

El hijo que esperas..

NIÑO o NIÑA,

pero que venga ¿sano?



La mujer recostada en la camilla tiene su abdomen cubierto con gel. Su marido la toma de la mano. El médico comienza a palpar el vientre que ya lleva 5 meses de gestación. Se sienten los latidos y se aprecia su fisionomía. ¡Hasta parece que saluda! Eso ven los padres, pero el ojo entrenado de los médicos hoy puede detectar anomalías, solicitar estudios más complejos para poder diagnosticar, y en ciertos casos, tratar defectos congénitos. El diagnóstico prenatal es una estrategia para que su médico pueda saber si su feto tiene un problema tal como el Síndrome de Down o espina bífida. Algunos padres tienen un mayor riesgo de dar a luz a un bebé con trastornos genéticos u otro problema y pueden querer hacerse uno de estos análisis. Saber acerca de los problemas antes de que el bebé nazca puede ayudar a los padres a tomar decisiones acerca de la salud de su hijo. Ciertos problemas pueden tratarse antes de que el bebé nazca, mientras que otros pueden necesitar tratamiento especial inmediatamente después del nacimiento.

Algunas pruebas se realizan de manera rutinaria a todas las mujeres embarazadas, tales como la prueba de sangre para determinar el tipo de sangre y los niveles de hierro.; otras se realizan para detectar en la paciente o en el bebé una condición que están en riesgo de desarrollar. A continuación te mencionaremos algunas de las más frecuentemente utilizadas y sus indicaciones.

El examen **triple** o (**Triple test**) es un procedimiento simple en el que en una muestra de sangre se miden las cantidades de 3 sustancias. Esta prueba hace sospechar de defectos congénitos como el síndrome de Down. La prueba se puede realizar entre las 15 y 20 semanas de embarazo. Los resultados se obtienen normalmente en un plazo de 1 a 2 semanas. Si los resultados salen anormales, tal vez se recomienden pruebas mayores (tales como ultrasonido y amniocentesis).

El **cuádruple marcador** es semejante al examen triple, se realiza en las semanas antes mencionadas, etc., solo que en éste se agrega un valor más para medir, que es la inhibina A, lo que lo hace más actual y acertado que el anterior.

La **prueba de AFP** extendida es una muestra sencilla de la sangre materna que se realiza entre las 15 y 20 semanas del embarazo. La prueba proporciona información acerca del riesgo de defectos del tubo neural tales como espina bífida, trisomía 21 (síndrome de Down), y otras anomalías genéticas.

La **ecografía** sirve para confirmar el embarazo y su ubicación intra o extrauterina, controlar el desarrollo normal del bebé, estimar su peso y también muestra donde está implantada la placenta. Es un procedimiento ampliamente utilizado en el embarazo normal y es sumamente útil en embarazos complicados por alguna enfermedad.

La **ecografía cardiaca fetal** es un estudio que se realiza utilizando ondas de sonido (ultrasonido) para estudiar la estructura cardiaca del bebé antes de nacer. Actualmente la ecografía obstétrica convencional se realiza a la gran mayoría de las mujeres embarazadas. Es muy importante que el médico que realiza la ecografía obstétrica realice una revisión de la anatomía del corazón fetal entre las semanas 18 a 22 de gestación. Debido a que la visión del corazón con este estudio es limitada, en caso de alteraciones o dudas es muy importante que un médico cardiólogo especializado realice una ecografía cardiaca fetal para realizar el diagnóstico intraútero definitivo de normalidad o de una malformación cardiaca.

La medición de la **Translucencia nuchal** (TN) es una prueba no invasora para determinar el riesgo de padecer la trisomía 21. La prueba de medición de NT es un examen por ultrasonido de alta resolución del área nuchal del feto (un pliegue de piel en la parte posterior del cuello). Los resultados se combinan con la edad de la madre para determinar el riesgo de síndrome de Down y en algunos casos, alteraciones cardiacas. Idealmente debe realizarse entre las semanas 11 y 14 del embarazo y tiene la capacidad de diagnosticar 9 de cada 10 casos.

La medición del **hueso nasal**, es una prueba no invasora para determinar el riesgo de padecer la trisomía 21. La prueba de medición de hueso nasal es un examen por ultrasonido de alta resolución de la cara del feto para visualizar el hueso de la nariz que en los bebés con alteraciones cromosómicas aparece después.



La **amniocentesis** es un procedimiento mediante el cual se extrae y se analiza una pequeña cantidad de fluido amniótico entre las 16 y 20 semanas del embarazo. Se realizan estudios cromosómicos para detectar condiciones tales como el síndrome de Down con las células contenidas en el fluido, también ayuda a detectar defectos del tubo neural, tales como espina bífida, y algunas enfermedades metabólicas. Para realizarse el médico guiado por ultrasonido, insertará una aguja a través de la pared abdominal de la madre hasta el fluido amniótico. El dolor que causa es similar al ocasionado cuando te extraen sangre y la recuperación es inmediata. Existe un riesgo de aborto del 0.5 al 1% ya que se trata de una prueba invasiva, y raramente tiene complicaciones tales como punción del cordón, ruptura del saco amniótico o punción del feto, pero contrariamente a la baja tasa de complicaciones existe una alta tasa de certeza en el diagnóstico.

La **biopsia de vellosidades coriónicas** (BVC) es un procedimiento en el cual se obtiene una pequeña cantidad de tejido (villus coriónico) de la placenta en desarrollo entre las 10 y 12 semanas del embarazo. La muestra de placenta puede obtenerse a través del cérvix. Un catéter se inserta dentro de la vagina y a través del cérvix y se extrae la muestra o también puede obtenerse insertando una aguja dentro del abdomen y extrayendo algo de placenta. Su ventaja es que puede realizarse antes que la amniocentesis, sin embargo, no detecta malformaciones del tubo neural. Tu médico te orientará respecto a la mejor opción para ti y tu pareja, basándose en sus antecedentes, en tu edad, historia clínica, etcétera. No dejes de acudir a tus consultas de control prenatal para llevar tu embarazo a un feliz término.

TIPS DE SALUD

- Tip 1.** La mejor actuación es **prevenir**, así que cuando tú y tu pareja planeen ser padres, no olvides alimentarte bien e incluir suplementos de hierro y ácido fólico, para así estar en condiciones óptimas de recibir una nueva vida.
- Tip 2.** Conocer el **historial de enfermedades de tu familia** y de la de tu esposo, ayudará a tu médico a determinar si pertenecen a un grupo de riesgo a padecer alguna malformación.

PREGUNTAS FRECUENTES

- ¿Todas las mujeres deben realizarse pruebas de diagnóstico prenatal?**
Respuesta: No, sin embargo, estas pruebas pueden ser útiles si se tienen más de 35 años o si cuenta con antecedente de hijos con alguna alteración cromosómica. Sólo su médico le puede orientar respecto a cuáles y cuándo realizarlas.
- ¿El alcohol puede traer malformaciones al bebé?**
Respuesta: El exceso de alcohol puede provocar un aborto (pérdida del bebe) así como también malformaciones al feto. No hay un límite de ingesta de alcohol para el cuál no se observe daño. Es decir, aún las mujeres que consumen pequeñas cantidades de bebidas alcohólicas pueden tener peores resultados que aquellas que no consumen.

NOTICIAS DE SALUD

- La obesidad durante el embarazo aumenta el riesgo de defectos en el recién nacido. Estudios recientes indican que, además de los efectos conocidos de la obesidad sobre la salud, estas mujeres también enfrentan un mayor riesgo de defectos de nacimiento. Un estudio realizado en California, EU, confirmó que los defectos de tubo neural son más comunes en mujeres obesas.
- Bajo riesgo de pérdida del embarazo después de amniocentesis. Un estudio elaborado por especialistas de la Facultad de Medicina de Nueva York y publicado en la revista *Obstetrics and Gynecology* en su última edición, sugiere que la amniocentesis no es tan peligrosa como se creía. Aseguran que los procedimientos actuales han reducido el riesgo de aborto, situándose en un grado similar al de las mujeres que no se han sometido a esta prueba de diagnóstico.

MITOS Y REALIDADES



Mito. Tras realizar los estudios prenatales aseguro que mi hijo nacerá perfecto.

Realidad. Esto no es del todo cierto ya que existen enfermedades que no se detectan con el diagnóstico prenatal. Si es cierto que las enfermedades más comunes como el Síndrome de Down y los defectos del tubo neural son detectadas normalmente sin problemas mediante estas técnicas. Tampoco aseguran que no se pueda complicar el embarazo provocando alguna alteración posteriormente.

Mito. Solo personas mayores conciben niños con síndrome de Down.

Realidad. El ochenta por ciento de niños nacidos con síndrome de Down nacen de madres menores de 35 años de edad. Sin embargo, la probabilidad de concebir niños con síndrome de Down aumenta con la edad de la mujer.

Mito. En mi familia no hay historia médica de espina bífida, por lo tanto no necesito tomar ácido fólico.

Realidad. 95 por ciento de los casos de espina bífida ocurren en familias sin ningún tipo de historia médica de dicha condición, el ácido fólico está indicado en toda mujer en edad fértil.

NOTICIAS MUJER S@N@

Una dieta rica en grasa no se asocia a un mayor riesgo de cáncer de mama, según un nuevo estudio. Contrariamente a lo que indicaban algunos estudios anteriores, una investigación estadounidense ha concluido que no existe evidencia de que una dieta alta en grasas aumente el riesgo de cáncer de mama en las mujeres mayores. Los descubrimientos, publicados en el "American Journal of Epidemiology", contradicen estudios previos que vinculaban el alto consumo de grasa a un mayor riesgo de cáncer de mama American Journal of Epidemiology 2006;164:990-997.

Identificados factores de riesgo de parálisis cerebral que intervienen durante el embarazo. Investigadores de Londres (Reino Unido) han descubierto que varios factores que incluyen la infección materna durante el embarazo, el parto prematuro y pruebas de resonancia magnéticas que muestran áreas cerebrales no desarrolladas están asociados con la parálisis cerebral. Las conclusiones de este estudio se han publicado en "JAMA". JAMA 2006;296:1602-1608.



BEBE S@NO



Información para los padres sobre diarrea aguda

La diarrea aguda o gastroenteritis aguda es la disminución de la consistencia usual de las evacuaciones (líquidas u acuosas), acompañándose de aumento en la frecuencia de deposiciones habituales (más de tres en 24 hrs.). El número de evacuaciones intestinales hechas en un día varía según la dieta y la edad de la persona. Los lactantes alimentados al seno materno a menudo tienen evacuaciones blandas o líquidas y más frecuentes; esto no es diarrea.

El cuadro de diarrea aguda se caracteriza por la presencia súbita de fiebre cuantificada por arriba de 38° C, así como vómito, los cuales pueden preceder o acompañar a las evacuaciones líquidas, con una duración aproximada menor a 2 semanas.

La disentería es la presencia de evacuaciones disminuidas en consistencia acompañadas de sangre, y normalmente es producida por infecciones bacterianas y parasitarias.

Los niños menores de 5 años de edad presentan, en promedio, tres episodios de diarrea por año, constituyendo una de las causas más frecuentes de consulta médica. Según la Organización Mundial de la Salud ocurren anualmente de 3 a 4 millones de muertes por deshidratación secundaria a cuadros de diarrea aguda en países en desarrollo. Sin embargo esta causa de muerte es prevenible.

Los agentes infecciosos que producen en forma más común esta enfermedad son, en orden decreciente, virus, bacterias y

parásitos. Los virus son la causa principal de las diarreas deshidratantes en niños menores de 2 años, siendo los rotavirus del grupo A, serotipos G1 y G3, los responsables de la mayoría de los episodios. Las infecciones bacterianas son producidas por *Shigella* sp, *Salmonella* sp, *E. coli*, *Campylobacter jejuni* y *Vibrio cholerae* 01, las cuales tienen diferentes mecanismos de acción.

Dentro de las principales complicaciones de la diarrea están la deshidratación, desnutrición y disentería.

Preguntas frecuentes

¿Por qué la diarrea aguda causa deshidratación?

Esto sucede por varios mecanismos y la forma más fácil de explicarla es por que las pérdidas de agua son mayores que la ingesta, cuando hay diarrea el intestino no funciona de manera normal y no absorbe la cantidad adecuada de agua y muchos nutrientes sobre todo algunos que son muy osmolares, como la lactosa, estas sustancias al estar en la luz intestinal arrastran agua y no permiten la absorción de líquidos; que aunado a la pérdida por la inflamación y malfuncionamiento del intestino conllevan al aumento en las pérdidas, lo que lleva a la deshidratación.

¿Cómo puedo evitar que mi hijo se deshidrate?

La forma más efectiva de evitar que nuestros hijos se deshidraten es aumentando la ingesta de líquidos y esto es muy fácil y lo podemos hacer en casa.

- Ofrecer líquidos recomendados de uso común como vida suero oral, pedyalite SR45 o SR90, hidraplus o gatorade. Estos líquidos están preparados con la cantidad adecuada de glucosa, sodio, potasio y citratos para reponer lo que el niño pierde por las evacuaciones.
- También podemos ofrecer agua de arroz, aguas de frutas frescas, agua de coco verde, crema de zanahoria y sopas.
- No debemos de ofrecer a nuestros hijos jugos de frutas o refrescos bicarbonatados ya que son muy osmolares y muy ácidos lo cual incrementa la diarrea o vómito.

¿Cómo debo de administrar estos líquidos?

Se debe de ofrecer en niños menores de 1 año 75ml (2 onzas y media) lentamente a cucharaditas y en mayores de 1 año 150 ml (5 onzas) en sorbos pequeños de los líquidos para evitar el vómito, esta cantidad se debe ofrecer después de cada evacuación o vómito.

¿Qué alimentos puede ofrecerle a mi hijo si tiene diarrea?

Durante los eventos de diarrea aguda se deben de ofrecer los suficientes alimentos para prevenir la desnutrición.

- Se debe de continuar con la lactancia materna o si toma fórmula ofrecer de preferencia durante el evento de diarrea aguda una fórmula

deslactosada, más frecuentemente, en la cantidad que tolere el paciente.

Si el paciente es mayor de 6 meses y ya está recibiendo alimentos sólidos:

- No debe de introducir nuevos alimentos.
- Dar alimentos de preferencia frescos, recién preparados, bien cocidos, en puré o molidos.
- Estimular al paciente a comer con más frecuencia que la habitual; después de que termine la diarrea aguda ofrecer una comida extra al día por una o dos semanas.
- Ofrecer una dieta rica en cereales, pastas, papa, zanahoria, chayote, plátano, pera, guayaba, gelatina, y pan blanco.

¿Cómo puedo saber si mi hijo está deshidratado?

Si presenta cualquiera de los siguientes datos, usted puede considerar que su hijo está deshidratado:

- Ojos hundidos sin lágrimas
- Boca y lengua seca con saliva espesa o filante
- Mollera hundida
- Sed aumentada, bebe líquidos con avidez
- Respiración rápida y profunda

¿Cuándo debo de llevar a mi hijo a consulta con el médico?

Si usted ya tomó las medidas necesarias para evitar la deshidratación pero después de tres días no nota mejoría o que observe cualquiera de los siguientes signos debe de acudir inmediatamente con su médico:

- Sed intensa
- Más de tres evacuaciones líquidas en menos de una hora
- Más de tres vómitos en menos de una hora
- Poca ingesta de líquidos o no aceptación de los mismos y alimentos
- Evacuaciones con sangre
- Fiebre mayor a 38.5°C.

¿Cuándo esta indicado darle antibiótico a mi hijo que tiene diarrea aguda?

El antibiótico esta indicado cuando tenemos principalmente pacientes con disentería ya que el agente etiológico principal es la *Shigella dysenteriae*. Recuerden que la mayoría de los cuadros de diarrea aguda son producidos principalmente por infecciones virales las cuales son autolimitadas y no requieren de manejo antibiótico. Actualmente existen vacunas contra el rotavirus (el principal agente infeccioso de los cuadros de gastroenteritis aguda) en el mercado; las cuales pueden proteger a sus hijos de los cuadros de diarrea aguda

Pediatra Marcia Aguilar Ramos
Progreso 231 Esq. Agrarismo Col. Escandon. Citas 52-733715
Urgencias 044-5520661657

MENTE S@N@

LA PAREJA

La pareja es una estructura de interrelación humana muy compleja ya que en un momento dado, dos mundos diferentes deciden convivir con el pretexto del amor.

Cuando estos seres humanos se enamoran, de manera inconsciente, niegan, borran, eliminan, de su percepción todo lo negativo de la personalidad del otro que es depositario de su amor.

Tras un tiempo de convivencia, lentamente van apareciendo en la percepción esos aspectos que una vez se habían negado. Hasta que un buen día aparece frente a los ojos la persona real, que no se había podido ver.

Se dice que ambos miembros de una pareja se eligen porque en el fondo de su inconsciente tienen un proyecto culto a la conciencia. Cuando esas dos personas están más o menos sanas mental y emocionalmente, con buena autoestima, sin conflictos graves en su familia de origen, entonces ese proyecto inconsciente también es sano y buscarán ser felices.

Pero, si las personas tienen serios conflictos en su familia de origen como puede ser violencia, abuso de cualquier tipo, abandonos, etc, entonces el proyecto oculto al elegir al otro viene a ser repetir algún aspecto de la relación infantil. Por ejemplo: padre golpeador- esposo golpeador. Se elige a semejanza de lo que ya se conoce.

Cada miembro de la pareja, por su parte, y poniendo en práctica su proyecto personal inconsciente, quiere transformar al otro en algo, por ejemplo en víctima- victimario. Y entonces se cae en una situación paradójica : malo si el otro se presta y malo si no se presta al juego.

Quiero destacar un aspecto: en realidad hay dos proyectos inconscientes que desencadenan un conflicto matrimonial.

Y aquí viene la peor parte de todo esto: los intentos que hacen o las cien maneras de tratar de salir de la crisis, que en la mayoría de las ocasiones sólo empeoran el conflicto, y doy unos ejemplos: Devaluar al otro, agredirlo, abandono real o simulado como sucede en el caso del exceso de trabajo, o las horas en el Internet, o la convivencia exagerada con amigos o amigas, viajes, etc. la infidelidad, la separación.

Considero que si no se conoce el trasfondo personal del conflicto matrimonial, menos se puede encontrar la solución correcta, la cual no es por cierto el divorcio, ya que en muchas ocasiones se va a repetir lo mismo con otra persona.

Entonces ¿porqué y para qué hacer pareja?

En el sentido más optimista e ideal se puede decir que el ser humano, individualmente debe llevar a cabo un proceso de maduración gradual a lo largo de su vida, adquirir experiencia, aprender, crecer en varios sentidos, y sobre todo madurar física, emocional, mentalmente, social y profesionalmente.

Hacer pareja debe ser un elemento importante para lograr completar el proceso de maduración (en ningún momento estoy afirmando que si alguien decide no vivir en pareja no va a lograr estos objetivos, pero,

recordemos que el tema a tratar en este escrito es sobre la pareja), ya que se ponen a prueba en cada ser humano la capacidad de amar al otro, la generosidad para con el otro, la convivencia muy cercana a la cual se le llama intimidad, la posibilidad de llevar a cabo proyectos exitosos económica y socialmente hablando, complementarse con las habilidades del otro (ej. uno gana dinero, el otro administra), lograr la intimidad a través de una sexualidad plena y satisfactoria, procrear hijos y trascender en la vida de esta manera, etc.

Cuando la pareja ha perdido el rumbo, existe la posibilidad de un tratamiento de pareja, terapia de pareja que a grandes rasgos consiste en que cada uno se percate del material inconsciente que está poniendo a participar en el conflicto, por ejemplo exceso de dependencia, celos enfermizos, etc, o bien, qué parte de su historia desea repetir como puede ser el dolor, el abandono, entre otros. Cuando comprenden ciertos aspectos de su vida, pueden acceder a la felicidad. Confío en la capacidad del ser humano para crear cosas buenas.

Feliz Navidad y Prospero Año Nuevo

Psiquiatra Maria del Carmen Trejo
Tel. 55 75 15 11. Matías Romero 5 Col. Del Valle

