabilidad:** Entre los episodios maníacos, depresivos o mixtos, algunas personas con trastorno bipolar pueden experimentar períodos de estabilidad en los que su estado de ánimo está dentro de un rango normal. Durante estas fases, la persona puede funcionar bien en el trabajo, la escuela o las relaciones personales.
- **Cambios en el patrón de sueño:** Los cambios en los patrones de sueño son comunes durante los episodios maníacos y depresivos del trastorno bipolar. Durante un episodio maníaco, la persona puede necesitar menos horas de sueño y sentirse llena de energía, mientras que durante un episodio depresivo, puede experimentar insomnio o somnolencia excesiva.

6.7. Clasificación por severidad

El trastorno bipolar se clasifica en varios tipos principales según la gravedad y la naturaleza de los episodios de humor que experimenta el individuo. La clasificación más

comúnmente utilizada es la del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría. Los tipos principales de trastorno bipolar según el DSM-5:

I. **Trastorno bipolar tipo I (TB I):**

Se caracteriza por al menos un episodio maníaco, que puede ser precedido o seguido por episodios depresivos o mixtos.

Los episodios maníacos en el trastorno bipolar tipo I son graves y pueden requerir hospitalización. Los episodios depresivos también pueden ser graves y pueden durar varias semanas o meses. (5)

II. **Trastorno bipolar tipo II (TB II):**

Se caracteriza por episodios depresivos recurrentes que se alternan con episodios hipomaníacos. Los episodios hipomaníacos son similares a los episodios maníacos, pero menos graves y no suelen requerir hospitalización. (5)

A pesar de ser menos intensos, los episodios hipomaníacos pueden tener un impacto significativo en el funcionamiento diario y pueden preceder a un episodio depresivo.

III. **Trastorno ciclotímico:**

Se caracteriza por fluctuaciones crónicas en el estado de ánimo, con períodos de síntomas hipomaníacos y períodos de síntomas depresivos que no cumplen con los criterios para un episodio maníaco o depresivo mayor.

Los síntomas en el trastorno ciclotímico son menos graves que en el trastorno bipolar tipo I o tipo II, pero pueden persistir durante años y afectar la capacidad de funcionamiento diario. (5)

6.8. Diagnóstico

El diagnóstico del trastorno bipolar implica una evaluación exhaustiva de los síntomas del individuo, así como de su historial médico y familiar. (4,5)

Evaluación clínica: Un profesional de la salud mental, como un psiquiatra o psicólogo clínico, llevará a cabo una evaluación clínica inicial para recopilar información sobre los síntomas del individuo, su historial médico y familiar, y cualquier otro factor relevante. Esta evaluación puede incluir entrevistas clínicas, cuestionarios estandarizados y observaciones del comportamiento.

Historia clínica y familiar: Se recopilará información detallada sobre el historial médico y familiar del individuo, incluidos

antecedentes de trastornos mentales, especialmente trastorno bipolar u otros trastornos del estado de ánimo. Los antecedentes familiares de trastorno bipolar son un factor de riesgo importante y pueden influir en el diagnóstico.

Evaluación de síntomas: El profesional de la salud mental evaluará los síntomas actuales del individuo, incluidos episodios de manía, hipomanía y depresión, así como cualquier síntoma relacionado, como cambios en el sueño, el apetito, la energía y el comportamiento.

Descarte de otras condiciones: Es importante descartar otras condiciones médicas o psiquiátricas que puedan estar causando o contribuyendo a los síntomas del individuo. Esto puede incluir pruebas de laboratorio, evaluaciones médicas y psiquiátricas adicionales según sea necesario. (5)

Criterios diagnósticos: El diagnóstico del trastorno bipolar se basa en los criterios establecidos en manuales diagnósticos como el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) o la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades). Estos criterios incluyen la presencia de episodios maníacos, hipomaníacos y/o depresivos, así como la duración y la gravedad de los síntomas.

Trastorno Bipolar	Criterios Diagnósticos
Episodio Maníaco	- Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable durante al menos una semana, con síntomas graves que causan deterioro.
	- Aumento de la autoestima o grandiosidad.
	- Disminución de la necesidad de sueño.
	- Habla más rápida de lo normal o verborrea.
	- Fuga de ideas o sensación de que los pensamientos están acelerados.
Episodio Hipomaniaco	- Similar al episodio maníaco pero menos grave y sin causar un deterioro significativo en el funcionamiento.
Episodio Depresivo Mayor	- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas.
	- Pérdida de interés o placer en actividades previamente disfrutadas.
	- Cambios significativos en el peso o el apetito.
	- Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
	- Fatiga o pérdida de energía.
Episodio Mixto	- Síntomas de manía y depresión presentes casi todos los días durante al menos una semana, con un deterioro significativo.
	- Estado de ánimo depresivo combinado con excitación, irritabilidad o agitación.
Trastorno Bipolar Tipo I	- Presencia de al menos un episodio maníaco.
	- Los episodios depresivos pueden o no estar presentes.
Trastorno Bipolar Tipo II	- Presencia de al menos un episodio hipomaniaco y al menos un episodio depresivo mayor.
Ciclotimia	- Periodos de síntomas hipomaniacos y periodos de síntomas depresivos durante al menos dos años, sin periodos sin síntomas.

Evaluación longitudinal: Dado que el trastorno bipolar implica episodios recurrentes de cambios en el estado de ánimo, es importante realizar una evaluación longitudinal a lo largo del tiempo para determinar la frecuencia, la duración y la gravedad de los episodios. Esto puede requerir un seguimiento continuo y una monitorización regular de los síntomas. (5)

El diagnóstico del trastorno bipolar puede ser complejo y puede requerir tiempo y paciencia para llegar a una conclusión precisa. Es fundamental que el diagnóstico sea realizado por un profesional de la salud mental experimentado y capacitado en el manejo de trastornos del estado de ánimo.

Un diagnóstico preciso es fundamental para guiar el tratamiento adecuado y mejorar los resultados a largo plazo para los individuos afectados. (5)

6.9. Tratamiento

El tratamiento del trastorno bipolar suele ser integral y puede incluir una combinación de medicamentos, terapia psicológica y cambios en el estilo de vida. (6)

Es fundamental trabajar en colaboración con profesionales de la salud mental para desarrollar un plan de tratamiento personalizado. Las principales opciones de tratamiento para la bipolaridad:

1. **Medicamentos estabilizadores del estado de ánimo:** Los medicamentos son una parte fundamental del tratamiento para el trastorno bipolar.

Los estabilizadores del estado de ánimo, como el litio, el valproato y la lamotrigina, se utilizan comúnmente para ayudar a prevenir los episodios maníacos y depresivos. Antidepresivos y antipsicóticos atípicos también pueden ser recetados según la necesidad, pero con precaución para evitar desencadenar episodios maníacos.



2. **Terapia psicológica (psicoterapia):** La terapia cognitivo-conductual (TCC) y otras formas de psicoterapia son valiosas para el tratamiento del trastorno bipolar. Estas terapias pueden ayudar a las personas a comprender y manejar los factores desencadenantes, mejorar las habilidades de afrontamiento y trabajar en la prevención de recaídas. La terapia interpersonal y la terapia familiar también pueden ser beneficiosas. (6)



3. **Educación y apoyo psicoeducativo:** La educación sobre el trastorno bipolar y el desarrollo de habilidades de autocontrol son componentes esenciales del tratamiento. Las personas con trastorno bipolar y sus familias pueden beneficiarse de la participación en programas de psicoeducación que les proporcionen información sobre la enfermedad, estrategias de manejo y apoyo emocional. (6)
4. **Regulación del estilo de vida:** Establecer rutinas regulares, mantener patrones de sueño consistentes, hacer ejercicio regularmente y mantener una dieta balanceada pueden ayudar a estabilizar el estado de ánimo y reducir el riesgo de episodios maníacos o depresivos. Evitar el abuso de sustancias, incluido el alcohol y las drogas, también es crucial. (6)
5. **Monitoreo continuo y ajuste del tratamiento:** Dado que el trastorno bipolar es una condición crónica con episodios recurrentes, es importante realizar un monitoreo continuo de los síntomas y ajustar el plan de tratamiento según sea necesario. Esto implica una comunicación regular con el

equipo de tratamiento y ajustes en los medicamentos o las estrategias terapéuticas según la evolución de la condición.

6. **Red de apoyo social:** Contar con una red de apoyo sólida, que puede incluir familiares, amigos y grupos de apoyo, es esencial. (7)

El tratamiento del trastorno bipolar es altamente individualizado, y lo que funciona para una persona puede no ser igualmente efectivo para otra. La colaboración estrecha con profesionales de la salud mental y la adherencia al plan de tratamiento son cruciales para lograr la estabilidad a largo plazo y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el trastorno bipolar.

6.10. Pronóstico

El pronóstico del trastorno bipolar es altamente variable y depende de varios factores, como la gravedad y frecuencia de los síntomas, la edad de inicio, la adherencia al tratamiento y el apoyo social.

La enfermedad se caracteriza por su naturaleza crónica y recurrente, lo que significa que algunos individuos pueden experimentar episodios maníacos o depresivos con mayor frecuencia y gravedad que otros, mientras que algunos pueden tener períodos de estabilidad más prolongados entre episodios. (7)

Aunque el tratamiento adecuado puede mejorar el pronóstico a largo plazo, la eficacia de los medicamentos y la adherencia al tratamiento pueden variar, lo que puede llevar a recaídas incluso con un manejo cuidadoso.

Además, el trastorno bipolar está asociado con un mayor riesgo de desarrollar otros trastornos mentales, como ansiedad o abuso de sustancias, lo que puede complicar aún más el pronóstico y el manejo.

Los episodios de manía o depresión pueden tener un impacto significativo en la vida diaria, interfiriendo con el funcionamiento personal, laboral y social, lo que subraya la importancia de estrategias de afrontamiento efectivas y apoyo emocional. (7)

La identificación temprana de factores de riesgo y el acceso a una red de apoyo sólida, junto con la participación en programas de psicoeducación, pueden desempeñar un papel crucial en la mejora del pronóstico y la calidad de vida de las personas afectadas por el trastorno bipolar.

6.11. Escalas Pronósticas

Existen varias escalas pronósticas utilizadas en la evaluación del trastorno bipolar, algunas de las cuales pueden ayudar a predecir el curso de la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Algunas de las escalas

pronósticas más comúnmente utilizadas en el contexto del trastorno bipolar:

- a) **Escala de Evaluación Global del Funcionamiento (EEGF):** Esta escala evalúa el funcionamiento general del individuo en varios dominios, incluyendo el funcionamiento social, laboral y psicológico. Puede ayudar a los profesionales de la salud mental a evaluar el impacto del trastorno bipolar en la vida diaria y a determinar el pronóstico. (6-7)
- b) **Escala de Evaluación de Manía de Young (YMRS):** La YMRS es una escala utilizada para evaluar la gravedad de los síntomas maníacos en personas con trastorno bipolar. Puede ayudar a predecir la gravedad de los episodios maníacos y la respuesta al tratamiento.
- c) **Escala de Depresión de Hamilton (HDRS):** La HDRS es una escala utilizada para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos en personas con trastorno bipolar. Puede ayudar a predecir la gravedad de los episodios depresivos y la respuesta al tratamiento. (7)

- d) **Escala de Evaluación de la Depresión en la Atención Primaria (PHQ-9)**: Esta escala es una versión abreviada de la HDRS y se utiliza para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos en diferentes contextos, incluida la atención primaria. Puede ayudar a identificar a las personas en riesgo de trastorno bipolar y a predecir la gravedad de los episodios depresivos.
- e) **Escala de Evaluación de la Suicidalidad de Columbia (C-SSRS)**: Esta escala se utiliza para evaluar la gravedad del riesgo de suicidio en personas con trastorno bipolar y otros trastornos mentales. Puede ayudar a predecir el riesgo de comportamiento suicida y guiar la intervención de crisis.
- f) **Escala de Evaluación del Funcionamiento Social (SOFAS)**: Similar a la EEGF, la SOFAS evalúa el funcionamiento social y ocupacional del individuo, pero se centra específicamente en el funcionamiento social. Puede ayudar a predecir el impacto del trastorno bipolar en las relaciones interpersonales y el funcionamiento social.

6.12. Complicaciones

El trastorno bipolar puede llevar a una serie de complicaciones que pueden afectar la salud física, mental y emocional de una persona. (8)

- **Comorbilidad con otros trastornos mentales**: Las personas con trastorno bipolar tienen un mayor riesgo de desarrollar otros trastornos mentales, como trastornos de ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastornos de la personalidad y trastornos por consumo de sustancias. La comorbilidad puede complicar el diagnóstico y el tratamiento, así como aumentar la gravedad de los síntomas.
- **Abuso de sustancias**: El trastorno bipolar está asociado con un mayor riesgo de abuso de sustancias, incluyendo alcohol y drogas ilícitas. El uso de sustancias puede desencadenar episodios de manía o depresión, empeorar los síntomas y dificultar el manejo efectivo del trastorno bipolar. (8)
- **Problemas de salud física**: Las personas con trastorno bipolar tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud física, como enfermedades cardíacas, diabetes,

obesidad, hipertensión y trastornos de sueño. Esto puede deberse a una combinación de factores genéticos, estilo de vida poco saludable y efectos secundarios de los medicamentos utilizados en el tratamiento del trastorno bipolar. (8)

- **Dificultades en las relaciones interpersonales:** Los episodios de manía o depresión pueden afectar negativamente las relaciones interpersonales, incluyendo las relaciones familiares, de pareja y sociales. La irritabilidad, la impulsividad y los cambios de humor pueden dificultar la comunicación y generar conflictos en las relaciones.
- **Problemas laborales y financieros:** Los síntomas del trastorno bipolar pueden afectar la capacidad de una persona para trabajar de manera productiva y mantener empleo estable. Los episodios de manía pueden llevar a gastos excesivos o comportamiento impulsivo, mientras que los episodios depresivos pueden dificultar la concentración y la toma de decisiones. Esto puede resultar en dificultades financieras y problemas laborales.

- **Riesgo de suicidio:** Las personas con trastorno bipolar tienen un mayor riesgo de pensamientos suicidas y comportamiento suicida en comparación con la población general. Los episodios depresivos severos y los momentos de crisis pueden aumentar este riesgo. Es crucial buscar ayuda profesional si se experimentan pensamientos suicidas o se está en riesgo de autolesiones. (8)

6.13. Investigación Actual

La investigación actual sobre el trastorno bipolar abarca diversos frentes, desde la comprensión de sus bases neurobiológicas hasta el desarrollo de intervenciones terapéuticas innovadoras.

Los científicos están inmersos en el estudio de la neurobiología del trastorno, investigando las alteraciones en la estructura y función cerebral, así como los desequilibrios en los neurotransmisores y sistemas de señalización neuronal. (8)

Utilizan avanzadas técnicas de neuroimagen y estudios genéticos para identificar biomarcadores y genes asociados con la enfermedad.

Paralelamente, se llevan a cabo investigaciones para identificar factores de

riesgo genético, ambiental y psicosociales que contribuyen a la vulnerabilidad al trastorno bipolar, así como factores de protección que pueden mitigar su impacto. Esta área de estudio incluye la exploración de la interacción entre factores genéticos y ambientales en el desarrollo del trastorno. (8)

En cuanto a las opciones terapéuticas, los investigadores están enfocados en el desarrollo de nuevos medicamentos con mecanismos de acción específicos, además de evaluar la efectividad de terapias complementarias como la estimulación cerebral profunda o la terapia de sueño y ritmo circadiano. Se están llevando a cabo estudios para evaluar la eficacia de intervenciones tempranas dirigidas a personas en riesgo de desarrollar el trastorno, así como estrategias de prevención primaria y secundaria, incluyendo programas de detección temprana, intervenciones psicoeducativas y terapias preventivas dirigidas a reducir el impacto de los factores de riesgo.

Con el avance de la tecnología, se están desarrollando y evaluando nuevas herramientas digitales, como aplicaciones móviles, dispositivos portátiles y plataformas en línea, diseñadas para monitorear síntomas, facilitar la comunicación con profesionales de la salud mental y brindar apoyo emocional a las personas afectadas por el trastorno bipolar.

Bibliografía:

1. Dutazaka, M. G. M., Moyon, M. V. V., Loor, W. A. S., & Yamunaque, Y. A. T. (2021). Trastorno bipolar. RECIAMUC, 5(1), 54-62.
2. Chibas-Muñoz, E. E., Sarabia-Aguila, E. C., & Digurnay-Durruthy, I. (2022). Comportamiento clínico-epidemiológico de pacientes con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 26(6).
3. Fernández López, M. (2022). Trastorno bipolar: implicaciones clínicas de la comorbilidad con el trastorno de la inestabilidad emocional de la personalidad.
4. De Almeida, V. G., Junior, J. C. M. N., & Cardoso, P. P. (2023). Trastorno bipolar: características, diagnóstico diferencial e terapias atuais. Revista Contemporânea, 3(8), 12192-12199.
5. Valdivieso-Jiménez, G. (2020). Severidad Clínica En Trastorno Bipolar, Trastorno Límite De La Personalidad Y Su Comorbilidad. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 58(1), 2-15.

6. Valdivieso-Jiménez, G. (2023). Eficacia de la Terapia Cognitiva Conductual Para el Trastorno Bipolar: una Revisión Sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 52(3), 213-224.

7. Vargas, X. R., Leal, M. A., & Zamora, S. M. (2020). Actualización del trastorno afectivo bipolar. *Revista médica sinergia*, 5(9), e572-e572.

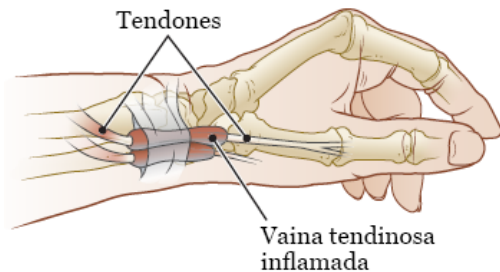
8. García, M. P., López-Cortacans, G., & García, R. P. (2022). Revisión Sistemática del Tratamiento del Trastorno Bipolar con Características Mixtas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.

⊕ **CARRASCO CAJO JESENIA ELIZ**

Mgs. Docente de la Universidad Estatal de Bolívar ABETH

Traumatología/ Tenosinovitis de Quervain

7. TENOSINOVITIS DE QUERVAIN



7.1. Definición

La tenosinovitis de Quervain es una afección dolorosa que afecta los tendones en la base del pulgar. Estos tendones están rodeados por una vaina protectora que facilita su movimiento. Cuando esta vaina se inflama, se produce la tenosinovitis de Quervain (1)

En la tenosinovitis de Quervain, la inflamación afecta específicamente a los tendones y sus vainas sinoviales en la región del pulgar y la muñeca. Los principales tendones involucrados son el tendón del músculo abductor largo del pulgar (Abductor Largo del Pulgar) y el tendón del músculo extensor corto del pulgar (Extensor Corto del Pulgar). Estos tendones pasan a través de una vaina sinovial compartida en la base del pulgar, lo que facilita su movimiento suave durante la abducción y la extensión del pulgar. (1)

Los tendones y las vainas sinoviales específicamente involucrados son:

- Tendón del Abductor Largo del Pulgar: Se inflama cuando se irrita o sobrecarga debido a movimientos repetitivos de abducción del pulgar.
- Tendón del Extensor Corto del Pulgar: También se inflama debido a movimientos repetitivos de extensión del pulgar.

7.2. Epidemiología

La epidemiología de la tenosinovitis de Quervain varía según la población y los factores de riesgo asociados. (1)

a) Prevalencia

La tenosinovitis de Quervain es más común en mujeres que en hombres, con una proporción de alrededor de 4:1. (1)

La prevalencia aumenta con la edad, siendo más frecuente en mediana edad y mayores.

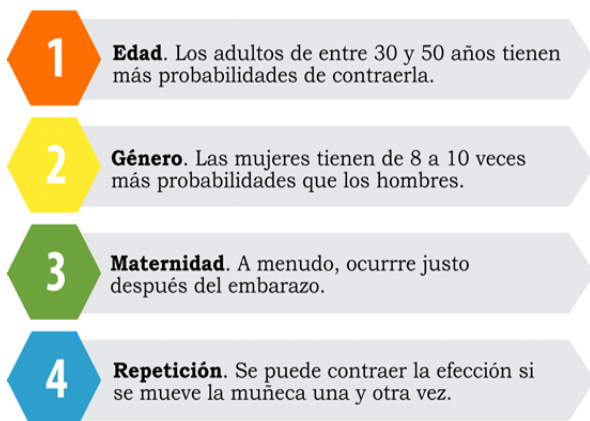
Es una afección relativamente común en la práctica clínica, especialmente entre los adultos activos que participan en actividades que implican movimientos repetitivos de la muñeca y el pulgar. (1-3)

b) Impacto Socioeconómico

La tenosinovitis de Quervain puede afectar la calidad de vida de las personas al causar dolor y limitar la capacidad para realizar actividades diarias y laborales.

- Puede resultar en ausentismo laboral y pérdida de productividad, especialmente en ocupaciones que requieren un uso repetitivo de las manos y muñecas. (1)
- El tratamiento temprano y adecuado puede ayudar a minimizar el impacto socioeconómico de la afección al reducir la duración y la gravedad de los síntomas. (1)

7.3. Etiología



✚ Uso Repetitivo:

Una de las causas más comunes de la tenosinovitis de Quervain es el uso repetitivo de la muñeca y el pulgar en actividades laborales o recreativas. (2)

Movimientos repetitivos, como agarrar, torcer o levantar objetos, pueden ejercer presión sobre los tendones y la vaina sinovial, lo que eventualmente puede conducir a la inflamación. (2)

✚ Lesiones Traumáticas:

Lesiones traumáticas, como caídas o impactos directos en la muñeca o el pulgar, pueden dañar los tendones y la vaina sinovial, predisponiendo a la inflamación y la tenosinovitis de Quervain. (2)

✚ Anatomía:

La anatomía de la muñeca y el pulgar también puede contribuir a la tenosinovitis de Quervain. La vaina sinovial que rodea los tendones en la base del pulgar es relativamente estrecha, lo que puede aumentar el riesgo de irritación y compresión de los tendones.

✚ Factores Hormonales:

Cambios hormonales, como los que ocurren durante el embarazo, pueden aumentar la laxitud de los tejidos conectivos, incluidos los tendones, lo que puede predisponer a la inflamación y la tenosinovitis de Quervain.

✚ Condiciones Médicas Subyacentes:

Algunas condiciones médicas, como la artritis reumatoide, la gota o la diabetes, pueden aumentar el riesgo de desarrollar tenosinovitis de Quervain debido a la inflamación sistémica y los cambios en los tejidos conectivos. (2)

✚ Factores Genéticos:

Se ha sugerido que ciertos factores genéticos pueden aumentar la susceptibilidad a

desarrollar tenosinovitis de Quervain en respuesta a factores desencadenantes, como el uso repetitivo o las lesiones traumáticas.

✚ Microtraumatismos:

Además del uso repetitivo, los microtraumatismos repetidos en la zona de la muñeca y el pulgar pueden desencadenar la inflamación de los tendones y la vaina sinovial, contribuyendo así a la tenosinovitis de Quervain. (2)

7.4. Factores de Riesgo



❖ Sexo y Edad

La tenosinovitis de Quervain es más común en mujeres que en hombres, con una proporción de alrededor de 4:1.

Aunque puede ocurrir a cualquier edad, es más frecuente en personas de mediana edad y mayores. (2-3)

❖ Actividades Repetitivas

El uso repetitivo de la muñeca y el pulgar en actividades laborales o recreativas es un factor de riesgo importante. Profesiones que implican movimientos repetitivos de la muñeca y el pulgar, como escribir, tejer, trabajar con herramientas manuales o usar dispositivos electrónicos, pueden aumentar el riesgo.

❖ Lesiones Traumáticas

Lesiones traumáticas en la muñeca o el pulgar, como caídas o golpes directos, pueden predisponer a la inflamación de los tendones y la vaina sinovial, aumentando el riesgo de tenosinovitis de Quervain. (3)

❖ Embarazo

Durante el embarazo, los cambios hormonales pueden aumentar la laxitud de los tejidos conectivos, incluidos los tendones, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar tenosinovitis de Quervain. (3)

La tenosinovitis de Quervain es relativamente común durante el embarazo y en el período postparto.

❖ Condiciones Médicas Subyacentes

Algunas condiciones médicas, como la artritis reumatoide, la gota o la diabetes, pueden aumentar el riesgo de tenosinovitis de Quervain debido a la inflamación sistémica y los cambios en los tejidos conectivos.

❖ Factores Genéticos

Se ha sugerido que ciertos factores genéticos pueden influir en la susceptibilidad a desarrollar tenosinovitis de Quervain en respuesta a factores desencadenantes, como el uso repetitivo o las lesiones traumáticas. (2-3)

❖ Obesidad

El sobrepeso u obesidad pueden aumentar la carga sobre las articulaciones y los tendones, lo que puede aumentar el riesgo de desarrollar tenosinovitis de Quervain.

❖ Postura Inadecuada

Mantener una postura inadecuada durante actividades que implican movimientos repetitivos de la muñeca y el pulgar puede aumentar la tensión en los tendones, aumentando así el riesgo de desarrollar tenosinovitis de Quervain.

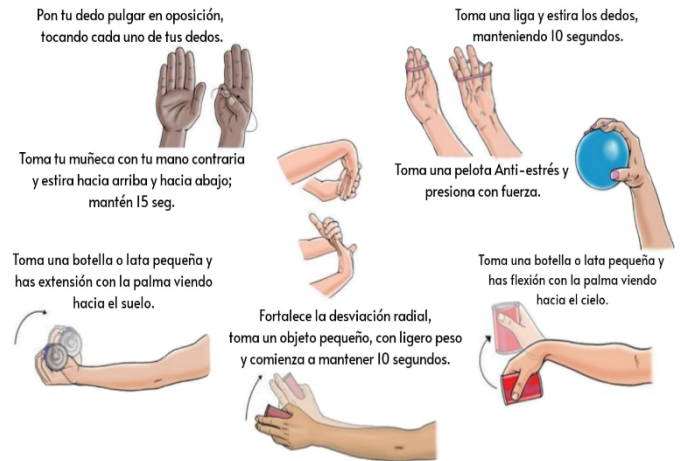
Reconocer estos factores de riesgo puede ser útil para identificar a las personas con mayor riesgo de desarrollar tenosinovitis de Quervain y tomar medidas preventivas o de manejo adecuadas. (23)

7.5. Prevención

a) Ergonomía

Mantener una postura adecuada durante actividades que implican movimientos repetitivos de la muñeca y el pulgar puede ayudar a reducir la tensión en los tendones. (4)

Asegúrate de que el espacio de trabajo esté configurado ergonómicamente para minimizar la tensión en las manos y muñecas.



b) Descansos y Variaciones

Realizar pausas frecuentes durante actividades repetitivas para permitir que los músculos y tendones descansen y se recuperen.

Alternar entre diferentes tareas o cambios de posición para evitar la sobrecarga continua en los mismos grupos musculares y tendones. (4)

c) Ejercicio y Fortalecimiento

Mantener una buena condición física general y fortalecer los músculos de la mano y el antebrazo puede ayudar a reducir el riesgo de lesiones por uso repetitivo. (4)

Ejercicios específicos para fortalecer los músculos de la mano y el antebrazo pueden ayudar a mejorar la resistencia y la capacidad de manejar actividades repetitivas.

d) Técnicas de Levantamiento

Utilizar técnicas de levantamiento adecuadas al manipular objetos pesados para evitar tensión excesiva en los tendones de la muñeca y el pulgar.

Distribuir la carga de manera uniforme entre ambos lados del cuerpo y evitar levantar objetos con movimientos bruscos o torceduras. (4)

e) Protección

Utilizar dispositivos ergonómicos, como almohadillas de descanso para las muñecas o herramientas con mangos acolchados, puede ayudar a reducir la presión sobre los tendones.

En actividades deportivas o recreativas, como el ciclismo o el golf, usar equipo adecuado y técnicas correctas. (4)

f) Mantener un Peso Saludable

Mantener un peso saludable puede reducir la carga sobre las articulaciones y los tendones, lo que puede ayudar a prevenir la tensión excesiva en la muñeca y el pulgar. (4)

g) Gestión del Estrés

El estrés emocional y mental puede contribuir a la tensión muscular y aumentar el riesgo de lesiones por uso repetitivo. Practicar técnicas de gestión del estrés, como la meditación o el yoga, puede ayudar a reducir la tensión muscular y prevenir lesiones.

7.6. Clínica

La tenosinovitis de Quervain se manifiesta clínicamente a través de una serie de síntomas característicos que afectan la muñeca y el pulgar. (5)



Dolor

- El síntoma principal de la tenosinovitis de Quervain es el dolor en la base del pulgar, que puede ser agudo o sordo.
- El dolor puede irradiarse hacia el antebrazo, especialmente a lo largo del curso de los tendones afectados. (5)
- El dolor tiende a empeorar con el movimiento del pulgar y la muñeca, especialmente al agarrar objetos o torcer la muñeca.

Hinchazón y Sensibilidad

- Puede haber hinchazón en la base del pulgar, donde se encuentran los tendones afectados. (5)
- La zona afectada puede estar sensible al tacto, y la presión directa sobre la base del pulgar puede causar molestias.

Dificultad para Mover el Pulgar y la Muñeca

- Los movimientos que implican el pulgar y la muñeca pueden ser dolorosos y limitados.
- Puede haber dificultad para agarrar objetos, torcer la muñeca o realizar actividades que requieran movimientos finos y precisos del pulgar. (5)

Chasquido o Crepitación

- Algunas personas pueden experimentar un chasquido o crepitación al mover el pulgar, especialmente durante la realización de ciertos movimientos.
- Este chasquido o crepitación puede ser una indicación de irritación de los tendones y la vaina sinovial. (5)

Agravamiento de los Síntomas

- Los síntomas de la tenosinovitis de Quervain tienden a empeorar con el tiempo si no se tratan adecuadamente.
- El uso repetitivo del pulgar y la muñeca, así como la realización de actividades que implican movimientos repetitivos, pueden agravar los síntomas.

Impacto en la Funcionalidad

- La tenosinovitis de Quervain puede afectar significativamente la funcionalidad de la mano y la muñeca, dificultando la realización de actividades diarias y laborales.

- En casos graves, la afección puede interferir con la capacidad para realizar tareas simples, como escribir, sostener objetos o girar la muñeca.

La presentación clínica de la tenosinovitis de Quervain puede variar en severidad de una persona a otra, y el tratamiento adecuado puede ayudar a aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. (5)

7.7. Clasificación por severidad

Leve

- En casos leves de tenosinovitis de Quervain, los síntomas pueden ser molestos pero manejables.
- El dolor puede ser intermitente y tolerable, y es posible que no interfiera significativamente con las actividades diarias.
- Puede haber algo de hinchazón y sensibilidad en la base del pulgar, pero la movilidad del pulgar y la muñeca no están severamente comprometidas.
- El tratamiento inicial suele ser conservador e incluye medidas como el reposo, el uso de férulas y la aplicación de hielo. (5)

Moderada

- En casos moderados, los síntomas de la tenosinovitis de Quervain tienden a ser más pronunciados y pueden interferir con las actividades diarias y laborales.

- El dolor puede ser más constante y limitar la movilidad del pulgar y la muñeca.
- La hinchazón y la sensibilidad en la base del pulgar son más evidentes, y puede haber una mayor restricción en la amplitud de movimiento. (5)
- El tratamiento puede incluir medidas conservadoras más intensivas, como terapia física, medicamentos antiinflamatorios y corticosteroides.

Grave

- En casos graves, la tenosinovitis de Quervain puede causar dolor intenso y discapacidad funcional significativa.
- El dolor puede ser constante y severo, lo que dificulta el uso del pulgar y la muñeca en cualquier actividad. (5)
- La hinchazón y la sensibilidad en la base del pulgar son prominentes, y puede haber una limitación significativa en la amplitud de movimiento.
- Es posible que se requiera una intervención más agresiva, como inyecciones de corticosteroides o incluso cirugía, para aliviar los síntomas y restaurar la función.

La clasificación por severidad de la tenosinovitis de Quervain es importante para determinar el enfoque de tratamiento más adecuado. (5)

7.8. Diagnóstico

El diagnóstico de la tenosinovitis de Quervain generalmente se basa en la historia clínica, el examen físico y, en algunos casos, pruebas adicionales para descartar otras condiciones.



Historia Clínica:

- El médico comenzará por recopilar información sobre tus síntomas, incluyendo la ubicación del dolor, la duración y la intensidad de este, los factores desencadenantes y cualquier actividad o lesión reciente relacionada con la muñeca o el pulgar. (5)

Examen Físico:

- Durante el examen físico, el médico evaluará la muñeca y el pulgar en busca de signos de hinchazón, sensibilidad, calor y deformidad.
- Se pueden realizar pruebas específicas, como la prueba de Finkelstein, en la que el médico dobla el pulgar hacia adentro y hacia abajo mientras el paciente cierra el puño sobre el pulgar. Si esto causa dolor en la base del pulgar, puede indicar tenosinovitis de Quervain. (5)

Pruebas Adicionales:

- En la mayoría de los casos, no se requieren pruebas adicionales para diagnosticar la tenosinovitis de Quervain. Sin embargo, en casos difíciles o para descartar otras condiciones, se pueden realizar pruebas de imagen, como radiografías o ecografías, para evaluar la estructura de la muñeca y el pulgar.
- Las pruebas de imagen también pueden ayudar a descartar otras condiciones que pueden causar síntomas similares, como fracturas, artritis u otras lesiones en la muñeca. (5)

Diagnóstico Diferencial:

- El médico también puede considerar otras condiciones que pueden causar dolor en la muñeca y el pulgar, como artritis reumatoide, tendinitis de De Quervain atípica, síndrome del túnel carpiano, entre otras. (5)

7.9. Tratamiento

El tratamiento de la tenosinovitis de Quervain puede variar desde medidas conservadoras hasta opciones más invasivas, dependiendo de la gravedad de los síntomas y la respuesta al tratamiento. (5-6)

a) Reposo y Modificación de Actividades

- Descansar la muñeca y evitar actividades que agraven los síntomas puede

ayudar a reducir la inflamación y permitir que los tendones se recuperen.

- Modificar las actividades que implican movimientos repetitivos de la muñeca y el pulgar puede ayudar a prevenir la recurrencia de los síntomas. (6)



b) Férulas o Fajas

- El uso de férulas o fajas para inmovilizar la muñeca y el pulgar puede ayudar a reducir la tensión en los tendones y promover la curación.
- Estos dispositivos pueden usarse durante el día o la noche, según las necesidades del paciente. (6)

c) Terapia Física

- La terapia física puede incluir ejercicios de estiramiento y fortalecimiento para mejorar la flexibilidad y la fuerza de los músculos de la mano y el antebrazo.
- Los terapeutas pueden enseñar técnicas de ergonomía y modificar las actividades diarias para reducir la tensión en los tendones.

d) Medicamentos Antiinflamatorios

- Los medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINEs), como el ibuprofeno o el naproxeno, pueden ayudar a reducir la inflamación y aliviar el dolor. (6)
- Estos medicamentos pueden ser tomados por vía oral o aplicados tópicamente en forma de cremas o geles.

e) Inyecciones de Corticosteroides

- Las inyecciones de corticosteroides en la vaina del tendón pueden proporcionar alivio rápido del dolor y la inflamación en casos moderados a severos. (6)
- Estas inyecciones se realizan bajo guía ecográfica para garantizar una administración precisa.

f) Cirugía

- En casos graves o que no responden al tratamiento conservador, la cirugía puede ser necesaria para liberar la vaina del tendón y aliviar la presión sobre los tendones.
- La cirugía se realiza de forma ambulatoria y generalmente tiene una tasa de éxito alta. (5-6)

g) Otras Terapias

- Otras opciones de tratamiento pueden incluir terapias complementarias como la acupuntura, la terapia con ultrasonido, la terapia con láser o la terapia con ondas de choque.

7.10. Pronóstico

El pronóstico de la tenosinovitis de Quervain suele ser favorable, especialmente si se identifica y trata tempranamente. Hay algunos aspectos a considerar sobre el pronóstico de esta afección:

▪ Tratamiento Temprano

La detección temprana y el tratamiento adecuado pueden ayudar a prevenir la progresión de la enfermedad y mejorar los síntomas.

Los pacientes que reciben tratamiento en las primeras etapas de la tenosinovitis de Quervain generalmente experimentan una recuperación más rápida y completa. (7)

▪ Respuesta al Tratamiento

La mayoría de las personas responden bien al tratamiento conservador, que puede incluir reposo, modificaciones en las actividades, terapia física y medicamentos.

En muchos casos, los síntomas pueden aliviarse en unas pocas semanas con el tratamiento adecuado. (6-7)

▪ Recurrencia

Algunas personas pueden experimentar recurrencia de los síntomas después de un episodio agudo de tenosinovitis de Quervain.

La modificación de las actividades y el seguimiento de las recomendaciones del médico pueden ayudar a prevenir la recurrencia de los síntomas.

- Cirugía

En casos graves o que no responden al tratamiento conservador, la cirugía puede ser necesaria para aliviar los síntomas.

La mayoría de las personas experimentan una mejora significativa después de la cirugía y pueden regresar a sus actividades normales con poco o ningún dolor.

- Manejo a Largo Plazo

Después de la recuperación inicial, es importante continuar con medidas de prevención y cuidado de la mano y la muñeca para evitar la recurrencia de los síntomas.

Esto puede incluir el uso de técnicas ergonómicas, ejercicios de fortalecimiento y estiramiento, y la atención regular de seguimiento con un médico.

7.11. Complicaciones

Aunque la tenosinovitis de Quervain generalmente responde bien al tratamiento y rara vez conlleva complicaciones graves, en algunos casos pueden surgir complicaciones o problemas adicionales.

En primer lugar, en casos graves o no tratados, la tenosinovitis de Quervain puede causar dolor intenso y limitación en la movilidad de la muñeca y el pulgar, lo que puede interferir con las actividades diarias y laborales.

Además, a pesar del tratamiento adecuado, algunas personas pueden experimentar recurrencia de los síntomas en el futuro, especialmente si no se modifican las actividades desencadenantes o si existen factores subyacentes que no se abordan completamente.

En casos graves que no responden al tratamiento conservador, se puede recomendar la cirugía para aliviar los síntomas, aunque esto conlleva riesgos potenciales como infección, sangrado, lesión de nervios o tejidos circundantes, y cicatrización excesiva. (6-7)

Además, la tenosinovitis de Quervain puede causar dolor crónico en la muñeca y el pulgar, incluso después del tratamiento, lo que puede afectar la calidad de vida y requerir manejo multidisciplinario.

Para aquellos cuyas ocupaciones requieren movimientos repetitivos de la muñeca y el pulgar, la tenosinovitis de Quervain no tratada o mal gestionada puede resultar en ausentismo laboral y limitaciones en la capacidad para realizar ciertas tareas laborales. (6)

En general, la tenosinovitis de Quervain puede tener un impacto significativo en la calidad de vida, causando dolor crónico, limitaciones funcionales y dificultades para

realizar actividades diarias. Sin embargo, un manejo adecuado de la afección puede ayudar a minimizar este impacto.

7.12. Rehabilitación

La rehabilitación para la tenosinovitis de Quervain se centra en aliviar el dolor, reducir la inflamación, restaurar la función y prevenir futuros episodios. (7)



Ergonomía y Modificación de Actividades:

- Los terapeutas pueden proporcionar orientación sobre técnicas ergonómicas y modificaciones en las actividades diarias para reducir la tensión en los tendones y prevenir la recurrencia de los síntomas. (7)
- Esto puede incluir ajustes en la postura, el uso de dispositivos ergonómicos y la práctica de hábitos saludables de trabajo.

Terapia Física:

- Los terapeutas físicos pueden enseñar ejercicios de estiramiento y fortalecimiento específicos para mejorar la flexibilidad y la fuerza de los músculos de la mano y el antebrazo. (7)
- La terapia física también puede incluir técnicas de masaje, terapia con calor o hielo, y modalidades de tratamiento como la terapia con ultrasonido o la terapia con láser para reducir la inflamación y aliviar el dolor.

Educación del Paciente:

- Los pacientes pueden recibir educación sobre la tenosinovitis de Quervain, incluyendo información sobre los factores desencadenantes, la importancia del reposo y la modificación de actividades, y estrategias para prevenir futuros episodios. (7)
- La comprensión de la enfermedad y la participación activa en el proceso de rehabilitación son fundamentales para lograr resultados exitosos.

Férulas y Soportes:

- El uso de férulas o soportes para inmovilizar la muñeca y el pulgar puede ayudar a reducir la tensión en los tendones y promover la curación.
- Los terapeutas pueden recomendar el uso de férulas durante actividades que pueden desencadenar los síntomas, como actividades laborales o deportivas. (7)

Ejercicios de Rango de Movimiento:

- Los ejercicios suaves de rango de movimiento pueden ayudar a mejorar la movilidad de la muñeca y el pulgar y prevenir la rigidez.
- Los pacientes pueden realizar estos ejercicios bajo la supervisión de un terapeuta físico y continuarlos en casa como parte de su régimen de rehabilitación.

Seguimiento y Manejo a Largo Plazo:

- Es importante realizar un seguimiento regular con el terapeuta físico y el médico para evaluar el progreso y realizar ajustes en el plan de tratamiento según sea necesario.
- Los pacientes deben mantener hábitos de vida saludables y practicar medidas de prevención a largo plazo para prevenir la recurrencia de los síntomas. (7)

Bibliografía:

1. AMIGO, F. P., PÉREZ, F. S., VILLENA, M. M., & MILANÉS, A.

Á. Tenosinovitis estenosante de tendones flexores de la mano: Revisión de la literatura.

2. Palomo Sánchez, N. S., & Rangel Mendoza, M. A. (2021). Factores de riesgo que disponen a la aparición de Tenosinovitis de Quervain en el campo laboral: monografía de compilación.
3. Hernández Duarte, W. A., Avendaño Avendaño, S. B., & Godoy Vanegas, F. J. (2021). Factores de riesgo asociados a desórdenes musculoesqueléticos en miembros superiores en personal de salud. *Revista de la asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 30(3), 307-317.
4. Rodríguez Espinosa, K., Cuaspa Beltrán, A., Eraso Rodríguez, S., Muñoz Díaz, P., Caicedo Zuluaga, K., Arteaga, O. L., & Montenegro Tenorio, D. (2022). Tenosinovitis de Quervain, una enfermedad que está en tus manos prevenirla.
5. Rivas Palacios, J. I. (2023). Actualización del diagnóstico y

tratamiento de Tenosinovitis de Quervain. Revisión bibliográfica.

6. Rodas Velastegui, E. D., & Yáñez Moran, A. D. (2023). Tratamiento ortopédico en tenosinovitis de Quervain (Bachelor's thesis, Universidad Nacional de Chimborazo).

7. de la Fuente Utrilla, C., García, M. B., Cuevas, B. F., & Sanz, M. P. P. (2023). Tratamiento de la tenosinovitis de De Quervain. Revista Sanitaria de Investigación, 4(4), 43.

EPILOGO

En el epílogo de "Explorando Fronteras Médicas: Un Viaje a Través de las Especialidades Volumen VI", expresamos un agradecimiento a todos aquellos que se embarcaron en este fascinante viaje. A lo largo de estas páginas, hemos explorado las vastas fronteras del conocimiento médico, sumergiéndonos en un mundo donde la curiosidad y la innovación.

Que nuestra curiosidad y amor por aprender en la Medicina nos guíen hacia un futuro donde todos podamos tener acceso a una atención médica de calidad.

Con aprecio.

Los Autores