



Excursiones



FASE II Aplicación de tratamiento o seguimiento

- Se diseña un programa individual de **Atención Temprana** desglosado en objetivos a corto y largo plazo, y en actividades que ayuden al niño a paliar, en lo posible, los desfases en su desarrollo.
- La intervención se llevará a cabo por el psicólogo, fisioterapeuta y logopeda contando con la colaboración de los padres que deben seguir en casa las pautas establecidas en el programa.
- Cuando el niño empieza el programa de atención temprana antes de los tres años, es decir, del proceso de escolarización, se remite informe al Servicio SPE de la Educación, con motivo de realizar un dictamen educativo e inscribir al menor al colegio público de integración que mejor se adapte a su condición médica. Tras la escolarización, se mantienen reuniones trimestrales, semestrales y/o anuales, dependiendo del caso, con el personal del Centro Educativo (en caso de no estar escolarizado, se acude a las escuelas infantiles) para establecer objetivos de trabajo comunes, ver su evolución, integración y comportamiento en el aula.
- Anualmente se emiten informes y se mantienen reuniones periódicas, bajo autorización firmada de los padres, a todos los profesionales que tengan relación con la patología del niño, ya sean centros educativos, médicos u otros; de tal forma que, se pueda establecer una adecuada coordinación.
- En los casos en los que se observe una posible involución en el desarrollo del menor, o tras sospecha de daño neurológico, se procede a la derivación del caso a otros profesionales especializados.
- Se proporciona apoyo terapéutico a los padres para aclarar sus dudas, paliar su ansiedad e inseguridad y proporcionarles la información adecuada que permita mantener una relación óptima con su hijo.

FASE III Finalización del servicio por alta (terapéutica o voluntaria) o derivación a otro servicio

- Cuando el niño alcanza el nivel de desarrollo deseado y se cumplen los objetivos propuestos al comienzo de la intervención, será dado de alta y pasa al programa de seguimiento, controlándose su evolución de forma periódica hasta los 6 años.
- Cuando el niño ha alcanzado la edad de 6 años y sigue precisando apoyo pedagógico, se procede a la derivación a centros especializados, asesorando a los padres sobre los pasos a seguir.
- En ambos casos, se ofrece a los padres informe longitudinal y asesoramiento hasta la llegada al nuevo centro.

MARIBEL ROCHA

FISIOTERAPEUTA, PROFESORA CEU ELCHE

Los niños en edad temprana (de 0 a 6 años) presentan alguna vez problemas respiratorios debido a diferentes motivos; desde infecciones respiratorias por contagio de virus, a alergias, pasando por nacimiento prematuro. Incluso a causa de un sistema regulador de la temperatura inmaduro, que se ve afectado por cambios de estación y temperatura.



La Fisioterapia Respiratoria en Atención Temprana

LAS AFECCIONES respiratorias en los niños normalmente afectan a las vías respiratorias altas, que pueden evolucionar a bronquitis, bronquiolitis –debido a un déficit de la función respiratoria– e inclusive desencadenar neumonía.

Las infecciones virales prevalecen sobre las bacterianas en lactantes y niños, siendo la protagonista la bronquiolitis que afecta a las vías respiratorias inferiores atacando a los niños menores de 2 años. La infección puede aparecer en cualquier época de año, aunque el periodo epidémico se concentra entre octubre y abril.

La fisioterapia respiratoria tiene como objetivo general la eliminación de la mucosidad traquebronquial y, como efecto secundario, disminuir la resistencia de las vías aéreas para que el trabajo respiratorio sea óptimo; de esta manera mejora el intercambio gaseoso que permite aumentar la tolerancia al ejercicio, aspecto importante en

el desarrollo evolutivo del niño, ya que están en constante movimiento, desde los movimientos estereotipados propios de la inmadurez del sistema nervioso hasta la adquisición de movimientos armónicos (caminar, correr, saltar, realizar tareas).

En los bebés prematuros algunos reflejos primitivos no se han desarrollado al nacer y en una incubadora no se consigue la estimulación del tacto, equilibrio como en la matriz. Por ello es de vital importancia el trabajo del fisioterapeuta en atención temprana para ayudar al sistema nervioso a madurar la respiración como complemento al tratamiento médico prescrito (administración de oxígeno, ayuda a la respiración, aplicación de sustancia surfactante...) y nunca como tratamiento alternativo.

La fisioterapia respiratoria engloba a un conjunto de técnicas que favorecen la eliminación de secreciones o la distribución de aire en las vías respiratorias. Para ello el

Y además...

Realizamos actividades lúdicas que faciliten la integración social, educativa y familiar del niño, como excursiones (por ejemplo, al Río safari de Elche).

La **Fundación** también participa en proyectos de investigación y formación (como el Curso de Formación Interna 2011, a cargo de Javier Romeo Biedma, Psicólogo-Consultor en Infancia, Afectividad y Protección).

Y organizamos sesiones clínicas de trabajo, realizadas una vez al mes por el equipo de la **Fundación**.



fisioterapeuta coloca sus manos en el tórax y abdomen para imprimir un empuje al final de la respiración y resistiendo el inicio de la inspiración (figuras 1 y 2). Para obtener resultados adecuados en patología respiratoria, a menudo se combina fisioterapia respiratoria con oxigenoterapia, nebulización previa con broncodilatadores y nebulización posterior con corticoides y antimicrobianos.

Las técnicas empleadas se adaptan a cada niño de manera individual basándose en una serie de criterios (edad, colaboración, enfermedad de base, personal entrenado o especializado).

Las indicaciones para su uso son enfermedades crónicas como fibrosis quísticas, neumonía cuando la tos sea inefectiva, el asma en fase de mucosidad, atelectasia aguda o subaguda.

En edad comprendida entre 0 y 2 años, se busca provocar el llanto y/o risa, para que las secreciones profundas puedan subir a las vías altas y, una vez allí, se desencadena el reflejo tusígeno (la tos) para ser expulsadas al exterior; lo hacemos mediante un deslizamiento externo en la tráquea (figura 3).

El niño entre 2 y 3 años es participe en el trabajo a través del juego, con ejercicios de soplar (soplar vela, hinchar globos), lo que permite una armonización y efectividad del trabajo respiratorio. A los 5-7 años se trabaja los ejercicios con aparatos como incentivadores para ejercicios de espiración torácica, bloqueo de las fosas nasales para el entrenamiento específico de la musculatura respiratoria.

En ningún momento los padres realizarán ninguna técnica sin supervisión y autorización del fisioterapeuta; éste pautará cuando será el momento de su ejecución y les entrenará para ello, y para que detecten cuándo el niño presenta mucosidad y cómo pueden ayudarlo a ser drenadas para conseguir incrementar la eficacia del tratamiento de fisioterapia.

El fisioterapeuta especializado en respiratorio ofrecerá unos consejos domiciliarios a los padres para el mantenimiento del niño.

ALGUNOS CONSEJOS

- Colocar el pañal hasta las primeras costillas, sin apretar mucho para evitar el reflujo gastro-esofágico, porque ayuda al diafragma y abdominales a trabajar mejor, ya que estos músculos no trabajan de manera adecuada.
- No abusar de los lavados nasales. Usar suero fisiológico en caso de secreción nasal espesa (unos 2 ml por cada orificio), como mucho dos veces al día y eliminarlo con el aspirador nasal.
- Precaución con los humidificadores, favorecen la



humedad y aumentan las secreciones. Si se usan, sólo 30 minutos al día y en ambientes secos.

- Si el bebé presenta reflujo gastro-esofágico se alarga más el problema respiratorio; por ello es bueno que duerma un poco incorporado y en la posición lateral.
- No barrer ni pasar la aspiradora en su presencia.
- Muy importante: ventilar su habitación o la de los papás, si duerme en la misma habitación, una hora cada día.

HÉCTOR NAVARRO AMORÓS
OBSTETRA Y GINECÓLOGO

Por un nacimiento amable

No vamos a descubrir ahora los males de nuestra civilización. Solo nos queda asombrarnos, avergonzarnos e indignarnos, ante semejante cúmulo de despropósitos y situaciones nefastas para el ser humano y su entorno que se producen en un mundo con recursos y conocimientos técnicos suficientes para proporcionar una vida digna a todos sus habitantes y sostenible para el medio ambiente.

DESEO QUE ESTE momento de crisis integral sea el paso previo para una época de bondad, distinguiendo a los sabios de los listillos y ventajistas.

Como ginecólogo y sobre todo como obstetra tengo la oportunidad de estar presente en los inicios, en el milagro de la gestación y el parto. El nacimiento. Y me pregunto en qué medida lo que pasa ahí influye en el desarrollo futuro de nuestra personalidad. ¿Cuando se transforma el amor en miedo si los consideramos como únicos sentimientos arcanos? Quizá desde el mismo momento de la fecundación o incluso antes, con el deseo previo de los padres, sea cual sea la forma de maternidad, dadas las posibilidades que ofrecen hoy día las técnicas de reproducción asistida, también con las mismas incertidumbres para los que lo intentan de esta manera.

He tenido experiencias como médico, pero siempre más como persona, en África y en Sudamérica, y he sido testigo de la sorprendente capacidad de la mujer para sobreponerse a cualquier adversidad (y me refiero a cosas horribles) y reaccionar con una actitud determinada a seguir adelante y construir, en vez de rendirse a la desesperación y el rencor por la desconsideración y el menosprecio al que son sometidas por su entorno más cercano. Como madres, estas mujeres viven una situación dual a mi entender. Por un lado, la cercanía a la naturaleza y por tanto, y afortunadamente para el buen desenlace del parto, también a la naturalidad de los gestos de la parturienta y al entorno de intimidad y afecto que le brindan sus familias y las parteras indígenas que las atienden. De otro lado, en la gran mayoría de las ocasiones, estas mujeres están abandonadas a su suerte en caso de complicaciones, ya que no cuentan con la mínima infraestructura sanitaria que les permita solucionar aquellas que se presenten en ellas o en sus hijos recién nacidos. Es la angustia por el miedo a las complicaciones en ese contexto de abandono absoluto y falta de medios. Es un miedo muy real, entendible y justificable. A pesar de que más de ocho de cada diez

partos en estas condiciones de cercanía a la naturalidad acaban bien, complicaciones que aquí serían fácilmente solucionables, en algunos lugares acaban con la vida de la madre o del niño.

El caso es que en nuestro medio las madres también sufren el proceso de la maternidad con angustia, dejando en una considerable parte de ellas un recuerdo traumático. Podemos comprobarlo por ejemplo al observar mayor preocupación en las madres que ya han parido previamente cuando vuelven a estar embarazadas. La vivencia del nacimiento se convierte en un mal recuerdo para una cantidad inaceptable de mujeres. Especialmente aquellas de mayor consciencia, como las que proponen plan de parto, tienen que recurrir a poner por escrito lo que de forma natural debería ofrecerles el sistema sanitario, que se toma esta actitud aún con recelo, cuando en realidad responde a la desconfianza existente entre las mujeres ante el embarazo y su miedo a un trato desconsiderado o poco amable por parte del sistema hospitalario sobre todo en el momento del parto.

En el caso de los países en desarrollo, las causas de la angustia materna parece estar relacionada con la falta de medios adecuados para atender el embarazo y el parto. Me refiero a atender las complicaciones, porque en lo que toca a la forma de vivenciar el embarazo y el parto de curso normal, como decía, existe en estos lugares una forma mucho más sencilla, íntima y respetuosa de conducir el proceso, casi siempre limitado a la relación entre partera, gestante y familia. Todas las matronas del mundo son gente de mucha vocación (lo siento por ellos, igual de vocacionales y capaces, pero aún en minoría, por lo que emplearé la palabra matrona en femenino, sin olvidarlos). Esto es bueno para todos. Si la angustia de las madres en estos países se explica sencillamente y por motivos muy concretos, la desconfianza y el miedo de nuestras madres occidentales, de países con todos los medios para resolver casi cualquier complicación que se presente, tiene una explicación más compleja que parece