medicina salud cultura

zonahospitalaria

medikuntza, osasuna eta kultura ospitaleko gunea

www.zonahospitalaria.com añoVII marzoabril2013 nº40

ESPECIAL

Mujer y bebé

Sumario www.zonahospitalaria.com

3 Cirugía oncoplástica. Reconstrucción de mama inmediata

4 Autoexploración mamaria

6 Detección del Helicobacter Pylori

8 Mujeres sanas: una alimentación adecuada en cada etapa de la vida

9 La cirugía maxilofacial en el embarazo

10 "Shantala": Beneficios y técnicas del masaje infantil

12 Masaje perineal

14 El pan en el menú diario de la mujer embarazada

15 ¿Eres un buen lector?

16 Acompañamiento al parto

18 Reflujo gastroesofágico

20 Vulvovaginitis candidiásica

22 Síndrome premenstrual

24 La menopausia

26 Aspectos psicológicos de la alimentación en paciente de cáncer

28 "Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella, no me salvo yo"

30 Cómo prevenir la osteoporosis en la infancia y juventud

Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gunea* Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección/*Zuzendaritza*** Alfredo Erroz **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Fotografía portada/*Azaleko argazkia*** Archivo **Publicidad/*Publizitatea*** 948 276 445 (aerroz@publisic.com) **D.L./*L.G.*** NA2471/2006 **ISSN** 2253-9026.

© PubliSic S.L. El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia. El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista.

© PubliSic S.L. Argitalpen honetan inprimaturiko materiala soilik bere jatorria aitortzen bada erreproduzi daiteke. Editoreak ez du nahitanahiez aldizkari honetan kolaboratzaileek adierazten dituzten iritzi eta irizpideekin bat egin beharrik.

La información que usted necesita...

www.zonahospitalaria.com

zona hospitalaria *trabaja cada día para ofrecerle una información de actualidad sobre medicina, salud y cultura*

A través de nuestra web, usted puede:

- *Suscribirse gratuitamente a nuestro boletín **e-zh** y recibir en su correo electrónico la revista en versión digital.*
- *Acceder a todos los artículos publicados sobre medicina, salud y cultura.*
- *Consultar nuestro **directorio de Patrocinadores** para planificar sus compras, reservar una consulta médica...*
- *Expresar sus opiniones y sugerencias a través de nuestro Buzón de atención al lector.*
- *Proponer temas referentes a la medicina y salud que le interese ver publicados.*
- *y mucho más...*

Cirugía oncoplástica. Reconstrucción de mama inmediata

Dr. García Manero. *Servicio de Ginecología, Hospital García Orcoyen, Estella*
Dr. Ruiz de Erenchun Purroy. *Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Clínica Cross; Hospital Quirón* ***Vizcaya***

CLÍNICA CROSS

Pza. Europa, 13. Ciudad del Transporte. 31119 Imarcoain-Navarra
T 948 853 668. www.clinicacross.es

El cáncer de mama constituye la principal causa de muerte en las mujeres de entre 35-59 años en la Unión Europea y cada año se diagnostican 331.392 nuevos casos de esta enfermedad.

En España una de cada 10 mujeres va a desarrollar un cáncer de mama. Por ello resulta fundamental realizar diagnósticos precoces que nos permitan aumentar las posibilidades de curación a cifras superiores al 90 % y que, ante el primer síntoma, se acuda a Unidades especializadas en Patología Mamaria.

La mamografía sigue siendo la técnica más eficaz que puede aplicarse hoy en los programas de diagnóstico precoz de la patología mamaria. Delimitar la frecuencia de la exploración y la edad de la población sometida a estos programas de diagnóstico precoz es el punto básico para una mayor eficacia de los mismos.

Por lo que se refiere al tratamiento del cáncer de mama, se ha ido modificando en los últimos años como consecuencia del mejor conocimiento de la biología tumoral y de los progresos en la detección precoz. Todo ello ha ido condicionando la conducta terapéutica que cada vez es menos agresiva desde el punto de vista quirúrgico. Cirugía, quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia son la base del tratamiento del cáncer de mama.

Actualmente, la cirugía conservadora de mama constituye el procedimiento quirúrgico de elección en el tratamiento de la mujer con cáncer de mama y en el mismo se incluyen tanto los carcinomas in situ como los invasivos hasta los 2-3 cm. Sin embargo, en algunas circunstancias pueden surgir dificultades en la consecución de unos márgenes de seguridad libres de enfermedad lo que conllevará una nueva extirpación de tejido, que en la mayoría de los casos, repercutirá negativamente sobre el resultado estético final.

Este conflicto de intereses entre lo oncológico y lo estético sitúa al cirujano ante una situación contradictoria: por un lado obtener unos márgenes libres de enfermedad y por otro no generar deformidades importantes en la mama.

Por otro lado, la paciente con cáncer de mama la cual ha acudido rutinariamente a los programas de detección precoz se preguntará: si me diagnostican el tumor en estadio precoz, ¿es estrictamente necesario realizar la "cirugía mutilante" que se realizaba décadas atrás?

La respuesta a estas dos cuestiones tanto del médico como de la paciente es la CIRUGIA ONCOPLÁSTICA, entendida como un conjunto de procedimientos quirúrgicos que mejoran el control oncológico del proceso y favorecen el resultado estético final.

Importancia de la cirugia plástica

La cirugía plástica es una especialidad esencial en el tratamiento multidisciplinar del cáncer de mama puesto que pretende hacer olvidar a la mujer la secuela quirúrgica del cáncer mamario, devolviéndole el símbolo esencial de su feminidad, su mama. Reconstruir un pecho operado no es tarea fácil porque el objetivo del éxito es doble: por una parte recrear una mama de apariencia normal y similar a la anterior, y por otra, que sea lo más parecida a la mama contralateral, es decir, la simetría.

Las técnicas reconstructivas disponibles son múltiples y muy variadas utilizando expansores y prótesis de silicona en los casos más sencillos hasta la movilización de tejidos de la espalda, tripa o glúteo, lo que denominamos colgajos.

Pero las técnicas oncológicas conservadoras que se realizan en la actualidad permiten un tipo de reconstrucción mucho más sencilla, con una recuperación muy rápida y una reincorporación casi inmediata.

La selección de la técnica oncoplástica más adecuada para cada caso dependerá de la localización tumoral y de las características concretas de cada mama. Para ello, disponemos de de un grupo de alternativas que abarcan la casi totalidad de las localizaciones anatómicas y que pueden ajustarse a los diferentes volúmenes mamarios.

La posibilidad de la reconstrucción oncoplástica se basa en la utilización del propio tejido glandulo-graso de la mama de la paciente para rellenar el defecto creado tras la extirpación del tumor, a través de la misma cicatriz, o lo que todavía es mejor, a través de una cicatriz que estéticamente, es más discreta y disimulada. El resultado final es una mama de apariencia y tacto muy similar a la situación anterior y a la mama contralateral.

En resumen, nos encontramos ante una oportunidad de realizar un tratamiento quirúrgico individualizado a cada paciente, consiguiendo la extiparción de manera segura del tumor y evitando la presencia de deformaciones de la mama.

No debemos olvidar que los avances en el tratamiento del cáncer de mama han mejorado las tasas de supervivencia y que en la actualidad los pacientes no solo enfocan su deseo hacia la curación sino también hacia una óptima calidad de vida posterior.

Autoexploración mamaria

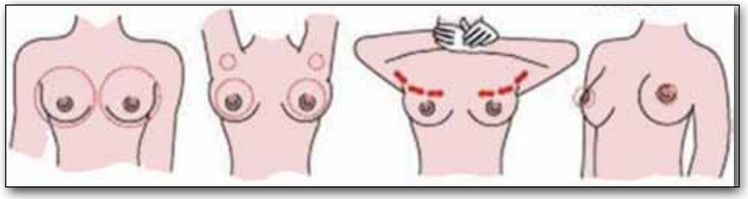
María Lorente Cisneros. *Enfermera Centro de Atención a la Mujer (C.A.M) Tafalla*
Ana Isabel Modroño Blanco. *Ginecóloga Centro de Atención a la Mujer (C.A.M) Tafalla*

Detectar un cáncer de mama lo antes posible aumenta en gran medida las probabilidades de que el tratamiento tenga éxito. Los métodos más efectivos para la detección precoz son el autoexamen y la mamografía.

La autoexploración mamaria consiste en la propia observación y palpación que la mujer hace de sus mamas. Su objetivo es el de detectar posibles alteraciones en la forma o tamaño normal de los pechos y en ese caso poder tratarla precozmente.
A partir de los 20 años es conveniente que se realice para que esta práctica se vaya convirtiendo en un hábito.
No existe una técnica especial que sea mejor que otras. Cada mujer deberá buscar la forma que considere más fácil para realizar esta exploración sin olvidar que lo importante es realizarla todos los meses y de forma similar.

Normas generales

- La autoexploración debe realizarse mensualmente, en la semana después de la menstruación, cuando las mamas no están sensibles ni inflamadas.
- Si las reglas no son regulares o aunque no se tenga (menopausia), la autoexploración también hay que realizarla una vez al mes intentando que sea siempre el mismo día. Asociarla a algún día del mes.
- La autoexploración no debe ser interrumpida por la presencia de embarazo o lactancia. Debe ser realizada el mismo día de cada mes y después de dar el pecho para que no estén llenos de leche.
- Poseer implantes mamarios no es motivo para dejar de hacerlo. También es recomendable realizarla una vez al mes.
- Hacerlo siempre de la misma forma, buscando el momento y situación que cada mujer le resulte más cómoda y fácil de recordar. Con tranquilidad y sin prisa.



Técnica de la autoexploración mamaria

Primero hay que observar los pechos delante del espejo, y después se hace la palpación estando tumbada.
1-Colócate delante de un espejo con los brazos caídos a lo largo del cuerpo para observar si las mamas tienen la misma forma y tamaño de siempre, que la piel esté lisa, sin arrugas ni asperezas, y que el borde inferior es liso y regular.
2-Levanta los brazos hasta ponerlos verticales. Con los brazos en alto, comprueba si en esta posición notas alguna diferencia entre un pecho y otro o entre una axila y otra. El seno izquierdo y derecho no serán necesariamente iguales exactamente.
3-Baja los brazos y une las manos a la altura del cuello. Haz fuerza hacia fuera, porque así se tensan los músculos del tórax y puedes ver mejor si hay alguna anomalía.
4-Con los brazos a ambos lados del cuerpo, mira cuidadosamente el pezón y apriétalo ligeramente para ver si sale alguna secreción (gotitas o líquido más abundante). Examina también la areola (zona de alrededor del pezón), si tienen el tamaño, color y forma habitual.

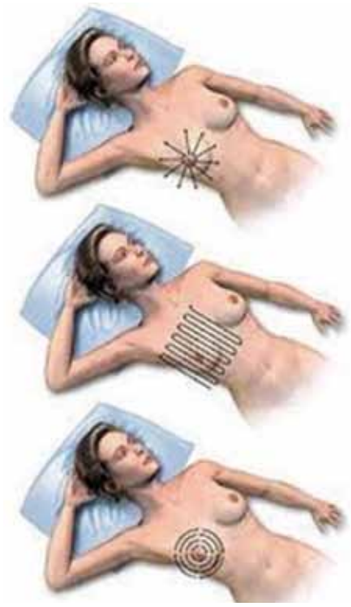
Palpación

La mejor posición para examinar es mientras estás acostada. En esta posición, el tejido de tus senos se expande igualmente sobre tu pecho. Esto hace más fácil la autoexploración en busca de bultos o cualquier cosa que no sea normal. Examina cada seno por separado. Usando las yemas de los tres dedos medios, mueve los dedos en forma de círculos con movimientos circulares superpuestos de aproximadamente el tamaño de una moneda de diez centavos. Mueve hacia arriba y abajo desde la parte externa de la mama (debajo de la axila) hacia la parte media del pecho, asegurándote de cubrir toda la superficie de la mama. Examina hacia arriba hasta la clavícula y hacia abajo hasta la parte inferior de la caja torácica. Emplea diferentes niveles de presión (leve, medio y firme) para sentir cada parte de la mama. Esto te permitirá sentir las diversas capas de tejido mamario. Comienza con presión leve, aumenta a presión media y termina con presión firme para sentir el tejido más profundo.
Para hacer la palpación imagina que tu mama está dividida en cuatro partes o cuadrantes que se unen en el pezón. Con tu mano plana y los dedos juntos y estirados, presiona lentamente la mama hacia dentro con un movimiento circular pequeño, explorando cada una de las cuatro partes tal y como se explica a continuación.

5-**Mama izquierda**: Tumbada boca arriba, coloca una almohada o cojín debajo del hombro izquierdo y levanta el brazo izquierdo poniéndolo debajo de la cabeza. Con los dedos de la mano derecha juntos y estirados, ir palpando cada cuadrante comenzando por la parte de fuera de la mama y sin levantar las yemas de los dedos ir avanzando haciendo círculos alrededor de la mama hasta llegar al pezón. Cuando termines, sin cambiar de postura, explora igual tu axila izquierda con las yemas de los dedos.
6-**Mama derecha**: Cambia la almohada o cojín al hombro derecho y pon este brazo debajo de la cabeza. Con la mano izquierda realiza la palpación igual que en la otra mama. Palpa también como antes la axila derecha.

Patrones de búsqueda o técnicas de palpación

Lo importante es cubrir todo el seno y prestar atención especial a la zona entre el brazo y la axila, incluida la axila misma. Revisa la zona sobre el seno hasta la clavícula y sigue hasta el hombro.
- **Cuñas o patrón radial**: Comienza por el extremo exterior del seno y mueve los dedos hacia el pezón y de regreso al extremo exterior. Revisa todo su seno y cubre secciones pequeñas, con forma de cuña o radial, por



vez. Asegúrate de revisar la zona de la axila y la parte superior del pecho.
- **Líneas o patrón de arriba y abajo o franja vertical**: Comienza por la zona de la axila y desplaza los dedos hacia abajo poco a poco hasta que se encuentren debajo del seno. Luego mueve los dedos ligeramente hacia el centro y regresa lentamente hacia arriba. Sigue subiendo y bajando hasta que hayas cubierto toda el área.
Existe cierta evidencia que sugiere que es el patrón más efectivo para cubrir toda el área del seno sin dejar de examinar ningún tejido.
- **Círculos o patrón circular**: Comenzando con el extremo exterior del seno, mueve los dedos lentamente alrededor de todo el seno trazando un círculo. Desplázate alrededor del seno en círculos cada vez más pequeños para acercase cada vez más al pezón. No olvides revisar la axila y la parte superior del pecho también.

Recomendaciones

Acude a tu CENTRO DE ATENCIÓN A LA MUJER (C.A.M) si descubres alguno de estos signos:
- Una de las mamas tiene un tamaño o dureza mayor o menor que la otra.
- Piel áspera, parecida a la piel de naranja o cualquier otro tipo de mancha, enrojecimiento, arruga o pliegue.
- Endurecimientos, hundimiento del pezón o de la piel. El pezón se retrae o tiene llagas.
- Salida por el pezón de líquido claro, lechoso o sanguinolento, no estando embarazada o lactando.
- Aparece algún bulto en el pecho o en la axila. Aumento de los ganglios linfáticos de las axilas.
- Si alguna cicatriz o bulto ya existente cambia de aspecto, tamaño o consistencia.

LA PREVENCIÓN ESTÁ EN TUS MANOS.

Detección del Helicobacter Pylori

Iranzu Zudaire Fernández
Enfermera Complejo Hospitalario de Navarra

Helicobacter Pylori es una bacteria gran negativa microaerofílica que coloniza el estómago del 50% de la población mundial y está relacionada con la producción de gastritis, úlcera péptica, linfoma MALT y cáncer gástrico. La bacteria se adquiere en la infancia y vive durante muchos años en el interior del estómago. Hay personas que tienen este organismo en el estómago, pero no desarrollan úlcera ni gastritis.

Las personas que viven en países en vías de desarrollo o en condiciones de hacinamiento o insalubridad tienen mayor probabilidad de contraer la bacteria, que se transmite de una persona a otra.

Tomar café, fumar y consumir alcohol incrementan el riesgo de una úlcera a causa de H. pylori.

Otras causas comunes, son los medicamentos antiinflamatorios no esteroideaos (AINES), tales como la Aspirina® y el ibuprofeno.

Las úlceras pépticas no son causadas por estrés ni por comer comidas picantes, pero ambas pueden empeorar los síntomas de la úlcera.

Síntomas

Si usted es portador de H. pylori, es posible que no presente síntomas. Si tiene una úlcera o gastritis, puede experimentar algunos de los siguientes síntomas: dolor abdominal, sentir mucha hambre de 1 a 3 horas después de comer, náuseas leves (que se pueden aliviar al vomitar), distensión y llenura y dispepsia o indigestión.

Pruebas y exámenes

1.-**Test del aliento:** Requiere simplemente beber un líquido con sabor a limón y solpar en un pequeño tubo. Es una de las pruebas más utilizadas, tanto para el test inicial como para controlar la respuesta al tratamiento.

2.-**Endoscopia digestiva alta del esófago, estómago y duodeno:** Dado que este procedimiento es invasivo, generalmente sólo se hace en personas sospechosas de tener una úlcera o en alto riesgo de padecer úlceras u otras complicaciones por H. pylori, como cáncer del estómago.

3.-**Test de ureasa:** rápido y sencillo. Se basa en la capacidad del helycobacter pylori de producir ureasa. Se realiza una biopsia del antro gástrico, tomada durante la endoscopia, que se coloca en un tubo con urea y un indicador.

La mayoría de las pruebas se alteran si se está tomando antibióticos o medicamentos para la úlcera.

Es posible que se tenga la infección por Helicobacter y la prueba no la detecte.

Los **factores de riesgo** abarcan el hecho de tener más de 45 años o tener síntomas como: anemia, dificultad para deglutir, sangrado gastrointestinal y pérdida de peso inexplicable.

Tratamiento

El tratamiento se debe tomar durante 7 a 10 días y los medicamentos pueden abarcar dos antibióticos diferentes, como claritromicina, amoxicilina o metronidazol. Inhibidores de la bomba de protones, tales como omeprazol, lansoprazol o someprazol.

Pronóstico

Una vez que la bacteria H. pylori sale del cuerpo, la posibilidad de resultar infectado de nuevo es muy baja.

Conclusiones

Diagnosticar y tratar, es la estrategia de elección para pacientes adultos con dispepsifuncional.

nutrición

Mujeres sanas: una alimentación adecuada en cada etapa de la vida

Patricia LLoves Pascual
Dietista Nutricionista NA00180
Colegio Oficial de Dietistas Nutricionistas de Navarra (Codinna-Nadneo)

La alimentación idónea para la mujer es la que satisface sus necesidades nutricionales adaptándose a las distintas etapas de su vida, se ajusta a sus gustos y preferencias y además, resulta práctica y facilita el día a día.

La alimentación requiere unos cuidados especiales en etapas como embarazo y lactancia por su repercusión en el desarrollo del bebé, y durante la menopausia, en la que se convierte en una aliada para mantener la calidad de vida.

El exigente ritmo de vida que se autoimpone la mujer de hoy en día, hace que en ocasiones no se alimente de forma adecuada, ni en cantidad ni calidad. Y el deseo de alcanzar la delgadez, lleva a muchas mujeres a realizar "dietas milagro", que prometen grandes pérdidas de peso en poco tiempo y que, a menudo, causan deficiencias de algunos nutrientes e incluso pueden provocar verdaderos problemas de salud.

Embarazo y lactancia

Es importante tener en cuenta que las necesidades energéticas y nutricionales de la mujer varían con la edad y las distintas etapas de su vida. Así, la alimentación correcta en una adolescente conlleva unos requerimientos energéticos y nutricionales diferentes, a las de una mujer postmenopáusica, lactante o embarazada.

En el caso de las mujeres embarazadas o en periodos de lactancia se debe cuidar especialmente la alimentación, ya que debe garantizar el aporte energético y nutricional necesario para el bebé y para la madre. Sin embargo, la alimentación durante el embarazo, no es sustancialmente diferente de la de una mujer no embarazada, simplemente hay que hacer hincapié en el aporte necesario de aquellos nutrientes donde existe una mayor demanda tales como algunos minerales y vitaminas: hierro, calcio, yodo, vitamina B9 (ácido fólico).

La menopausia es una etapa en la vida de la mujer caracterizada por los cambios físicos y emocionales, ocasionados por el progresivo descenso en la producción hormonal de estrógenos. Son frecuentes los sofocos, la irritabilidad, los cambios de humor, la pérdida paulatina de la masa ósea y las alteraciones del apetito. Existe, en general, una mayor tendencia a engordar lo que lleva a muchas mujeres a hacer dietas de adelgazamiento estrictas, inadecuadas y nada aconsejables. Esto, unido a un ritmo de adelgazamiento más lento, puede ocasionar verdaderos problemas de malnutrición que repercutirán en su estado de salud a corto y largo plazo.

Una alimentación sana y equilibrada es fundamental en esta etapa y ayudará a garantizar un óptimo estado de salud y a prevenir o mitigar muchos de los malestares comunes en la menopausia.

Recomendaciones para una dieta sana en la mujer de hoy

- Ingerir lácteos y derivados (mejor desnatados o semidesnatados) para conseguir niveles adecuados de vitamina D y calcio, necesarios para el desarrollo óseo y que ayudan a prevenir o atenuar los efectos de la osteoporosis sobre todo en mujeres postmenopáusicas. En los yogures, si optamos por la opción "bífidus", nos ayudará a favorecer el tránsito intestinal.
- Comer carne roja magra como la de caballo o potro, nos aportará hierro en caso por ejemplo, de menstruaciones abundantes para prevenir la aparición de anemias.
- Tomar fruta y verdura (3 raciones de fruta y 2 de verdura al día) nos proporcionará gran cantidad de vitaminas, minerales y fibra. El consumo de cítricos aportará la cantidad de vitamina C necesaria.
- Reducir la ingesta de sal (sodio) previene la hipertensión arterial y evita la retención de líquidos. Es fundamental leer el etiquetado de los alimentos procesados para saber qué cantidad de sal "escondida" vamos a consumir.
- En mujeres que toman la píldora y para el síndrome premenstrual, aumentar la ingesta de alimentos ricos en vitamina B6 como aceite de oliva, aguacate, plátano, pescado, salvado, hígado, huevos y semillas.
- Ingerir alimentos ricos en vitamina E (aceite de oliva, germen de trigo, soja) y selenio (mariscos, pescados azules, cereales integrales) que actúan como antioxidantes y disminuyen la incidencia de cáncer y otras enfermedades degenerativas.
- Consumir cereales integrales frente a los refinados, de esta forma, aumentaremos el aporte de fibra.
- Ingerir líquidos (agua, caldos, sopas, infusiones) entre 6-8 vasos a lo largo del día, en cantidad total de 1.5-2 litros. Hay que hidratarse antes de tener sensación de sed.

cirugía

La cirugía maxilofacial en el embarazo

Dr. Ángel Fernández Bustillo
Nº Col. 6114-NA

BQDC BEST QUALITY DENTAL CENTERS
CLÍNICA BUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES
SAN FERMÍN, 59 Bajo. T 948152878

El mantenimiento de la salud oral en pacientes embarazadas difiere del tratamiento de pacientes no embarazadas en su duración, cobertura y tipo de tratamiento.

Aún cuando el tratamiento odontológico de rutina es seguro, en el caso de las embarazadas debe ser modificado para evitar aquellos posibles efectos teratogénicos (efectos indeseables sobre el feto) causados por infecciones agudas, medicamentos, estrés y la ansiedad que producen, igualmente, el embarazo implica un manejo distinto del paciente, debido a los cambios de presión sanguínea que causan molestias y fatiga.

Durante el **primer trimestre** del embarazo, sólo se deben efectuar tratamientos odontológicos de **urgencia** debido a la vulnerabilidad del feto.

El **segundo trimestre** es el periodo **más seguro**. Ningún tratamiento es aconsejable a finales del tercer periodo. La gran mayoría de los medicamentos usados en odontología son seguros en el embarazo.

Con respecto a la anestesia local tipo Lidocaína, ésta puede usarse sin contraindicación alguna, ya que la cantidad necesaria para lograr adecuada anestesia es mínima.

El uso de anestesia con vasoconstrictores, como por ejemplo la epinefrina, tiene varias ventajas; permite obtener anestesia profunda y de prolongada duración. Además, la epinefrina retarda la entrada de la anestesia a la circulación sanguínea, reduciendo así la posibilidad de una reacción tóxica.

Es recomendable que todas las pacientes sean evaluadas por su odontólogo a principios del embarazo, de manera que se haga énfasis en el tratamiento preventivo de la gingivitis y la enfermedad periodontal, así como de las afecciones de la pulpa dental o del nervio.

Durante el embarazo, las encías son más propensas a inflamarse o infectarse. A la mayoría de las embarazadas les sangran las encías, en particular cuando se cepillan los dientes o se pasan el hilo dental. También pueden notar que la boca produce más saliva durante el embarazo.

Algunos consejos útiles durante el embarazo

- De ser posible, cepíllese después de cada comida por lo menos cinco minutos por vez.
- Use hilo dental a diario. De ser posible, hágalo después de cada comida.
- Use un cepillo de cerdas suaves y cepíllese suavemente.
- Si le duelen las encías después de cepillarse, aplíquese hielo para aliviar el dolor.
- Los dulces, las galletas, los pasteles o bizcochos, las sodas y otros alimentos dulces pueden contribuir a la enfermedad de las encías y a las caries.
- Opte por comer fruta fresca para satisfacer su deseo de comer algo dulce.
- Si no son tratadas, algunas condiciones como la gingivitis, pueden causar enfermedades de las encías más serias.
- Los dientes deteriorados puede causar infecciones dañinas para el bebé.
- Infórmele siempre a su dentista que está embarazada y cuánto tiempo tiene.

Recuerda, sólo en casos estrictamente necesarios es recomendable hacerse un implante dental cuando la mujer se encuentra en estado de embarazo. Si tienes esa necesidad, te aconsejamos buscar una médico especialista en implantes dentales el cual revisará tu caso en particular y te dará las respectivas indicaciones para el proceso dental.

“Shantala”: Beneficios y técnicas del masaje infantil

Iranzu Zudaire Fernández
DUE Complejo Hospitalario de Navarra

Las palabras masaje infantil engloban una serie de técnicas de tacto, voz y mirada, que se han ido entrelazando creando una estructura que aporta grandes beneficios tanto a los padres y/o cuidadores, como a los niños.

El masaje infantil es una antigua tradición en muchas culturas que se ha transmitido de madres a hijos y que ha sido redescubierta en Occidente.
Es una técnica sutil, tierna y agradable que por medio de la estimulación táctil nos permite comunicar de una forma intensa con el mundo corporal y emocional del niño.
Su origen está en la India. El doctor frances F. Leboyer, decidió importar esas técnicas a Occidente y bautizar la secuencia de los movimientos con el nombre de Shantala.
Según Leboyer ser cargados, acunados, acariciados, tocados, masajeados, etc, es tan indispensable para los niños pequeños como las vitaminas, sales minerales y proteínas.

Objetivos

1.- Estimular el sistema nervioso, respiratorio, gastrointestinal, circulatorio, endocrino, inmunológico, linfático y muscular.
2.- Crear un entorno de relajación complementario a la estimulación formando entre ellos un equilibrio.
3.- Fomentar la creación de lazos entre padre/madre y el bebe y favorecer la comunicación con el bebe.

Beneficios del masaje

Es a través de las sensaciones que se transforman en emociones, que el niño va formando sus impresiones sobre el mundo y de donde surgirán sus recursos para ir desplegándose en la vida, crecer, desarrollar su capacidad de aprendizaje y sus relaciones. De todas estas sensaciones las más importantes en los primeros años de vida, son las que se reciben por el sentido del tacto.

Beneficios para el bebé

Estimulación

- Del sistema nervioso: Acelera la mielinizacion del sistema nervioso cerebral. Favorece la capacidad para recibir estímulos. avorece la psicomotricidad del niño.
- Del sistema respiratorio: Regula el sistema respiratorio y ayuda en casos de congestión por mucosidad.
- Del sistema gastrointestinal: Alivio de las molestias e incomodidades de las situaciones de cólicos y gases. Ayuda a madurar el sistema gastrointestinal.
- Sistema circulatorio: Favorece el retorno de la sangre al corazón produciendo un efecto tonificante. Con la salida de la sangre del corazón produce un efecto relajante y favorece la oxigenación de las extremidades.
- Sistema endocrino: Estimulación e inhibición de las hormonas.
- Sistema inmunológico: Una situación de tranquilidad mantiene en equilibrio el sistema inmunológico y mejora su funcionamiento.
- Sistema linfático: Drenaje del sistema linfático.
- Sistema muscular: Ayuda a disolver nudos de tensión física y emocional.

Relajación

Con el masaje, los bebes aprenden a responder a la tensión con relajación.

Liberacion

- Física: heces, eructos, orina.
- Emocional: a veces puede haber llanto para aliviar tensiones.

Interacción/vínculo

El masaje infantil facilita los vínculos afectivos.

Beneficios para el adulto

Mantiene e intensifica el vínculo de apego con los niños/as. Mejora la autoestima haciéndonos sentir más seguros y confiados en nuestra labor como padres. Es un tiempo de serenidad en el ajetreo de las rutinas del día a día. Favorece el reconocer el lenguaje corporal del niño/a, su comunicación no verbal, las tensiones…. Facilita la escucha y comprensión del niño/a.

Técnica del masaje infantil

Podemos practicarlo desde la tercera semana de vida.
Es aconsejable elegir el momento adecuado del día. La duración del masaje será la que tolere el bebe. El masaje lo dará una sola persona, con suavidad pero a la vez firmeza.
Usar aceite (almendras y oliva) y observar si produce alguna reacción alérgica.
Se puede escuchar música tranquila y con el volumen bajo.
Hay que preparar el lugar y a nosotros: manos limpias y sin joyas. El lugar debe ser cálido.
Sentada en el suelo o colchón, con la espalda apoyada, doblando ligeramente las rodillas y juntando ambas plantas de los pies. Colocar al bebe en el hueco que queda entre sus piernas, sobre una toalla o manta. Desnudar al bebe y untarse las manos con aceite.

Masaje en las piernas y en los pies

Primero una pierna y después la otra.
Vaciado hindú. Desde la cadera a tobillo/pie. Con las dos manos, una detrás de otra. Una por la parte interna y la otra por la externa.
Torsión. De la cadera al tobillo/pie. Las dos manos, una tras la otra se abren y se cierran alternativamente.
Deslizamiento por la planta del pie desde talón a base de los dedos con los pulgares.
Comprimir cada dedo.
Presión bajo la raíz de los dedos por la planta y donde comienza el talón.
Presiones en toda la planta del pie.
Resbalar por el empeine.
Círculos alrededor de maléolo.
Vaciado sueco. Igual que el primer movimiento, pero en sentido contrario, desde el pie a la cadera.

Masaje en el abdomen

El sentido de los movimientos giratorios, será siempre el del sentido del intestino del bebe, como queriendo desplazar gases y material fecal hacia el exterior.
Con ambas manos planas, una tras la otra, deslizarlas de arriba a bajo, a modo de noria.

Masaje en el pecho

Manos juntas en el centro del pecho, con toda la palma apoyada, se abren hacia los lados y luego bajan hacia el esternón. Después se juntan, suben y se vuelven a abrir.
Con ambas manos planas sobre la parte baja y lateral de la caja torácica. Una mano sube en diagonal hasta el hombro opuesto estirándolo hacia atrás, después baja y comienza a subir la otra mano hacia el otro hombro y así sucesivamente.
Axilas. Con los dedos planos se deslizan desde la parte más alta de la axila hacia el tronco, teniendo sujeto el brazo hacia arriba con la otra mano.

Brazos y manos

Los movimientos son similares a los de las piernas y pies.
Vaciado hindú. Con ambas manos. Mientras una mano sujeta la muñeca, con la otra “ordeñamos” el brazo desde el hombro a la muñeca y cambiamos de mano y así sucesivamente.
Torsión. Con ambas manos comprimimos y “retorcemos” el brazo del niño a la vez que deslizamos nuestras palmas desde el hombro hasta la muñeca.
Abrir la mano. Suave masaje desde la palma de la mano a los dedos.
Deslizamiento sobre el dorso de la mano. Desde la muñeca hacia los dedos. Acariciar el dorso de la mano con toda nuestra palma y yemas de los dedos.
Pequeños círculos alrededor de la muñeca. Dar un masaje en la muñeca con las yemas de los dedos, dibujando pequeños círculos alrededor de la misma.
Vaciado sueco. Con ambas manos. Igual que el primer movimiento pero en dirección de muñeca a hombro.
Relajar el brazo. “Sacudir” suavemente todo el brazo y dar ligeras palmadas.

Cara

Con los pulgares o con todos los dedos juntos, estirar la frente del niño desde el centro hacia los lados.
Con los pulgares sobre las cejas estirarlas hacia los lados.
Con los pulgares desde el puente del tabique nasal se desliza presionando ligeramente hacia abajo hasta llegar a las mejillas o pómulos y bordear estos.
Trazar una sonrisa con los pulgares desde el centro hacia los lados, primero por encima del labio superior y después el labio inferior.
Trazar círculos con las puntas de los dedos desde la barbilla hacia las orejas.
Con las puntas de los dedos pasar por encima y detrás de la oreja terminando bajo la barbilla.

Espalda

Se coloca al niño boca abajo, normalmente sobre el regazo.
Desde el cuello hasta las nalgas, movemos las manos hacia delante y atrás perpendiculares a la columna, mientras una mano está delante la otra está detrás. Después subimos otra vez hasta el cuello y volvemos a bajar.
Mantener una mano en las nalgas, la otra mano baja desde el cuello hasta juntarse con la otra. La posición de la mano que baja es abierta, haciendo presión con el canto de los dedos pulgar e índice.
Hacemos el mismo movimiento anterior pero la mano que espera esta sujetando los tobillos doblando ligeramente las piernas.
Con las puntas de los dedos pulgar e índice (uno a cada lado de la columna), se trazan pequeños círculos, como abriendo y cerrando los dedos. A lo largo de toda la espalda, con una mano o las dos, subiendo y bajando.
Con las puntas de los dedos, amasar los glúteos.
Con los dedos, una mano a cada lado del cuello deslizarse hacia los hombros.
Con los dedos, una mano a cada lado de la columna, deslizarse a lo largo de la espalda desde el cuello hasta el coxis.
Con una mano abierta, deslizar los dedos como si fueran un peine desde cuello a nalgas.

Masaje perineal

Sandra Abaurrea Asiain
Estefanía Castillo Castro
Matronas del Complejo Hospitalario de Navarra B

El masaje perineal es una forma de preparar el perineo a distenderse más fácilmente durante el parto. Los tejidos perineales necesitan desplegarse para permitir el paso del bebé en el parto.

Los estudios demuestran que el masaje perineal a partir de las 35 semanas de gestación reduce la probabilidad de desgarros. Además, las mujeres que lo han hecho tiene menos posibilidades de referir menos dolor en la zona perineal durante los tres primeros meses de postparto.

El perineo

Es el área de tejido entre la vagina y el ano. Es el encargado de conectar los músculos del suelo pélvico. El suelo pélvico es un sistema de músculos y ligamentos que cierran el suelo del abdomen manteniendo en posición correcta y en suspensión la vejiga, el útero y el recto en contra de la fuerza de la gravedad.

El perineo es una zona especial para las mujeres. El hecho de que esta zona sufra de algún trauma durante el parto está asociado a factores como, la paridad, el tamaño del feto, el tipo de parto instrumentado o no, la presentación anómala fetal y las condiciones del tejido, elasticidad y tono. Definiremos trauma perineal como cualquier daño que sucede en los genitales durante el parto, ya sea de manera espontánea en forma de desgarro o debido a una incisión quirúrgica o episiotomía. Y conlleva una morbilidad asociada como dolor, dispareumia, mayor riesgo de incontinencia urinaria , prolapsos. Todo ello de importante relevancia para la vida de una mujer.

Porqué realizar el masaje perineal

- Aumenta la flexibilidad de los músculos perineales reduciendo la resistencia muscular, permitiendo que este tejido se expanda con una mayor facilidad durante el parto
- Los desgarros en el perineo son menos comunes. Además de que la mujer tiene una menor probabilidad de necesitar episiotomía
- Tienes menos posibilidades de tener dolor en la zona después del parto
- Es de especial ayuda ayudar si tienes una cicatriz previa o el perineo muy rígido.

Recomendaciones

- Empezar a partir de las 34 semanas de gestación.
- Puedes hacerlo tú o tu pareja.
- Familiarízate con la zona. El uso de un espejo las primeras veces te puede ser de utilidad.
- Es un buen momento después de darte un baño o ducha ya que la circulación sanguínea está aumentada gracias al calor del agua. Esto ayuda a la dilatación y manipulación de la zona.
- Puedes ayudarte de algún aceite para lubricar el área (rosa de mosqueta, almendras, oliva...).
- Debes elegir una postura cómoda para su realización.

Contraindicaciones

- Herpes vaginal.
- Candidiasis u otras infecciones vaginales
- Si sientes dolor en algún punto deja de hacerlo e inténtalo en otro momento.

Técnica

- Previo higiene y cuidado de manos.
- Ponte cómoda en un sitio donde no vayas a ser interrumpida.

Paso 1: Introducir los dedos 3-4 cm en vagina empujando la zona hacia el recto y hacia los lados, como formando una "U", hasta sentir una leve sensación de quemazón o escozor.

Paso 2: realizar una presión forzada sobre la horquilla del periné con los dedos, durante 1 minuto o bien cesar la presión si molesta.
Se recomienda hacer el masaje durante 5 minutos en días alternos.
Con el tiempo y la práctica, el perineo se vuelve más elástico e irás ganando en mayor habilidad, lo que te facilitará el ir aumentando la presión.
El masaje perineal no tiene una relación de exclusividad con el periné íntegro porque, como hemos visto, hay otra serie de factores relacionados con el trauma perineal, pero sí se asocia a una menor probabilidad de episiotomías y desgarros, y a un menor dolor en el postparto en la zona, lo que se traduce en una mayor comodidad y bienestar para la mujer.

integra
Estética y salud dental

Directora médica
Dra. Carolina Arias Chavarría
Colegiado N. 467 en el COENA

- Implantes dentales
- Blanqueamiento
- Ortodoncia
- Carillas estéticas
- Prótesis
- Odontología general y especializada

C/Sancho Ramírez N. 29, C.P. 31008 PAMPLONA (junto a Parque Yamaguchi, zona hospitalaria) - T.: 948 19 61 52 www.integraclinic.es - info@integraclinic.es
CPS-2304C/3-13-NA

El pan en el menú diario de la mujer embarazada

Laura Garde Etayo NA00087
Colegio Oficial de Dietistas y Nutricionistas de Navarra

Una intensa sensación de plenitud nos invade mientras vamos dando vida a un nuevo ser. Durante el proceso de gestación surge en nuestro interior, de modo natural, la necesidad de prepararnos, de cuidarnos. Algunas mujeres, que posponían el abandono de hábitos arraigados poco saludables, encuentran entonces, casi de manera inesperada, la motivación y la fuerza necesarias para afrontarlo. Otras incluso se anticipan para que las condiciones iniciales del embarazo sean las idóneas. Todas somos conscientes de la trascendencia que la alimentación tiene en esta etapa y las profesionales de la salud debemos hacerlo entender así, proponiendo el consejo dietético más apropiado en cada caso. Probablemente, esta sea la etapa en la que la mujer se encuentra más receptiva, porque necesita comprender los cambios que está viviendo y, sobre todo, porque le preocupa el bienestar de su bebé.

Con pan, desde el principio

Las continuas transformaciones que se suceden durante el embarazo tienen una importante repercusión alimentaria. Los cambios fisiológicos, físicos y, por supuesto, emocionales deben tener consecuencias desde el punto de vista dietético y nutricional: Hemos de adaptar la alimentación, tanto cualitativa como cuantitativamente.

Bajo esta perspectiva, la presencia del pan en el menú diario de la mujer embarazada resulta indiscutible. El pan es garantía de energía y saciedad, y por tanto, de bienestar.

No hemos de olvidar, además, que contribuye a equilibrar la balanza entre las proteínas, las grasas y los hidratos de carbono, por lo que su consumo es totalmente recomendable para las mujeres gestantes.

Todo el proceso digestivo se ve significativamente alterado durante la gestación. Así, debido a la menor secreción de saliva, debemos procurar una masticación y ensalivación más eficaz de los alimentos, especialmente del pan y de los alimentos ricos en hidratos de carbono, cuya digestión comienza en la boca, por la acción de la enzima ptialina.

La motilidad del tubo digestivo es menor, por lo que el vaciado del estómago es más lento y la digestión se ralentiza.

Es posible, por tanto, que la sensación de saciedad de paso a la pesadez. Si es así, aconsejo disminuir la cantidad de pan en las comidas principales, incrementándola por contra en el desayuno, el almuerzo y/o la merienda. Además, durante la gestación se produce una mayor demanda de alimentos entre las comidas principales, fundamentalmente por las mañanas. Entonces, el pan resulta la solución perfecta, tanto por su saciedad, como por la posibilidad de combinarlo con cualquier tipo de alimento.

Por otra parte, la pérdida de motilidad gastrointestinal unida a la mayor reabsorción de agua en el intestino grueso, favorece la aparición del estreñimiento. En este caso, la sustitución de las variedades de pan blanco por otras con fibra, integrales o con cereales, provocará una mayor de retención hídrica en el bolo fecal, estimulando el peristaltismo, el tránsito intestinal y, asegurando una evacuación más regular.

Por último, resaltar la relevancia de mantener un nivel óptimo de glucosa en la sangre de la mujer embarazada. En este sentido, la presencia de pan en la dieta diaria, equilibra, completa y satisface, contribuyendo al bienestar del bebé.

Ejemplo de menú para un día

DESAYUNO
1 vaso de zumo de naranja natural
1 Yogur
Pan del día tostado con aceite de oliva virgen

ALMUERZO
Pan con jamón serrano
1 Plátano

COMIDA
Espinacas con garbanzos
Congrio en salsa verde
1 Yogur
1 ración de pan integral

MERIENDA
1 vaso de leche
Pan con cereales y un puñado de nueces

CENA
Ensalada variada
Con 1 huevo duro
Compota de manzana y ciruelas
1 ración de pan integral

¿Eres un buen lector?

Dori Callejo
Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión

Existe una relación directa entre los problemas de lectura y las habilidades visuales.

Una buena comprensión y velocidad lectora depende de las siguientes funciones:

1. Movimientos oculares: Seguimientos y sacádicos
2. Fijaciones
3. Campo visual
4. Acomodación o enfoque
5. Visión binocular
6. Habilidades viso-espaciales
7. Percepción visual

1. Los movimientos de seguimiento nos permiten seguir objetos de una forma suave y precisa.
Con los sacádicos pasamos de una fijación a otra, es decir de una palabra a otra o de una línea a otra, estos han de ser precisos.

2. El ojo sólo ve cuando está detenido, fijando y enfocando, entonces el cerebro procesa la información.
3. En relación a la lectura lo ideal es tener un campo visual amplio para poder ver la mayor cantidad de palabras y realizar menos fijaciones oculares.
Los niños que se acercan mucho al papel pierden campo visual y han de realizar más fijaciones oculares disminuyendo la velocidad y comprensión lectora.

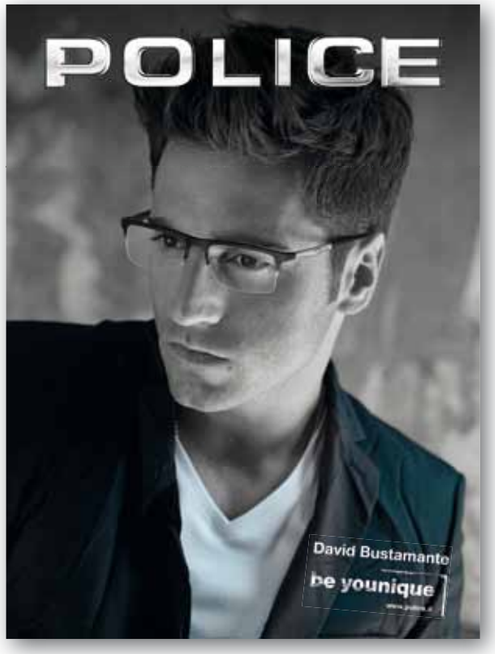
4. La acomodación permite realizar cambios de enfoque a cualquier distancia, consiguiendo que la imagen sea nítida.

5. Las disfunciones binoculares como la insuficiencia de convergencia hacen que la información visual nos llegue distorsionada y el esfuerzo para leer sea mayor. Los ojos han de trabajar como un equipo sin competir entre sí.

6. Para una correcta direccionalidad gráfica es importante desarrollar una adecuada lateralidad y orientación.

7. Las habilidades de percepción visual nos permiten reconocer, discriminar e interpretar los estímulos visuales, ayudándonos a mejorar la velocidad lectora y la comprensión.
Entre ellas destacamos la discriminación visual, la figura-fondo, las relaciones espaciales la memoria visual y la visualización.

En un examen visual es importante analizar todas las funciones anteriores que intervienen en el rendimiento lector.

50% DTO. CRISTALES ANTIRREFLEJANTES*
*Mejoran el enfoque y disminuyen la fatiga ocular
óptica unyvisión
AVDA. NAVARRA
(Frente a Clínica Universidad de Navarra)
31008 PAMPLONA • T. 948 178 188
Descuento, no acumulable a otras ofertas, válido con la presentación de este anuncio HASTA EL 1 DE JUNIO DE 2013
AVDA. PÍO XII
CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA
AVDA. NAVARRA
ÓPTICA UNYVISIÓN


Acompañamiento al parto

Estefanía Castillo Castro y Sandra Abaurrea Asiain
Matronas del Complejo Hospitalario de Navarra B

El acompañamiento y apoyo en la asistencia en el parto reporta múltiples beneficios para la gestante y su pareja durante el proceso del nacimiento de su futuro hijo.

El medio donde la mujer ha parido hasta los años 60–70 se organizaba entorno a la familia. Las parturientas daban a luz en sus casas acompañadas por las mujeres sabedoras de la familia, que les prestaban cuidados, y por la llamada "partera".
Con la institucionalización hospitalaria, los partos pasaron a ser atendidos en los hospitales. Se ganó en seguridad, hubo un descenso en la morbi-mortalidad materno-infantil, pero se perdió la posibilidad de apoyo y acompañamiento que ofrece el entorno familiar y afectivo del parto domiciliario. La gestante estaba sola y, normalmente, encamada con una asistencia enfocada desde un punto de vista técnico-médico, sin hacer partícipe a la pareja.

El proceso del cambio

Este tipo de atención se mantuvo hasta el año 1995. El Decreto 101/1995, de 18 de abril, por el que se determinan los derechos de los padres y de los niños durante el proceso de nacimiento, Boja 72(17-5 1995), marca una nueva etapa en la atención al parto. Su artículo nº 2 recoge el derecho de la madre a estar acompañada por una persona de su confianza durante el preparto, parto y postparto, salvo causa suficientemente justificada. A partir de aquí son numerosas las fuentes que recogen este derecho y lo incluyen en la atención al parto.
La OMS señala que para asegurar el bienestar de la nueva madre un miembro elegido de su familia o persona de confianza debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional. La "Guía de Atención al Parto Normal" de 2010 por la que se rige la actividad de la matrona en la atención al parto, recoge en su apartado número cuatro los cuidados durante el parto dentro de los cuales están enmarcados el acompañamiento en el parto y la relación del profesional con la gestante. Por lo que posteriormente desgranaremos la actividad de la matrona como acompañante al parto.

Beneficios del acompañamiento

Numerosos estudios justifican los benéficos reportados del acompañamiento durante el parto (1, 2, 3, 4). Todos coinciden en los siguientes beneficios:

- Menor número de horas de trabajo de parto.
- Disminuye la probabilidad de tener un parto instrumental.
- Disminuye la probabilidad de hacer uso de anestesia epidural o retrasa su uso.
- Mejora la vivencia del parto.
- Mejora los sentimiento de seguridad y control de la mujer.
- Fortalece el vínculo afectivo de la pareja y ésta se incluye como partícipe activo del parto.

El acompañante perfecto

El mejor acompañante para la mujer de parto no es más que el que ella haya elegido y consensuado esa decisión con éste. Debe de ser una persona que le reporte seguridad, confianza, le de soporte físico y emocional para afrontar el proceso, que sepa leer entre líneas qué es lo que le pasa en ese momento y cómo ayudarla a sobrellevarlo. Las figuras que acompañan actualmente a la mujer a parir son diversas, la pareja, la madre, una amiga, una doula y no debemos olvidarnos del acompañamiento que el personal sanitario realiza de forma intrínseca en su asistencia, en especial de las matronas.

La pareja como acompañante

La pareja no experimenta directamente el embarazo, es la madre la protagonista principal. Todo lo que esto conlleva (los cambios fisiológicos, percepción de movimiento fetal), por lo general, la pareja no lo materializa hasta que no se produce el nacimiento.

Entorno al proceso de la paternidad las emociones y sensaciones de los padres varían. Encontramos diversos autores que hablan de ellas. Chandler y De Campo (1997) recogían que el miedo y las sensaciones negativas en el padre aumentaban a medida que se alargaba en el tiempo el trabajo de parto. Por otro lado, apuntan la necesidad del padre de ocultar estos miedos y emociones a su pareja. Vehvilainen-Julkunen (1998) determinó en su estudio que el principal sentimiento que la pareja mostraba era la sensación de impotencia por el sufrimiento de la pareja. Wielgos et al. 2006, quiso estudiar cuales eran las razones por las que las parejas se negaban a entrar al parto. Entre las más frecuentes se encontraban la aversión a presenciar sufrimiento, el miedo al desmayo, el miedo a sentirse inútil , y a una falta de preparación emocional. Por otro lado Ibáñez, M.B. (2003) desglosaba los siguientes motivos por los que el padre acompañaba al parto, 75% deseaba, un 22% por complacerla, un 3% por obligación.
Hacerles partícipes del parto de sus hijos reporta beneficios directos sobre su sensación de la paternidad. Un estudio realizado en el Hospital Ciudad de Jaén (Serrano et al 1999) describe que un 57 % de los padres encuestados opinaba que estar presente en el parto de su hijo tenía repercusiones positivas en cuanto a la relación futura con su hijo. Además un 95% opinaba que se reforzaba la afectividad con su pareja.
Es la tarea de la matrona facilitar, al acompañante que la mujer elija , su participación en el parto. Le deberemos instruir, informar, pedir colaboración en el proceso, reforzar su ayuda y respetar sus miedos y limitaciones.

La matrona como acompañante

El papel de la matrona va más allá del carácter técnico-médico de sus intervenciones. Ella facilita a la pareja en su conjunto una serie de cuidados en los que ambos son protagonistas. Centrándonos en la definición de acompañamiento la RAE dice lo siguiente:
Acción y efecto de acompañar, participar en los sentimiento del otro, juntar o agregar una cosa a otra, estar al lado de... Nos indica como sinónimos: Custodiar, seguir , conducir, asistir; y como antónimos: abandonar, desatender.
Siguiendo esta definición podemos destacar la importancia de acompañar a la mujer en el proceso del parto. Somos responsables de darle las medidas adecuadas de seguridad y bienestar.
Las matronas con sus habilidades prácticas están preparadas para ayudar a las mujeres y sus acompañantes a durante el parto. Trabajar junto con la mujer incluye apoyarla, defenderla, aconsejarla, educarla y asistirla. En general, trabajar con ella durante el embarazo, parto y postparto. Estos papeles de la matrona están dirigidos a intentar devolver el poder a la mujer ("empowering women") centrando el cuidado en ella y dándole la posibilidad de elegir. Esto factores están interconectados y todos ellos son importantes para un buen acompañamiento y además influyen en la experiencia del dolor de la mujer.
De hecho, desde el origen del término que nombraba a la profesión en inglés "midwife" (mid-wife: con la mujer) ya definía a la matrona como la persona que acompaña a la mujer.

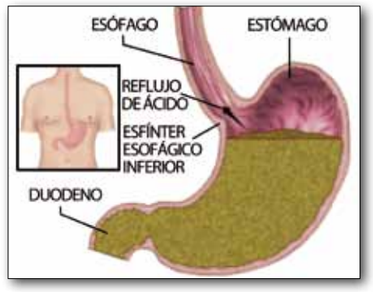
Reflujo gastroesofágico

Elena Pérez Salvatierra
Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. SEMERGEN Navarra

El reflujo gastroesofágico es el paso de contenido del estómago al esófago. El contenido gástrico es ácido, y el ácido es una sustancia irritante. Por tanto, si refluye puede producir lesiones en las paredes del esófago que den síntomas al paciente. Cuando esto se produce, se dice que el paciente tiene enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Esta es una enfermedad de carácter crónico que alterna periodos de síntomas con periodos de remisión (desaparición de los síntomas). En España, se calcula que entre un 10 y un 15 % de la población sufren este problema.

¿Por qué se produce?

Los alimentos pasan de la boca al estómago a través de la faringe y el esófago. En el estómago se mezclan con el jugo gástrico, un líquido ácido necesario para digerir los alimentos. Este ácido no daña el estómago ya que sus paredes están recubiertas por una sustancia que las protege. Sin embargo, el esófago carece de esta protección, ya que en principio, éste no tiene que estar en contacto con el ácido. El problema aparece cuando existe reflujo. Para que este se produzca, deben darse dos condiciones. La primera es que el contenido gástrico esté preparado para refluir. Esto ocurre cuando el estómago está lleno (tras las comidas, si se bloquea la salida del estómago, si el vaciamiento del estómago está enlentecido y si se produce mucho ácido en el estómago), si aumenta la presión dentro del estómago (obesidad, embarazo, ascitis y llevar ropa apretada) y cuando el contenido está en la parte de arriba del estómago (al estar tumbados).



La segunda de las condiciones, es que fallen los mecanismos antirreflujo. El principal es el esfínter esofágico inferior, que es un músculo que controla el paso entre el esófago y el estómago. Éste debe permanecer cerrado hasta el momento de la deglución. Si este músculo falla y se abre cuando no debe, el contenido del estómago refluye.

La mayoría de los pacientes con reflujo, tienen hernia de hiato. Esto significa, que una parte del estómago se desplaza del abdomen (el lugar donde debe estar) al tórax (la cavidad del pecho) a través del hiato diafragmático, que es un agujero en el diafragma (músculo que separa el tórax del abdomen). Con el estómago en esta nueva posición, es más fácil que el contenido gástrico ascienda. Hay que aclarar, que muchos pacientes tienen hernia de hiato y no tienen reflujo.

¿Cómo se nota el reflujo gastroesofágico?

El ácido es una sustancia irritante, y su permanencia continuada en el esófago, provoca lesiones en sus paredes (esofagitis). Estas lesiones son las que producen los síntomas al paciente. El más frecuente es el ardor (pirosis) tras las comidas. Es una sensación de "quemazón" que el paciente siente que asciende por el pecho. Otros síntomas frecuentes son la regurgitación de ácido, dificultad para tragar (disfagia), dolor en el pecho (dolor torácico), tos crónica o falta de aire. El dolor al tragar (odinofagia) es un síntoma raro y puede indicar la existencia de alguna complicación.

También pueden aparecer hemorragias, faringitis, laringitis, o síntomas del sistema respiratorio (crisis de broncoespasmo, neumonías aspirativas, asma...) debidos a aspiraciones del contenido refluido hacia el árbol respiratorio. Los síntomas del reflujo suelen agravarse con algunos alimentos como el alcohol, zumos de frutas, comidas muy especiadas, cebolla, menta, pimiento, café, chocolate, los alimentos grasos; al fumar y con algunos medicamentos.

Complicaciones que pueden aparecer

- Esofagitis (heridas en el esófago): producen dolor al tragar (odinofagia).
- Estenosis esofágica (estrechamiento del esófago): puede provocar dificultad para tragar (disfagia) y puede tener la sensación de que la comida se quede atascada en la garganta. El tratamiento de esta complicación puede requerir dilataciones del esófago con balón.
- Esófago de Barret (el tejido del esófago es reemplazado por tejido del estómago): se diagnostica mediante gastroscopia con toma de biopsias y requiere seguimiento médico porque hay riesgo de malignización.

¿Cómo se diagnostica el reflujo gastroesofágico?

El diagnóstico es clínico, es decir, que lo dan los síntomas que cuenta el paciente. Existen pruebas que pueden demostrar objetivamente la presencia de reflujo, pero no son necesarias siempre, y se reservan para pacientes que no responden al tratamiento o aquellos en los que se sospecha una complicación.

La gastroscopia es el examen más utilizado, aunque puede ser normal en muchos pacientes con reflujo. Permite observar si hay inflamación o ulceración en la pared del esófago. También se puede tomar una pequeña muestra (biopsia) de la pared esofágica para comprobar si hay anomalías. Esta prueba también permite diagnosticar la hernia de hiato.

La pHmetría es la medición del pH del esófago. El pH es una escala que permite medir lo ácido o base (lo contrario de ácido) que es una sustancia. Se mide en una escala que va de 0 a 14. El pH del jugo gástrico es en torno a 1 ó 2. Se monitoriza por medio de una sonda que se introduce en el esófago y que va midiendo el pH durante 24 horas. El paciente anota cuando tiene síntomas y luego se ve si se relaciona con la presencia de ácido (pH bajo).

¿Cuál es el tratamiento?

Ante un paciente con síntomas de reflujo no complicado, se suele iniciar tratamiento directamente sin hacer pruebas previas. El tratamiento tiene dos partes. Por un lado se deben seguir las siguientes recomendaciones:

- Levantar la cabecera de la cama unos 12 cm.
- No acostarse hasta tres o cuatro horas tras las comidas.
- Comer porciones más pequeñas.
- Mantener un peso corporal saludable.
- Limitar el consumo de alimentos grasos, chocolate, menta, café, té, bebidas con gas, alcohol, tomate y cítricos.
- No fumar.
- No usar ropa muy apretada.

Por otro lado, se valorará la necesidad de tratamiento farmacológico. Los fármacos más eficaces son los llamados, "inhibidores de la bomba de protones", los conocidos como protectores gástricos (tipo omeprazol).

Si los síntomas son leves, se puede mejorar únicamente tomando antiácidos y otros fármacos llamados "antagonistas de los receptores H2" (tipo ranitidina).

Tras la desaparición de los síntomas, suele intentarse una retirada progresiva de los fármacos. Si la clínica reaparece se reinicia el tratamiento, que puede mantenerse incluso de forma indefinida.

Si pese al tratamiento no mejoran los síntomas, se debe consultar con el médico para que ajuste el tratamiento y valore la necesidad de realizar alguna prueba.

La cirugía se reserva para los pacientes que no mejoran con tratamiento farmacológico (si tienen recidivas frecuentes o no toleran el tratamiento). Algunos pacientes con hernia de hiato y los pacientes con complicaciones asociadas al reflujo también requieren tratamiento quirúrgico.

La técnica más frecuente es la llamada funduplicatura de Nissen, que consiste en envolver el estómago alrededor del esófago. Esta suele llevarse a cabo por vía laparoscópica, que es menos invasiva, ya que no es necesario abrir el abdomen del paciente y permite una recuperación más rápida.

Vulvovaginitis candidiásica

Maria Lorente Cisneros. *Enfermera de C.A.M. (Centro de Atención a la Mujer)*
Mª Cristina Pérez de Albéniz Gómez. *Enfermera del Centro de Salud de Barañain*

La vulvovaginitis es la inflamación de la vulva, la vagina o ambas estructuras a la vez, así como la inflamación del tejido endocervical. Es una infección que supone una tercera parte de las infecciones vaginales. Hasta un 75% de mujeres llegarán a padecer algún episodio. Es una patología que vemos con mucha frecuencia en nuestras consultas de Enfermería.

La prevención y hacer un buen diagnóstico etiológico es necesario para instaurar el tratamiento adecuado para curar y evitar recidivas.

Ecosistema vaginal

La vagina posee de forma natural una flora que la protege de posibles agresiones. La mucosa vaginal está colonizada por diferentes especies de bacterias distintas (Staphylococcus, Ureaplasma, Corynebacterium, Streptococcus, Escherichia coli, Candida), pero los lactobacilos son el género más importante, tanto por su número como por su actividad.
Estos lactobacilos presentes en la flora vaginal desarrollan diversas funciones esenciales para el mantenimiento del equilibrio microbiológico y la prevención de las infecciones, tanto endógenas como exógenas: restauran la microflora vaginal y la protegen contra la colonización de microorganismos patógenos. Los mecanismos básicos por los que los lactobacilos regulan la flora vaginal son el bloqueo de las adherencias de los patógenos al epitelio vaginal y la inhibición de su crecimiento. Existen situaciones que pueden alterar esta flora dando lugar a una infección vaginal.

Causas

Uno de los principales agentes infecciosos causantes de las vulvovaginitis infecciosas son los hongos (Candidiasis). Existen diferentes tipos de hongos capaces de colonizar y provocar una infección vulvar y vaginal. El más frecuente es la Cándida albicans, otras menos prevalentes son la Cándida glabrata y la Cándida tropicalis.
Existen diversos factores predisponentes desencadenantes del posible cambio de flora vaginal que favorecen el crecimiento de la candidiasis como:

- Embarazo: El riesgo aumenta con el tiempo de gestación.
- Anticonceptivos Hormonales.
- Antibióticos: Especialmente los de amplio espectro.
- Diabetes Mellitus.
- Déficit metabólicos; hipotiroidismo, anemia, inmunodepresión.
- Alteración del estado general; estrés.
- Exceso de humedad perineal.
- Dieta rica en hidratos de carbono.
- Malos hábitos higiénicos.

Son situaciones que provocan un desequilibrio de la flora vaginal normal (lactobacilos) y una disminución de las defensas, que facilitan la colonización de la cándida.

Síntomas

- Prurito intenso (picor intenso), escozor o quemazón, irritación a nivel vulvar o vaginal.
- Eritema o edema vulvar y vaginal (inflamación y enrojecimiento de la zona genital).
- Cambios en el flujo vaginal (aumento de la cantidad del flujo (leucorrea), cambio de color y consistencia).

Será más o menos abundante de color blanquecino en grumos, consistencia pastosa parecida al yogur, adherido a la pared vaginal y sin olor característico.

- Disuria (dolor al orinar).
- Dispareunia (molestia o dolor en la relación sexual).

Es característico que los síntomas aumenten la semana previa al inicio de la menstruación y mejoren tras su aparición, incluso sin tratamiento.
En ocasiones la infección no se manifiesta de forma tan característica y sólo hay una simple sensación de malestar y escozor. Esto sucede en las formas crónicas repetidamente tratadas y en las especies no albicans.

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza en la misma consulta de Enfermería. Se basa en la sintomatología; anamnesis detallada, asociación de factores predisponentes, la exploración física basada en la inspección de la vulva y de la vagina mediante un espéculo, y la toma de una muestra de flujo vaginal para realizar el examen en fresco. A continuación la muestra es visualizada en el microscopio de manera que se puede analizar para buscar signos de infección.
La observación al microscopio con suero fisiológico permite apreciar las esporas y seudohifas. Si añadimos KOH al 10%, se destruyen los elementos celulares, lo que facilita el reconocimiento del hongo. El pH vaginal se mantiene normal, no hay modificaciones ni aumento del pH vaginal que generalmente suele ser menor de 4.5.
La clínica, junto con la observación microscópica y el pH, permite confirmar el diagnóstico y no se requiere un cultivo vaginal. El resultado definitivo del cultivo vaginal puede tardar varios días, en general no se suele esperar este tiempo para iniciar el tratamiento. Es fundamental su realización en caso de fracaso terapéutico con persistencia de síntomas o si aparecen recidivas.

Tratamiento

La Candidiasis vulvovaginal se trata eficazmente con fármacos antimicóticos. Los tratamientos cortos, de uno a tres días, suelen ser suficientes para resolver el problema, aunque existen casos de Candidiasis recidivante, en los que se precisan de tratamientos más largos.
Existen distintos tipos de administración; en forma de crema vaginal, en óvulos vaginales o en forma de comprimidos orales.
Los más utilizados actualmente son los que actúan por vía local o sistémica. La vía tópica prevé generalmente periodos de administración variables, de tres a siete días, dependiendo del fármaco administrado, existiendo también regímenes en monodosis que, aparte de la eficacia, aseguran un mejor cumplimiento. La vía sistémica está contraindicada sólo en el embarazo y durante la lactancia por la posibilidad de efectos lesivos sobre el feto o el neonato.
En los casos recurrentes, además del control de los factores de riesgo, se recomienda un tratamiento de choque más prolongado y una terapia de mantenimiento (profiláctica) de, por lo menos, seis meses.
Aunque la Candidiasis no es una infección de transmisión sexual, en la fase aguda de la infección es aconsejable evitar las relaciones sexuales y durante el tratamiento se recomienda el uso de preservativo.

Recomendaciones generales de higiene y prevención

- Limpieza e hidratación diaria de la zona genital utilizando un jabón suave que respete el ecosistema y el pH vaginal.
- Secar bien la zona genital después del lavado.
- Evitar lavados intravaginales (duchas vaginales).
- No usar salvaslip, desodorantes vaginales, sprays, jabones perfumados, baños de burbujas o espumosos perfumados, tampones aromatizados o talcos vaginales.
- Usar ropa interior de algodón. Evitar el nylon y la lycra.
- No vestir ropa ajustada ni de tejidos sintéticos.
- Al terminar de orinar, secar la vulva con un papel higiénico no aromatizado. Hacerlo desde delante hacia atrás.
- Reducir o evitar los azúcares.
- Dieta sana y equilibrada.
- Reducir o evitar el alcohol.
- Mantener bajo el nivel de estrés.
- Evitar baños en piscinas excesivamente cloradas.
- Evitar la automedicación.
- En presencia de síntomas consultar en su Centro de Atención a la Mujer correspondiente.

Síndrome premenstrual

Mª Cristina Pérez de Albéniz Gómez. *Enfermera del Centro de Salud de Barañain*
Maria Lorente Cisneros. *Enfermera de C.A.M. (Centro de Atención a la Mujer)*

El síndrome premenstrual engloba un conjunto de signos y síntomas físicos, del comportamiento o emocionales que pueden sufrir las mujeres con mayor o menor intensidad unos días antes de la regla y que desaparecen completamente después de la menstruación.

Aproximadamente un 80% de las mujeres en edad reproductiva padecen este síndrome que aparece entre 7 y 14 días antes del periodo menstrual y suele desaparecer cuando comienza el periodo o de 4 a 7 días después de que termina.

Aunque no existe una causa específica, a este síndrome premenstrual se le ha relacionado con los cambios en los niveles de estrógenos y progesterona. Un desequilibrio hormonal debido en gran medida al déficit de progesterona y al exceso de estrógenos en sangre y los efectos que producen sobre la química cerebral. Las mujeres con este síndrome también pueden responder de manera diferente a estas hormonas.

También influyen los niveles de endorfinas y serotonina, sustancias químicas del cerebro que juegan un papel importante en el humor y el comportamiento.

El síndrome premenstrual puede estar relacionado con factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos.

Suele aparecer al final de la segunda década de la vida, se agrava hasta los 30-35 años, para reducirse en intensidad luego y desaparecer a medida que se aproxima la menopausia.

Síntomas

- Tensión y sensibilidad mamaria.
- Retención de líquidos.
- Hinchazón abdominal.
- Ganancia ponderal premenstrual.
- Edemas en las extremidades.
- Estreñimiento o diarrea.
- Fatiga y dificultad para dormir.
- Cansancio y astenia.
- Irritabilidad, tristeza, cambios de humor y mayor sensibilidad.
- Depresión, ansiedad y nerviosismo.
- Dolor de cabeza, conocidas como migrañas menstruales.
- Dificultad para concentrarse.
- Dolor de las articulaciones y de los músculos.
- Disminución de apetito sexual.
- Trastornos estomacales; nauseas, vómitos, deposiciones de tipo diarreico.
- Acné.
- Mayor apetencia por los alimentos ricos en hidratos de carbono, en especial por los dulces (pastelería, repostería, galletería) y en particular por el chocolate.

Cuando aparece uno o más de estos síntomas, de modo recurrente, con una intensidad que afecta las actividades diarias, las relaciones interpersonales o el trabajo de la mujer, y dura hasta la llegada de la menstruación, aliviándose después, se denomina síndrome premenstrual.

Pautas a seguir

- Estilo de vida saludable es el primer paso para el manejo del síndrome premenstrual para su prevención, tratamiento e impedir su empeoramiento.
- Beber muchos líquidos y limitar la ingesta de cafeína; bebidas de cola, energéticas, café y de sustancias estimulantes.
- Cambios en la dieta, la alimentación juega un papel importante en el sistema hormonal. En esos días es necesario tomas más carbohidratos: pastas, pan, arroz, cereales integrales. Si se tiene la necesidad de comer algo dulce, se puede tomar pasas, ciruelas o un poco de chocolate. Se debe incluir frutas frescas sobre todo el plátano y frutos secos como nueces y almendras.
- Consumir comidas frecuentes y pequeñas. Fraccionar la alimentación en tomas frecuentes y de poco volumen (desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena). No dejar pasar más de tres horas entre los refrigerios y evitar comer con exceso.
- Evitar tomar grasas. Consumir una dieta baja en sal y evitar los azúcares simples, la bollería, la cafeína y el alcohol. Preferir aquellos alimentos que poseen un sabor dulce pero que son poco calóricos como yogures o frutas, frente a los pasteles u otros dulces.
- Tomar alimentos ricos en fibra como frutas, verduras y legumbres.
- Incluir en la dieta alimentos ricos en magnesio como frutos secos, legumbres, cereales integrales y pescado.
- Los cereales integrales (especialmente la avena), las verduras de hoja verde, los frutos secos y el hígado son fuentes de vitamina B6, que contribuye a mantener en buenas condiciones el sistema nervioso y que puede intervenir en la mejora de los síntomas.

Añadir aceites vírgenes en frio y sal marina sin refinar (en vez de la sal de mesa común) en cantidades cada vez menores.

- Practicar ejercicio físico regular, a ser posible al aire libre, para ayudar a reducir la severidad de los síntomas. Genera endorfinas, sustancias con un marcado efecto euforizante que ayuda a liberar tensiones, agresividad, irritabilidad y levanta el ánimo.
- El yoga, ejercicios respiratorios o cualquier otra técnica de relajación pueden ayudar.
- Dedicar algún momento del día a alguna actividad lúdica, ayudará a relajar y a controlar los cambios de humor. Leer un buen libro, escuchar música, ir al cine o dar un paseo pueden ser buenas opciones.
- Tener un descanso adecuado. Dormir más, ya que durante este periodo se suele estar más cansada.
- Tomar un vaso de leche caliente ayuda a calmar las molestias cuando no son muy fuertes, ya que el calor favorece la circulación sanguínea y descongestiona la zona pélvica.

Suplementos alimenticios

La naturaleza nos ofrece una serie de plantas que contribuyen a reducir los síntomas del síndrome premenstrual. Hay que tener en cuenta que la indicación y posología de cada complemento depende de cada caso y que deberá ser prescrito siempre por un profesional, ya que en ciertos casos puede estar contraindicado.

- Aceite de Onagra tiene propiedades antiinflamatorias muy indicadas para evitar la retención de líquidos, el dolor de pechos y las molestias propias de la menstruación. También alivia los síntomas depresivos que suelen aparecer.
- Aceite de borraja regula el sistema hormonal, normaliza el ciclo menstrual y relaja el útero.
- Levadura de cerveza es rica en vitaminas del grupo B, sobre todo B6 que incrementa los niveles de progesterona.
- Vitamina A alivia los dolores de senos, la irritabilidad y la falta de fuerzas.
- Vitamina E disminuye la mayoría de los síntomas del síndrome premenstrual.
- Zinc y Selenio son muy importantes en las funciones hormonales, alivian la hinchazón de los senos.
- Manganeso y cobalto también interviene en el equilibrio hormonal.
- Yodo y azufre útiles en casos de trastornos menstruales.
- Calcio y magnesio ayuda a relajar los músculos del útero tomados unos días antes de la regla.

Si con las medidas anteriores no se mejora o no pueden ser llevadas a cabo, existen tratamientos farmacológicos que pueden ser pautados de forma individualizada en su C.A.M (Centro de Atención a la Mujer) correspondiente.

El síndrome premenstrual puede interferir en las actividades diarias. Un buen conocimiento le ayudará a controlarlo. El que sepa lo que tiene le hará sentirse más segura y motivada para enfrentarse al problema.

La menopausia

Juan Luis Alcázar
Profesor Titular de Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina
Clínica Universidad de Navarra

Se entiende por menopausia el cese permanente de la menstruación en la mujer a partir de cierta edad. La edad promedio a la que ocurre en los países desarrollados es entre los 51 y 52 años.

La menopausia se produce debido al cese de la función de los ovarios, cuando en ellos se agotan los óvulos. Esto provoca una disminución marcada en la producción de estrógenos, que son las hormonas producidas por los ovarios. Esta disminución de los niveles de estrógenos es la responsable de la aparición de los síntomas que acompañan a la menopausia, tanto a corto como a largo plazo. Al conjunto de síntomas que acontecen a corto se le conoce como Síndrome Climatérico.

Los síntomas más característicos del síndrome climatérico son la aparición de sofocos, referidos típicamente como una sensación de calor que surge en el pecho y se irradia hacia el cuello y cara y que pueden acompañarse de intensa sudoración. Normalmente vienen a durar unos minutos, aunque pueden ser más prolongados. Otros síntomas que pueden asociarse a corto plazo son la sequedad vaginal, la quemazón en los genitales, la frecuencia y urgencia en la micción, y una mayor frecuencia de infecciones urinarias. También es característica la pérdida de la elasticidad de la piel y los cambios en la textura, el tamaño y la consistencia de las mamas.

También es característica una disminución en la libido, es decir, en el apetito sexual, que se puede ver agravado por las molestias producidas en la relación sexual (diaspareunia o coitalgia), debido a la sequedad vaginal.

Enfermedad cardiovascular y osteoporosis

A largo plazo, la menopausia va a tener dos efectos principales. Por un lado, el desarrollo de un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, entendiéndose por ésta la aparición de hipertensión arterial, infarto de miocardio o accidente cerebro-vascular. Por otro lado, otra consecuencia importante de la menopausia es la osteoporosis, es decir la descalcificación del hueso, que suele ser rápida en los primeros 5 años después de ocurrir la menopausia, estabilizándose posteriormente y ralentizándose. Algunas mujeres tienen más riesgo de padecer osteoporosis que otras, así se consideran que son factores de riesgo: el hábito tabáquico, el consumo excesivo de alcohol, la ingesta de unos niveles bajos de calcio y vitamina D en la dieta, una menopausia precoz (antes de los 40 años), una historia familiar de osteoporosis, una vida sedentaria y una constitución corporal asténica, es decir mujeres delgadas. Como consecuencia de la osteoporosis el riesgo principal es la fractura ósea, fundamentalmente la cadera, el fémur, el antebrazo y la columna vertebral.

Terapia hormonal sustitutiva (THS)

Dado que la mayoría de los síntomas de la menopausia están relacionados con un descenso de los niveles en sangre de estrógenos, la terapia hormonal sustitutiva basada en estrógenos o derivados, puede ser a menudo recomendada.

Sería aconsejable que toda mujer que llegara a la menopausia, acudiera a un especialista para evaluar su estado de salud y, entre otras cuestiones, valorar la conveniencia o no de iniciar una terapia hormonal sustitutiva.

Como norma general, son recomendables ciertos hábitos de vida como son el abandono del tabaco, la ingesta adecuada de calcio y vitamina D en la dieta, el ejercicio regular y evitar la pérdida de peso excesiva. No todas las pacientes pueden necesitar iniciar una terapia hormonal sustitutiva si se siguen los consejos anteriormente dados.

Hoy en día existen diversas maneras de realizar la terapia hormonal sustitutiva. Como su propio nombre indica esta terapia se basa en el uso de hormonas. Antes de iniciar un tratamiento hormonal sustitutivo es conveniente realizar una serie de pruebas diagnósticas que descarten la presencia de patología a nivel ginecológico o a nivel general, que puedan contraindicar el uso de dicha terapia.

Todas aquellas mujeres a las cuales no se les haya extirpado el útero, además de recibir estrógenos, deben recibir progesterona, ya que tiene un efecto muy importante en la prevención de la aparición de lesiones a nivel del endometrio (la mucosa interna del útero), fundamentalmente la hiperplasia y el cáncer de endometrio.

Beneficios de la terapia hormonal sustitutiva

Aunque se ha extendido cierto miedo al uso de esta terapia, lo cierto es que un número de mujeres se puede beneficiar de la misma.

La Asociación Española para el Estudio de la Menopausia recomienda el uso de esta terapia en mujeres con un síndrome climatérico acusado. A corto plazo va a aliviar en la mayoría de las pacientes los sofocos y las sudoraciones, las molestias genitourinarias y los cambios emocionales y en la líbido. No va a tener importantes repercusiones en los cambios a nivel de la mama y de la piel.

A largo plazo, disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular y de osteoporosis. Asimismo, mejora el perfil lipídico en sangre.

Se recomienda que no se prolongue más de 2-3 años.

Existen varios fármacos para la THS: estrógenos –con o sin progesterona-, tibolona, moduladores de los receptores de estrógenos, fitoestrógenos, entre los más usados. Es importante que el médico y la paciente valoren cuál sería el más adecuado en cada caso.

Efectos secundarios

Fundamentalmente a corto plazo, son debidos a la toma de la progesterona. Típicamente son: cefaleas, tensión mamaria y molestias en bajo vientre. La terapia con estrógenos sola se ha relacionado con la aparición de cáncer de endometrio. De aquí la importancia de combinar la progesterona, ya que el riesgo de aparición de esta enfermedad, realizando el tratamiento adecuado, es prácticamente nulo.

En cuanto a la asociación de esta terapia con cáncer de mama, en la actualidad no hay evidencia definitiva de que un tratamiento a corto plazo incremente el riesgo de cáncer de mama, sin embargo existen ciertas controversias en cuanto al tratamiento a largo plazo.

Aspectos psicológicos de la alimentación en paciente de cáncer

Marisa Villafranca Iturre. *Coordinadora Psicooncología AECC-Navarra*
Maite Bengochea Basterra. *Psicooncóloga AECC-Navarra*
Laura Diaz Sayas. *Psicooncóloga AECC-Navarra*

Una dieta saludable es vital para cualquier persona, también y especialmente para los enfermos de cáncer.

¿Por qué es importante en pacientes oncológicos?

Hay muchos factores que tenemos que tener en cuenta pero los más relevantes van a ser porque va a mejorar la resistencia a los efectos secundarios de los tratamientos, les va a ayudar a mantener el vigor a lo largo de este proceso tan prolongado en el tiempo, a prevenir la destrucción de algunos tejidos y a reparar con mayor rapidez los tejidos normales dañados, va a incrementar la protección frente a las infecciones tan frecuentes durante los tratamientos oncológicos y porque una persona cuando está subalimentada su organismo debe usar sus propias grasas, proteínas y otros alimentos nutritivos para sustituirlos, con la subsiguiente pérdida de peso de la que hablaremos mas adelante.

A lo largo de la enfermedad se suelen producir cambios en el paciente con cáncer, como es el incremento de peso o por el contrario anorexia y pérdida de peso. En ambos casos, se va a generar una alteración en su imagen corporal, su calidad de vida y, por tanto, le va a afectar psicológicamente.

Hay pacientes oncológicos en los que se produce un incremento de su peso, lo que les va a producir, a muchos de ellos, insatisfacción y preocupación. Tenemos que tener muy en cuenta que durante el tratamiento oncológico no es momento de tratamiento de adelgazamiento y una vez terminados los tratamientos, las recomendaciones deberán de estar guiadas por un profesional e incluir el aumento del ejercicio físico y por ello el incremento de gasto de energía.

Pérdida de apetito y de peso

Aunque en los pacientes de cáncer es más habitual la anorexia y pérdida de apetito. Esto lo deberemos de asociar a la enfermedad, los tratamientos, a la disminución en la ingesta que se da por diferentes motivos, en algunas ocasiones a que el paciente reduce su alimentación porque está preocupado, angustiado o tiene miedo y en otras ocasiones a complicaciones que los tratamientos pueden ocasionar como el cambio en la percepción de los sabores, las náuseas y vómitos, llagas en la boca, estreñimiento, etc.

Por todo esto, la comida se convierte, en muchos casos para el paciente oncológico, en un momento difícil o desagradable y no en el placer que debiera ser.

La pérdida de peso va a producir cambios en la imagen corporal del paciente, por lo que tendremos que prestar atención a ello y al significado que cada uno dé a esta pérdida de peso. Algunos pacientes nos dicen cada día estoy más delgado, esto no marcha bien o no como nada, cada día me encuentro peor, "no me reconozco ante el espejo". Va a ser muy importante que los familiares y amigos estemos muy atentos a todos estos comentarios, ya que nos van a ser de gran relevancia a la hora de llevar a cabo una intervención destinada a que la alimentación no sea una dificultad.

La mejor manera, aunque no la única, de afrontar este tema, es ser consciente de que debe tolerar los cambios, ya que la mayoría de ellos serán transitorios y se verán recuperados una vez finalicen los tratamientos.

También es muy importante el no descuidar el aspecto físico, intentar sentirte contigo mismo lo mejor posible, aunque haya días de mayor malestar físico por los tratamientos y sus efectos secundarios y siempre apoyarse en la familia y amigos.

Como estamos viendo, el tema de la alimentación o más bien de la falta de ingesta por parte de estos pacientes, se suele convertir en un tema recurrente dentro de las familias y con los profesionales. Es muy habitual escuchar a las familias no sé qué hacer, no quiere comer nada, cada día come menos, me tiene desesperada, por favor, dile que coma, se niega a comer nada de lo que le hago. Y todo esto, junto con la preocupación que va surgiendo dentro de los miembros de la familia, hace que cada momento relacionado con la comida sea difícil y acompañado por tensiones.

¿Qué podemos hacer los familiares y amigos para que no se convierta en un problema?

- No convierta la comida en una obsesión, no debe de ser el eje central de nuestra conversación.
- No presionar. Hay que apoyar al paciente sin sobreproteger, debemos recordar que el paciente es el más interesado en llevar una correcta alimentación
- No le observe constantemente lo que como o no come
- No culpabilice, castigue o riña.
- No piense que la falta de apetito es para fastidiarle, como ya hemos comentado con anterioridad, hay muchas causas que interfieren en la disminución de la alimentación (nauseas, llagas, cambio en los sabores, ansiedad, tristeza)
- No se sienta culpable, no es su responsabilidad.

En cambio, usted puede hacer de la comida una situación agradable, distendida, sin presiones hacia el paciente.

Mantener una conversación agradable y entretenida sobre un asunto ajeno a la enfermedad y a la alimentación hará que el paciente se sienta más dispuesto a una mayor ingesta.

Tratar de saber por qué se siente y comporta como lo hace, nos ayudará mucho a conocer el motivo que le lleva a no realizar una correcta alimentación, ya que entender el origen nos facilitará el buscar una posible solución. No debemos olvidar la relación que existe entre dolor y la ingesta. Habitualmente cuando algo nos duele solemos perder el apetito. Si nuestros familiares, amigos, se encuentran en una situación de dolor, no va a querer lo que le ofrezcamos para comer. Solo querrá aliviar su dolor.

No tenga prisa con las comidas, debemos tomarnos el tiempo que sea necesario.

Anticípese y tenga la comida preparada en raciones individuales, que se conserve bien y que sea del agrado del paciente. Facilitar el comer cuando se tenga apetito aunque no sea el horario convencional.

Cambiar la rutina de las comidas, por ejemplo comer en diferentes sitios.

Caminar antes de las comidas puede estimular el apetito.

Intentar comer algo antes de ir a la cama.

Servir la comida en platos grandes para que parezca que hay menos comida y no le suponga un gran reto sino que lo vea muy accesible.

Refuerce los momentos de una alimentación correcta.

Consulte con el especialista si es necesario.

Como conclusión recordar que una alimentación saludable es un gran aliado en pacientes en procesos oncológicos. Y, por ello, tendremos que experimentar y realizar las variaciones necesarias para conseguir la dieta más apetitosa en el ambiente socio-familiar más adecuado.

“Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella, no me salvo yo”

Breve reflexión desde la bioética sobre la relación entre paciente y enfermera en Salud Mental

Janire Martínez Berrueta
Supervisora de Enfermería, Área de Psiquiatría. Máster en Bioética
Clínica Psiquiátrica Padre Menni

La enfermería es la profesión del Cuidado, de atención al paciente, tarea que implica una comunicación entre seres humanos, que no es posible sin la reflexión sobre la naturaleza de los mismos y sobre los valores implicados en dicha tarea.

En cualquiera de las especialidades sanitarias es importante detenerse a pensar con respecto a la esencia de la persona, pero en la especialidad de Salud Mental, es aún más urgente, ya que el cuidado que la enfermería ofrece a las personas supone un constante trabajo de comunicación y valoración de cada situación.

Entendemos vida humana como una realidad individual de cada persona, “mi vida”, y como tal, es única, íntima e intransferible (en sentido biográfico). Esta realidad o escenario, son todas aquellas circunstancias con las que debemos contar, ya que, queramos o no, forman parte de nosotros.

La búsqueda de la felicidad, es un fin común a todas las personas, siendo la forma en la que la buscamos, el “cómo” lo que nos hace únicos. Esto, a lo que llamamos “forma”, es la puesta en acción de los valores.

Los valores son todas aquellos aspectos no palpables que entendemos como “buenos”, como pueden ser la amistad o la salud, que practicándolos (p. ej. atender a un amigo cuando lo necesita, o cuidar la toma de azúcar siendo diabético), estamos ejerciendo el “bien”.

Búsqueda individual de la Felicidad.

La sensación de Realización Personal o Bienestar se percibe en los momentos en los que uno siente que hace “el bien”. Por el contrario, se produce una sensación de malestar, inquietud o angustia, cuando dos aspectos que percibimos como buenos chocan entre sí. (p. ej.. atender a una amigo que precisa ayuda a costa de no hacerlo con otro amigo o familiar que también lo necesita). En este caso, se produce en la persona un dilema, una encrucijada de caminos, ambos llegan a un buen fin, pero van a destinos diferentes.

En la vida de cada uno, conviven tanto circunstancias favorecedoras, como limitadoras de esta búsqueda individual de la Felicidad. La enfermedad se puede entender como limitadora, más aún, cuando la persona sufre un cambio negativo en el resto de circunstancias de su vida como la familia o el trabajo.

A lo largo del ejercicio de mi profesión como enfermera en la especialidad de Salud Mental, he visto en mayor o menor medida, la repercusión que la enfermedad ha tenido en otros espacios o circunstancias de la vida de cada uno de los pacientes a los que he atendido; esto aumenta la sensación de malestar que en sí misma, provoca la enfermedad, que se agrava cuando el paciente percibe una merma de su capacidad para tomar decisiones con respecto a su propia enfermedad, sensación que se da con relativa frecuencia.

La profesión de Enfermería, tiene como fin último, contribuir a hacer el “bien”, traduciéndose en actos concretos dirigidos a fomentar el bienestar de las personas a las que atiende, entendiendo Bienestar, como una percepción individual y subjetiva.

Algunas de las Enfermedades Mentales repercuten en la capacidad de la persona para identificar los síntomas de la patología, y su consecuente conciencia de enfermedad, ya sea de forma transitoria o definitiva. Lo que en muchas ocasiones deriva en la no aceptación por parte del paciente tanto del tratamiento como de la colaboración de su entorno. A esto se suma la posible limitación

para la Sociabilización, y el sufrimiento que el conjunto de todos estos factores producen en las personas cercanas al paciente.

La convergencia de todos estos factores crea una gran sensación de angustia y malestar en la persona, limitando la capacidad para la toma de decisiones prudentes. Situación esta que puede implicarle un sentimiento de desamparo.

Todo este escenario de circunstancias, resulta único en cada uno de los individuos, en función de los valores que mueven su vida y las personas implicadas en ellos.

En este momento, aparecemos las enfermeras, de manera más puntual si es en una consulta o en un ingreso temporal, y más permanentemente, si es un ingreso de larga estancia o residencial.

Todo lo anteriormente mencionado, unido al papel que ejercemos con respecto al paciente y su entorno, deriva en que la toma de decisiones está habitualmente impregnada de dilemas morales. Estos dilemas se presentan a consecuencia del choque existente entre los valores implicados, que habitualmente son la autonomía del paciente para tomar decisiones (en función de su percepción de bienestar y de salud), la percepción de la familia al respecto y nuestro deber de fomentar la salud.

Por lo tanto, parece que la relación entre el paciente y la enfermera, además de centrarse en el control de los síntomas de la enfermedad, debe hacerlo también en el conocimiento de los valores, ilusiones y circunstancias del individuo, con el fin de ayudar a la persona y a su entorno, a adaptar dichas circunstancias a cada momento de la enfermedad, para que ésta interfiera en la menor medida posible en su búsqueda de la Felicidad y de la sensación de Bienestar.

Esta tarea sólo es posible si la entendemos desde el trabajo en equipo de todos los actores del escenario: el paciente, su entorno y la enfermera como parte del equipo asistencial. La persona y su entorno deben expresar al equipo profesional la forma en que les afecta la enfermedad, y el equipo, junto con ellos, debe buscar la manera más prudente para que los valores no entren en conflicto, colaborando entre todos a disminuir la sensación de angustia y desamparo.

Conclusiones

La enfermería psiquiátrica tiene el deber, con respecto al paciente, de hacer una exploración profunda de su circunstancia y de los valores que están implicados en ella, para poder aspirar al cuidado excelente y no sólo al correcto, ayudándole en su búsqueda de la felicidad, ya que citando a Ortega y Gasset: “Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella, no me salvo yo”.

Además, con ello contribuiremos a cuidar también el escenario de nuestra vida, teniendo en cuenta que el paciente forma parte de ella.

Hermanas Hospitalarias
“Curar y Cuidar”
En colaboración con Gobierno de Navarra

Pamplona
CLÍNICA PADRE MENNI
Servicios
Unidad de Hospitalización
Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatría
Centro de Día | Servicio de consultas externas e interconsultas
Pisos tutelados

CLÍNICA PADRE MENNI
C. JOAQUÍN BEUNZA 45
31014 **PAMPLONA**. NAVARRA
T CONSULTAS EXTERNAS 948 13 67 37
T 948 14 06 11 F 948 12 02 38
www.hospitalariasnavarra.org

Elizondo
CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI
Servicios
Residencia Asistida | Unidad de Psicogeriatría | Centros de Rehabilitación | Psicosocial
Discapacidad Intelectual (con enfermedad mental asociada)

CENTRO HOSPITALARIO BENITO MENNI
C. MENDINUETA S/N
31700 **ELIZONDO**. NAVARRA
T 948 45 21 62 F 948 45 24 78
www.hospitalariasnavarra.org

Cómo prevenir la osteoporosis en la infancia y juventud

Dra. Virginia Sangüesa Sánchez, Juan Manuel Vellosillo Ortega y Carlos Ruiz Muneta
F.E.A Medicina Física y Rehabilitación. Complejo Hospitalario de Navarra

La osteoporosis es una enfermedad que se sufre en edades avanzadas pero su origen suele estar en los primeros años de nuestra vida. Una dieta con ingesta adecuada de calcio y un estilo de vida saludable nos permite alcanzar un pico máximo de masa ósea óptimo en la infancia y juventud y disminuir así de forma importante el riesgo de osteoporosis.

La esperanza de vida ha aumentado en los últimos años de forma considerable en los países desarrollados. Esto ha favorecido un aumento de la incidencia de osteoporosis. El riesgo de sufrir fracturas por falta de calcio en los huesos a lo largo de la vida llega al 40% en la mujer y al 13% en los hombres.

El pico máximo de masa ósea se alcanza a los 20 años aproximadamente.

La masa ósea es la cantidad total de tejido óseo del cuerpo. La adquisición de un correcto pico de masa ósea es el factor más importante para prevenir la osteoporosis en el adulto. La masa ósea se va incrementando desde el nacimiento y alcanza su nivel máximo en las primeras décadas de la vida, a los 20 años aproximadamente. Por ello es fundamental en los niños y jóvenes mantener las condiciones adecuadas para que alcancen un pico máximo de masa ósea óptimo.

A lo largo de la vida se irán sumando una serie de factores que harán que se produzca una pérdida de hueso, esta podrá ser la considerada como normal o bien puede verse acelerada por diversas causas como falta de ejercicio físico, utilización de algunos fármacos, dieta inadecuada, algunas enfermedades.....

Factores que influyen en la mineralización del hueso

La mineralización ósea depende de factores genéticos, nutricionales, endocrinos, metabólicos y mecánicos. Algunos de estos factores los podemos modificar y otros no. No podemos modificar la predisposición genética que tenemos a desarrollar déficit de calcio en los huesos ni podemos evitar tener algunas enfermedades. Pero podemos ingerir una dieta óptima en aporte de calcio, según las necesidades en cada edad de nuestra vida y realizar una actividad física que ayude a fijar el calcio en los huesos.

Factores no modificables: genética, sexo, edad.

Factores modificables: la nutrición con la ingesta de calcio y vitamina D y el estilo vida con el ejercicio físico, evitar tabaco y alcohol.

Factores nutricionales

La consecución del pico de masa ósea depende en gran parte de factores nutricionales, por lo que se precisa mantener un aporte de nutrientes adecuado en la etapa de crecimiento.

La ingesta de calcio es fundamental y la cantidad necesaria depende de la edad.

Uno de los factores más importantes para alcanzar el pico máximo óseo adecuado es una ingesta adecuada de calcio. Es fundamental optimizar el aporte de calcio durante las etapas de más crecimiento y sobre todo en la adolescencia.

Dosis diarias recomendadas de calcio

En la siguiente tabla se establecen la ingesta adecuada de niños y adultos.

	Hombres	Mujeres
Edad	(mg/día)	(mg/día)
0 a 6 meses	210	
7 a 12 meses	270	
1 a 3 años	500	
4 a 8 años	800	
9 a 13 años	1300	
14 a 18 años	1300	
19 a 50 años	1000	
51 años o más	1200	
Embarazo y Lactancia		1000

Fuentes naturales de Calcio

Los alimentos con mayor contenido de calcio son los productos lácteos, los frutos secos, las sardinas y las anchoas; ya en menor proporción en legumbres y vegetales verdes oscuros (espinaca, acelga, broccoli). Las fuentes de calcio más aprovechables por nuestro organismo son los lácteos dado que los vegetales contienen sustancias que dificultan la absorción del mismo. Por eso aunque un vegetal tenga igual o más contenido de calcio que un producto lácteo, este último siempre será más aprovechable. La fuente óptima de calcio durante la lactancia es la leche de mujer.

En la siguiente tabla se menciona la cantidad de miligramos (mg) de calcio presente en diversos alimentos .

ALIMENTOS	Porción	mg de calcio
Queso Gruyere, Emmental, Roquefort	100 gr	560-850
Queso mozzarella	1 taza	546
Queso manchego fresco	100 gr	470
Sardinas en aceite (con espinas)	100 gr.	382
Leche, descremada	1 taza	290
Leche , entera	1 taza	276
Almendras, avellanas	100 gr	240
Cigalas, langostinos, gambas...	100 gr	220
Yogur descremado	125 gr	200
Queso de Burgos	100 gr	186
Higos secos	100 gr	180
Yogur con frutas, descremado	125 gr	172
Berro	100 gr	164
Garbanzos	100 gr	145
Natillas y flanes	100 gr	140
Pistachos	100 gr	136
Judías blancas, habas secas	100 gr	130
Yema de huevo	100 gr.	130
Almejas, berberechos, chirlas...	100 gr	120
Chocolate con leche	100 gr	120
Batidos lácteos	100 gr	120
Acelgas, cardo, espinacas, puerro...	100 gr	114-87
Queso en porciones	100 gr	98
Nueces	100 gr.	90
Dátiles, pasas ...	100 gr	70
Aceitunas	100 gr	63
Requesón y cuajada	100 gr	60
Lentejas	100 gr	56
Bacalao	100 gr	51
Pasteles y pastas	100 gr	48
Brócoli, cocido,	100 gr	41
Alcachofa, col, repollo, judías verdes...	100 gr	40
Clara de huevo	100 gr	17

En el caso de personas **con intolerancia a la lactosa:** existe en el mercado leche sin lactosa y se recomienda la ingestión de productos derivados de la leche fermentados, que se toleran mejor, como los yogures, el queso...

Y en caso de no tolerarlos tampoco por padecer otras intolerancias o alergias se puede sustituir por productos de soja con refuerzos de calcio.

Estilo de vida

Dentro de la prevención la actividad física es de gran importancia para mejorar la mineralización ósea porque estimula el depósito de calcio en el hueso.

El ejercicio físico, sobre todo el ejercicio que soporta peso es fundamental. Está documentado que la actividad física de los jóvenes con carga de peso intermitente(saltar, correr....) es fuertemente osteogénica, especialmente antes de la pubertad, y que el ejercicio físico regular ocupa un lugar crítico para maximizar la masa ósea. Nadar está menos recomendado porque al no haber carga de peso sobre los huesos no estimula la mineralización.

Evitar: tabaco, café, comidas rápidas con exceso de proteínas y sal. Evitar el exceso de bebidas carbonatadas que inhiben la absorción de calcio a nivel intestinal. El déficit de vitamina D.

Comercial
Médica y de Laboratorio

MATERIAL PARA LABORATORIOS
CLÍNICOS, QUÍMICOS E INDUSTRIALES
PRODUCTOS PARA ANÁLISIS
QUÍMICOS Y CLÍNICOS

Nuestro servicio hacia el cliente nos hace diferentes

Ronda Landaben, 3 • 31012 Pamplona
Apartado de Correos 125 • 31080 Pamplona
T. 948 22 05 85 / 948 14 23 96 • F. 948 22 05 85
info@comercialmedica.es • www.comercialmedica.es