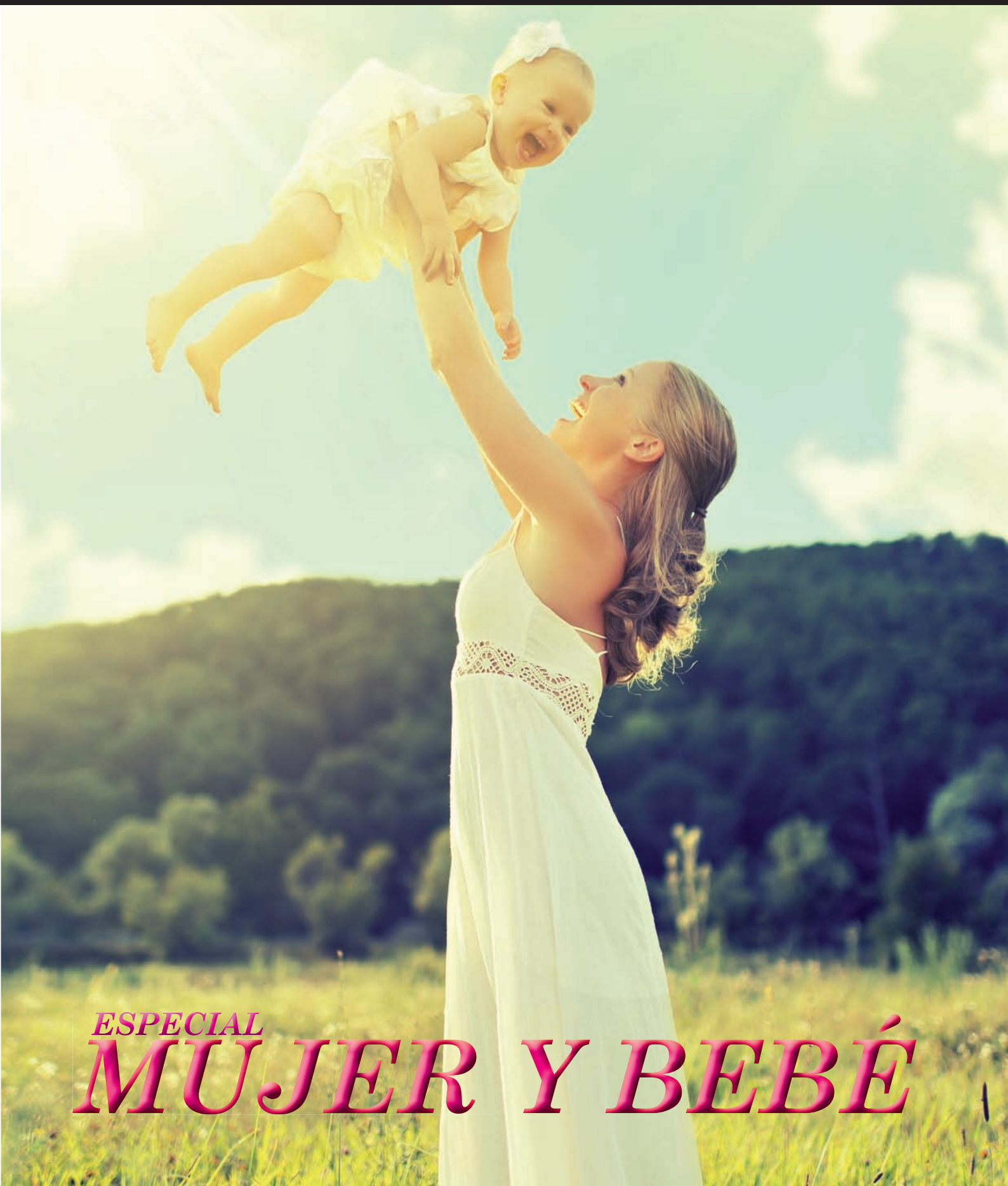
medicina salud cultura

zonahospitalaria

medikuntza, osasuna eta kultura ospitaleko gunea

www.zonahospitalaria.com añoVIII marzoabril2014 nº46



ESPECIAL

MUJER Y BEBÉ

Sumario www.zonahospitalaria.com

3 ¿Miedo a los implantes?

4 La falta de deseo sexual en la mujer (I)

6 La alimentación en edad fértil

8 Cómo eliminar (todas) las varices sin cirugía

10 El pan, en equilibrio con la dieta de la mujer de hoy

12 Emesis gravídica

13 ¿Cómo cambia tu cuerpo en el embarazo?

14 Mastitis, el lado oscuro de la lactancia

15 Fototerapia Syntonic

16 Ecografía 4D

17 Mamá ¡yo también quiero cepillarme los dientes!

18 Consejos para un embarazo saludable

20 Alivio de las molestias del aparato locomotor durante el embarazo

21 Melancolía postparto

22 La importancia del descanso en nuestra vida

24 Cuidados de enfermería en el paciente con hemorragia subaracnoidea

26 Diagnóstico precoz para una mejor calidad de vida de los niños con autismo

28 El daño cerebral adquirido, imprescindible actuar cuanto antes

30 Lo interdisciplinar y lo público versus privado en salud, hacen una sanidad responsable

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

¿Miedo a los implantes?

Dr. Carlos Concejo Cútoli
Cirujano Oral y Maxilofacial.
Dr. Ricardo Ruiz de Erenchun Purroy
Cirujano Plástico y Estético.

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

Los dientes son imprescindibles para masticar, si faltan o están en mal estado comeremos con dificultad. Una mala masticación conduce a una dieta incompleta y problemas digestivos, pero también condiciona otros problemas. La falta de un solo diente provoca el movimiento de todos los dientes vecinos, se produce una pérdida del hueso que lo sostenía y además obliga a cambiar los movimientos de la mandíbula para poder masticar lo que repercute en la articulación que puede comenzar a presentar síntomas como dolor o chasquidos.

La solución: implantes dentales

La reposición de las piezas dentales perdidas alcanza hoy en día un alto grado de perfección con la colocación de los implantes dentales que imitan perfectamente la estructura del diente (raíz y corona) y es por tanto una rehabilitación muy natural. Sin embargo para la colocación de los implantes es preciso que no transcurra demasiado tiempo desde la pérdida del diente, si se recurre enseguida no habrá problemas, pero si se tarda demasiado el hueso va desapareciendo y en algunos casos será incluso necesario recurrir a un injerto si se quiere colocar un implante. Esto se debe a que el hueso cuando no tiene que soportar el trabajo de los dientes, se atrofia de forma progresiva.

Miedo a los implantes dentales

El miedo al dentista o a lo desconocido sigue siendo una de las principales y variadas excusas para no reponer un diente perdido. A pesar de que colocar un implante dental es un procedimiento poco agresivo, -y de ello pueden dar fe las muchas personas que ya se han beneficiado de ello-, todavía existen muchas personas que siguen pensando que es un procedimiento complicado y doloroso. Las nuevas técnicas y herramientas de las que disponemos hoy en día van a conseguir de una vez por todas que el miedo no sea nunca más la causa de una boca en mal estado.

Sedación

Todos los procedimientos que se realizan en la boca son susceptibles de realizarse bajo sedación intravenosa. La sedación intravenosa es un procedimiento anestésico realizado por especialistas en anestesia que permite mantener al paciente en un estado muy próximo al sueño y con un alto grado de relajación, de modo que aunque en realidad está despierto no es consciente de lo que está ocurriendo con la gran ventaja de que una vez finalizado el procedimiento se revierte la sedación y el paciente abandona la clínica por su propio pie.

Cirugía guiada

La otra herramienta que permite que los implantes dentales se conviertan en un procedimiento muy poco agresivo es la cirugía guiada. La cirugía guiada consiste en colocar los implantes dentales mediante unas guías que se fabrican por ordenador y que permiten no tener que realizar ningún corte en la encía. Este procedimiento tiene muchas ventajas, en primer lugar se acorta considerablemente el tiempo de la intervención, en segundo lugar al no haber cortes, ni puntos de sutura el postoperatorio es realmente confortable, sin apenas inflamación y prácticamente indoloro.

Estás dos técnicas además se pueden combinar si fuera necesario consiguiendo un alto grado de confort para los pacientes durante todo el procedimiento.

La falta de deseo sexual en la mujer (I)

Hoy tampoco tengo ganas.

José Luis García. *Psicólogo clínico especialista en Sexología. CAM Iturrama*
Satur Napal Lecumberri. *Urólogo del Complejo Hospitalario de Navarra*

La falta de deseo sexual femenino, técnicamente más conocido por deseo sexual inhibido es, sin duda, la disfunción sexual más frecuente en las consultas de psicología-sexología. Se trata de un problema de salud, a nuestro juicio muy relevante, que en la mayoría de los casos tiene efectos negativos en la mujer y en su relación de pareja y por tanto puede afectar a su vida cotidiana.

Desde nuestra experiencia profesional nos encontramos ante una disfunción sexual femenina compleja que una de nuestras pacientes nos resumía de este modo "Me resulta casi imposible meter deseo donde no hay deseo". Esta idea que es vivida por la mujer como de enorme dificultad, la hemos encontrado con relativa frecuencia en nuestra consulta clínica de psicología-sexología, en el Centro de Atención a la Mujer de Iturrama, de carácter público, durante más de 30 años.
En ocasiones esta vivencia de gran dificultad dificulta la motivación y es vivida como una losa por la mujer que se ve incapaz de cambiar su realidad, resignándose a tener esa parte de su vida sin resolver. Si esta mujer vive con una pareja que le demanda actividad sexual, cosa frecuente por otra parte, la situación, como se podrá comprender puede resultar insoportable.

En cualquier caso, en el tratamiento de esta disfunción a pesar de su complejidad, se han obtenido resultados que podemos calificar en términos genéricos como satisfactorios, con diferentes modelos psicológicos de terapia sexual. En la actualidad no hay tratamientos farmacológicos eficaces, aunque los laboratorios -con un excesivo protagonismo en el área de las terapias sexuales- a tenor de la prevalencia mundial de esta disfunción, buscan incesantemente un medicamento que estimule el deseo en la mujer.
Paradójicamente si nos retrotraemos unas cuantas décadas atrás, en nuestra sociedad occidental, y en nuestro país en la primera mitad del siglo XX, la ausencia de deseo sexual en la mujer era considerada como normalidad. Basta que le preguntemos a nuestras abuelas a este respecto para que tengamos una idea de cómo han vivido su sexualidad las mujeres que nacieron en esa época. Tradicionalmente el deseo sexual en la mujer se ha asociado al vicio, la prostitución o la enfermedad. No hemos de olvidar por su trascendencia cultural, que en la mitología religiosa católica el icono de Eva y su deseo en forma de ingenua manzana - el famoso pecado original- provocó la ira de Dios y los posteriores desastres fuera del paraíso. ¡Menuda carga que ha tenido la mujer - y consiguientemente su deseo sexual- desde entonces!
Por fortuna los avances científicos, el conocimiento racional y los cambios sociales acontecidos en el último siglo han permitido abordar este problema desde una perspectiva de salud integral. Citar al menos los trabajos pioneros de investigación de la conducta sexual de Masters y Johnson y de H.S Kaplan, que dieron un giro radical a la comprensión del deseo femenino. Las investigaciones y estudios desde entonces se han incrementado sensiblemente.

¿Que es el deseo sexual inhibido?

Hay muchas definiciones sobre el deseo inhibido pero, para este artículo, baste ahora considerar como punto de partida una disminución significativa -que puede llegar hasta la ausencia total- de la motivación para involucrarse y participar en la actividad sexual. Esta situación provoca un malestar con diferentes implicaciones para la mujer y su pareja y, más temprano que tarde, puede vivirse como un conflicto de diferente intensidad, si bien el sufrimiento psicológico es generalizado para las dos personas implicadas.
Este problema lo encontramos en la consulta con relativa frecuencia, en forma de discrepancias en las demandas de la mujer y las de su pareja: un claro desequilibrio que puede provocar conflictos de muy diferente naturaleza., Por otra parte, no es nada nuevo si tenemos en cuenta las creencias y comentarios populares al respecto, comunes por ejemplo en las " bromas" de parejas en la cuadrilla, incluso en parejas jóvenes: Es típico oír comentarios y quejas que resumen la idea de que ellos siempre tienen ganas y ellas casi nunca.
En este sentido tenemos que señalar que persisten todavía diferentes creencias erróneas sobre el deseo (las mujeres tienen muchas menos ganas, el deseo tiene que surgir de manera natural, si nos queremos nace espontáneamente, a cierta edad desaparece, los hombres siempre tienen ganas, después de tener hijos las mujeres pasan del sexo, comer chocolate o una copita de moscatel aumenta el deseo, ... etc) Para nosotros si bien el deseo está anclado en un soporte fisiológico, es resultado ante todo de complejos procesos psicológicos.
En nuestra opinión, el deseo casi siempre hay que provocarlo. En efecto para que el fuego no se apague hay que echarle leña. Fuera de los procesos de enamoramiento, el deseo necesita una permanente estimulación, debiéndose adaptar a los inevitables cambios que conlleva el ciclo vital. Promover y estimular todos los sentidos serán actuaciones necesarias para normalizar el deseo. Uno de los recursos más interesantes son las fantasías sexuales que habrán de ser desarrolladas a partir de lecturas, visionado de audiovisuales, recuerdos...etc. Las fantasías sexuales son el

músculo del deseo y los músculos hay que ejercitarlos para evitar su atrofia, como veremos en la segunda parte de este artículo en el próximo número 47 de la revista.
A menudo podemos constatar que la falta de deseo acaba provocando una menor excitación y ésta, a su vez, ausencia de placer lo que puede desembocar en un rechazo-aversión al sexo, más acusado si las relaciones se viven como una cierta imposición explicita o no, por parte de la pareja. Cuanto más presiona la otra persona por tener sexo, más tiende a cerrarse la mujer con problemas de deseo sexual aumentando la disfunción.
En el deseo, interactúan muchos componentes de los que destacamos al menos tres: La capacidad de excitabilidad neuro-fisiológica que se asienta en unas estructuras corporales, una capacidad cognitiva favorecedora de actitudes positivas y abiertas hacia la sexualidad, así como una capacidad para sentir y expresar sentimientos y sensaciones.

La alimentación en edad fértil

Zenaida Vázquez Ruiz
Dietista Nutricionista. Nº colegiado: NA260

Las mujeres en general deben prestar especial atención al mantenimiento de pautas de alimentación sana y equilibrada. Sabemos que algunas veces supone un verdadero reto conseguir una ingesta de nutrientes adecuada. El ajetreo de la vida diaria, el no tener horarios fijos para comer, la falta de tiempo para cocinar o el querer perder peso de forma no saludable, a veces juegan en nuestra contra y hacen que disminuya la disponibilidad de ciertos nutrientes.

El mantenimiento de un peso adecuado a nuestra complexión y una ingesta suficiente de nutrientes son fundamentales para mantener nuestro ritmo biológico y juegan un rol importante en aquellas mujeres que se encuentran en edad fértil. El primer paso es comprender nuestro propio cuerpo y conseguir un estilo de vida cuyo eje esté centrado en una alimentación sana y la práctica de actividad física regular.

Nutrientes especialmente importantes en esta etapa

En esta etapa de la vida adulta debemos prestar especial atención a ciertos nutrientes que frecuentemente aparecen como deficitarios en nuestra dieta. Algunos de ellos son los siguientes:

- **Ácido fólico:** Es una vitamina del grupo B muy importante para las mujeres en edad fértil. Debe haber una ingesta suficiente tanto durante el embarazo como antes de él. Lo podemos encontrar principalmente en verduras de hoja verde, frutas, guisantes y nueces. Los cereales, panes y otros productos hechos con granos enteros también contienen ácido fólico.
- **Calcio:** Debemos prestar atención a este mineral ya que una deficiencia en su ingesta puede provocar la utilización de nuestras reservas en los huesos. Podemos obtenerlo de los lácteos, sardinas, almejas, salmón, así como a través de algunas verduras como la col o el brócoli.
- **Vitamina D:** Gracias a ella vamos a mejorar la utilización del calcio en nuestro cuerpo, Además de ingerirla a través de pescados azules, huevos o alimentos fortificados en esta vitamina, necesitamos al menos de 30 minutos al día de exposición solar. Sobre todo en invierno es común no estar mucho tiempo al aire libre o hacerlo cuando ya ha oscurecido, por lo tanto se reduce la síntesis de esta vitamina.
- **Hierro:** Las mujeres y sobre todo en edad fértil, necesitan ingerir más cantidad de hierro por las pérdidas debidas a la menstruación. El hierro que mejor es absorbido por nuestro cuerpo es de origen animal como por ejemplo el que encontramos en carnes, pescados y vísceras. En los alimentos de origen vegetal lo encontramos en las legumbres, especialmente lentejas y habas, cereales integrales o espinacas.
- **Vitamina C:** Esta vitamina además de ser un buen antioxidante esta involucrada en la mejora de la absorción del hierro presente en vegetales, en la síntesis de colágeno. Podemos encontrarla en los cítricos, fresas, tomate o pimiento rojo. Estos alimentos son especialmente recomendables por la posibilidad de comerlos crudos y evitar la pérdida de esta vitamina en la cocción como puede ocurrir con la patata o el brócoli que también la contienen. Una alternativa menos agresiva para el cocinado puede ser la cocción al vapor de estas verduras.
- **Vitamina B12:** La vitamina B12 se encuentra naturalmente en una amplia variedad de alimentos de origen animal como carne, pescado, huevos y lácteos. Es importante resaltar que los alimentos vegetales no tienen vitamina B12, y si la contienen de forma natural, hasta el momento no puede considerarse una fuente segura a menos que sean fortificados. En caso de llevar una dieta estrictamente vegetariana (es decir sin ningún producto de origen animal) es recomendable consumir alimentos fortificados en esta vitamina para lo cual debe revisarse la información nutricional en la etiqueta de los alimentos, también existe ayuda sobre este tema en la página web de la unión vegetariana española.
- **Zinc:** Lo encontramos principalmente en alimentos de origen animal como carnes rojas, marisco o pescado y en fuentes vegetales como las legumbres o las semillas.

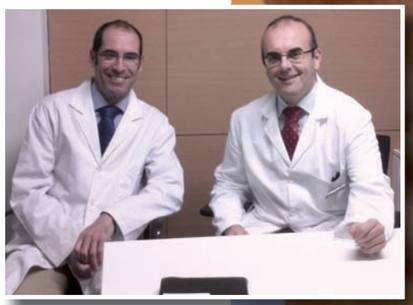
- **Selenio:** Es un oligoelemento que podemos encontrar principalmente en vegetales, crustáceos, vacuno, pescados y huevo, aunque depende en gran medida de la riqueza de los suelos en este mineral. Podemos encontrarlo también en la levadura de cerveza y el germen de trigo.
- **Ingesta adecuada de proteínas:** Sobre todo en las mujeres es común una ingesta baja de proteínas , algunas veces por la creencia de que así se sigue una dieta mas sana, pero mantener una ingesta suficiente de proteínas es fundamental. Por ello es importante asesorarnos por dietista-nutricionista a la hora de cambiar nuestros hábitos y no caer en un error que nos lleve a crear deficiencias que perjudiquen la salud.

Recomendaciones

Seguir un patrón de dieta saludable, lo que implica, respetar las 5 raciones de frutas y verduras diarias recomendadas, consumir legumbres al menos 2 veces por semana y limitar los alimentos altamente procesados y refinados, debe tomarse como brújula a la hora de elegir los alimentos de nuestra lista de la compra . Para englobar y poder llevarlo a cabo de manera fácil basta seguir los siguientes puntos.

- Comer alimentos variados, mejor locales y de temporada, con alto contenido de fibra como cereales integrales, legumbres, frutas y verduras.
- Preferir el consumo de proteínas que no contengan mucha grasa, por ejemplo cortes de cerdo magro, pollo, pavo, pescado, huevos y alimentos ricos en proteínas de origen vegetal como el tofu, legumbres y frutos secos.
- Elegir grasas saludables como las contenidas en nueces, semillas, aceite de oliva y aguacate y evitar el consumo de grasa hidrogenada o grasa trans. Durante el embarazo y la lactancia debemos evitar con más razón si cabe el consumo de grasa trans que esta presente especialmente en la repostería comercial, dulces y golosinas, sopas de sobre, margarinas, precocinados y snacks.
- Es recomendable la reducción de la sal, cafeína y azúcar lo cual puede ayudar a aliviar los síntomas del síndrome premenstrual.
- Consumir bebidas sin calorías como el agua, té u otras infusiones sin azúcar.
- Limitar el consumo alcohol.

Además de estas recomendaciones, no debemos olvidar que la actividad física debe ser parte de nuestra rutina semanal. Es recomendable invertir al menos 30 minutos de ejercicio de intensidad moderada, como caminar, trotar, andar en bicicleta o bailar la mayoría de los días de la semana y al menos 2 días por semana realizar ejercicios de fuerza como por ejemplo ejercicios con bandas elásticas o pilates, que ayuden a mantener el tono muscular. Mantener estas rutinas de alimentación y ejercicio de forma constante son una pieza fundamental a la hora de conseguir un equilibrio hormonal y en definitiva mantener una buena salud de forma integral.



Cómo eliminar (todas) las varices sin cirugía

Dres. Gonzalo Villa y José Manuel Jiménez
Cirujanos vasculares.
Clínica San Miguel de Pamplona y Policlínica Navarra de Tudela.

Las varices son un problema de primera magnitud, puesto que cálculos optimistas estiman que una de cada tres personas tienen algún grado de insuficiencia venosa, y las varices o dilataciones de las venas superficiales son la manifestación más frecuente. Esta incidencia es todavía mayor en mujeres y, de hecho, el factor adquirido más importante a la hora de desarrollar varices es el embarazo.

Aunque es una enfermedad de curso habitualmente benigno, las varices con el tiempo pueden dar lugar a la aparición de un trombo (flebitis), o a que la piel poco a poco se vaya deteriorando con la posibilidad de desembocar en la aparición de una úlcera. Por este motivo, es importante un diagnóstico preciso y, llegado el momento, una intervención terapéutica adecuada para disminuir la hipertensión venosa.

Tradicionalmente, el tratamiento de las varices se ha reducido a su extirpación quirúrgica, o, en el caso de varices de muy pequeño calibre (arañas vasculares), se podían esclerosar o fotocoagular con láser. Si bien el tratamiento quirúrgico ofrece buenos resultados, no está exento de complicaciones, requiere un procedimiento anestésico, ingreso hospitalario y, sobre todo, un período más o menos largo de recuperación (alrededor de 6 semanas en la mayoría de los casos), hasta poder hacer una vida similar a la anterior a la cirugía. En resumen, se trata de un procedimiento sencillo pero agresivo para la pierna.

La esclerosis con microespuma

Afortunadamente, en los últimos años, se han desarrollado procedimientos para poder tratar las varices de gran calibre de un modo menos agresivo. Aun así, todos ellos requerían de algún tipo de procedimiento quirúrgico, salvo la esclerosis con microespuma.

El fundamento de la esclerosis con microespuma es la inyección endovenosa de una sustancia irritante para la capa interna de las venas, que produce una inflamación de las mismas y, en definitiva, su cierre. Es una técnica prácticamente indolora, que no requiere anestesia ni, por supuesto, ingreso. Por otra parte, sus complicaciones descritas son mínimas y, casi siempre, en personas con determinadas patologías previas.

Ofrece unos resultados superiores al tratamiento quirúrgico, pero obvia sus complicaciones y sus inconvenientes en cuanto a presencia de heridas quirúrgicas, baja laboral, imposibilidad de hacer deporte, etc. Además, permite tratar las varices de personas con enfermedades importantes o con una edad avanzada en las cuales no es adecuado el tratamiento quirúrgico. También es una opción ideal para la eliminación de las varices reproducidas o el cierre de venas perforantes; y es el tratamiento de elección para posibilitar la curación de las úlceras venosas.

Dado que se tratan ejes venosos importantes, es imprescindible el estudio previo, la realización del procedimiento y el seguimiento del mismo por parte de un equipo de Cirugía Vascular con experiencia en este tipo de técnicas, puesto que no se trata de un problema estético, sino de una enfermedad venosa.

VARICES
MICROESPUMA
CIRUGIA VASCULAR

TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA
ESCLEROSIS CON MICROESPUMA

SIN ANESTESIA
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL

Consulta médica Dres. Gonzalo Villa y José Manuel Jiménez:
Pamplona. Clínica San Miguel. C/ Beloso Alto, 32
Tudela. Policlínica Navarra. C/ Juan Antonio Fernández, 3
T 644 297 726
varicesmicroespuma@gmail.com

Date impulso, sonríe

CPS C01625-1/08-NA • IMAGINARTE

CLÍNICABUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES

Dr. Ángel Fernández Bustillo | Nº Col.6.114-NA | IMPLANTES DENTALES • RECONSTRUCCIONES ÓSEAS / FALTA DE HUESO DIENTES INMEDIATOS • IMPLANTES SIN BISTURÍ • CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA • ÚLTIMOS AVANCES EN MATERIAL DE INJERTO Y FACTORES DE ESTIMULACIÓN ÓSEA • PLANIFICACIÓN 3D: ESTÉTICA FACIAL INTEGRAL • **ESCÁNER ÓSEO**
C/ San Fermín, 59 · 31003 Pamplona | **T. 948 152 878** | consulta@clinicabustillo.com | **www.clinicabustillo.com**

BQDC BEST QUALITY DENTAL CENTERS
TÜVRheinland CERTIFIED
Management System ISO 9001:2008
www.tuv.com ID 9105073859

El pan, en equilibrio con la dieta de la mujer de hoy

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

Son muy altas las exigencias en nuestro día a día. Queremos llegar a todo, y además, disponer de tiempo libre para nuestro ocio y disfrute. Tampoco olvidamos la importancia de la alimentación, y su asociación directa con la salud. Sin embargo, el tiempo vuela, y necesitamos simplificar al máximo. Es necesario aprender a rentabilizar el tiempo, sin perder calidad en la alimentación. Teniendo en cuenta esta agenda tan apretada y repleta de objetivos, tendremos muy presente a un aliado de nuestra alimentación: el pan.

Dieta saludable y pan

El pan es un alimento que tradicionalmente, a lo largo de los siglos, ha formado parte de la dieta diaria. Es así, por méritos propios. Los expertos en dietética y nutrición aconsejamos su consumo habitual en las distintas comidas del día, por su valor nutricional y, como alimento que contribuye a lograr una saciedad y satisfacción apropiadas. Estos consejos, no discriminan ni por edad, ni por sexo. Ni siquiera, las personas con una vida más sedentaria tienen por qué excluir el pan.

El modelo de dieta con el que nos sentimos más identificados culturalmente, es la dieta Mediterránea. Como es sabido, numerosos estudios científicos, entre ellos el estudio SUN (Seguimiento Universidad de Navarra), han concluido que el seguimiento de un patrón alimentario, tipo dieta Mediterránea, conlleva un menor riesgo de enfermedad cardiovascular. El pan es un alimento integrado dentro del modelo de dieta Mediterránea, y por tanto, debemos considerar su aportación dentro de este conjunto.

Requerimientos nutritivos específicos de la mujer

A lo largo de la vida de una mujer, son muchas las variables que van a influir en los requerimientos energéticos y nutritivos de cada momento. Por un lado, es necesario considerar los estados de salud o enfermedad. Por otro lado, y asociadas a la edad, las etapas fisiológicas que nos caracterizan como personas (crecimiento, envejecimiento) y, especialmente como mujeres (desarrollo y maduración sexual, gestación, etapa de lactancia, menopausia). La alimentación debe proporcionar en cada momento las sustancias nutritivas que garanticen el mantenimiento del bienestar físico y mental, la calidad de vida, y la promoción de la salud a largo plazo. Los casos especiales como el embarazo y la lactancia merecen una atención dietético-nutricional específica. Los requerimientos, tanto energéticos como nutricionales, aumentan con respecto a la situación fisiológica anterior. Además, también se producen muchos cambios funcionales en el organismo de la mujer, y la misión de la dieta tiene es favorecer la adaptación a ellos.

Consejos dietéticos para el embarazo y la lactancia relacionados con el consumo de pan

- Mantener el equilibrio entre los macronutrientes de la dieta: la armonía en el aporte de grasas, proteínas e hidratos de carbono es una premisa de la dieta saludable. El pan nos aporta hidratos de carbono complejos, que contribuyen a alcanzar el 55% de la energía total de la dieta diaria. que se asimilan lentamente y proporcionan saciedad a largo plazo.
- Fraccionar la dieta diaria al menos en cinco comidas. En especial, durante las primeras 15 semanas de gestación, se incrementa la sensación de hambre. Esta situación se agudiza por las mañanas, y en ocasiones, provoca ingestas desmedidas de alimentos poco recomendables. El pan, gracias a su elevado aporte de hidratos de carbono complejos de absorción lenta, prolonga la sensación de saciedad a medio y largo plazo. Es importante que el pan esté presente en el desayuno, y en el almuerzo, incluso en un segundo tentempié a lo largo de la mañana. Acompañado de fruta y charcutería magra o frutos secos, resulta un calmante eficaz del apetito. La fibra del pan integral, también puede ayudar a generar una saciedad mayor, ya que la absorción de los azúcares del pan, se produce de forma más gradual.
- Es muy habitual durante el embarazo y la lactancia que persistan los episodios de estreñimiento o que se conviertan en una situación habitual. En este caso, la alternativa del pan integral es la más acertada, ya que la fibra es un estímulo mecánico del tránsito intestinal. No provoca dependencia, y producirá una evacuación más regulada y suave.
- Un consumo regular de pan, y fraccionado adecuadamente a lo largo del día, supone una mejor regulación de los niveles de glucosa e insulina en sangre. Indirectamente, ese bienestar que se consigue, ayuda a evitar la apetencia por alimentos más desequilibrantes y poco saludables.

RUEBER

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS,
DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS

IMAGEN REAL DE UNA PRÓTESIS CAPILAR RUEBER

NOS ADAPTAMOS A TODAS LAS ECONOMÍAS.
NO QUEREMOS QUE LA FALTA DE CABELLO SEA UN PROBLEMA.
ASESORAMIENTO INTEGRAL PARA EL CUIDADO DE LA PIEL
DURANTE EL PROCESO ONCOLÓGICO
VISÍTENOS SIN COMPROMISO.

MONASTERIO DE URDAX, 8-1º. ESQUINA CON PÍO XII, 9. 31007 PAMPLONA
T 948 25 50 53 www.ruebercentrocapilar.es rueberpamplona@rueber.es

Emesis gravídica

Ainara Pascal Sangari, Irantzu Lizarraga Buldain e Isabel Subiza Jiménez
Matronas del Complejo Hospitalario de Navarra-B

Se denomina emesis gravídica a las náuseas y vómitos que presentan algunas mujeres cuando están embarazadas. Su alta incidencia, de hasta un 85%, hace que sea un tema de especial relevancia en el abordaje de la sintomatología propia del embarazo.

Debemos recalcar que estos vómitos, aunque suelen resultar molestos para la mujer que los padece, no tienen ninguna repercusión fetal.

Características

En la emesis gravídica, los vómitos son alimenticios, y son precedidos por náuseas. La ingesta de alimentos o ciertos olores, así como un estado de hipoglucemia, pueden propiciar la aparición de estas náuseas. Los vómitos son más frecuentes durante el primer trimestre de embarazo, de predominio matutino y no afectan al estado general de la mujer.
La forma severa de este cuadro, lo constituye la hiperémesis gravídica (presente en el 0.3-2% de los casos). En esta situación, los vómitos son excesivos, constantes e incoercibles, pudiendo producir una pérdida de peso considerable, así como alteraciones hidroelectrolíticas y/o cetonuria. La gravedad del cuadro, puede requerir el ingreso de la gestante para tratamiento farmacológico y reposición hidroelectrolítica.

Etiología

No se conoce con exactitud la causa de la emesis gravídica. Se cree que las modificaciones físicas y psicológicas que tienen lugar en la mujer embarazada pueden desencadenar su aparición.

a) Factores psicológicos: Clásicamente, se ha considerado que los factores psicológicos debían tener un papel fundamental en su génesis. Se ha pensado que el miedo al embarazo, parto y/o a la maternidad y el cuidado del recién nacido, así como un rechazo inconsciente al embarazo, podían ser los causantes de los vómitos. Esta teoría justificaría el hecho de que las mujeres con embarazos no deseados y las que tienen antecedentes de conflictos familiares, padezcan en mayor proporción emesis gravídica.

b) Factores hormonales: Actualmente cobra más fuerza la teoría hormonal, ya que diversos estudios han relacionado el aumento de la hormona HCG (gonadotropina coriónica humana) con la emesis gravídica. Los niveles sanguíneos de HCG aumentan rápidamente durante las primeras semanas de gestación, alcanzando su pico máximo hacia la 10ª semana, para descender posteriormente. Esta elevación de HCG, coincide en el tiempo con la máxima frecuencia de aparición de los vómitos. Este hecho explicaría por qué en las situaciones en las que los niveles de HCG son superiores (embarazos múltiples, enfermedad trofoblástica gestacional…), la emesis gravídica se presenta con mayor frecuencia.

Recomendaciones

Estas sencillas pautas higiénico-dietéticas, pueden ayudar a la gestante a aliviar las molestias:
- Para facilitar la digestión y evitar la hipoglucemia, conviene realizar 5 ó 6 comidas al día, de pequeño volumen.
- Comer despacio, masticando bien los alimentos.
- Se debe aumentar la ingesta de carbohidratos (arroz, pan, pasta…), proteínas (carne, pescado, huevos…), frutas y verduras.
- Evitar los alimentos ricos en grasas (fritos, rebozados…), que hacen la digestión más lenta y provocan pesadez.
- Comer alimentos cocinados al vapor, a la plancha o al horno.
- En general, los alimentos fríos o a temperatura ambiente sientan mejor que los alimentos muy calientes. Los sólidos a su vez, sientan mejor que los líquidos.
- Si las náuseas se producen por la mañana, nada mas despertarse, comer algún alimento sólido antes de levantarse de la cama (galletas, pan, tortitas de arroz…).
- Conviene reposar después de las comidas, pero no tumbada completamente.
- Beber líquido entre horas y a pequeños sorbos.
- Alejarse de los olores fuertes y de los que resulten desagradables.
- Evitar el consumo de tabaco.
- Vestir con ropa holgada, que no comprima el abdomen.
- Los vómitos y las náuseas producen fatiga, es conveniente el reposo físico y mental.

¿Cómo cambia tu cuerpo en el embarazo?

Patricia Ponce Méndez y Laura Ojer Pascual
Matronas. Complejo Hospitalario de Navarra-B.

Durante la gestación se producen una serie de cambios en el organismo de la mujer. Estas modificaciones son debidas a acciones hormonales, bioquímicas y mecánicas. El objetivo de las mismas es el de permitir el desarrollo fetal y preparar a la madre para el parto y la lactancia. Comienzan con la fecundación y culminan con el parto. Pero estas adaptaciones anatómico fisiológicas revierten progresivamente durante el puerperio, volviendo a una situación similar a la previa del embarazo.

Modificaciones según sistemas

Aparato cardiovascular
- Modificaciones del sistema sanguíneo: aumento del volumen sanguíneo (25-50%) produciéndo una anemia fisiológica de la gestante por hemodilución sobre todo a partir del II trimestre. Aumento de los leucocitos y de los factores de coagulación.
- Aumento de la frecuencia cardiaca basal de la gestante.
- Aumento de la presión venosa por la compresión del útero gravídico. Esta dificultad del retorno venosos puede producir edemas, varices en extremidades y vulva, síndrome de hipotensión supina, hemorroides, mareos y lipotimias.
- Desplazamiento del corazón hacia la izquierda y horizontalización.

Aparato respiratorio
- En las vías altas respiratorias puede ser frecuente la congestión y el sangrado nasal.
- Dilatación transversal del tórax con aumento de la circunferencia torácica, como mecanismo compensatorio a la elevación del diafragma, por el crecimiento uterino y protusión de las costillas inferiores. Estas modificaciones pueden causar dificultad respiratoria en algunas gestantes.

Aparato digestivo:
- Cavidad oral: se producen cambios en el pH y la flora oral, así como un aumento de la salivación. Existe mayor predisposión a la formación de caries. Los cambios hormonales aumentan la probabilidad de padecer gingivitis (inflamación de las encías) y epúlis (tumoración benigna en la encía de la gestante que desaparece tras el parto).
- Cambios metabólicos: en la primera mitad del embarazo existe una tendencia a la hipoglucemia y en la segunda mitad a la hiperglucemia.
- Náuseas y vómitos: suelen ser más frecuente en el I trimestre y por las mañanas. Generalmente suelen cesar pasadas las 16 semanas de gestación.
- La acción hormonal provoca relajación de la musculatura y aumento del tiempo del vaciado gástrico pudiendo generar digestiones pesadas y sensación de saciedad. El tránsito intestinal está ralentizado y se puede producir también hipotonía del esfínter esofágico, produciendo estreñimiento y reflujo o ardores respectivamente.

Aparato urinario
- La compresión de la vejiga por el progresivo aumento del tamaño del útero unido a la acción hormonal (que relaja y dilata los uréteres y vejiga) favorece la retención y la éstasis urinaria, con el consiguiente riesgo de infecciones y cólicos. La polaquiuria, aumento de la frecuencia miccional, es otro síntoma frecuente conforme avanza el embarazo por la disminución de la capacidad de la vejiga a expensas del crecimiento uterino.

Aparato dermatológico
- Hiperpigmentación de la piel: los cambios hormonales estimulan la producción de melanocitos siendo más llamativo en areolas. Aparición de la línea alba (del ombligo al pubis) y cloasma-melasma o máscara del embarazo (son manchas en la cara sobre todo en mejillas, frente y nariz).
- Nebus y manchas cutáneas: aumento en tamaño y cantidad.
- Estrías gravídicas: debido al adelgazamiento de la piel y la disminución las fibras elásticas. No desaparecen tras el parto.
- Cabello: por causa desconocida se produce un aumento de la caída del cabello que tras el parto desaparece.

Aparato músculo-esquelético
- Calambres: relacionados con la dificultad de retorno venoso y alteraciones de los niveles de fósforo y calcio.
- Lumbalgia y molestias pélvicas: debido a un aumento progresivo de la lordosis y relajación de las articulaciones pélvicas.
- La relaxina produce una relajación de las articulaciones.
- Se puede producir el síndrome del túnel carpiano y diástasis de recto.

Modificaciones del aparato reproductor
- Modificaciones del útero: es el órgano del aparato genital que sufre mayores transformaciones durante este período. El objetivo es mantener el producto de la gestación hasta el momento del parto en el que toma una actitud activa mediante las contracciones para la expulsión del feto y la placenta.
- Modificaciones del cuello uterino: a partir del I trimestre se hipertrofia y produce una sereción cada vez más espera para ocluir todo el canal cervical. Es lo que se denomina el tapón mucoso que mantiene aislada la cavidad uterina y su contenido del tracto genital inferior durante todo el embarazo.
- Modificaciones en vagina: los cambios del pH vaginal hacen que exista un mayor riesgo de sufrir candidiasis. Hay un aumento de la vascularización y mayor producción de flujo (leucorrea).
- Modificaciones de las mamas: aumento de la vascularización y del tamaño y peso de ambas mamas a causa de un incremento del tejido glandular. A partir de la semana 20 de gestación hay una dilatación notable de los alveolos mamarios con posible secreción de calostro.

Mastitis, el lado oscuro de la lactancia

Miren García Chavero, Ainara Pascal Sangari e Irantzu Lizarraga Buldain
Matronas del Complejo Hospitalario de Navarra B

Durante la lactancia, la madre puede sufrir diversos problemas en los pechos que con frecuencia son motivo de destete precoz por el intenso dolor y malestar que producen. Uno de ellos es la mastitis, y aunque su incidencia en nuestro entorno es inferior al 10%, desde el punto de vista médico, es considerada la principal causa de abandono de la lactancia.

La mastitis es la inflamación de uno o varios lóbulos de la mama que puede acompañarse o no de infección. En el 75-95% de los casos sucede en las primeras doce semanas, aunque puede ocurrir en cualquier momento de la lactancia.

Mastitis no infecciosa

La mastitis no infecciosa u obstrucción de conductos se presenta como consecuencia de una retención de leche. Se siente un bulto duro y doloroso que puede acompañarse de febrícula.
Todas las situaciones que desencadenan el drenaje insuficiente son factores predisponentes: ingurgitación, grietas, técnicas de lactancia restrictivas, obstrucción debido al uso de ropa muy ajustada.
Esta situación requiere el vaciado eficaz de la mama aumentando la frecuencia de las tomas. El masaje en dirección al pezón y la aplicación de calor local antes de dar el pecho, facilita la salida de la leche y alivia el dolor. Es importante cambiar la posición del bebé al mamar, favoreciendo la postura en la que su barbilla esté colocada hacia la zona afectada, ya que se vacía mejor el área que está en contacto con la lengua .Por este motivo las obstrucciones suelen producirse en la parte más alejada, hacia la zona de la axila.
Si el bebé no vacía bien el pecho conviene terminar de extraer la leche retenida con un sacaleches o mediante extracción manual.

Mastitis infecciosa

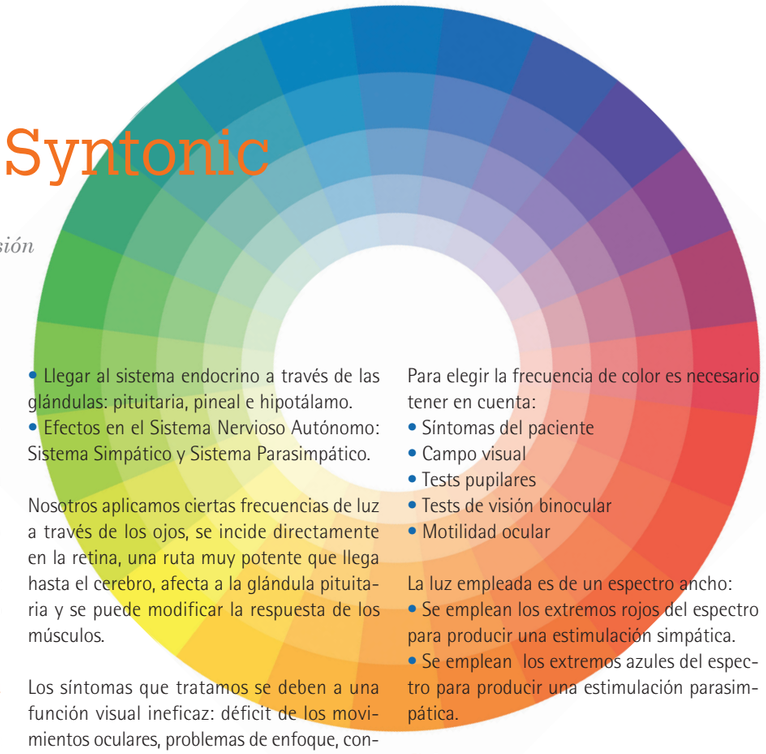
Una obstrucción local que no se trata a tiempo puede convertirse en una mastitis infecciosa; pero también hay mastitis que comienzan como tales desde el primer momento.
En la mama se encuentra de forma fisiológica una flora bacteriana formada por estafilococos, estreptococos y bacterias lácticas. Cuando sucede la mastitis se produce una alteración microbiana con un aumento del germen causal y desaparición del resto de bacterias.
La mastitis clásica, se caracteriza por la presencia de una zona de color rosada en la mama, dolorosa, caliente e inflamada; acompañado de fiebre de 38,5ºC o superior, molestias generales de tipo catarral y, en ocasiones, nauseas y vómitos. S. Aureus es el germen más frecuentemente relacionado con estos cuadros.
El tratamiento debe ser precoz y no se tiene que suspender la lactancia. La leche del pecho enfermo es ligeramente más salada y el niño puede rechazarla; pero siguiendo las medidas físicas para favorecer el vaciado de la mama y alivio de dolor, acompañado de la toma de antiinflamatorios y antibioterapia, el curso de la enfermedad suele ser breve.

Mastitis subclínica

Puede haber cuadros de mastitis con frecuencia infradiagnosticados, cuyo único síntoma es dolor al mamar, con sensación de quemazón y pinchazos como agujas, sin llegar a tener fiebre.
El germen principalmente vinculado en infecciones crónicas, insidiosas y/o recurrentes es S. Epidermidis.
Ante un dolor de pecho injustificado, grietas y/o mastitis recurrente es recomendable recoger una muestra de leche para hacer recuento de leucocitos, cultivo y antibiograma. Pero en nuestro país, hoy por hoy, no hay costumbre de realizar estos análisis. Es necesario utilizar en estos casos el antibiótico pertinente, al que no sea resistente el germen.
El uso de bacterias probióticas cuidadosamente seleccionadas puede ser una estrategia alternativa o complementaria a la antibioterapia, ya que la leche humana parece ser una fuente idónea y varias cepas se encuentran en estudio.
La mastitis es una experiencia dolorosa y frustrante en la madre, siendo el apoyo por parte de los profesionales y sus consejos, las armas terapéuticas más importantes para superar esta situación, y contribuir a que la experiencia de dar el pecho vuelva a ser satisfactoria.

Fototerapia Syntonic

Dori Callejo
Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión



La fototerapia es una terapia de luz.

"Syntonic" significa equilibrar el sistema nervioso simpático y parasimpático.
Cada franja visible, cada frecuencia, tiene un efecto en el cuerpo.
La luz tiene un efecto físico, psíquico, químico y fisiológico.
Somos cuerpos electromagnéticos, la luz puede cambiar nuestras cargas, activando reacciones químicas.

En 1941 el Dr. Spitler desarrolló la teoría del Syntonic

- Se aplican frecuencias seleccionadas de luz(colores) a través de los ojos, basándose en los síntomas, evaluación visual y visión periférica.
- Se equilibran los sistemas sensoriales motores.
- Llegar al sistema endocrino a través de las glándulas: pituitaria, pineal e hipotálamo.
- Efectos en el Sistema Nervioso Autónomo: Sistema Simpático y Sistema Parasimpático.

Nosotros aplicamos ciertas frecuencias de luz a través de los ojos, se incide directamente en la retina, una ruta muy potente que llega hasta el cerebro, afecta a la glándula pituitaria y se puede modificar la respuesta de los músculos.

Los síntomas que tratamos se deben a una función visual ineficaz: déficit de los movimientos oculares, problemas de enfoque, convergencia, estrabismo, "ojo vago", problemas de aprendizaje..

Para elegir la frecuencia de color es necesario tener en cuenta:
- Síntomas del paciente
- Campo visual
- Tests pupilares
- Tests de visión binocular
- Motilidad ocular

La luz empleada es de un espectro ancho:
- Se emplean los extremos rojos del espectro para producir una estimulación simpática.
- Se emplean los extremos azules del espectro para producir una estimulación parasimpática.

Colores

Alpha delta (rojo-naranja), Alpha (rojo), Delta (ámbar), Mu delta (limón), Mu (verde), Mu Upsilom (turquesa), Omega (cobalto), Upsilom(azul) y Upsilom omega (añil) .

GRATIS
TU 2 PAR DE CRISTALES PROGRESIVOS

óptica unyvisión

AVDA. NAVARRA
(Frente a Clínica Universidad de Navarra)
31008 PAMPLONA • T. 948 178 188

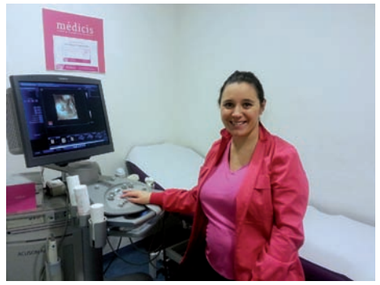
Descuento, no acumulable a otras ofertas, válido con la presentación de este anuncio
HASTA EL 5 DE MAYO DE 2014

AVDA. PÍO XII
CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA
AVDA. NAVARRA
ÓPTICA UNYVISIÓN

TOUS
jewelers since 1920

radiología

Ecografía 4D



Maite López Sarasate, 30 años. Técnico superior en imagen para el diagnóstico. Médicis.

"Es algo único, indescriptible, maravilloso, el ver a mi bebé como se mueve, se chupa el dedito, bosteza... Es un vínculo madre – hijo mucho más real y consciente".

Así describe Maite López Sarasate, Técnico Superior en imagen para el Diagnóstico de Médicis, su experiencia con la ecografía 4D. Durante los últimos siete años, ha vivido esta prueba prenatal "desde la barrera", pero en esta ocasión, ha podido disfrutar, en primera persona, de las ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías a las futuras mamás. Ahora, conocer a tu bebé antes de nacer, es posible.

¿En qué consiste una ecografía 4D?

El campo de la ecografía y diagnóstico prenatal ha experimentado importantes avances gracias la ecografía 4D, que ofrece la posibilidad de ver al bebé en volumen, movimiento y tiempo real. La calidad visual de estas ecografías es muy alta por lo que resulta una opción inigualable para descubrir a tu bebé incluso antes de tenerlo entre tus brazos.

¿En qué se diferencian estas ecografías de las que realizan los ginecólogos privados o la sanidad pública?

Las ecografías de ginecólogos privados o públicos son técnicas. Su objetivo es diagnóstico y su finalidad valorar los aspectos vitales del embrión: corazón, crecimiento, movimientos... Las imágenes en pantalla se contemplan en blanco y negro y en dos dimensiones por lo que no se aprecian casi los detalles. Además sólo disponemos de un par de minutos para observar a nuestro bebé.

Sin embargo, las ecografías 4D están enfocadas a recrearnos viendo a nuestro bebé, con volumen, en color, y saborear sus movimientos en tiempo real. La hora de duración se dedica al disfrute de los padres. En Médicis nos esforzamos al máximo para poder captar las mejores imágenes de los gestos del bebé, su sonrisa, sus rasgos... y sobre todo ofrecer a los padres una experiencia muy emotiva que recuerden durante toda la vida.

¿Qué aporta esta experiencia a los futuros papás?

La ecografía 4D es sobre todo emocional. El vínculo paterno se refuerza al profundizar en la "personalidad física y gestual" del bebé y ayuda alimentar la ilusión hasta el día del nacimiento. Aunque también es cierto que incrementa la seguridad de los padres respecto al buen estado del bebé. Los papás que han visitado Médicis para realizarse la ecografía del primer hijo, han repetido la experiencia con el segundo, y aseguran que cuando se lo ponen encima tras el parto, reconocen a la perfección los rasgos, su nariz sus labios...¡como si ya lo conocieran de antes!

"El factor que realmente marca la diferencia entre un centro y otro radica en la experiencia y la formación del profesional que te va a realizar la prueba. En Médicis llevamos 7 años dedicados a la radiología y nos preocupamos por seguir revalorizando nuestra profesionalidad.

Ahora que tú lo has vivido en primera persona ¿Cómo lo describirías?

Es muy emocionante. Es algo único, indescriptible, maravilloso, el ver a mi bebe como se mueve, se chupa el dedito, bosteza, ya se le ve formadito del todo. Yo ahora cuando me imagino el futuro con él le pongo la carita de la foto, siento como si tuviera un vínculo más fuerte con él, más real...y aunque parezca mentira ya le saco parecidos.

¿A partir de qué semanas recomiendas realizarse este tipo de ecografías "emocionales"?

Lo ideal es realizar las ecografías 4D entre las semanas 25 a 30 del embarazo. El tamaño del bebé y la proporción del líquido amniótico permiten una mejor visualización y satisfacción de las expectativas de los padres. Aunque, en Médicis, alargamos hasta la 32 de modo que, si no es posible una correcta visualización en la primera visita, tengamos margen para repetir la prueba otro día.

¿Qué hay que tener en cuenta a la hora de elegir un centro de ecografía 4D?

El factor que realmente marca la diferencia entre un centro y otro radica en la experiencia y la formación especializada del profesional que te va a realizar la prueba. En Médicis llevamos 7 años dedicados a la radiología y a la ecografía y nos preocupamos por estar al día de novedades para ofrecer un servicio experto y de calidad.

Y muy importante, el trato. Es un momento especial en el que los sentimientos están a flor de piel y en ocasiones las situaciones personales no son las ideales. En este sentido, la formación, la profesionalidad y la "psicología emocional" juegan un papel esencial.

médicis
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

ECO 4D Deja de imaginártelo....¡SIENTELO!

Ponemos a tu disposición nuestra tecnología de vanguardia para que puedas REGALARTE UNA EXPERIENCIA INOLVIDABLE en la que disfrutarás y sentirás a tu futuro bebé incluso antes de tenerlo en tus brazos.

Sus latidos, sus rasgos, gestos y movimientos...con la mejor calidad de imagen 4D y en manos de un equipo tan profesional como cercano.

1HORA VISUALIZACIÓN ECOGRAFÍA 4d + CD CON FOTOS Y VIDEO + FOTOS IMPRESAS

www.centromedicis.com
Castillo de Maya, 41.31.003. Pamplona
Tel. 948 152121

odontopediatría

Dra. Irache Jiménez y el Dr. Alberto Gómez. Sannas Dentofacial.

Mamá ¡yo también quiero cepillarme los dientes!

Clínica Dental San Jorge | sannas CLÍNICA DENTOFACIAL

El cuidado bucodental infantil, denominado odontopediatría, es un tema que despierta mucho interés entre los padres de familia pero que, a su vez, genera mucha inseguridad por la gran ausencia de información que impera sobre ella.

Frente a este desconocimiento general, Sannas Dentofacial (antigua Clínica Dental San Jorge) está centrando sus esfuerzos en potenciar una labor formativa in situ entre sus pacientes, padres y niños, a través de consejos preventivos planteados especificamente para cada etapa de la dentición. Iniciativa que apoyará con la puesta en marcha de un Centro de Prevención Oral en pocos meses.

Del equipo multidisciplinar con el que cuenta Sannas Dentofacial, quienes se encargan de cuidar la salud bucodental de los más pequeños son la doctora Irache Jiménez San Juan y el doctor Alberto Gómez Ribera, odontólogos habilitados por el Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI), que aseguran que **la prevención durante los primeros años es de vital importancia**. "Cuanto antes adquiera el niño una buena pauta en su higiene bucodental, menor será el riesgo de que sufra enfermedades o disfuncionalidades importantes a futuro" confirma el doctor Gómez. Por ejemplo, muchos padres piensan que las caries en dientes de leche no hay que tratarlas, sin embargo suponen un foco de entrada de bacterias que, no asistido a tiempo, puede derivar en afecciones en el diente definitivo. "Sin olvidar que una pérdida prematura de dientes de leche puede implicar una incorrecta masticación, deglución y pronunciación del niño, además de la pérdida de espacio para los dientes definitivos", añade la doctora Jiménez.

¿A qué edad empiezo a llevar a mi hijo al dentista? ¿Cuándo debe comenzar a cepillarse los dientes?

Son preguntas muy frecuentes que pocas veces logran las respuestas adecuadas. Según la doctora Jiménez, "la primera visita de un niño al odontólogo debe ser antes del primer año de vida ya que nuestro objetivo es realizar una odontología mínimamente invasiva. De esta manera, podemos analizar e intentar poner remedio a los factores de riesgo de la enfermedad antes de que esta aparezca. En esta primera toma de contacto, Sannas Dentofacial, aprovecha para educar a los padres sobre cómo cuidar los dientes de leche, qué prevenir y cómo inculcar los hábitos correctos en el niño.

"El inicio del cepillado de los dientes es como los idiomas, cuanto antes se empiece mejor se aprende" afirma el doctor Gómez. La familiarización con el cepillado desde pequeños es imprescindible y debe conseguirse de una forma fluida, con juegos. Aunque, tal y como apunta la doctora Jiménez, "el cepillado del niño no es efectivo hasta los 7 u 8 años, por lo que tendrá que ser repasado por los papás". Además, ambos coinciden en que hay que tener especial cuidado de no utilizar pastas dentífricas hasta que el niño tenga desarrollado el reflejo de escupir.

El niño, un paciente especial

A pesar de los mitos odontológicos, el doctor Gómez considera que "los niños no son pacientes complicados por el hecho de ser niños. **El odontólogo debe entender que como paciente, el pequeño va a experimentar situaciones que no había vivido con anterioridad."**

En este sentido, la comunicación se presenta como herramienta fundamental, siendo necesario explicarles 'con cariño' todo lo que va a suceder para generarles confianza.

A pesar de que los tratamientos han evolucionado mucho y no son tan "temidos", existen casos especiales de miedo y ansiedad extrema que pueden dificultar la aplicación y el éxito del tratamiento o intervención. Para estas situaciones, Sannas Dentofacial acaba de incorporar a sus servicios la 'sedación consciente'. Esta técnica, especialmente indicada para pacientes especiales como los niños, personas con discapacidad o intervenciones complicadas, permite llevar al paciente a un estado de relajación que facilita su colaboración, garantizando mejores resultados y evitando malos recuerdos o fobias posteriores.

Clínica Dental San Jorge | sannas DENTOFACIAL

Servicios mejorados, nuevos tratamientos, tecnología puntera, más espacio, comodidad y disponibilidad para reservar citas.

CPS-2362/19-14-NA

CAMBIAMOS DE SEDE PARA MEJORAR | PRÓXIMA APERTURA C/ Madres de la Plaza de Mayo (Nuevo Artica)
T948384422 • info@gruposannas.com • www.gruposannas.com

Consejos para un embarazo saludable

Sonsoles María Iglesias Constante
Matrona del Complejo Hospitalario de Navarra B

El embarazo es un proceso natural en la vida de la mujer, que normalmente transcurre sin complicaciones. Es muy importante para tu salud y la de tu futuro hijo/a que te cuides desde el principio, manteniendo hábitos de vida saludables y acudir periódicamente a los controles que los profesionales sanitarios encargados del seguimiento de tu gestación te irán indicando. Recuerda que tu bebé ya está ahí desde el primer día de tu embarazo.

Higiene personal, vestuario y calzado

Durante el embarazo debes cuidar tu higiene personal porque es frecuente el aumento de sudoración y del flujo vaginal. Es conveniente la ducha diaria y posteriormente el uso de una crema hidratante para el cuerpo.

La realización de lavados vaginales resulta negativa ya que puede alterar el pH de la piel favoreciendo las infecciones.

Si utilizas cera depilatoria, es mejor que sea fría, para minimizar el problema de las varices. Es fundamental que te cepilles los dientes y la lengua después de cada comida.

Procura utilizar ropa cómoda y amplia, de tejidos naturales, evitando todo lo que oprima la cintura y las piernas. Escoge un sujetador que proporcione una buena sujeción y utiliza un calzado lo más cómodo posible. Los zapatos con un poco de tacón facilitan la estabilidad y el equilibrio.

El descanso es fundamental

Tu cuerpo está realizando un esfuerzo para formar una nueva vida y es posible que sientas más cansancio o que te canses con mayor facilidad que antes del embarazo.

Intenta descansar tanto como te sea posible. Realiza pequeños descansos durante el día en un lugar donde tu espalda esté bien apoyada y los pies los tengas en alto. Conforme avanza el embarazo puede resultarte difícil encontrar una postura cómoda para dormir. Prueba a dormir de lado con las rodillas dobladas y una almohada entre las piernas.

Evita la posición tumbada sobre la espalda totalmente horizontal (boca arriba), sobre todo cuando el tamaño de tu bebé es importante, porque puede ocasionarte algún mareo o incluso disminuir su oxigenación. Si pones un par de cojines, al estar semiincorporada, te encontrarás mucho más cómoda y el bebé también estará mejor.

Cuidados posturales

A medida que el embarazo avanza se produce un aumento progresivo del tamaño de tu vientre, lo que desplaza tu centro de gravedad, y conduce a una alteración en el equilibrio de tu cuerpo. Al intentar compensarlo, suelen adoptarse posturas incorrectas, se arquea en exceso la zona lumbar, provocando un aumento en la tensión de la espalda, con la consiguiente aparición de molestias y cansancio. Por ello es muy importante que intentes mantener una postura adecuada en todas las actividades diarias.

Procura no estar de pie y quieta mucho tiempo. Cuando camines o estés de pie, mantén la espalda y la cabeza erguidas, evita llevar los hombros hacia atrás y el cuello hacia delante. Se trata de llevar a tu hijo contigo, no delante de ti. Si estás sentada, asegúrate de que tu espalda está recta y apoyada sobre el respaldo, usa cojines si es necesario. Al agacharte dobla las rodillas, no lo hagas inclinando la espalda hacia delante y arqueando la columna.

Relaciones sexuales

Las relaciones sexuales son una fuente de afectividad y de comunicación en la pareja.

Vuestra vida sexual no tiene por qué verse afectada durante el embarazo. Simplemente habrá que ir adaptándola a la nueva situación y modificar algunas posturas conforme avanza la gestación de forma que resulten más cómodas para los dos. Lo importante es que disfrutéis de vuestra sexualidad plenamente.

Si no existen complicaciones podéis mantener relaciones coitales durante todo el embarazo. Ante cualquier duda o temor consúltalo con el médico o la matrona.

La actividad física es saludable

Es muy beneficioso realizar ejercicio físico durante el embarazo, ya que favorece el bienestar físico y la autoestima, mejora el sueño, la circulación y el tono muscular y ayuda a mantener una buena postura.

Es recomendable que realices ejercicio con moderación, evitando llegar a la situación de fatiga. Son muy adecuados los paseos al aire libre o la natación, el yoga y el baile que pueden ayudarte a activar la circulación y la preparación muscular y respiratoria para el parto. Es desaconsejable cualquier deporte que sea intenso y presente riesgo de caída.

Además, en las sesiones de educación maternal grupal llevadas a cabo por tu matrona, podrás aprender y practicar algunos ejercicios dirigidos a mejorar tu estado general y prepararte para el parto. Es fundamental que conozcas bien tu cuerpo y que aprendas a identificar las señales que emite.

Sustancias especialmente perjudiciales durante el embarazo

El embarazo es una situación especialmente sensible a los efectos de determinadas sustancias, como el tabaco, el alcohol y otras sustancias adictivas. Su consumo durante la gestación puede afectar, no solo a tu salud sino también a la salud y al desarrollo de tu hijo/a.

Aprovecha el embarazo como una oportunidad para dejar de fumar, tienes un buen motivo para hacerlo. Fumar durante la gestación aumenta el riesgo de abortos espontáneos, de que el bebé nazca con poco peso o que se produzca un parto prematuro. Estos bebés también presentan mayor riesgo de muerte súbita del lactante entre otras complicaciones.

Si tu pareja es fumadora, también puede ser éste un buen momento para que abandone el tabaco. Recuerda que también es importante que el aire que respiras y el que respire en el futuro vuestro bebé, esté limpio de humo.

Durante el embarazo, es importante que no consumas ningún tipo de bebida alcohólica, incluyendo la cerveza y el vino. Ninguna cantidad, por pequeña que sea, es segura. El consumo de alcohol durante la gestación aumenta el riesgo de abortos y de malformaciones congénitas en el bebé, así como problemas en el desarrollo intelectual del niño/a. La mejor opción es sustituir este tipo de bebidas por zumos de frutas, de verduras y agua minera.

El uso de cualquier droga es dañino para ti y tu bebé. Si las consumes habitualmente, debes comunicarlo al personal sanitario en cuanto sepas que está embarazada. Es importante que dispongan de esta información para poder prestarte una atención sanitaria adecuada a ti y tu bebé.

Viajes durante el embarazo

Puedes viajar con normalidad, realizando periodos de descanso frecuentes.

Si viajas en coche no olvides abrocharte el cinturón de seguridad. Debes utilizarlo de forma correcta, poniéndote la banda superior entre los pechos y la banda inferior por debajo del vientre.

Si escoges el avión como medio de transporte es conveniente que consultes previamente, ya que puede darse el caso de que la política de la compañía aérea no permita volar a las mujeres que se encuentran en el tercer trimestre de embarazo.

Compatibilidad con el trabajo

En general, el embarazo es totalmente compatible con la vida laboral, siempre que el puesto de trabajo esté libre de riesgos para tu situación actual y el embarazo se desarrolle con normalidad.

En el entorno de trabajo pueden existir algunos factores perjudiciales para la gestación, frente a los que es importante protegerse. Infórmate en tu empresa y en el momento en el que te surja alguna duda consulta con tu médico o matrona, ellos pueden ofrecerte información de si existe algún riesgo para tu salud o la del bebé, así como de las medidas preventivas que se pueden adoptar y los derechos laborales que tienes durante el embarazo.

Es bueno que establezcas pequeños periodos de descanso a lo largo de la jornada laboral, que te permitan cambiar de postura.

Alivio de las molestias del aparato locomotor durante el embarazo

Julieta Mansilla Cordero
Matrona del Complejo Hospitalario de Navarra B

El embarazo representa un estado especial en el que virtualmente todos los sistemas orgánicos se ven alterados de forma llamativa para facilitar el desarrollo del feto, brindándole un medio saludable, sin que por ello se comprometa la salud materna. La inundación hormonal que origina la placenta, junto con el aumento del volumen uterino, son las circunstancias que modifican la fisiología de la mujer gestante.

Las molestias del aparato cardiovascular en el embarazo son consecuencia de los cambios fisiológicos y anatómicos, pero se pueden disminuir con una serie de consejos a seguir.

Aparato cardiovascular

Edemas en los pies

- Causa: compresión de la vena cava dificultando el retorno venoso.
- Características: Aparece al final del día, desaparece con el descanso, mejora con la elevación de los miembros inferiores.
- Evitar el uso de prendas que compriman.
- Recomendaciones: hacer flexiones dorsales frecuentes con los pies cuando se esté mucho tiempo de pie o sentada, levantar las piernas cuando se esté sentada o descansando.

Eritema plantar

- Consiste en un enrojecimiento difuso de las palmas de las manos sin afectar a los dedos.
- Causa: predisposición familiar o hiperestronismo.
- No existen medidas preventivas, desaparece a las dos semanas después del parto, si persiste se debe realizar diagnóstico diferencial con el hipertiroidismo, lupus sistémico o cirrosis.

Varices

- Definición: venas dilatadas que suelen aparecer en zonas declives del cuerpo, pueden localizarse en la vulva sobre todo en multíparas.
- Causa: predisposición genética, se puede intensificar a medida que avanza la gestación, se ven favorecidas por la compresión del útero grávido sobre la vena cava, la disminución del tono de la pared venosa ocasionada por la acción hormonal y el aumento del volumen sanguíneo circulante.
- Factores predisponentes: obesidad, multiparidad y bipedestación prolongada.
- Síntomas: pesadez de extremidades, prurito o hiperestesia. Suele desaparecer con el ejercicio, hinchazón o edemas maleolares que mejoran con el reposo.
- Medidas: realizar ejercicios físicos con paseos cortos, flexión, extensión y rotación de tobillos, masajes de forma circular y ascendente desde el talón hasta la cadera, reposo con piernas elevadas, duchas de agua fría alternando con agua tibia para propiciar la contracción de las paredes vasculares, uso de zapatos cómodos de tacón bajo (la contracción de la pantorrilla que logran los zapatos de medio tacón también es una medida preventiva de gran eficacia), dormir sobre el lado izquierdo con una almohada en los pies ,uso de medias de compresión.

Hipotensión de decúbito

- Causa: llenado cardiaco disminuido, secundario a la compresión de la vena cava por el útero en posición de decúbito supino.
- Consecuencia: caída de la tensión arterial del 30%, seguida de taquicardia y disminución del gasto cardiaco.
- Síntomas: mareo, ligera pérdida de consciencia, náuseas, palidez, piel pegajosa e incluso síncope o desmayo.
- Medidas de prevención: evitar el decúbito supino sobre todo al final de la gestación y adoptar el decúbito lateral con las piernas ligeramente flexionadas.

Palpitaciones

- Causa: desconocida, pueden estar relacionadas con el aumento del volumen sanguíneo o con la anemia.
- Medidas: tranquilizar al paciente y en caso de signos de descompensación cardiaca remitir al cardiólogo.

Mareo y síncope

- Causas: cambio brusco de posición que provoca la estasis venosa en las venas declives, hipotensión postural, anemia
- Recomendaciones: realización de ejercicio moderado, movimiento de las extremidades, evitar cambios bruscos de posición, lugares excesivamente concurridos y largos periodos de ayuno, realizar respiraciones profundas.

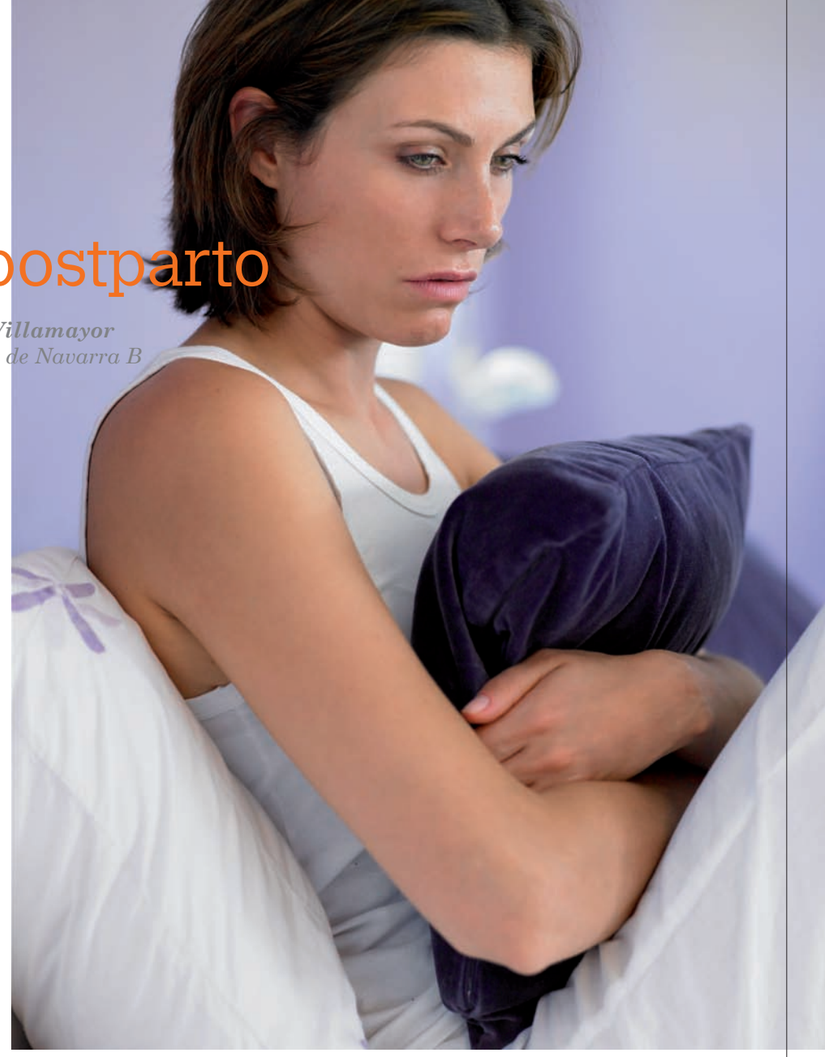
Telangiectasias (arañas vasculares)

- Causa: dilatación de las arteriolas por el aumento de los estrógenos.
- No existen medidas preventivas, suelen disminuir tras el parto.

La gestación es una vivencia única, cuya principal particularidad reside en que ocurre sólo durante un periodo limitado de tiempo. Las molestias del embarazo son con frecuencia inherentes a la gestación, siendo de vital importancia que los profesionales que nos dedicamos a la salud de las mujeres las informemos y aconsejemos sobre las medidas pertinentes para aliviar las molestias, disminuyendo así la ansiedad que puedan provocar y proporcionándoles autonomía, confianza en sí mismas y asegurándoles una vivencia del embarazo positiva, de la cual puedan disfrutar.

Melancolía postparto

Leyre Osés Ayúcar y Ana Lostao Villamayor
Matronas del Complejo Hospitalario de Navarra B



Llevar un bebé a casa es un gran acontecimiento. Aunque a menudo es un periodo alegre, a veces las emociones y el estado de ánimo no son lo que se esperaba. Muchas mujeres experimentan la «tristeza posparto», también llamada "baby–blues", "melancolía de la maternidad", "tristeza del tercer día", etc... Denominada erróneamente con frecuencia: depresión postparto, la cual es una situación mucho más infrecuente, pero de gravedad, por lo que se debe detectar de forma precoz para poder abordarla con un tratamiento eficaz.

Es esencial pues diferenciar una de otra, para que las mujeres puedan beneficiarse de un tratamiento posparto precoz, lo cual ha demostrado una disminución de la duración de la enfermedad.

La melancolía postparto es pasajera, de corta duración y ocurre entre el 50 y el 70% de las mujeres y se observa en todas las culturas.

Suele aparecer al tercer día y resolverse en el plazo de una semana a 10 días.

Se manifiesta por una tristeza leve, acompañada de labilidad afectiva, llanto fácil, irritabilidad y con frecuencia insomnio. Es un trastorno leve y de adaptación que dura pocos días, pero que requiere un cuidadoso control, ya que puede evolucionar hacia una depresión o una psicosis en una pequeña proporción de casos.

Causas

La comparación entre el parto real vivido y las expectativas previas idealizadas, ayudan a la adaptación de los padres a la nueva situación. Además de los numerosos cambios fisiológicos que ocurren durante el postparto, es frecuente que la madre, su pareja y los miembros de la familia se vean desbordados por una serie de cambios psicosociales. Estos cambios son normales y la mayoría esperados.

Los cambios en el estado de ánimo coinciden con la caída brusca de las hormonas, estrógenos y progesterona, que alcanzan los niveles más bajos en esos días. Otros factores relacionados con este estado son la falta de sueño, las molestias, el dolor, la incomodidad, la preocupación por el hijo y las dificultades para dar el pecho.

Se caracterizará por tristeza , sentimientos decepción, llanto (a menudo sin razón aparente), inestabilidad emocional, fatiga, irritabilidad y ansiedad e inquietud.

Estos síntomas desparecerán en un lapso de días a dos semanas. Generalmente no se necesita tratamiento.

Prevención

- Compartir experiencias. Acercarse a otras parejas que también estén esperando un hijo o que lo hayan tenido recientemente. El intercambio de experiencias, de informaciones, e ideas, siempre es positivo.
- Acudir a las clases de preparación al parto. Es muy importante para la mujer y su pareja. La información dará más herramientas seguridad y conocimiento para el afrontamiento de esta etapa.
- Descansar y pedir ayuda. Compartir, siempre que sea posible, las tareas domésticas y el cuidado del bebé, con la pareja, y también con otras personas de la familia.
- Tomar una buena alimentación, dando prioridad a la leche, los cereales, las frutas, los vegetales y las proteínas de alto valor biológico que se encuentran en los huevos, la carne y el pescado. Es necesario un gran aporte vitamínico en esta fase.
- Encontrar tiempo para estar con la pareja. Es importante que no todo gire solo en torno al bebé.
- Evitar situaciones que provoquen irritabilidad y demasiado cansancio.
- Evitar el alcohol y la cafeína.
- Aprender maneras de reducir el estrés como ejercicios de relajación y respiración muscular.
- Pedir ayuda cuando se necesite. Se debe recurrir al médico de familia, ginecólogo o matrona cuantas veces sean necesarias.

Cuando contactar con un profesional

- La melancolía posparto no desaparece después de dos semanas.
- Los síntomas de depresión se vuelven más intensos.
- Los síntomas dificultan realizar las tareas en el trabajo o en la casa.
- No se pueda cuidar de sí misma ni del bebé.
- Existan pensamientos de hacerse daño a sí misma o al bebé.

La importancia del descanso en nuestra vida

Fernando Sarráis Oteo
Consultor de Psiquiatría de la Clínica Universidad de Navarra
Colegiado Nº 4773

La importancia del descanso es paralela a la importancia del trabajo: uno y otro son necesarios para lograr en la vida los objetivos que nos permiten vivir y ser felices. Todo trabajo supone un desgaste físico y psíquico. Ese desgaste se acompaña de sensaciones negativas, que configuran la vivencia personal de lo que llamamos cansancio.

El cansancio físico consiste en una sensación desagradable del cuerpo, que tiene su origen en la fatiga muscular. Esta impresión desagradable varía de localización según los músculos más empleados en el trabajo; puede llegar a producir dolor agudo o crónico. Las personas que no descansan lo suficiente pueden ir acumulando cansancio de modo intenso y continuado.

El cansancio físico, al menos el agudo, suele ser fácil de detectar y, por lo tanto, fácil de remediar con el descanso. El cansancio crónico, por ser menos intenso y menos relacionado con una actividad concreta, suele ser más difícil de resolver, pues no se sabe qué actividad es la que produce el cansancio y que habrá que abandonar o reducir. Muchas veces, el cansancio crónico parece relacionado con una personalidad propensa al desequilibrio entre cansancio y descanso.

El cansancio psíquico es consecuencia de la tensión mental o estrés que acompaña al trabajo y también a la vida en general, pues vivir es un trabajo, pues incluso las tareas ordinarias requieren esfuerzo. Por temporadas, la vida ordinaria requiere más esfuerzo porque es más difícil satisfacer las necesidades psicológicas: seguridad, amor, confianza, satisfacción, gratificaciones, estima. Además, algunas personas, por ser más ambiciosas o exigentes consigo mismas y con los demás, y más necesitadas de éxitos o de cariño y seguridad, viven de modo habitual una vida con más tensión o esfuerzo, y tienden a acumular cansancio. El cansancio psíquico, originado por el trabajo físico, intelectual o de vivir puede ser también agudo y crónico, y se manifiesta en un descenso de la capacidad de funcionamiento de las facultades psíquicas: fluidez del pensamiento, fortaleza de la voluntad, imaginación, percepción, atención, concentración y memoria.

Irritabilidad, frustración, ansiedad

En la afectividad, durante el cansancio, aparecen afectos negativos: irritabilidad, susceptibilidad, frustración, temor, ansiedad (estrés), preocupación, labilidad e hipersensibilidad emocional. Estos afectos negativos, a su vez, influyen negativamente en las funciones cognitivas y dan lugar a conductas negativas, que producen más sentimientos negativos, creando círculos viciosos negativos, que pueden acabar produciendo una depresión, grado máximo de negativismo.

El descanso es necesario. Lo es para prevenir las consecuencias negativas físicas y psicológicas del cansancio, que pueden impedir trabajar, o, al menos, trabajar bien. Y lo es también para vivir con mejor calidad de vida, pues el descanso elimina las sensaciones y afectos negativos, y devuelve la fuerza física y mental para trabajar bien. Así pues, conviene tener en cuenta que es más importante la calidad que la cantidad de trabajo, y para ello hay que "robar" tiempo al trabajo para "trabajar" en el descanso.

El descanso ni es sinónimo de pasividad, ni de cese de la actividad que cansa. Dejar de hacer algo descansa, sobre todo físicamente, pero puede seguir cansando porque el trabajo pendiente fatiga psicológicamente a cualquier persona mínimamente responsable; o porque se puede seguir trabajando mentalmente, como le ocurre a quienes no saben desconectar mentalmente del trabajo. Por otra parte, algunos no tienen horas ni días libres para descansar, no pueden dejar de trabajar, pues tienen tareas continuas, permanentes, como son cuidar a los hijos o a familiares enfermos crónicos, atender al ganado, desempeñar las faenas domésticas en familias amplias.

Así pues, el método ideal de descanso, el más recomendable, es conseguir un hábito de equilibrio diario entre el trabajo y descanso. No basta esperar al fin de semana, o al puente trimestral, o a las vacaciones, pues puede ocurrir que no sean suficientes ni proporcionados al cansancio. El hábito de trabajar y descansar cada día supone autocontrol y flexibilidad psicológica, y hace posible alcanzar el ideal de descansar trabajando que es la "vacuna" más eficaz contra el cansancio crónico.

Cómo descansar es un asunto muy personal: solo uno mismo conoce las actividades que le descansan. Pero los rasgos comunes a todas las actividades que descansan son que producen relax y proporcionan disfrute. El relax es el antídoto de la tensión o estrés que desgastan las fuerzas físicas y psíquicas, y generan sensación de cansancio. El disfrute produce afectos y sensaciones positivas, que diluyen o neutralizan las negativas que acompañan al cansancio. Para conseguir el relax y el disfrute, y así descansar, hay que dar importancia a la actitud con que se realizan las actividades que descansan. Hay, por ejemplo, quienes no descansan porque realizan esas actividades de modo competitivo, obsesivo; o porque se acompañan de personas que contagian negativismo, que tensan y hacen sufrir.

Algunos ejemplos de actividades que descansan a todo el mundo son:

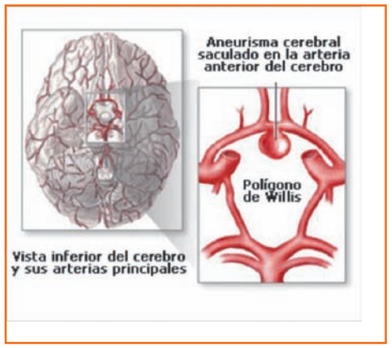
1. Contemplar las cosas y las personas bonitas, buenas y auténticas, pues producen relax y disfrute. Ejemplos de cosas que tienen estas cualidades son la buena música, literatura, el paseo por la naturaleza, el cine, las mascotas.

2. Sentirse querido y hacer cosas agradables con personas que nos quieren y a las que queremos, pues con ellas, al no tener que actuar o que esforzarnos para conquistar su aprecio, podemos relajarnos y ser nosotros mismos. El cariño que nos dan nos produce afectos positivos que neutralizan los negativos del cansancio.

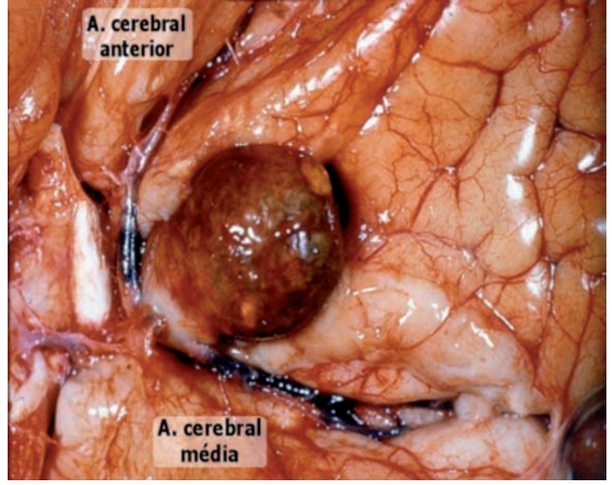
3. se ha hablado mucho de la eficacia de la risa, del buen humor, para combatir el estrés. Y como el trabajo cansa por la tensión y el estrés que conlleva, las actividades que producen risa o buen humor son un buen medio para descansar. Por otra parte, vivir y trabajar con alegría y buen humor evita cansarse demasiado. Esta idea está en la línea del consejo popular que dice: "hay que poner al mal tiempo buena cara", para poder ser feliz en la vida: la felicidad descansa y evita el cansancio, sobre todo el psicológico. Conviene, por tanto, evitar en lo posible, los afectos negativos (enfados, preocupaciones, temores, prisas, inseguridades) y tener una actitud positiva ante la vida.

Se puede afirmar, en resumen, que el ser humano tiene, por propia naturaleza, ciertas necesidades fisiológicas y psicológicas, entre las que se cuenta el descanso. Con él, recuperamos la energía que se consume con el esfuerzo por lograr el objetivo de ser feliz y ayudar a los suyos a serlo. La propia naturaleza humana ha previsto un tiempo de vigila para la actividad y un tiempo de sueño para el reposo. En nuestra sociedad, tan competitiva y centrada en el logro de éxitos en el mundo exterior, es frecuente el desequilibrio entre esfuerzo y reposo, entre cansancio y descanso, y las alteraciones propias del estrés crónico que son su inevitable acompañamiento.

Es una obligación deontológica de los profesionales sanitarios la prevención de los riesgos contra la salud; uno de ellos es el cansancio crónico. Han de recordar, por tanto, a las personas que dependen de ellos la necesidad del descanso como medida de higiene.



Imágenes 1 y 2



Cuidados de enfermería en el paciente con hemorragia subaracnoidea

*Mónica Gonzalo Jiménez, Rosa Aguerre Irigoyen, Helena Ybarra Clemente, Celina Arregui Martinicorena **
D.U.E. del Servicio de Neurocirugía.
** Jefa de Unidad de Enfermería del Servicio de Neurocirugía.*
Complejo Hospitalario de Navarra

Se entiende por hemorragia subaracnoidea (HSA) el paso de sangre al espacio subaracnoideo, dónde normalmente sólo circula líquido cefalorraquídeo (LCR). La procedencia de la sangre normalmente es arterial, preferentemente de las arterias de la base del cráneo, donde en íntimo contacto con el espacio subaracnoideo están las ramas de la arteria carótida interna y basilar, que forman el polígono de Willis.

Etiología

Si bien las causas de HSA son múltiples (malformaciones vasculares, traumatismos, consumo de drogas como cocaína, binomio HTA/arteriosclerosis, tumores cerebrales, alteraciones de la coagulación), la más frecuente de ellas es la ruptura de un aneurisma cerebral (entre un 70-75% de los casos).
Un aneurisma es una dilatación patológica que aparece en un punto de una pared arterial (con frecuencia en las bifurcaciones), a consecuencia de una debilitación de la misma. La sangre, poco a poco, va presionando ese punto débil distendiendo la pared del vaso. En ocasiones el aneurisma puede romperse produciendo una HSA. (Ver imágenes 1 y 2)

Incidencia

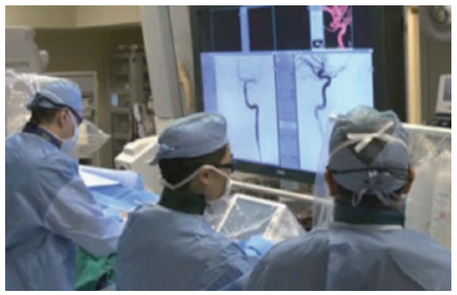
La HSA representa el 5% de la patología vascular cerebral y se calcula que su incidencia es de entre 6-10 casos nuevos por cada 100.000 habitantes y año. Es una patología grave que implica consecuencias devastadoras, con una mortalidad entorno al 10-15% y una morbilidad elevada (hasta el 50% de las personas presentan posteriormente déficits neurológicos).
De ahí la importancia del trabajo del personal de Enfermería, estableciendo una serie de cuidados encaminados a la prevención y detección de posibles complicaciones, así como hacia la rehabilitación de las secuelas. Un Equipo de Enfermería con experiencia en esta patología, y sobre la base de un plan de cuidados estandarizado, es fundamental para el adecuado tratamiento y cuidado de este tipo de pacientes.

Cuadro clínico

Si bien existen una serie de signos y síntomas típicos, habrá que establecer un diagnóstico diferencial con algunas jaquecas, con cuadros de hipertensión craneal, y sobre todo, con las meningitis. Entre los síntomas (lo que el paciente refiere) y signos (indicación objetiva de enfermedad, perceptible al examen médico) clásicos, encontramos entre otros:

- Cefalea ("el peor dolor de cabeza de mi vida"), de inicio repentino, fulminante, generalizado, y que empeora a menudo en le parte posterior de la cabeza.

- Vómitos.
- Malestar general.
- Fotofobia (le molesta la luz) y sonofobia (le molestan los ruidos).
- Rigidez de nuca.
- Síntomas focales: déficit o pérdida de la sensibilidad o movilidad de una parte del cuerpo.
- Alteraciones del lenguaje.
- Deterioro del nivel de consciencia en diferentes grados, con mayor afectación cuando más grave sea la hemorragia, llegando incluso a provocar una pérdida completa de la misma (estado de coma).
- En ocasiones, crisis convulsivas.



Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico se confirmará, sobre la base de un cuadro clínico compatible, tras la realización de un TC craneal o una punción lumbar que demuestren la presencia de sangre en el LCR. Un equipo médico, formado por Neurocirujanos y Neurorradiólogos, se encargará tanto del diagnóstico como del tratamiento adecuado de estos pacientes. En casos de extrema gravedad, el paciente ingresará en el Servicio de UCI, donde será atendido por Médicos Intensivistas y el equipo de Enfermería de UCI, para un control más estricto.

Pronóstico

El pronóstico está directamente relacionado con el estado inicial del paciente, siendo peor para los que ingresan en un estado más grave, existiendo menores posibilidades de buena recuperación y con un mayor porcentaje de mortalidad y de pacientes en estado vegetativo.

Cuidados de enfermería

La labor de Enfermería está encaminada preferentemente hacia:

- Vigilancia estrecha del nivel de consciencia del paciente, detectando la presencia de posibles complicaciones, que se comunicarán de forma inmediata a los Neurocirujanos. Las complicaciones más graves secundarias a esta patología son: resangrado, vasoespasmo arterial (que puede conducir a un infarto cerebral), hidrocefalia, epilepsia y trastornos hormonales por alteración de la glándula hipófisis.
- Control de los síntomas, procurando en todo momento el mayor confort posible del paciente.
- Promover la recuperación del paciente en colaboración con el tratamiento médico.
- Comprender y sensibilizarse de la ansiedad y el temor que experimentan el paciente y sus familiares, ayudando a mitigarla en lo que sea posible.

De una forma sencilla, enumeraremos los cuidados suministrados a estos pacientes:

- Control del entorno: El paciente, durante los primeros días deberá estar en reposo absoluto y es fundamental que mantenga un entorno lo más apacible posible, evitando luces y ruidos que puedan incrementar la cefalea.
- Vigilancia estrecha de las pupilas y del nivel de conciencia (utilizamos principalmente la Escala de Glasgow).
- Control de constantes vitales, con especial atención a los cambios en la tensión arterial.
- Colaboración con el tratamiento médico:
  - Valoración del dolor, administrando la analgesia pautada.
  - Control y tratamiento de las náuseas y vómitos, evitando posibles aspiraciones a vías respiratorias (con el riesgo de neumonía que ello comporta) y proporcionando confort e higiene en todo momento. Se le administrará en caso necesario el tratamiento de antieméticos pautado.
  - Administración y control del tratamiento con fluidoterapia: durante las primeras horas o días, y según el nivel de conciencia del paciente, así como en relación a la presencia o no de vómitos. Gracias a la fluidoterapia, el paciente mantendrá un correcto equilibrio hidroelectrolítico, que se controlará con analíticas de sangre.
  - Administración de Nimodipino: el nimodipino es un fármaco del grupo Antagonistas del Calcio que se administra en los primeros días por vía endovenosa con el objetivo de prevenir un posible vasoespasmo. Se vigilarán de forma estrecha las constantes durante la perfusión del mismo, y el buen estado y funcionamiento de las vías venosas canalizadas.
  - En caso de pacientes con hidrocefalia a los que ha sido preciso colocación de drenaje ventricular: el equipo de enfermería vigilará la correcta colocación del mismo, evitando en lo posible salidas accidentales o infecciones, o detectando fuga de líquido cefalorraquídeo.
  - En el caso de pacientes sometidos a angiografía diagnóstica y/o tratamiento mediante embolización: vigilancia estrecha del punto de punción o de cualquier signo que pueda indicarnos la presencia hemorragia en el punto de punción o trombosis. Se debe de mantener un adecuado estado de hidratación tras la angiografía para evitar el riesgo de lesión renal. Generalmente mantenemos al paciente en reposo hasta el día siguiente.
  - Ante la aparición de crisis convulsivas, se establecerán las medidas necesarias para garantizar la seguridad del paciente y mantener la vía aérea permeable para una correcta oxigenación del tejido cerebral. Se administrará la medicación pautada.
- Evitar en lo posible cualquier aumento de la presión intracraneal, que podría provocar un resangrado; se instruirá al paciente sobre la importancia de:
  - Permanecer en reposo. La cabecera deberá estar ligeramente incorporada, unos 30º-45.
  - Postura cefálica, con correcto alineamiento cabeza-cuello, y evitando flexiones.
  - Evitar realización de esfuerzos, que de forma inconsciente hagan que el paciente realice una maniobra de Valsalva: evitar estreñimiento, enseñar a estornudar con la boca abierta, control de episodios de tos, vómitos, evitar sonarse la nariz con fuerza.
- Según el grado de incapacidad para el autocuidado de cada caso (según el grado de afectación neurológica, y la restricción a la movilidad impuesta al paciente) se le proporcionarán los cuidados de suplencia y ayuda necesarios en cada caso.
- Control de la ansiedad.

El paciente al alta

Los pacientes que han sufrido una HSA, ven afectada con posterioridad su vida a nivel personal, familiar, social y laboral, debido a las secuelas físicas, emocionales y/o cognitivas resultantes de esta patología. A menudo precisan tratamiento de rehabilitación, del lenguaje y ocupacional para recuperar las funciones perdidas, y en casos, para aprender a sobrellevar una incapacidad permanente.

PROYECTO DE LAS MISIONERAS DE CRISTO JESÚS

Construcción de un Centro Materno-Neonatal Concha Arraiza

Diócesis de Maroua-Mokolo
Misión Católica de Bogo

Contactos las hermanas:
marietuka@yahoo.fr
polaroshuerta@hotmail. com

DONACIONES: Banco Popular
Alcalá,26. 28001-Madrid
Nº de cuenta: **0075 0001 83 0606017742**
Misioneras de Cristo Jesús, para la maternidad de Camerún

Quien quiera desgravar en la declaración de la renta debe enviar todos sus datos a:
Misioneras de Cristo Jesús
Peñuelas 18-5º A. 28005 MADRID
T. 915 174 178 ó 915 174 289

Diagnóstico precoz para una mejor calidad de vida de los niños con autismo

Sergio Aguilera. *Neuropediatra Servicio Navarro de Salud*
Aránzazu Lapuente. *Psicóloga N- 01312*
Tamara Mendoza. *Psicóloga N-01298 ANA*

La propuesta que se presenta en este artículo es la incorporación de mecanismos que permitan una detección precoz de los signos de alarma del trastorno del espectro autista (TEA) a las rutinas del sistema de salud pediátrico.

Los objetivos que se pretenden alcanzar son los siguientes:

- Incorporar las intervenciones tempranas para explotar al máximo las posibilidades de desarrollo de los niños con TEA en las primeras fases de su vida, estimulándoles cognitivamente durante el período de mayor plasticidad cerebral.
- Descargar al entorno familiar de la responsabilidad del diagnóstico y facilitar su aceptación.

> **Las características principales en el trastorno del espectro autista (TEA) según el DSM-V (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Mayo 2013) son:**
> - **Alteraciones en la comunicación social.**
> - **Patrones de comportamiento e intereses restringidos.**
>
> **Estas alteraciones se manifiestan entre los 12 y 36 primeros meses de edad.**

En relación al diagnóstico del TEA, hay que tener en cuenta que sus características pueden ser identificadas en un niño independientemente de su nivel de inteligencia. El diagnóstico de TEA puede estar asociado o no a otros problemas médicos o psicológicos (Wing & Gould, 2003) lo cual dificulta la identificación de los signos de alarma. Sin embargo, en los últimos años se han desarrollado algunos sistemas de cribado para una correcta detección del trastorno.

En función del sistema de cribado utilizado, la detección precoz puede ser llevada a cabo a edades muy tempranas. Según Lord C, R. S. (2006) el autismo puede ser diagnosticado entre los 18 y los 24 meses de edad. Por otro lado, Luyster R., G. K. (2009) habla de un posible diagnóstico entre los 12 y los 18 meses. En la actualidad (2013), en España, se empiezan a identificar los casos de riesgo antes de los 24 meses (Marín F. A. (2013)).

Los autores, como responsables de las intervenciones tempranas llevadas a cabo con niños con TEA desde la Asociación Navarra de Autismo (ANA), quieren recalcar las consecuencias positivas que implica una detección temprana en el neurodesarrollo del niño y en su vida familiar. Para alcanzar una intervención temprana, se propone incorporar el sistema de cribado M-CHAT, que será descrito más adelante, en las revisiones pediátricas.

La importancia del diagnóstico precoz

Tal y como se ha recalcado previamente, es necesaria la detección precoz en niños con TEA ya que las tasas de prevalencia son muy significativas. En el año 2009 el CDC (Center for Disease Control, 2009) estimó que la proporción de niños con autismo era de 1 por cada 88. Y Blumberg (2013), posteriormente estima que la prevalencia del TEA es de 1 de cada 50 niños.

La detección precoz también favorecerá la calidad de vida del entorno familiar, ya que desde los años 40 han sido ellos los responsables tanto de la intervención como de la identificación de los síntomas del TEA (Kanner (1943)). Sin embargo, deben ser los profesionales los que proporcionen un diagnóstico definitivo a la familia y coordinar su posterior intervención.

Además, desde el punto de vista normativo, el Ministerio de Sanidad y Consumo establece la recomendación de la detección precoz del autismo tanto en la cartera de servicios comunes mediante el RD/1030/2006 (BOE del 16 de septiembre), como en el Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 (Proyecto AP-21, 2007).

Por todos estos motivos, los autores proponen incluir en las revisiones pediátricas sistemas de cribado para poder identificar a los niños con TEA y mejorar con ello la prognosis del paciente. Como se ha dicho, se propone el cuestionario M-CHAT para incorporarlo a las consultas periódicas de pediatría (entre los 18 y los 24 meses), ya que el tiempo estimado para completarlo es de apenas 15 minutos. Este cuestionario de tan sólo 23 preguntas permite alertar sobre posibles riesgos del TEA y detectar tempranamente multitud de casos. En la mayoría de los casos, las familias son derivadas a terapias específicas para tratar el TEA cuando el niño tiene más de tres años. Además, muchos acuden con el trastorno recién diagnosticado o con una posible detección sin confirmación. Esto supone un retraso en el inicio de la mejora del desarrollo del niño, y un problema para las familias que durante ese tiempo han recorrido diferentes servicios clínicos hasta confirmar un diagnóstico, siendo en algunos casos inaceptablemente tardíos (Canal et al., 2006). Todos estos inconvenientes podrían ser minimizados gracias a la incorporación de un buen sistema de cribado.

El diagnóstico precoz implica que las intervenciones terapéuticas pueden comenzar a edades más tempranas, en las que existe mayor plasticidad cerebral. Esto permite una evolución más normalizada en el niño, y facilita la aceptación del diagnóstico por parte de las familias.

Investigaciones sobre la eficacia de la intervención temprana

Existen muchas investigaciones al respecto, aunque este artículo se va a centrar en los trabajos realizados por Dawson por su relevancia en el tema.

Ya en 2008 en su estudio "Early Behavioral Intervention, Brain Plasticity, and the Prevention of Autism Spectrum Disorder", dejó de manifiesto que los avances en el campo del neurodesarrollo afectivo y cognitivo, del desarrollo psicológico, neurobiológico, genético y el análisis aplicado del comportamiento, han contribuido a unos resultados más optimistas para los individuos con TEA. Estas ventajas han permitido nuevos métodos de detección temprana y tratamientos más efectivos. Con lo que concluye que por primera vez la prevención del TEA es plausible.

En 2010 junto con Rogers (Dawson y Rogers (2010)) sugieren que una atención social y motivación social disminuidas durante la etapa pre-verbal, tienen consecuencias en el comportamiento y en el cerebro de los niños con TEA, empeorando las características que llevan a diferentes impedimentos sociales. Por eso la intervención temprana se basa en aumentar la intención comunicativa y así incrementar la motivación hacia la interacción social que puede servir para mitigar los efectos emergentes del TEA en el comportamiento posterior y en el desarrollo del cerebro. Estas mismas autoras en una investigación cuyos resultados se publicaron en 2012, demuestran que la terapia temprana con el Modelo Denver, beneficia al comportamiento social adaptativo de niños con TEA.

Una muestra clínica de 48 niños de 18 a 30 meses de edad con un diagnóstico de TEA, recibieron aleatoriamente una intervención según el Modelo Denver o fueron remitidos a una intervención normalizada durante 2 años. Los niños del grupo que recibieron la intervención en el grupo experimental tuvieron notables mejorías respecto a los síntomas de autismo y comportamiento social y adaptativo, en comparación con el grupo perteneciente a la intervención normalizada. En los niños del grupo experimental se pudo apreciar un proceso cognitivo activo, comparable al que muestran los niños típicos, mientras los niños con la intervención normalizada mostraron una diferencia en esta actividad cortical. De esta manera demostraron que la intervención terapéutica temprana específica para TEA está asociada con patrones normalizados de actividad cerebral, lo que está asociado con mejoras en el comportamiento social en niños pequeños con TEA.

Conclusiones

La detección precoz y la intervención temprana del TEA son absolutamente necesarias para mejorar la calidad de vida de los niños con este trastorno y sus familias.

Para conseguir la detección precoz es necesaria la implantación de un programa de cribado dirigido a la población en general y en especial a la población en riesgo. En concreto se propone el M-CHAT por su eficacia y fácil implantación.

Sería conveniente la formación de los profesionales de los servicios sanitarios, para aumentar los conocimientos específicos y técnicos sobre el sistema de cribado.

Por otro lado, también sería beneficioso que todos los profesionales nos coordináramos para crear una red de recursos en la que apoyarse para derivar a las familias y poder cubrir sus necesidades.

www.autismonavarra.com
http://laalegriamudademario.blogspot.com.es/
Twitter: @alegriamuda y @autismonavarra
Facebook:https://www.facebook.com/pages/Asociaci%C3%B3n-Navarra-de-Autismo-ANA/267996259925713?ref=hl

El daño cerebral adquirido, imprescindible actuar cuanto antes

La rehabilitación multidisplicinar, esencial para recuperar capacidades.

Maite Palacios. Psicopedagoga

El Daño Cerebral Adquirido (DCA) es la afectación de las estructuras encefálicas en personas que, habiendo nacido sin ningún tipo de daño, sufren lesiones cerebrales que llevan a una afectación del funcionamiento cognitivo, emocional, conductual y/o físico. El elevado número de personas afectadas (más de 400.000 en España y 16.000 en Navarra), la duración, la gravedad y la variedad de las secuelas convierten a esta lesión en un problema sanitario de primera magnitud, representando la principal causa de discapacidad en las personas adultas.

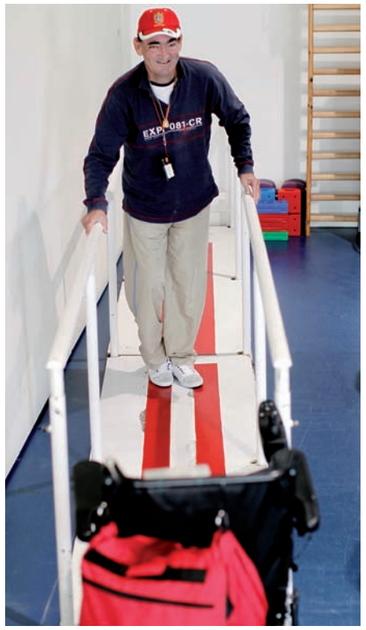
Las causas más comunes de daño cerebral son traumatismos craneoencefálicos, ictus, anoxias o hipoxia y tumores cerebrales.
Las fases por los que pasa la persona tras sufrir el DCA son:
Crítica: se encuentra hemodinámicamente estable pero existe aún riesgo para su vida. Se desarrolla en las UCIs de los hospitales.
Aguda: La persona se encuentra estable neurológicamente. Comienzan a identificarse las secuelas a nivel físico, cognitivo, conductual y funcional. Generalmente, esta fase se desarrolla en planta o en las unidades de ictus.
Rehabilitadora: incluye la rehabilitación en régimen de hospitalización y el tratamiento de manera ambulatoria. Si las secuelas se mantienen con carácter crónico la atención se desarrollará en diferentes recursos socio-sanitarios especializados, como Centros de Día, Pisos Tutelados, Atención Ambulatoria…
El daño cerebral puede afectar a todas las áreas del funcionamiento del ser humano. Las secuelas se agrupan en cuatro dimensiones que pueden solaparse o no en una misma persona: déficits físico-motores y cognitivos, y alteraciones de la comunicación y conductuales y/o emocionales.
Esta diversidad en las secuelas hace imprescindible una evaluación individualizada previa al inicio de la rehabilitación.

El proceso de rehabilitación

María Jesús Ruíz. Neuropsicóloga

El proceso rehabilitador comienza desde la aparición de la lesión e integra el conjunto de estrategias de intervención que tienen como objetivo reducir las alteraciones que la persona tiene tras la lesión para minimizar el impacto en su vida cotidiana.

El término rehabilitación implica el trabajo hacia el restablecimiento de la situación de los pacientes al grado de funcionamiento más alto posible en el ámbito físico, psicológico y de adaptación social.
Existe un consenso unánime en que el inicio de la intervención debe ser precoz, para optimizar el proceso inicial de recuperación espontánea y aumentar la posibilidad de recuperación final. Asimismo, los estudios demuestran que debe ser un tratamiento intensivo y prolongado.
Tras salir del hospital, lo más beneficioso es continuar la recuperación en una unidad de rehabilitación especializada con el objetivo de procurar el máximo nivel de autonomía y máximo grado de estabilización médica para seguir la rehabilitación de manera ambulatoria.
Tras la estabilización surge en muchos casos la necesidad de apoyo a largo plazo tras el tratamiento intensivo de rehabilitación. Incluso en la etapa crónica la rehabilitación puede aportar mejoras en movilidad, comunicación o actividades de la vida diaria.
Es importante destacar que las personas tras el daño cerebral tienen necesidades específicas en cada fase de recuperación.
La recuperación tras un DCA es compleja y depende de múltiples factores entre los que destacan las diferencias individuales (edad, nivel intelectual, motivación...), factores relacionados con la lesión (tipo, gravedad, localización, evolución...) y el entorno de la persona afectada (motivación, ayudas, barreras socioeconómicas...).
En esta intervención participan profesionales de diversas disciplinas. Las diferentes secuelas no pueden ser abordadas de manera aislada, sino con la coordinación de los diferentes profesionales implicados.



La rehabilitación neuropsicológica

Leyre Tirado. Neuropsicóloga.

Dentro de las neurociencias, la neuropsicología estudia las relaciones entre el cerebro y la conducta. En el ámbito rehabilitador aplica su conocimiento para la evaluación, tratamiento y recuperación de las personas que han sufrido lesiones en el funcionamiento del cerebro, y las consecuencias que se reflejan sobre la conducta.

La evaluación neuropsicológica se realiza tras sufrir un daño cerebral o cuando existen síntomas o quejas relacionados con la concentración, la memoria, el lenguaje, el razonamiento o la personalidad.
El primer paso es realizar una evaluación que determine qué capacidades cerebrales se encuentran afectadas y cuales están intactas; estableciendo los factores pronósticos y nos permita diseñar e implementar un programa específico de rehabilitación.

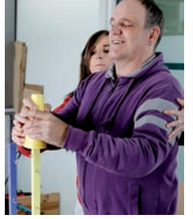
La atención desde la logopedia

Itziar Dolz Llandres. Logopeda

La logopedia en el proceso de rehabilitación tiene como objetivo recuperar o mantener el lenguaje y la comunicación, ya que ambos son necesarios para la reintegración y normalización de la vida de estos afectados.

Los ámbitos más relevantes de la intervención logopédica son:
- El lenguaje oral y escrito
- El habla, entendida como el conjunto de mecanismos físicos (control muscular, coordinación fono-respiratoria…) necesarios para producir el lenguaje oral
- Las habilidades sociales y de comunicación, que dotan a la persona de herramientas que le permiten relacionarse con el entorno.
- La deglución, o capacidad para tragar los alimentos.

El logopeda busca rehabilitar diferentes alteraciones secundarias al daño cerebral adquirido como afasia, disartrías (debilidad o incoordinación del a musculatura del habla), alteraciones en la deglución o alteraciones en las habilidades sociales.
Así, en función de las alteraciones que presente la persona afectada y los objetivos que se planteen, se diseñará la intervención logopédica que más se ajuste a sus necesidades.



El papel de la fisioterapia

José Ramón Asiain y Gema Sánchez. Fisioterapeutas

Cuando se produce un ictus o un traumatismo craneoencefálico aparecen una serie de alteraciones físicas, que van desde la inmovilidad total en el estado de coma en los casos más graves, hasta secuelas menores en forma de leves alteraciones de la motricidad fina. La fisioterapia es la encargada de procurar a la persona un estado físico similar al previo a la lesión.

Este trabajo comienza ya en los hospitales, pero debe continuar durante todo el proceso. En la fase rehabilitadora, una vez recibida el alta hospitalaria, se continúa con el tratamiento de forma ambulatoria.
Desde el punto de vista físico es la fase de los grandes avances. Se tiene en cuenta el estado tras el DCA y los objetivos de la fisioterapia se condicionan en función de ese estado. Dura entre 12 y 18 meses pero los efectos de la recuperación funcional son mayores en los 3 primeros meses.
En la Fase crónica las personas siguen beneficiándose de la fisioterapia, si bien los avances son menores y llega un momento en que cesan. A pesar de ello sigue siendo importante trabajar para el mantenimiento de las capacidades recuperadas y para prevenir el deterioro producido por las alteraciones en el movimiento o la inmovilidad.

En Adacen se ofrece también rehabilitación desde la terapia ocupacional para lograr que las personas tras una lesión cerebral sean lo más independientes posible en la realización de actividades de la vida diaria (AVDs), para así mejorar su calidad de vida y la de sus familiares. Por otro lado, los trabajadores sociales se ocupan también de la familia proporcionándole apoyos que favorezcan que pueda llegar a una normalización de su proyecto personal.

El artículo completo se encuentra en la sección de noticias de adacen.org

Lo interdisciplinar y lo público versus privado en salud, hacen una sanidad responsable

Dr. Garrido-Landívar, E.
Especialista en Psicología de la salud

La falta de colaboración interdisciplinar, lentifica nuestra respuesta terapéutica y quien lo sufre es el paciente, no hay tiempo, y resulta que no tener tiempo hace consumir más tiempo en más veces y todo en perjuicio de todos. Se ha perdido cierta humanidad en el trato con los pacientes, porque la reemplazamos con pruebas y más pruebas "mecánico-físicas", que en algunos casos no es más que consumir servicios, y quedarnos todos –los pacientes incluidos-, más tranquilos porque "no han hecho de todo". Pero no tengo nada, y salgo con un tratamiento de cinco fármacos.

Esto nos hace perder tiempo y efectividad, porque el paciente que ha estado con un sanitario, le ha contado su vida, ha estado tres sesiones o cuatro planteando un programa de trabajo personal de salud individual, familiar o mixto… Y esas sesiones que han tenido un coste –no solo económico-, afectivo, de ruptura de prejuicios, de psicoeducación…, tienen que volver a contarlo en cada consulta a la que va, produciendo una inundación y un estrés emocional, de contar tantas veces las mismas cosas a distintos profesionales. Cuando lo más normal tendría que ser, si tanto hablamos de interdisciplinar, preguntar al último sanitario al que fue, y que nos explique dónde se quedó y qué habría que hacer según el criterio del último diagnóstico. Ganaríamos tiempo, evitaríamos que el paciente vuelva a contar lo mismo otra vez, y sabríamos que determinados tratamientos han sido ya experimentados o no efectivos, para no repetirlos de nuevo. Además observaríamos que lleva dos años con un tratamiento que se le puso en su día, posiblemente óptimo entonces, y que ahora ni le sirve, ni avala el cuadro que está desarrollando en estos momentos…; pero nadie hay "especialista en integrar" todas las exploraciones e intervenciones, sean del especialista que sea en el proceso complejo de un paciente crónico. Un especialista le prescribe su tratamiento, el siguiente otro, y así sucesivamente –por no integrar o no disponer de cierta colaboración interprofesional-, y se encuentra con siete medicaciones que no sé si realmente son necesarias para el cuadro que describe o sin querer se contraindican las unas con las otras.

Hacer el bien a los pacientes

Es bueno recordar, que cuando se trata de la salud, todos estamos implicados en hacer el bien a los pacientes, es nuestro primer objetivo, no lo duda nadie…; cada especialista desde su mejor criterio, que si no lo sabe, lo consulta y se apoya en otros especialistas; que aun siendo fácil cometer un fallo, jamás –pienso yo-, se hacen las cosas con ánimo de dañar… Daña más el profesional que "tira" al anterior profesional diciendo pestes, de su dudosa praxis que los diferentes criterios clínicos que no preguntamos. Generando una desconfianza terrible en el sistema sanitario, una mala prensa en el servicio y sobre todo, nada le ayuda al paciente. Criticar es lo más fácil, llamar y pedir explicaciones para saber cómo se ha llevado a cabo el tratamiento, eso es lo difícil, lo que no se hace y lo que más cuesta… Todos estamos muy ocupados, y no tenemos la suficiente humildad, máxime si consideramos al otro especialista, de "nivel inferior al mío"…, de preguntar y hablar con el anterior. Estas cosas ocurren y seguirán ocurriendo, por eso decimos lo importante de lo interdisciplinar.

Una persona con una enfermedad física grave, tiene a su disposición un equipo de profesionales, que exploran, ayudan, orientan, observan la evolución y determinan el tratamiento a seguir. Un mes ingresado, un mes y pico; sin contacto con la vida familiar, un mes sin relación con el trabajo, un mes es mucho tiempo… Pero la salud lo merece todo. Tras un ciento de pruebas, de diagnósticos dispares, complejos, incluso de sospechar una metástasis… Al final, a Dios gracias, todo fue un susto, y el paciente se va a su casa, contento porque no era "lo que se había sospechado", y se incorpora a su mundo –después de un mes y pico, de haber estado desconectado de la vida, y en un medio hospitalario de alto riesgo-, y tiene que desenvolverse como si nada hubiera pasado… No solo eso, sino que además tiene que estar contento y feliz, porque todo ha quedado en un susto. Nadie le explicó que ese cuadro grave, puede dejar secuelas emocionales, porque uno no es de piedra y porque la vida te da otra oportunidad; pero que tú te vienes a casa, y te enfrentas a lo laboral, lo familiar, lo doméstico…, solo, sin saber más.

La vida vuelve a ti, esté o no preparado para

ello. "Todos los míos –dice el paciente-, me dan la enhorabuena, y me dicen muchas veces desde todos los contextos, que suerte has tenido"… El paciente no es consciente más que de una cosa: "Sin armas, sin más, sin habilidades…, me tengo que adaptar a la nueva vida": "¡De tener una enfermedad grave, a no tener nada!". Ahí está el recuerdo, la memoria implícita, el reflejo condicionado y un aprendizaje machacón y reiterativo durante un mes y pico…, pensando que me muero, que tengo un tumor, que incluso puede ser que haya hecho metástasis…y, ya estoy en casa sin que nadie me haya advertido de casi nada, cuando me enfrento a la vida. ¡Nadie pone en duda la praxis bien hecha! Pero también es verdad que se va a su casa, sin mayor apoyo de nada que no sea: "¡Qué suerte has tenido, que todo ha quedado en aguas de borraja!".

Pasan los días, el cerebro no para ni de día ni de noche, no tiene vacaciones, y va haciendo su labor, no sabe hacer otra; y toda emoción –por pequeña que sea-, la comenta con el cuerpo, la traslada al cuerpo, y como ha aprendido que ha podido tener una enfermedad grave y lo mal que lo ha pasado…, sigue pensando que se han podido equivocar…, pero no se lo dice a nadie por temor a que le digan "chiflao". El tiempo pasa y su cerebro va haciendo la labor que sabe, y un día sin ton ni son, se ahoga, se marea, no le sigue el cuerpo… Más susto, más miedos, más fantasmas. No se atreve a decírselo a nadie, y se va a urgencias sin avisar. Allí, viendo el cuadro del que fue explorado durante más de mes y medio, dudan, sospechan y lo ingresan… Vuelve el aprendizaje a ser reforzado, más reflejo condicionado, más fantasmas, más miedos, más estrés. Lógicamente se avisa a los familiares…

Después de cuatro días en observación, todo fue una crisis de ansiedad, por el estrés que le supuso lo que pasó, que no pasando nada –eso es lo que queremos creer-, tuvo un cuadro de estrés emocional, por causa de enfermedad física, aunque los resultados fueron a la larga negativos. No supimos, no pudimos, no tuvimos tiempo, nadie integró, que su vida en blanco estaba solo en sus manos, sin saber nada y solo… Como el cerebro no para, pues siguió haciendo su labor. ¡Con qué gratuidad, incluso los profesionales de la salud, decimos o no decimos, que todo esto es lo suficientemente duro y serio, para que una persona "contaminada emocionalmente", haga un cuadro de estrés!, que no es otra cosa que un trastorno del ánimo, motivado –sin duda alguna-, por un mes largo de incertidumbre, de diagnósticos complejos; aislado, por miedo a las infecciones, sin ver a su familia, ni a su mujer, ni a sus hijos pequeños… Pero como nadie integra, como nadie orienta en lo "menor", como nadie le avisa que puede evolucionar de otra manera, pues al cabo de una semana, hace un cuadro de angustia de pánico, y otra vez a urgencias… "¡No tendré nada, pero yo no estoy bien!" y tiene derecho a pensarlo, pero no solo a eso, sino que lo siente y lo pasa fatal…, porque las fantasías y el miedo son propios del ser humano. "Aunque me digan que no, yo estoy cada día peor, se habrán equivocado y realmente será metástasis".

Psicoeducar al paciente

El cuadro que no se para, porque nadie ha hecho nada para que se pare, empieza a evolucionar en tener fobias, no poder salir de casa, no poder quedarse solo, no poder ir a misa, por miedo a la gente y salir cuando quiera si le pasase algo… Como colofón a toda la evolución del cuadro, psicosomatiza: Digestiones lentas, ácidas, tics túsicos, se le pone una opresión en la caja torácica que le da tanto miedo que le pase algo…; sigue la sintomatología florida: Calvas, alopecia circunscrita, manchas en todo el cuerpo, dermatitis atópica, no duerme bien…etc.

Tras leer este relato, nadie puede concluir que la sanidad en Navarra está mal, porque sería un atropello mayúsculo…y no sería cierto. Pero de ahí a que hemos de cambiar el chip, y pensar que existen otras formas, otros modos, otras orientaciones, otros profesionales que se dedican –después de los especialistas físicos-, a psicoeducar al paciente, que sabemos lo que le va a ocurrir; nos evitaríamos muchos "accidentes" involuntarios, a los que el paciente no sabe enfrentarse: primero porque nadie le ha dicho cuál puede ser su evolución cuando entre en la vida normal…y, segundo, qué debería hacer para que si eso ocurriese, saber qué hacer y cómo actuar. Es lo que en algunos países llaman modernamente: "Organizaciones de sanidad responsables". Es responsabilidad de todos hacer sostenible nuestro sistema sanitario público, que es un referente a nivel internacional, y nadie cuestiona nuestro modelo sanitario…, pero es más que evidente que se necesita reformar la gestión del mismo, que por otra parte son reformas mucho más fáciles de introducir desde la iniciativa privada por su mayor flexibilidad (De Rosa, A., 2013).

Este caso, que anteriormente hemos descrito más de forma coloquial, que clínica, para que llegue al mayor número de personas; no tendrían que "escapársenos de las manos", no hay ninguna excusa para ello, porque también creo yo, son salud. Habríamos de seleccionar lo mejor de lo privado para ponerlo al servicio de lo público, y no hacer una guerra de profesionales "de dentro y fuera", que al final quien pierde es el paciente, su salud, su calidad de vida; y estas tres cosas (paciente, salud y calidad de vida), si no estoy equivocado son también salud.

Si alguien dice que este modelo de salud es "minor", no entiende nada de salud. Hemos de integrar, como ya lo hacen otros países tan distintos y dispares, para que nuestro modelo de Sanidad responsable, lo sea de verdad integrando, "haciendo alianzas entre lo público y privado; será una manera de hacer sostenible y enriquecer más aun la salud, aplicando sistemas, metodología y una organización del siglo XXI" (id)

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