

BIEN estar

Nº44 REHABILITACIÓN

"LOBITO" Fonseca

Entre la
rehabilitación
y la búsqueda de
talentos mundiales
de *motocross*

Si se accidenta,
¿al CENARE
o al INS?

Terapias
para más de
20
lesiones

ISSN:2215-3098



€1.000



5 historias de recuperación exitosa

• Leonel Jiménez • Domingo Argüello • Laurens Molina
• Juan Manuel Camacho • Cristian Chinchilla

Guarde correctamente los medicamentos



Los medicamentos
mal almacenados
pierden efectividad
y vencen.



Utilice un botiquín
o gaveta con llave
en un lugar fresco.



Úselos bien y jamás
los desperdicie.



WWW.CCSS.SA.CR

Sabía que...

Cuando el médico u odontólogo lo incapacita, es para que usted recupere su salud mediante el reposo.

Es un tiempo para descansar y reponerse no para pasear o viajar, excepto que sea parte del tratamiento.

Durante la incapacidad no debe hacer labores físicas o intelectuales, remuneradas o no, tanto en su horario ordinario, como fuera de él.



Recuerde...

La incapacidad es parte de su tratamiento



www.stcbo.org.co

Esfuerzos por fortalecer los servicios de rehabilitación

La rehabilitación ha sido el componente más relegado de la atención primaria de salud. Dicha realidad contrasta con la creciente necesidad de sus servicios, ya que el panorama epidemiológico global demuestra el aumento de las condiciones crónicas, una de las principales causas de deficiencias y discapacidades.

El incremento de la violencia y de los accidentes de tránsito –aunado a las mayores posibilidades de sobrevivir– aumenta significativamente el número de personas que requieren servicios de rehabilitación. El Reporte Mundial de Discapacidad de la OMS (2012) establece que el 15% de la población del mundo presenta discapacidad.

En la CCSS, realizamos esfuerzos para que la población cuente con servicios de rehabilitación en todas las regiones del país. Se avanza en el desarrollo y fortalecimiento de una red que asegure servicios oportunos, promueva la igualdad de oportunidades y, con ello, la exitosa reinserción social de todas las personas con discapacidad en Costa Rica.



**Dr. Federico
Montero Mejía**
Director del CENARE

Diciembre de 2012 – enero de 2013

Una producción de Revistas de Grupo Nación (San José, Costa Rica) con el respaldo de la Caja Costarricense de Seguro Social. **Sitio web:** revistas.co.cr

Dirección: Isabel Ovares • **Coordinación editorial:** Randall Sáenz • **Edición de textos:** Carlos Muñoz y Randall Sáenz • **Redacción:** Eduardo Baldares • **Colaboradores CCSS:** César Blanco, Ana Gabriela Castro, Diego Coto, Andrea De La Cruz, Alejandro Delgado, Damaris Marín, María Morales, Susana Saravia, Roberto Sancho y María Isabel Solís • **Colaboradores:** Alejandra Chavarría, Karla Echavarría, Roberto García, Danilo Jiménez, Gerardo Mora, Andrea Muñoz, Nathalia Rojas e Ivannia Varela • **Corrección de estilo:** Laura Solano • **Diseño y diagramación:** Laura Murillo • **Ilustración:** Augusto Ramírez y Shutterstock • **Fotografía:** Jeannine Cordero, Laura Fuentes, Jorge Navarro, Ronald Pérez, Ana Lucía Rodríguez, Carla Saborío, Shutterstock y Archivo de Grupo Nación • **Fotografía de portada:** Ronald Pérez • **Producción fotográfica:** Laura Fuentes • **Gerente de negocio:** María José Gadea • **Apoyo administrativo:** Silvia Céspedes y Luis Gonzalo Conejo • **Ventas de Publicidad:** GN Comercial • **Control y Pauta:** Evelyn Zúñiga • **Redacción:** (506) 2247-4427 • **Fax:** (506) 2247-5110 • **Publicidad:** (506) 2247-4949 • **Fax:** (506) 2247-4948 • **Circulación:** (506) 2247-4512 • **Apartado Postal:** 1517-1100, Tibás • **Distribuidor:** GN Distribución, Grupo Nación GN S. A. • **Teléfono:** 2247-4463 • **Fax:** 2247-5042.

Impresión: GN Impresos de Grupo Nación. © 2012 y 2013, San José, Costa Rica. Queda prohibida su reproducción total o parcial. Esta revista es reciclable. Deséchela adecuadamente. Llame a: Kimberly Clark, Costa Rica (506) 2298-3100, extensiones 3007 y 3115.

A trece años de la promulgación de la Ley de Protección al Trabajador...

¿Cómo se vislumbra
su futura pensión?

¿Cuánto ahorro tiene
en su operadora?

¿Cuáles alternativas existen
para ahorrar más?



La respuesta a estas y otras preguntas
en la edición especial de **Pensiones**
sobre el **IMPACTO DE ESTA REFORMA
SOCIAL DEL AÑO 2000**

Inserta el próximo miércoles
20 de febrero de 2013 en

LA NACIÓN

Patrocinan:

 **BAC** | Pensiones
Valores como los tuyos

 **BCR**
PENSIONES

VIDA PLENA
Impulsando la Pensiones del Hogar Nacional

 **BN Vital**

 **OPC CCSS**
Caja Costarricense de Seguro Social

Publicación
educativa de



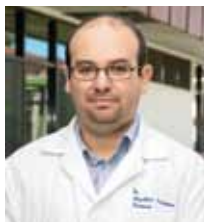
REVISTAS

 **SuPen**
SUPERINTENDENCIA DE PENSIONES

BIEN estar

Nº 44 REHABILITACIÓN

CUENTA CON LA
COLABORACIÓN, ENTRE
OTROS, DE LOS SIGUIENTES
ESPECIALISTAS DE LA CCSS:



Dr. Roberto Aguilar
Jefe de la Clínica de Fisiatría
CENARE



Dra. Dilana Badilla
Terapeuta ocupacional
CENARE



Dra. Sarita Badilla
Terapeuta física
CENARE



Dra. Melissa Carvajal
Residente de fisiatría
CENARE



Dr. Federico Montero
Director
CENARE



Dra. Marisela Salas
Oftalmóloga
Clínica Oftalmológica



Dr. Roberto Velásquez
Oftalmólogo
Clínica Oftalmológica



Dr. Manuel Wong
Medicina física y rehabilitación
CENARE

PORTADA

8. "Lobito" Fonseca. Campeón del optimismo

EN COSTA RICA

16. La rehabilitación en nuestro país

ACCIDENTES Y TRAUMAS

20. Tipos de accidente
22. ¿Qué hacer en una emergencia?

REHABILITACIÓN

26. Parálisis cerebral infantil
30. Latigazo cervical
32. Fracturas de miembros
38. Fracturas de tórax
42. Fractura de cadera
46. Derrame cerebral
50. Auditiva
52. Visual
53. Médula espinal
56. Testimonio: Leonel Jiménez
58. Amputaciones
60. Testimonio: Laurens Molina

EL DÍA A DÍA

62. Manejo de silla de ruedas
66. Testimonio: Juan Manuel Camacho
68. Paso a paso con muletas
72. Testimonio: Domingo Argüello
74. Lesiones mejengueras

EN BUENAS MANOS

76. CENARE: atención integral
80. Testimonio: Cristian Chinchilla
82. INS: apoyo tras lo inesperado
86. ¿A la Caja o al INS?
90. Conozca a los especialistas
94. Los quiroprácticos
96. Taller de prótesis de la CCSS
98. Hospital del Trauma en 2013

SEGUROS

102. Más allá del obligatorio
105. Seis preguntas sobre pólizas

CAMPEÓN

del optimismo

Por: Eduardo Baldares/ Bienestar | Fotografía: Jorge Navarro, Ronald Pérez y Archivo Grupo Nación
Infografía: Archivo Grupo Nación

Ernesto, ¿qué es lo que más le molesta de su condición actual? Agacha la cabeza. Estruja los párpados. Se demora un par de segundos. Entreabre los ojos y frunce el ceño. Nos preparamos para una respuesta dura, pero no. Es blanda como su corazón de optimista:

“Lo que más me enoja es que la gente se estacione en los lugares para discapacitados en los supermercados. Es una falta de consideración y los guardas deberían fijarse más en

Ernesto “Lobito” Fonseca se **rehabilita y se entrena con pasión**, distribuye y mercadea ropa deportiva, modela gafas, viaja, descubre talentos, motiva...
¡Le sonríe a la vida!

La lesión de “Lobito”

1 “Lobito” salta, pero el impulso no es suficiente para llegar al siguiente montículo.



2 La moto choca de frente con la tierra y Fonseca pasa por encima de la máquina, estrellando su cabeza contra el suelo.





Ernesto Fonseca, en el
residencial que en su
infancia fue una pista de
motocross y donde hizo
sus primeras armas a los
cinco años de edad. El
pasado 3 de setiembre
celebró sus 31.

eso. En Estados Unidos, no pasa tan a menudo como aquí". Además, le molestan los "vivazos" del volante, tan abundantes en Costa Rica.

"Lobito" no se queja de su tetrapijama. No se estancó en la caída del 7 de marzo de 2006, en su pista personal en Murrieta, California, que lo tiene en silla de ruedas, inmovilizado del pecho para abajo y con limitaciones en sus manos.

El legendario corredor de *moto-cross* acepta su condición personal como un reto más, siempre en busca de la bandera de cuadros. Sigue adelante, menos acelerado que antes, pero motivado.

Recibió a un equipo de *Bienestar* en la residencia de sus papás, en San Pablo de Heredia, el pasado jueves 8 de noviembre a las 10 de la mañana, donde lo encontramos sonriente en plena rutina de rehabilitación.

Usted siempre habla de la importancia de ser positivo. ¿En cuáles aspectos puntuales de la vida ha mejorado Ernesto Fonseca después del accidente?

"Antes llevaba un estilo de vida frenético, a toda velocidad, que era como estar metido en una carrera. Evidentemente, después del accidente, todo cambió. Ahora, todo es más reposado, me he vuelto más paciente y aprecio pequeños detalles que quizás antes me pasaban desapercibidos.

¿Estaba asegurado al momento del accidente?

"Sí, claro. Gracias a Dios, tuve esa precaución y es algo que le recomiendo a todos los deportistas, principalmente si hacen una actividad que conlleva algún riesgo, como en el caso mío".

La huella de "Lobito"

1986

Con escasos cinco años, comienza a competir en el *moto-cross* local. Lo llaman "Lobito" porque lo dirige su padrastro, Edwin Lobo.



1997

Tras sobresalir en todas las categorías e incursionar en la mayor, con 15 años, derrotó al legendario Adrián Robert en los 125 cc.

1998

Se convierte en el número uno del país, tanto en los 125 como en los 250 cc.



1999

Salta al equipo Yamaha of Troy de EE. UU. Gana el campeonato de la Región Este en 125 cc. Es nombrado "Novato del año".

2001

Tras finalizar quinto en 2000, reconquista el título, ahora de la Región Oeste. Se cotiza entre los mejores pilotos de EE. UU.

2002

Lo contrata la escudería Honda. Es compañero del mejor piloto del planeta, el estadounidense Ricky Carmichael.





REHABILITACIÓN

Aparte del ejercicio con pesas, Ernesto hace tres rutinas específicas de rehabilitación, que le ayudan a mantener su tronco y piernas en las mejores condiciones posibles.

1. **Bicicleta.** Con la ayuda de unos electrodos, mantiene en movimiento los músculos de las piernas.



2. **De pie.** Este dispositivo le permite estar de pie, con el fin de no perder densidad en sus huesos.

3. **Natación.** Con ayuda de instructores y dispositivos especiales, ejercita casi todo su cuerpo en una piscina.



2005

Totalmente consolidado, nunca sale del *top 10* en sus temporadas con Honda. Es ídolo de multitudes y figura de comerciales.

7 de marzo de 2006

Sufre un accidente en su pista de entrenamiento, en California. Fonseca se estrella de cabeza contra el suelo. La torcedura del cuello genera las fracturas en las cervicales C6 y C7.



¿La escudería para la que corría lo aseguró o lo hizo por cuenta propia?

“Lo hice por cuenta propia con la compañía Blue Cross de California. No recuerdo cuánto pagaba por mes, pero sí que me ayudó muchísimo. Con la tranquilidad de tener cubiertos los gastos médicos, me concentré exclusivamente en recuperarme lo mejor posible, sin preocupaciones económicas”.

¿Dónde pasó la primera etapa de su recuperación?

“Estuve varias semanas en el Hospital General de Riverside. Ahí, me operaron de las cervicales. Luego, pasé al Hospital de Craig, en Colorado. Después, me quedé

en mi casa de Estados Unidos, pero ahora paso la mayor parte del tiempo en Costa Rica, en casa de mis papás”.

¿Cuándo fue recuperando alguna movilidad?

“Bueno, al puro principio no podía ni respirar por mí mismo; necesitaba una máquina. Como tenía una traqueotomía, tampoco podía hablar. De hecho, duré como tres meses sin poder comunicarme normalmente. Fue muy duro”.

Superada esa etapa, ¿cuáles partes del cuerpo podía mover y cuánto ha evolucionado?

“Estoy parecido, pero más fuerte. No tengo movilidad del pecho hacia abajo, pero he fortalecido mis brazos”.

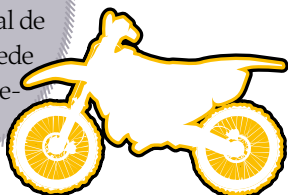


**9 de marzo
de 2006**

Lo operan en el Hospital Riverside de Los Ángeles, para colocarle placas de titanio en el pecho y la espalda para mantener la postura.

**10 de abril
de 2006**

Sale del Riverside y se prepara para comenzar su rehabilitación en el Hospital de Craig, Colorado. No puede mover su cuerpo del pecho hacia abajo.



¿Cuánto más podría evolucionar en su recuperación?

“En realidad, no lo sé. Trato de mantenerme en buena forma física, por si en algún momento surge un avance importante en células madre, biotecnología o algún otro método. Sin embargo, procuro no pensar tanto en eso, sino en mantenerme bien así como estoy”.

¿Sigue siendo muy deportista?

“Sí, claro. Hago pesas con la ayuda de unos guantes adaptados y he corrido un par de competencias en

“Me he vuelto más paciente y aprecio pequeños detalles que quizás antes pasaban desapercibidos”.

un triciclo especial. Soy muy competitivo y quiero prepararme más para mantenerme activo. Estoy esperando un triciclo diseñado para mí”.

¿Cuáles características tiene ese vehículo?

“Es para pedalear con los brazos, pero lo ideal es que se adapte en sus demás implementos a mi cuerpo”.

Además del esfuerzo físico, ¿cuán importante es el apoyo psicológico y el espiritual durante el proceso?

“Los respeto, pero, en mi caso, no los he necesitado mucho.

¿Qué es lo más difícil de afrontar?

“Antes, era muy independiente; ahora, necesito ayuda para casi



2008

“No tengo motora en los dedos, pero sí sensibilidad y movimiento en las manos”, declara al *Al Día*, a dos años del accidente.

2010

Disputa la competencia Corre por Mí, de 8 kilómetros, en triciclo. Dona unos anteojos Oakley autografiados, con un valor estimado de \$300.

2012

Siempre trabajador y deportista, se prepara para entrar de lleno a las carreras en triciclo. Celebra por todo lo alto el título 22 de su querido Club Sport Herediano.

todo, pero lo asumo bien. Tengo una muchacha que me asiste. Además, por dicha, en Costa Rica, a la gente es muy amable y me facilita las cosas”.

¿Lleva algún régimen especial de alimentación e hidratación? ¿Qué recomienda sobre estos aspectos?

“Así como especial, no, pero sí me cuido. Como competí al más alto nivel en mi deporte, aprendí muchísimo sobre cómo comer e hidratarme, así que procuro estar en muy buenas condiciones. Me alimento sanamente y me hidrato como debe ser”.

¿Ha incursionado en el campo de la motivación para otras personas?

“Es algo que me gusta mucho, principalmente con niños. Ellos son muy receptivos, lo absorben todo; es una motivación muy grande saber que se les puede inculcar el gusto por la vida y hacerles saber que los sueños se pueden lograr”.

Profesionalmente, ¿a qué se dedica en la actualidad?

“Al mercadeo y la distribución, con la marca Troy Lee Designs, que hace ropa casual y diseños

“Lobito” maneja su propio carro 4X4 automático, adaptado mediante este dispositivo que le permite frenar y acelerar al bajar o subir la palanca manualmente.



para quienes practican y siguen el *motocross*, en Costa Rica y en Estados Unidos. Sigo ligado al deporte allá, porque veo carreras y ayudo en la detección de talentos. Tengo propiedades allá y viajo constantemente”.

¿Le va bien?

“Gracias a Dios, sí. No me puedo quejar. Y, además, mantengo el patrocinio de Oakley (marca de gafas)”.

¿Cuáles son sus metas a futuro?

“Ahora, debido a la crisis inmobiliaria en Estados Unidos, me queda difícil vender allá, así que tendré que esperar un poco. Por dicha, me he vuelto más paciente, pero en algún momento sí me gustaría estar ya radicado totalmente en Costa Rica”.



La rehabilitación en Costa Rica

Por: Catalina Blanco/ Para Bienestar | Fotografía: Jeannine Cordero

**Servicios
especializados pero
insuficientes** para

● cubrir la demanda caracterizan al sistema tico. La mayoría se concentra en el sector público.

Hoy, más que en ningún momento, los costarricenses utilizan los servicios de rehabilitación disponibles en el país. Sin embargo, la oferta no ha crecido con la demanda y lo público sigue concentrando los servicios.

Diariamente, la atención médica es requerida por personas con traumas cráneo-encefálicos, lesiones medulares, amputaciones, secuelas neurológicas y músculo-esqueléticas y eventos cerebrovasculares; asimismo, por condiciones congé-



nititas y parálisis cerebral infantil, y las secundarias a condiciones crónicas, como diabetes, cáncer, enfermedades degenerativas e hipertensión arterial.

El Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), como único ente especializado del sector público, concentra la mayor atención de casos en sus diversas áreas. La responsabilidad es compartida por otros centros de salud de la CCSS, así como el Instituto Nacional de Seguros (INS) e incluso algunos centros médicos privados que brindan algunos servicios.

Para el Dr. Federico Montero, director del CENARE, los servicios de rehabilitación se hacen cada día más necesarios debido al incremento de las condiciones crónicas que ocasionan la mayoría de las secuelas discapacitantes, el aumento de la expectativa de vida, un acentuado nivel de violencia y más accidentes de tránsito.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala en su reporte anual que 15% de la población mundial presenta algún grado de discapacidad.

En lo privado

- Existen centros de rehabilitación privados que cubren parte de las necesidades de los usuarios, quienes no utilizan por una u otra razón los servicios públicos.
- Por lo general, se atienden pacientes con alteraciones de origen nervioso, con distrofias musculares, parálisis cerebral, traumas cráneo–encefálicos, lesiones medulares y personas con dolor por otros males, como las alteraciones por diabetes.
- Este sector cuenta con personal capacitado, equipo de última tecnología y horarios extendidos.

El papel del CENARE

El CENARE es el referente nacional de mayor complejidad. En él laboran especialistas para la atención de problemas patológicos complejos. Además, cuenta con equipos e instalaciones especializadas.

Solamente en el CENARE se atienden al año más de 40.000 pacientes, incluyendo los del área de odontología y psicología. En terapia, se atienden cerca de 9.000 y, en el área de fisiatría, se dan de alta alrededor de 2.000 pacientes al año.

El centro proporciona servicios de atención hospitalaria mediante intervenciones quirúrgicas, tratamientos, medicamentos y apoyo terapéutico y emocional, con el fin de lograr la recuperación de la salud y la incorporación con plenitud a la vida social, educativa y laboral.

En el CENARE, se forman además los médicos especialistas en medicina física y rehabilitación, dentro del programa de posgrado de la Universidad de Costa Rica. También se capacita personal de otros centros de educación superior.

El apoyo de La Caja

Los servicios de rehabilitación se ofrecen también en algunas clínicas periféricas, hospitales regionales y nacionales de la CCSS. No obstante, no todas las unidades tienen las condiciones para prestar atención a las condiciones atendidas en el CENARE, sobre todo en los períodos subagudos (después de la fase aguda) cuando son dados de alta de los centros médicos donde se atiende el evento inicial.

Muchas zonas del país no cuentan aún con servicios de rehabilitación. Entonces, los pacientes deben desplazarse largas distancias o renunciar al tratamiento por las limitaciones financieras o de otro tipo.

Si bien los servicios de rehabilitación proporcionados por la Caja se han ido expandiendo, el tema de la discapacidad y la rehabilitación está todavía invisibilizado en el modelo de atención institucional, según el director del CENARE:

“Actualmente, nos encontramos en proceso de conformar una red de servicios de rehabilitación con acciones que deben y pueden realizarse en cada uno de los niveles de atención. Para este proyecto, contamos con el apoyo de las direcciones de redes y de proyección de servicios de salud, así como con la Organización Panamericana de la Salud”.

Por año, el CENARE, atiende a más de 40.000 pacientes, incluyendo los del área de odontología y psicología. En terapia, se reciben cerca de 9.000 casos y en el área de fisioterapia se dan de alta alrededor de 2.000.

Los servicios del INS

El servicio de rehabilitación abarca el área de fisioterapia. Esto incluye, además de la terapia física, la ocupacional. De esta manera y según cada caso, el paciente recupera sus actividades familiares, comu-

nales y laborales, indica Carmen Pol, del Departamento de Prensa.

Los trastornos psicológicos y los sociales –vinculados al accidente– son atendidos por la Unidad de Trabajo Social y Psicología.

En su mayor parte, los servicios se brindan en las instalaciones de La Uruca, donde cuentan con nueve salones de terapia. Alrededor de 40% del servicio de terapia física es brindado en los 26 centros regionales.

El instituto cuenta con clínicas de rehabilitación multidisciplinarias que incluyen al fisiatra, el terapeuta físico y el ocupacional, el

trabajador social y el psicólogo.

El INS brinda 760 sesiones diarias de terapia física y 124 de ocupacional. Durante 2011, se reportaron más de 500.000 consultas médicas, 267.945 sesiones de rehabilitación y 22.425 servicios de albergue.

Fuentes:

Dr. Federico Montero, director general del Centro Nacional de Rehabilitación, CENARE.

Tel.: 2232-8233.

Lic. Adrián Campos. Clínica de Fisioterapia y Rehabilitación. Tel.: 2229-0318.

Lic. Carmen Pol, Departamento de Prensa del INS. Tel.: 2287-6000.



Tipos de ACCIDENTES

Por: Nathalia Rojas/ Para Bienestar | Fotografía: Shutterstock

! Pueden variar de acuerdo a su causa, al lugar del suceso o si se presentan por un imprevisto o una situación esperable.

Los accidentes pueden suceder en medio de una vía o en la misma casa de habitación. Unos son imprevisibles y otros, producto del descuido o la falta de precaución. Sin embargo, todos afectan, de una u otra manera, la vida de una persona y de quienes la rodean.

Aunque no hay una clasificación rigurosa, los especialistas en la atención de emergencias identifican algunos patrones que comprometen la vida o integridad de la población. A continuación, citamos las circunstancias más comunes.

Casos médicos

Estas situaciones –consecuencias de una condición médica– son conocidas y controlables; aun así, la atención médica es necesaria y urgente en una emergencia. Algunos casos son:

- **Cardiopatías** (infarto).
- **Diabetes** (males cardíacos, derrames cerebrales o necesidad de amputar un miembro).
- **Presión alta** (accidentes cerebrovasculares y problemas en corazón, riñones y pulmones).
- **Epilepsia** (lesiones por caídas a causa de convulsiones).
- **Obesidad** (se asocia con otros problemas de hipertensión, enfermedades cardiovasculares, y problemas respiratorios).

©Katrina Brown, ©shellyagami-photoar, ©Duard van der Westhuizen

INESPERADOS

Los sucesos generan impactos de distinta gravedad en la vida de los afectados. Se presentan de forma rápida o súbita; por este motivo, el trabajo de los equipos de rescate y el personal médico es más complejo. Se dividen en:

A. DE TRÁNSITO

Son los más comunes, ya sean en carro, camión, autobús o motocicleta. La mayoría sucede por imprudencia de quienes conducen o de quienes transitan por la calle. Según el INS, en el primer cuatrimestre de 2012, ocurrieron 39 fallecimientos por accidentes en motocicleta. En estas circunstancias, se identifican quienes:

- Quedan atrapados en el vehículo (por ejemplo, quienes no pueden abrir la puerta del carro).
- Están prensados (pegados al volante o a la estructura del vehículo y están, por ende, incapacitados para moverse).
- Vuelcos.
- Atropellos.

B. EN EL HOGAR O EL LUGAR DE TRABAJO

- Fracturas.
- Lesiones musculoesqueléticas (desgarros, dislocaciones, esguinces y luxaciones).
- Quemaduras (por fuego, calor húmedo –como el vapor o los líquidos–, objetos calientes o contacto con electricidad. Incluso, las quemaduras de sol).

- Comprometen el cuerpo de acuerdo a su penetración: primero, segundo, tercer o cuarto grado.
- Sustancias tóxicas (por ejemplo, si una persona comienza a limpiar su baño y tiene la puerta cerrada, se puede crear una nube tóxica y provocar un envenenamiento).
 - Caídas.

C. POR VIOLENCIA

- Las agresiones físicas provocadas por otras personas generan también accidentes. La principal muestra es cuando acaece un asalto, en donde la víctima

- puede sufrir golpes, cortaduras, puñaladas o impactos de bala.
- Muchos de los afectados llegan a las salas de emergencia en condiciones muy delicadas.

Fuentes:

Cristian Aase, subjefe nacional de telecomunicaciones de la Cruz Roja. Tel.: 2542-5056.
Dr. Donald Corella, especialista en medicina de emergencias. Hospital Calderón Guardia.
Tel.: 2212-1000, extensión 4527.

¿Qué hacer en una EMERGENCIA?

Por: Nathalia Rojas/ Para Bienestar | Fotografía: Ronald Pérez

Puede ser un suceso imprevisible, que se sale de control y pone en peligro la vida de una o más personas. Las estrategias para atender un accidente de este tipo no pueden dejarse al azar y variarán de acuerdo a la gravedad.

Las instituciones especializadas cuentan con protocolos para actuar de la forma más adecuada ante estos hechos, con el fin de proteger y estabilizar a las víctimas.

A su vez, quienes son testigos de un accidente o lo sufren deben saber que simples acciones pueden salvarles la vida.

Intermediario

Si usted es testigo o sufre un accidente, lo primero que debe hacer es mantener la calma.

Con serenidad, llame al 911, describa el incidente y brinde sus datos personales. Si se encuentra en un lugar de gran tamaño como un hotel, indique en cuál piso

! Al presentarse un suceso que atenta contra la vida o la integridad física de alguien, **lo más importante es mantener la calma** y permitir trabajar a las personas que saben manejar estas situaciones.

está, para facilitar la labor de los equipos de rescate.

Es fundamental comprender que solamente alguien con capacitación puede dirigirse hacia la persona afectada y tratar de moverla o ayudarla. De no conocer técnicas de primeros auxilios, hay que mantener la distancia y solamente hablarle si está consciente.

Uno de los principales impulsos es apartar a la persona accidentada del lugar del suceso. Sin embargo, tratar de retirarla de allí podría resultar más peligroso que



Si sufre un percance, nunca se vaya del sitio sin que lo valore un especialista.

el accidente mismo. No se debe caer en el error de pensar que trasladar a la víctima o levantarla puede mejorar su condición, pues ni siquiera se sabe la gravedad del incidente. Así, el principal consejo es esperar a que llegue el equipo de paramédicos o socorristas.

Atención hospitalaria

Cuando el accidente es de gravedad, el traslado a la sala de emergencias es el siguiente paso.

La mayoría de los trasladados a esta área es víctima de accidentes de tránsito (atropellos y colisiones, principalmente en motocicleta),

incidentes laborales (en construcción o por cables eléctricos) y asaltos (heridas con pistola o arma blanca).

Estas personas ingresan y se les hace una valoración inicial; luego, se analiza cómo se dio el trauma. No es lo mismo un paciente que chocó una motocicleta y salió expulsado varios metros hacia adelante a otro que manejaba a baja velocidad y se volcó.

Además, se le toma los signos vitales, se observa su estado de conciencia y apariencia para ver si tiene heridas profundas y lesiones severas o que potencialmente puedan generar problemas.

En ese momento

Cuando las entidades encargadas de la atención de emergencias arriban al lugar del accidente, deben seguir el protocolo "Comando de incidentes". Este implica aspectos como:

- Informar al momento de llegada al sitio y determinar el lugar exacto.
- Establecer un puesto de mando seguro y visible, con facilidad de acceso y buena circulación.
- Analizar la naturaleza del incidente, si es una colisión, un atropello o una caída, y qué lo pudo ocasionar.
- Establecer un perímetro de seguridad, determinar las estrategias por seguir para salvaguardar a las víctimas y cuáles otros recursos necesitan.
- Al establecer contacto inicial con las personas afectadas, se determina si respiran o no, se hacen revisiones en su cuerpo y se les da soporte psicológico y de primeros auxilios.
- Una vez estabilizados, se define si se requiere el traslado a un hospital. Esta medida dependerá de la complejidad del incidente.



Las personas en estados muy graves son pasadas a la denominada "sala de shock". Allí entran víctimas de impactos de bala, heridas por arma blanca en cavidades y torso, amputaciones debido al accidente o fracturas expuestas. En ese momento, pueden necesitar transfusiones de sangre, radiografías, sedación o reanimación.

Más adelante, se define si pasan a cuidados intensivos o si necesitan una intervención quirúrgica. El objetivo final es estabilizar a la persona, procurar salvaguardar su integridad y, de necesitarlo, iniciar un proceso de rehabilitación.

Un paciente no entra a esta área cuando tiene traumas me-



Al presenciar un incidente, lo más recomendable para tranquilizar al afectado es pedirle que no se mueva y hablarle mientras se espera al equipo de emergencias.

El daño que le podría provocar al cambiarlo de posición es mucho mayor que el supuesto beneficio.

nores, como golpes en las piernas que no comprometen otras partes del cuerpo, fracturas leves o incisiones en extremidades que se controlan lavando y cosiendo la parte afectada. Estas son lesiones que no atentan contra la vida ni representan un riesgo de provocar una discapacidad.

Si usted es testigo

- **LLAME** al sistema de emergencias 911 e indique con el mayor detalle posible las características y el lugar del accidente.
- **CONFIRME** que el sitio del suceso es seguro y que no representa un riesgo para otra persona que se acerque con el fin de ver el estado de la víctima. Por ejemplo, si alguien cae de un puente o a un río, es inseguro bajar para ver qué pasó.
- **NO INTENTE** desconectar cables o apagar incendios y deje los vehículos donde están.
- **DESPEJE** el espacio alrededor de la persona y trate de mantenerla inmóvil. Evite trasladarla, levantarla o sacarla de donde esté. Déjele esa tarea a alguien capacitado. De moverla o liberarla, puede ocasionarle más daño o provocarle un estado de choque o conmoción.
- **HÁBLELE Y AYUDE** a tranquilizar a la persona accidentada, si está consciente.
- **ABSTÉNGASE** de alimentarla o darle agua, porque puede provocarle vómitos.

Fuentes:

Cristian Aase, subjefe nacional de Telecomunicaciones de la Cruz Roja. Tel.: 2542-5056.
Dr. Donald Corella, especialista en medicina de emergencias del Hospital Calderón Guardia.
Tel.: 2212-1000, extensión 4527.

Parálisis cerebral infantil

La parálisis cerebral es un trastorno permanente, causa problemas de movimiento, comunicación o lenguaje, y se genera desde antes de nacer o en los primeros años de vida.

El éxito de su rehabilitación consiste en que la familia y las personas relacionadas con el paciente lo traten como realmente es: un niño común con sueños, esperanzas e ilusiones.

¿Cuáles son sus síntomas?

El padecimiento produce problemas motores, que afectan el desempeño funcional. Estos pueden ir asociados a dificultades de aprendizaje.

El paciente puede tener desde problemas leves en los brazos y las piernas, hasta complicaciones que le impiden realizar algún movimiento. Asimismo, en algunos casos, la parálisis se acompaña de epilepsia o provoca problemas para alimentarse.

Aunque es irreversible, la rehabilitación da las mejores condiciones de vida al paciente.

Igual que a los demás

El problema más común no es la falta de movilidad, sino la forma en que el mundo lo ve. Un pequeño con parálisis no depende de la capacidad de su mano o de su pierna, sino de su entorno.

Las personas desconocen la verdadera fortaleza de un niño con parálisis. Estos pequeños tienen muchas veces mayor disposición y ganas de superarse.

Dé oportunidades

Ellos no necesitan su lástima. Comentarios como “pobrecito ese chiquito” no ayudan; todo lo contrario: los hacen sentir mal, infelices o diferentes.

En vez de esto, los infantes necesitan oportunidades para sobrellevar su condición.

Cuando conozca a un niño con estos padecimientos, busque incluirlo en las actividades comunes de los demás y enséñele que él es una persona completa con capacidades e inteligencia como los demás.

Mientras no exista una contraindicación médica, dele de comer como a cualquier otro niño, regáñelo si hace algo mal y deje que realice sus propias tareas. De esta forma, ayuda a que tenga un mejor futuro.

Una vida normal

Como todo niño, tiene derecho a la educación y a una vida en igualdad de condiciones.

Se recomienda incluirlo en el mismo sistema de educación que los demás y, si es posible, instarle a buscar oportunidades laborales cuando tenga la edad correspondiente.

La familia es lo más importante

El primer apoyo es la familia. Por tanto, pida ayuda cuando la necesite. En algunas ocasiones, las personas suelen sobrecargarse con el trabajo de cuidar a una persona con limitaciones físicas. Por eso, crear una red –en donde sus familiares puedan ayudar y alivianar la labor– es importante.

Cuando necesite ayuda profesional o hablar con alguien, los servicios de trabajo social de la Caja Costarricense de Seguro Social están abiertos para que realice sus consultas o solicite apoyo.

¿QUÉ LA CAUSA?

Los factores pueden ir desde infecciones antes de nacer hasta golpes durante los primeros años de vida. Entre las más comunes se encuentran:

- Prematuridad.
- Bajo peso al nacer.
- Complicaciones en el parto.
- Asfixia.
- Trauma físico durante el parto e
- Ingestión de drogas o tóxicos durante el embarazo.

Rehabilitación física

La movilidad puede ser mejorada mediante programas y tratamientos. Como cada caso es diferente, lo más adecuado es consultar al fisiatra o terapeuta sobre cuáles procedimientos son los indicados para su hijo.

Lugares especializados –como el CENARE– reúnen a terapeutas físicos y ocupacionales, fisiatras y trabajadores sociales para asegurar la valoración correcta y el mejoramiento continuo de los pacientes.

El respaldo del círculo familiar es necesario para lograr avances en el estado general del paciente.

Aprenda a ayudarlos

Si usted es padre o cuidador de un niño con esta condición, en las clínicas del CENARE y las escuelas de educación especial, le enseñarán ejercicios simples para ir mejorando las funciones motoras del niño.

Estos ejercicios pueden ser de estimulación visual y auditiva o físicos, como gateos, giros y vueltas en la cama, entre otros. Las rutinas dependerán y variarán según la edad y la meta trazada.



Tratamiento por objetivos

El especialista valora el caso y mide qué se espera de cada paciente. A partir de ahí, desarrolla una lista de metas.

Por ejemplo, en casos leves y edades tempranas, se busca que los arcos de movimiento se mantengan; sin embargo, de los 5 a los 7 años, se trabaja para desarrollar las habilidades para vestirse o higienizarse independientemente.

El objetivo de la rehabilitación es que el niño viva las mejores condiciones económicas, psicológicas, sociales y físicas. Para alcanzarlo, se necesita de especialistas que den atención multidisciplinaria de manera conjunta.

Fuentes:

Equipo de la Clínica de Parálisis Cerebral del CENARE:
Cristhine Ares, fisiatra.
Melissa Carvajal, residente fisiatría.
Sarita Chinchilla, terapeuta física.
Dilana Badilla, terapia ocupacional.

APROVECHE LAS AYUDAS DEL ESTADO

- **Pensión vitalicia.**

Toda persona con parálisis cerebral profunda tiene derecho a una pensión de por vida, sin importar la edad, siempre y cuando carezca de recursos económicos.

- **Atención médica,**

psicológica y técnica. Todo asegurado puede solicitar atención –por medio de referencia– en el CENARE, en donde le darán cuidado especializado y equipo para suplir las necesidades del paciente.

- **Bono de vivienda.**

Dependiendo del caso, puede optar por un bono de vivienda en el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) para mejorar la calidad de vida del niño.

Latigazo cervical:

después del impacto

Por: Andrea De la Cruz/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografía: Jeannine Cordero
Infografía: Augusto Ramírez

! Luego del susto de un choque, llega el dolor de cuello, de cabeza y de espalda. **Moverse es todo un reto, pues el cuerpo queda rígido; sin embargo, todo se puede superar.**

En un accidente de tránsito, el cinturón de seguridad cumple la función de sujetar nuestro tronco. Ante este impacto, la cabeza y el cuello quedan libres y experimentan una sacudida repentina.

Este movimiento produce una lesión en el cuello conocida como “latigazo cervical”: una tensión en los músculos y los ligamentos por una hiperextensión. El cuello se mueve más allá de su capacidad.

Collarín

Según la gravedad de la lesión, el médico determinará el uso de un collarín. Este se debe colocar durante las primeras 72 horas. Este dispositivo inmoviliza la zona para una pronta recuperación.



Rehabilitación

Cuando un paciente es referido al fisioterapeuta, este especialista le realizará un diagnóstico para determinar cuánto movimiento perdió.

La rotación (izquierda–derecha) debe ser de 90°. El movimiento vertical (arriba–abajo) de 35° a 40°.

Estos rangos pueden variar de una persona a otra. Si un paciente con latigazo cervical puede rotar la cabeza solamente 50°, el objetivo de la rehabilitación será recuperar los 40° faltantes.

Calor analgésico

Toda terapia inicia con una fase de calor. El objeto caliente se coloca en el área afectada y sirve como analgésico. Primero, el calor será superficial; después, se aplicará una mayor temperatura.

Movilizaciones

Son ejercicios de flexión, extensión y rotación. La terapia puede ser pasiva o activa. La primera es la realizada por el terapeuta. En la activa, el paciente realiza los movimientos, sin ayuda.

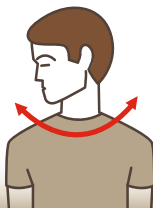
EJERCICIOS EN CASA

Se deben realizar dos veces al día, con diez repeticiones cada uno. También los puede hacer una persona con dolores de cuello o lesiones leves.

La cabeza se baja y se devuelve con suavidad.



De izquierda a derecha y de derecha a izquierda.



Acerque hasta donde pueda la oreja al hombro.



Movimiento circular y en una sola dirección.



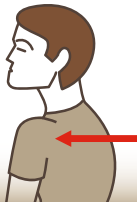
Suba los hombros sin tensarlos.



Lleve los hombros hasta atrás.



Y después hacia adelante.



Termine con la barbilla haciendo un círculo.



Fuente: Lic. Francisco López, unidad de fisioterapia. Hospital San Juan de Dios.



¿Se quebró?

¡No descuide la
recuperación!

Prácticamente, todas estas lesiones de los huesos requerirán de un

- proceso de recuperación interdisciplinario y temprano para recuperar la movilidad.

Ante una fractura, la rehabilitación debe verse como parte esencial del proceso de cada paciente.

PRIMERO, una persona sin el tratamiento adecuado podría sufrir secuelas y problemas de movilidad permanentes. Un resultado exitoso va más allá del uso de las mejores prótesis y materiales para sanar la ruptura ósea.

SEGUNDO, la inversión realizada en fracturas de alta complejidad –con pines y materiales de última tecnología– podría convertirse en un desperdicio de recursos si el proceso, posterior a una cirugía exitosa, no culmina con un tratamiento multidisciplinario.

Una recuperación inadecuada puede, incluso, impactar la vida profesional y financiera del paciente. La persona afectada podría resultar con una incapacidad permanente, que le impediría reincorporarse a su vida profesional.

No solo ejercicios

Algunas fracturas, dada su complejidad, necesitan un

abordaje interdisciplinario con terapeutas físicos, fisiatras y especialista en terapia ocupacional.

Lo ideal, en cualquier caso, es que el paciente sea valorado primero por un médico fisiatra –especialista en rehabilitación– para definir su condición.

En casos especiales, la incorporación de un terapeuta ocupacional e incluso de un trabajador social es fundamental, pues de poco sirve la terapia física y devolver la movilidad si la persona regresa a vivir en condiciones inadecuadas para su recuperación.

Lo anterior es especialmente importante en el caso de adultos mayores que viven solos, en abandono o en alto riesgo de sufrir una nueva fractura.

Terapia a tiempo

Una fractura distal de la mano –como las de la muñeca– limitará siempre la función de esta extremidad.

En estos casos, la persona suele quedar con problemas para cerrar el puño o mover los dedos.

En el caso de las fracturas inferiores, la rehabilitación busca mantener los arcos de movilidad de la cadera, la rodilla y el tobillo, así como el fortalecimiento de los músculos, para después apoyar la pierna.

¡A moverse desde el primer día!

- El tratamiento por fracturas de miembros inferiores irá siempre acompañado de una guía de ejercicios que define el ortopedista.
- Sin embargo, dependiendo de la quebradura, se necesitará una rehabilitación activa, aun en cama, para que la discapacidad temporal no se haga permanente.
- Una de las fracturas más frecuentes de este tipo –y sobre todo en población adulta mayor– es la de cadera. El paciente puede requerir de uno a dos meses en cama, o hasta cuando el ortopedista determine. No obstante, durante ese período, se debe trabajar en recuperar ciertos movimientos.
- Desde el día después de la cirugía, el paciente debe iniciar con movimientos sencillos. No se trata de caminar, sino de hacer pequeños y suaves movimientos. Esta rehabilitación



incluye movilizaciones, fortalecimiento isométrico (contracciones musculares para

mantener el tono muscular) y cambios de posición.

- Al inicio, estos ejercicios los realiza el fisioterapeuta; luego, el paciente debe repetirlos en su casa. Si los realiza con disciplina y correctamente, cuando pasa a la etapa de dar sus primeros pasos, la superará con rapidez y éxito.
- Si, por el contrario, se queda en cama sin movilizarse, pueden surgir complicaciones como ulceraciones en los pies, síndrome de inmovilización, atrofas y contracturas musculares. Incluso, aunque haya sanado su punto de apoyo, podría tener dificultades para volver a caminar.

Ahora bien, la situación será radicalmente diferente para dos pacientes sometidos a la misma cirugía con éxito, a quienes se les coloca un yeso idéntico, pero que reciben rehabilitación con cinco meses de diferencia: uno al mes de la operación y otro a los seis meses.

El primero recuperará probablemente la movilidad con 20 ó 30 sesiones de terapia (incluso menos). Con un poco de terapia ocupacional, mejorará la fineza de la mano para retomar sus actividades y, si no hay ninguna limitación articular por la fractura, tiene altas probabilidades de regresar a sus actividades con total normalidad.

El otro, en cambio, al permanecer con su mano inmóvil durante tantos meses, llegará seguramente a las sesiones de terapia

con serias limitaciones. La terapia podría ayudarle; sin embargo, recuperar la movilidad total será muy difícil.

Lo mejor posible

No siempre la rehabilitación logra devolver al paciente la movilidad que tenía antes de sufrir la lesión.

Así, por ejemplo, en una fractura del codo, si el paciente no puede doblar el brazo, se le dificultará tomar alimentos y llevarlos a su boca, rascarse los ojos y hasta peinarse.

Ante estas situaciones, la terapia física se enfoca en dos objetivos:

1 Lo primero, y lo más importante, en que el paciente recupere su movilidad y su funcionalidad con absoluta normalidad.

En muchos casos, como en el de los adultos mayores, tras la recuperación es esencial el apoyo de un trabajador social para garantizar que el paciente regrese a casa y no esté en riesgo de sufrir una nueva quebradura.



Las fracturas cercanas a las articulaciones requerirán de rehabilitación más intensa.



2. Y si eso no se logra, se enfatiza en el aprendizaje de destrezas para realizar las actividades cotidianas lo más normal posible, con las limitaciones de cada caso.

Disciplina en casa

La terapia no solo consiste en tener al especialista a la par dándole indicaciones y haciéndole las movilizaciones.

El paciente debe realizar a diario la rutina de ejercicios que se le indica al abandonar el hospital. Para esto, es fundamental dejar de lado el miedo al dolor o, incluso, a una nueva fractura.

Este sentimiento es “letal”, porque puede hacer que el paciente deje de mover la mano o la pierna, sin saber que cuanto menos la mueva más dolor sentirá.

Si hay limitación articular, es lógico que al paciente le duela o le incomode. Ante dolores insopportables, lo mejor sería chequearse con el médico para descartar complicaciones en la fractura (como que no se haya consolidado bien).

Fuente:
Dr. Roberto Aguilar Tassara, jefatura de Fisiatría, Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE).

Rescatando la motora fina

- La rehabilitación de los miembros superiores suele plantear un reto mayor. Las piernas tienen una función muy específica: caminar. Sin embargo, los brazos los utilizamos, prácticamente, para hacer de todo.
- Las manos son el instrumento más fino del cuerpo humano. De esta manera, una fractura en los miembros superiores podría limitar sus funciones.
- Tareas tan sencillas como utilizar un bolígrafo, escribir en la computadora, levantar objetos, sembrar, tocar guitarra, conducir o realizar cualquier actividad manual se pueden ver alteradas por una fractura en los miembros superiores.
- La articulación del hombro tiene, por ejemplo, un rango de movilidad tal que permite realizar muchas actividades, como peinarse, lavarse los dientes y vestirse.
- Por eso, en el caso de fracturas en extremidades superiores, se necesita un fisioterapeuta, para que trabaje en los arcos, y un terapeuta ocupacional, para que enseñe a realizar actividades básicas y cotidianas.

Huesos rotos en el tórax

Por: Andrea De la Cruz/ Caja Costarricense de Seguro Social | Ilustración: Shutterstock



©Dim Dimich

Estas dolencias requieren de mucho reposo.

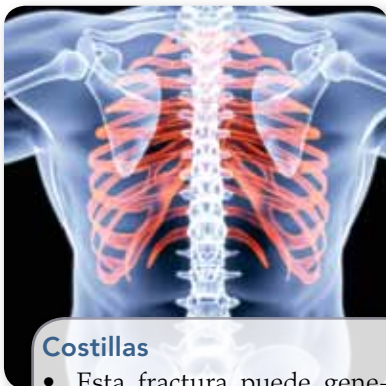
En unas, los ejercicios de respiración son vitales y, en otras, el terapeuta debe generar el movimiento de la estructura.

Clavícula

- Conecta el brazo con el resto del cuerpo. Este hueso se fractura con mayor frecuencia por caídas sobre el hombro.
- Coloque hielo durante las primeras 72 horas para disminuir la inflamación. El área se inmoviliza con un cabestrillo, por lo que perderá fuerza muscular y flexibilidad; además, los movimientos del hombro se verán afectados.
- Los ejercicios realizados son los mismos que se utilizan para movilizar el hombro.

Escápula (omoplato)

- La escápula es un hueso plano, forma un triángulo y está situado en la parte superior de la espalda.
- Al igual que la clavícula, complementa los movimientos del hombro.
- Por lo general, la rehabilitación es activa y asistida. El fisioterapeuta ayuda a la movilización de esa estructura, pues para el paciente es muy difícil hacerlo solo.



Costillas

- Esta fractura puede generar mucho dolor al respirar. En las primeras 72 horas, es importante aplicar hielo en la zona afectada. En una simple, se utiliza un corsé elástico para inmovilizar el área.
- Se recomienda realizar ejercicios de respiración y permanecer activo.
- No se deben hacer abdominales ni fuerza; tampoco, se debe manipular objetos pesados.

Esternón

- El esternón une las costillas y protege el corazón y los pulmones. Una fractura común en esta área es cuando, en un accidente de tránsito, el pecho del conductor impacta con la manivela.
- Este trauma es peligroso por la posibilidad de perforar algún órgano vital.
- La fractura no se trata con yeso. Si es simple, puede durar en restablecerse entre 15 y 21 días. Luego de tres meses, la persona podría realizar sus actividades cotidianas. Se recomienda hacer ejercicios de respiración para fortalecer el área.

Los terapeutas de la Unidad de Fisioterapia del Hospital San Juan de Dios valoran desde neonatos hasta adultos mayores con equipo de última generación.



La columna está formada por 33 huesos. Es como una "grúa" que sostiene todo el esqueleto.

Ninguna fractura debe quedarse sin atención por temor al dolor. No sanan "solas".

Columna vertebral

- Puede ser sencilla o muy compleja –al afectar médula espinal–. Puede producir invalidez.
- La rehabilitación dependerá de la zona afectada, del tipo de fractura y del estado del paciente.

Múltiples

- Cuando hay varias fracturas a la vez, al paciente se le denomina como politraumatizado. En estos casos, la rehabilitación varía según la valoración médica, el tipo y el área de la fractura, y la evolución del paciente.

Nunca intente acomodar una quebradura en la casa, ni deje que amigos o vecinos la manipulen.

Lumbalgia

- De las alteraciones de la columna, la que más afecta a la población costarricense es la lumbalgia –dolor en la parte baja de la espalda–.
- Muchas de las lesiones se le atribuyen a sobrecarga funcional o postural.
- La Unidad de Fisioterapia del Hospital San Juan de Dios cuenta con la Escuela de Espalda, donde enseñan cómo mejorar la posición y aliviar el dolor.

EJERCICIOS TERAPÉUTICOS PARA LUMBALGIA MECÁNICA

La respiración es muy importante. Inhale cuando sostiene la contracción y exhale cuando la relaja. Acostado, haga diez repeticiones de cada ejercicio:

1. Con ambas piernas estiradas, mueva los pies en direcciones contrarias. Debe sentir el estiramiento en la parte posterior de la pierna.

2. Con ambas piernas extendidas, junte los dedos gordos y luego sepárelos.

3. Boca arriba, flexione la rodilla y júlela hacia el pecho. Sienta la tensión en la parte posterior de la cintura. Repita con la otra pierna.

4. Boca arriba, doble una pierna, estire la otra y flexione el pie. Suba y baje la pierna. Repita con la otra pierna.

5. Boca arriba, coloque los pies en la pared. La posición de sus piernas debe



formar un ángulo de 90°. Suba lentamente la pelvis. No levante la zona lumbar.

6. Boca arriba con las piernas flexionadas y los brazos al lado, eleve los hombros y la cabeza hasta donde pueda. No alce la espalda.

7. Lleve las rodillas al pecho y sujételas. Sentirá cómo se estira la parte baja de la espalda.

Estos ejercicios son para lumbalgia mecánica. Las personas con fracturas o con tumores en la columna no deben realizarlos.

Fuentes:

Lic. Cecilia Chaves, supervisora de la Unidad de Fisioterapia. Hospital San Juan de Dios.
Lic. Francisco López, unidad de Fisioterapia. Hospital San Juan de Dios.
Dr. José Mario Sprok, cirujano de tórax. Escuela de Espalda del Hospital San Juan de Dios.
Correo electrónico: esc.espalda.hsjd@gmail.com.
Alejandra Rojas y Judieth Vargas. Promoción de la Salud de la Universidad de Costa Rica.

Fractura de cadera: peligro diario

Por: María Morales y María Isabel Solís/ Caja Costarricense de Seguro Social

Fotografía: Ronald Pérez

Datos de la Caja Costarricense de Seguro Social revelan que, solamente en 2011, se efectuaron 603 reemplazos de cadera. En el primer semestre de 2012, se contabilizaron 326.

Las estadísticas lo señalan y los profesionales en medicina también lo confirman: las mujeres son las principales víctimas de este accidente que tiene secuelas severas, si no se cumplen a cabalidad las indicaciones médicas.

¿Cuáles son las razones de que la población femenina y mayor de 65 años sea la mayor víctima? Podemos mencionar:

- Las mujeres tienen una expectativa de vida mayor que los varones.
- En la tercera edad, ella es más activa que él.

! En promedio, los hospitales de la Caja realizan **dos reemplazos de cadera al día.**



- La mujer es más vulnerable a la osteoporosis, como consecuencia de problemas hormonales.
- Son más independientes y realizan más actividad física.

Cuidado personal y riesgo ambiental

Hay condiciones o “facturas” del diario vivir que pueden incrementar el riesgo para presentar una fractura de cadera. Algunas de ellas son internas

Para evitar los mareos que experimentan las personas mayores al levantarse de la cama, es recomendable indicarles que lo hagan despacio o con asistencia de alguien más.

Ojo a las complicaciones

- **Problemas de embolismo pulmonar** e inestabilidad hemodinámica. Pueden llevar inclusive hasta la muerte si no se tratan adecuadamente.
- **Úlceras de decúbito.** Por la postura corporal que implica estar acostado, se pueden presentar en zona sacra, tobillos y pies.
- **Complicaciones pulmonares.** El mal manejo de secreciones puede llevar a una bronconeumonía.
- **Complicaciones de enfermedades previas.** Como la diabetes o la hipertensión.
- **Depresión.** Por el aislamiento y la falta de independencia durante la convalecencia.



Hogares con adultos mayores

- **EVITAR OBSTÁCULOS.**
Muebles, artefactos eléctricos o adornos que puedan estorbar.
- **INCORPORAR SISTEMAS DE AYUDA.** Coloque agarraderas en los baños y las paredes. Además, una buena iluminación es esencial, sobre todo para quienes se levantan por la noche al baño. Utilice lámparas especiales tanto en el camino como en el cuarto.
- **APOYARSE EN ACCESORIOS.** Por ejemplo, utilice un recipiente exclusivo para orinar.
- **SUPERVISAR LA LIMPIEZA.** No hay que dejar derrames de líquidos en el piso.



La fractura de cadera es más frecuente en mujeres que hombres, especialmente después de la menopausia. Esto se debe a la alteración hormonal que se produce con la disminución de los estrógenos.

—dependen de la persona— y otras externas —ligadas al entorno—.

INTERNAS. Estilos de vida poco saludables, nutrición inadecuada, poco consumo de suplementos y alimentos que contengan calcio, y escaso ejercicio físico.

EXTERNAS. Problemas de infraestructura en la casa de habi-

tación o el lugar de cuido: gradas, muebles, alfombras o pisos húmedos.

Para evitarla

Sin duda, todas las personas deben cuidarse; sin embargo, los adultos mayores, y especialmente las mujeres, deben adoptar una serie de recomendaciones:

- **Conocer su propensión a enfermedades.** Saber si padecen de osteoporosis o si están propensos a padecerla, para redoblar esfuerzos o iniciar los tratamientos adecuados.
- **Respetar sus capacidades físicas.** Buscar ejercicios o actividades seguras y usar implementos adecuados. Prefiera aquellas rutinas que lo ayuden a mantener el equilibrio.
- **Vigilar el ambiente.** Al crear un programa de actividades físicas en el hogar o

La rehabilitación de esta lesión suele tomar meses, en los que es esencial la paciencia del afectado, pues es necesario tener la mínima movilidad para soldar el hueso.

fuera de él –gimnasios o centros de bienestar–, se debe prestar atención a obstáculos, iluminación, tipos de piso y accesos.

- **No omitir las ayudas.** Si la persona presenta problemas a la hora de caminar, debe incorporar un bastón o una andadera a su rutina diaria.
- **Disciplina como paciente.** Se deben seguir siempre las recomendaciones del especialista en cuanto a los tratamientos y programas de actividades posteriores a una fractura y cirugía de cadera.

Fuentes:

- Dr. William Altamar, médico cirujano especialista en ortopedia. Hospital Max Peralta.
- Dr. Fernando Morales, director del Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología.
- Área de Estadísticas de la Salud de la CCSS.

Después de un **derrame** cerebral



Por: Roberto Sancho/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografía: Laura Fuentes | Infografía: Shutterstock

Es uno de los padecimientos que puede **dejar más secuelas en la vida de una persona** y su familia. La rehabilitación debe ser inmediata.

Un evento vascular cerebral (EVC), conocido popularmente como “derrame cerebral”, ocurre cuando una parte del cerebro no recibe sangre por un tiempo prolongado.

Debido a esta falta de flujo sanguíneo, las neuronas de esa

parte afectada del cerebro dejan de funcionar o mueren, por falta de oxígeno y de nutrientes. Esta emergencia podría provocar la muerte.

Los EVC pueden ser de dos tipos:

- **ISQUÉMICO.**

Hay un tapón –generalmente de grasa– en las arterias. La sangre no puede pasar a una zona del cerebro. La obstrucción puede aparecer en las propias arterias del cerebro o provenir de las del cuello o incluso del corazón. Este tipo es el más frecuente.

- **HEMORRÁGICO.**

La sangre se sale de las arterias e “inunda” una parte del cerebro. Se asocia a presión arterial alta no controlada o a malformaciones en las arterias, como los aneurismas. Incluso, puede aparecer como una complicación de un evento EVC isquémico.

¿Por qué se presenta?

Hay algunas condiciones asociadas a su aparición, además de la presión arterial alta no controlada y las malformaciones, como:

- La diabetes.
- El colesterol y los triglicéridos altos.

En el CENARE, funciona la Unidad de Evento Cerebral Vascular, donde los pacientes recibidos son atendidos por fisiatras, terapeutas físicos, ocupacionales y del lenguaje, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras.

- Las arritmias cardíacas no tratadas.

- El fumado.
- La obesidad y el sedentarismo.
- El enojo y la hostilidad.
- El consumo excesivo de alcohol y otras drogas, como la cocaína.

Los sobrevivientes de EVC presentan generalmente uno o varios factores de riesgo; por tanto, la identificación de

las razones por las cuales se presentó pueden prevenir la aparición de otro.

¿Qué esperar luego?

La evolución de los sobrevivientes de un EVC depende de varios factores, entre ellos: edad,

Cuidados posteriores

- **Vigilar la presión arterial.** La hipertensión aumenta las posibilidades de tener un derrame cerebral. Una de cada tres personas con hipertensión no sabe que la sufre.

- **Controlar la diabetes.** Este padecimiento puede dañar los vasos sanguíneos del cerebro y aumentar el riesgo de sufrir otro EVC.

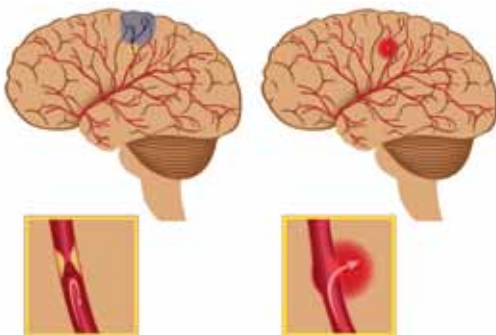
- **Dejar de fumar.** El tabaquismo causa coágulos sanguíneos.

- **Eliminar estrés.** Dedique tiempo a su recreación, visite a sus vecinos y sus amigos, e involúcrese en las actividades de su comunidad. Si es posible, retome actividades ocupacionales – artesanía, pintura, manualidades, música o baile–.

EVENTO VASCULAR CEREBRAL

Isquémico

Hemorrágico



Un tapón bloquea el flujo

La arteria se rompe

©Alila Sao Mai

Señales de alarma

- Dolor de cabeza intenso, de inicio rápido, que no se alivia con un analgésico usual.
- Pérdida de fuerza en un brazo o una pierna, sin haberse dado golpes o caídas.
- Alteración del habla, problemas para tragar o desorientación repentinos.
- Inconsciencia.

enfermedades, tipo de EVC, la zona cerebral dañada y su extensión, y la posibilidad de recibir tratamiento adecuado y temprano.

La participación de la familia y el interés del sobreviviente son imprescindibles para ini-

ciar un proceso de rehabilitación exitoso. Reaprender las tareas básicas como comer, hablar, vestirse y sentarse puede ser muy agotador y frustrante.

Por ello, el plan establecido por el equipo de rehabilitación debe com-

Todas las secuelas generan cambios importantes en el estilo de vida y las capacidades del paciente. Los equipos de expertos en rehabilitación implementarán estrategias para mejorar las condiciones.

plementarse con el apoyo total del grupo familiar.

Los primeros meses son vitales para recuperar el movimiento de brazos y piernas, así como el equilibrio y la posibilidad de hablar, alimentarse, vestirse, reconocer y razonar.

Incluso los sobrevivientes a un EVC muy extenso y con secuelas muy severas pueden tener algún grado de recuperación en este primer período y hasta el primer año posterior.

El tiempo desde la segunda semana

hasta los seis meses es crucial para lograr la mayor recuperación e independencia funcional.

Por lo anterior, la atención por equipos especializados en rehabilitación es fundamental.

Ellos definirán las deficiencias y las limitaciones del sobreviviente; posteriormente, planearán una serie de actividades dirigidas a mejorar las capacidades. Esto le permitirá reincorporarse en forma gradual a su vida en el hogar y la comunidad.

Secuelas

- **Pérdida** de movilidad en la mitad del cuerpo (hemiparesia).
- **Ausencia** de la sensibilidad en la mitad del cuerpo (hemianestesia).
- **Alteraciones** en la capacidad de hablar, entender o ambas (afasia o disartria).
- **Imposibilidad** para controlar la salida de orina o de excremento (incontinencia).
- **Alteraciones** importantes para tragar saliva o alimentos (disfagia).
- **Problemas** en la memoria, atención y concentración.
- **Cambios** bruscos en el estado de ánimo.

Fuente:

María José Gallardo, médico asistente especialista en rehabilitación.
Centro Nacional de Rehabilitación, CENARE. Tel.: 2220-1336.

En los oídos



Por: Diego Coto/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografía: Carla Saborío

! ¿Cuáles son los traumas más frecuentes en estos órganos y cómo se tratan desde la rehabilitación?

Trauma acústico

- Daño del oído interno, producido por una estimulación acústica excesiva, brusca a gran intensidad y de corta duración, como detonaciones de armas o explosiones.
- Las personas que laboran expuestas a detonaciones deben tomar medidas preventivas. Se les recomienda protección así como control audiométrico.
- Los síntomas son la pérdida auditiva y el tinitus (ruidos en el oído).
- El tratamiento depende de cada caso y se considera urgente.



Debido a un suceso inesperado, se puede comprometer la función auditiva normal de una persona. Existen diferentes accidentes auditivos, para los cuales se recomienda una intervención oportuna.



Barotrauma de oído

- Conocido también como oído de aviador o aeropatía, es causado por un trastorno en la parte media del oído, que cumple la función de equilibrar las presiones del oído medio y las presiones a ambos lados del tímpano.
- Según el grado de lesión del paciente, se puede manifestar como sensación de oído tapado, dolor, pérdida auditiva, tinnitus y vértigo.
- Para evitarlo, se recomienda respirar por la boca abierta o mascar chicle.
- El tratamiento se basa en descongestionantes como gotas o aerosoles.



Trauma craneano

- Es una lesión que puede variar desde un pequeño abultamiento hasta un traumatismo peligroso. Las causas más graves son los accidentes de tránsito, las caídas, las agresiones físicas y los accidentes laborales.
- Las secuelas más comunes son los cambios de personalidad, los problemas de lenguaje, la pérdida de audición y visión, las convulsiones, la parálisis y hasta el coma.
- Puede afectar la audición, ya sea en grado moderado a profundo.
- En algunos casos, debido a su tipo de pérdida auditiva, se recomienda el uso de audífonos.



Perforaciones timpánicas

- Se debe a un objeto de diferente tamaño y forma, el cual se aloja en el oído, ya sea por accidente o por actividades de la vida diaria.
- Este tipo de accidente es muy frecuente en los niños, quienes exploran su cuerpo y, en el peor de los casos, introducen objetos en su nariz u oídos.
- En el caso de los infantes, se les debe explicar las consecuencias de introducir objetos en sus cavidades corporales.
- Para el tratamiento, se recomienda no intentar maniobras para extraer el cuerpo extraño del conducto auditivo, porque se corre el riesgo de introducirlo más, perforar la membrana timpánica o dañar estructuras del oído medio.

Fuente:

Dylana Mora, audióloga del Hospital Max Peralta. Tel.: 2539-1999.



Los niños son los más propensos a sufrirlos.

Quienes laboran en construcción, mecánicos y soldadores presentan una alta incidencia.

Por: Diego Coto/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografía: Ronald Pérez

Accidentes visuales: prevéngalos

La vista puede ser afectada por un suceso inesperado. Estos incidentes están muy ligados a la edad: la población infantil sufre la mayor cantidad de lesiones.

¡Evitar!

Se debe tener cuidado con los filos de las mesas, bordes, picos y objetos punzocortantes, pues las lesiones más frecuentes son las introducciones de objetos en los ojos.

A la hora de comprar juguetes, se debe tener cuidado de todos aquellos que disparan dardos o ligas, porque pueden lesionar la vista de los menores.

Debido a que los niños se encuentran en fase de experimentación, los adultos son responsables de valorar los lugares donde los pequeños juegan, comen o duermen. Padres o cuidadores deben reducir cualquier riesgo y vigilar a los pequeños de 0 a 6 años y, especialmente, a los que empiezan a caminar.

Por otra parte, la mayor parte de los accidentes en los adultos se produce por falta de protección, por ejemplo, personas que trabajan en construcción y no toman medidas de seguridad. Esta población es muy vulnerable, al igual que los mecánicos y quienes trabajan en soldadura.

Fuentes:

Marisela Salas, directora de la Clínica Oftalmológica. Tel.: 2290-1206.

Dr. Roberto Velázquez, director del Banco de Ojos. Tel.: 2232-1206.



Rehabilitación MEDULAR: una luz de esperanza

! El objetivo es que el paciente maximice sus capacidades y tenga la mayor independencia posible en la vida diaria.

Por: Ana Gabriela Castro/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografía: Jeannine Cordero

La médula espinal es un cordón nervioso. Está protegida por la columna vertebral y se extiende desde la base del cerebro hasta la región lumbar. Constituye la vía principal por la que el cerebro recibe información del organismo y envía las órdenes que regulan los movimientos.

Cuando se lesiona y se corta su tejido, se produce la parálisis de la movilidad voluntaria y la ausencia de toda sensibilidad hacia

abajo de la zona afectada. Se pierde el control sobre los esfínteres de la orina y los intestinos, aparecen trastornos en la sexualidad y la fertilidad, y surgen alteraciones del sistema nervioso autónomo.

La lesión puede darse por un traumatismo, como un accidente laboral, deportivo, fortuito o de tránsito. Asimismo, se asocia a secuelas de tumores, infecciones o enfermedades vasculares. Puede ser congénita, como la espina bífida.

Tipos de lesión

• **Cervical.** La lesión de las vías nerviosas da lugar a una tetraplejía, que es la pérdida o la disminución de la sensibilidad y la movilidad voluntaria de las extremidades superiores e inferiores y de todo el tronco.

• **Torácica y lumbar.** Da lugar a una paraplejía, que se manifiesta por una falta de sensibilidad y parálisis total o parcial de las extremidades inferiores y de la parte del tronco bajo la lesión.

• En cono medular y cola de caballo (espalda baja).

La afectación de la sensibilidad y la movilidad voluntaria es menor. Por esta razón, en la mayoría de los casos, se preserva la capacidad de marcha; sin embargo, la secuela más notable es la pérdida del control de los esfínteres.

Potencial de rehabilitación

Comienza durante la fase aguda del tratamiento. Cuando el estado del paciente mejora, se suele empezar un programa más extenso.

El éxito en la rehabilitación depende de:

- El nivel y la severidad de la lesión.
- El tipo y el grado de deterioros y de incapacidades resultantes.
- El estado de salud.
- El apoyo familiar.

Es importante centrarse en potenciar las capacidades del paciente, tanto en la casa como en la comunidad. El re-

fuerzo positivo lo animará a recuperarse, mejorará su autoestima y fomentará su independencia en los aspectos psicológico y social.

En las lesiones medulares, trabajan neurólogos, ortopedistas, fisiatras, internistas, enfermeras, fisioterapeutas, trabajadores sociales y psicólogos.



ÁREAS CUBIERTAS POR LA REHABILITACIÓN

NECESIDAD DEL PACIENTE	ACTIVIDAD REHABILITADA
• Habilidades de autocuidado, incluidas las actividades cotidianas.	• ALIMENTARSE , arreglarse, bañarse, vestirse y asearse.
• Cuidados físicos.	• SOPORTE de las funciones cardíaca y pulmonar, necesidades nutricionales y cuidados de la piel.
• Habilidades de movilidad.	• CAMINAR , desplazarse e impulsar por sí mismo una silla de ruedas.
• Cuidados respiratorios.	• CON EL RESPIRADOR , en caso de que sea necesario. Terapias y ejercicios para mejorar la función pulmonar.
• Habilidades de comunicación.	• HABLAR , escribir y aprender métodos de comunicación alternativos.
• Habilidades de socialización.	• RELACIONARSE en la casa y la comunidad.
• Entrenamiento vocacional.	• HABILIDADES relacionadas con el trabajo.
• Control del dolor y aumento del tono de los músculos.	• MEDICAMENTOS y métodos alternativos para controlar el dolor y aumentar la masa muscular.
• Asesoría psicológica.	• IDENTIFICACIÓN de problemas y de soluciones en temas de pensamiento, comportamiento y emociones.
• Apoyo familiar.	• AYUDA para adaptarse a los cambios en el estilo de vida y la planificación para cuando el paciente sea dado de alta.
• Educación.	• PREPARACIÓN del paciente y su familia sobre las lesiones medulares, los cuidados necesarios en el hogar y las técnicas de adaptación.

Fuente:

Dr. Federico Montero, director del Centro Nacional de Rehabilitación, CENARE.

LEONEL JIMÉNEZ:

Un clavado lo marcó



El periodista superó
una lesión en la
médula espinal.

Por: Roberto García/ Para Bienestar
Fotografía: Archivo Grupo Nación



Le dicen el cacique Turukaka. Leonel Jiménez es uno de esos personajes que le cae bien a todo el mundo. Lleva los colores del equipo Carmelita en el alma y suma por lo menos tres décadas frente al micrófono. Su programa *Sensación Deportiva*, que se transmite por Columbia, no tiene competencia en la franja horaria del mediodía en la radiodifusión nacional.

Desde niño, Leonel fue sumamente inquieto y atrevido. Se sumaba a los palos de guayaba a narrar partidos de fútbol, su primera pasión. Alguna vez, por agarrar unos apetitosos aguacates caídos, el árbol se le vino encima, pues el tractorista que limpiaba el terreno no se percató de la presencia del

“mocoso” travieso.

En otra ocasión, cuando ya era un profesional del micrófono, derrapó en su automóvil en el sector del puente Juan Pablo II y estuvo muy cerca de morir prensado por un autobús.

Sin embargo, el accidente que lo marcó para siempre ocurrió en Puntarenas. Se lanzaba del muelle luego de calcular la venida de la ola. El chapuzón era memorable. Leonel hacía lo mismo que los chicos porteños y se sumaba al juego cada vez que viajaba en excursiones a “El Puerto”.

En uno de esos saltos, calculó mal la ola. El golpe fue casi letal. Cayó de lleno en la arena. Quedó

inconsciente. Nadie se percató del suceso hasta que el mar lo devolvió a la playa. Estuvo a punto de morir ahogado. De ahí, fue directo al hospital.

“Quedé postrado. Tenía 17 años y duré cuatro meses en una cama de hospital. Los pronósticos médicos no eran nada alentadores. Parecía imposible

que volviera a tener movilidad en brazos y piernas, pues el golpe me había afectado sensiblemente en la médula”, recuerda. “Tenía que hacer mis necesidades en la cama, siempre con la ayuda de las enfermeras y del equipo médico. El doctor Chacón Jinesta me había

prohibido que osara siquiera intentar hacer algún movimiento. Imagínese lo que eso significaba para un muchacho de 17 años que soñaba con llegar a ser futbolista de la primera división. Yo jugaba con un equipo juvenil que tenía el maestro Hugo Tassara Olivares. Me sentía impotente, pues yo no estaba quieto nunca: corría, andaba en bicicleta, me movía a mis anchas en cualquier actividad”.

La fuerza de la voluntad

“Un día, cuando no había médicos ni enfermeras en el salón del hospital, le pedí a un compañero que moviera la manigueta de la cama, porque quería sentarme. Me fui enderezando, lentamente, dolorosamente. Cuando logré estar sentado, moví un pie. ¡Moví el

otro!”, relata. “Con la ayuda de mi amigo, habíado ya unos tres pasitos en el salón y en eso entró el doctor Chacón Jinesta. ¡Casi le da un infarto! Sin embargo, una vez que se repuso de la sorpresa y me volvió a examinar, el médico supo que ese intento individual, que ese esfuerzo supremo, había significado

el principio de mi recuperación. Porque el doctor Chacón Jinesta estaba convencido de que yo iba a pasar el resto de mi existencia en una silla de ruedas”.

Hoy, salvo algunas secuelas en su mano derecha y al caminar, Jiménez lleva una vida normal.

En un salto al mar en Puntarenas, calculó mal la ola y cayó de lleno en la arena. Se lesionó y quedó inconsciente.

Testimonio elaborado con información del programa *Íntimo*, del periodista Yashin Quesada Araya, que transmite el Canal 13 del Sistema Nacional de Radio y Televisión.



La vida con una amputación

Por: Ana Gabriela Castro/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografía: Ronald Pérez

! La terapia trae beneficios en la recuperación física y psicológica. Además, brinda mayor independencia, pues posibilita la reinserción laboral y social.

La amputación es la pérdida de una extremidad o de una parte del cuerpo. La ausencia origina una discapacidad permanente, que puede afectar la imagen que el paciente tiene de sí mismo, su movilidad y su cuidado personal.

Después de la cirugía, la rehabilitación comienza en la fase aguda del tratamiento, cuando el estado del paciente mejora.

Apoyo familiar

El objetivo de la rehabilitación, tras una amputación, es ayudar al paciente a recuperar el máximo nivel posible de funcionalidad y mejorar su calidad de vida en general. Actualmente, el tratamiento del paciente amputado abarca hasta la restauración de la función y el ajuste de un miembro artificial.

El programa de rehabilitación se diseña para cada individuo. Su éxito depende del nivel y del tipo de amputación, el grado de los deterioros y las incapacidades resultantes, el estado general de salud, y el apoyo de la familia.

Es importante centrarse en potenciar al máximo las capacidades del paciente, en el hogar y en la comunidad.

Partes de la rehabilitación

- **Tratamiento** para cicatrizar la herida y el muñón.
- **Actividades** para regenerar la coordinación motriz, aprender a llevar a cabo las tareas cotidianas y conseguir la mayor independencia.
- **Ejercicios** para acrecentar fuerza, resistencia y control muscular.
- **Adaptación** y utilización de prótesis.

MASAJE TERAPÉUTICO

Previene y trata la disfunción física y el dolor, mediante técnicas manuales sobre los tejidos blandos del cuerpo y las articulaciones. Esta terapia no es invasiva y, aplicada por un especialista en masaje terapéutico, genera efectos muy positivos.

Beneficios

- ✓ Reducción de la inflamación.
- ✓ Mejoramiento de la circulación.
- ✓ Menor rigidez muscular.
- ✓ Disminución de tirantez del tejido cicatricial.
- ✓ Menos espasmos.
- ✓ Aumento de la longitud muscular.
- ✓ Baja en el grado de dolor.
- ✓ Disminución de ansiedad y estrés.

- **Control** del dolor, tanto para el posoperatorio como para el dolor “fantasma” (sensación que aparece bajo el nivel amputado).
- **Apoyo** emocional en los períodos de desconsuelo y readaptación a la nueva imagen del cuerpo.
- **Utilización** de dispositivos de asistencia.
- **Consejo** nutricional.
- **Adaptación** en el hogar para ofrecer funcionalidad, seguridad, accesibilidad y movilidad.
- **Educación** del paciente y su familia.

Fuente:

Dra. Laura Cordero, coordinadora de la Clínica de Amputados del Centro Nacional de Rehabilitación, CENARE.

LAURENS MOLINA:

Ejemplo de fuerza y voluntad

Desde su primer año, sabe lo que significa enfrentar la adversidad.

Convirtió su condición en una ventaja para destacar en el deporte y la vida.

Por: Roberto García/ Para Bienestar
Fotografía: Archivo Grupo Nación

// Cuando comprendí que mi impedimento era físico y no mental, inicié el proceso de aceptación. En ese momento, mis limitaciones se convirtieron en ventajas". La voz del atleta Laurens Molina es clara y convincente.

Un momento en su existencia descartó la zona de confort, que le ofrecía la consideración del "pobrecito", y decidió luchar, moverse de cualquier manera, a como hubiera lugar: ¡hacer algo!

"El deporte fue mi vehículo. Fue la tabla de la que me agarré para



que los demás me dejaran de mirar como un 'bicho raro'. Y empecé a quererme. Aposté por la vida y me olvidé de las quejas. Mi problema consistía en la falta de piernas, no de cabeza".

Al nacer

Esta historia se remonta al 2 de octubre de 1978. Omar Molina e Hilda Sibaja dieron vida a Laurens,

un bebé al que muy pronto hubo necesidad de amputarle las piernas, pues no tenía huesos de las rodillas a las plantas de los pies.

“Sigo adelante gracias a la fe y al respaldo de personas como Frank Vargas, un pastor. Él me dijo, en los días previos a mi partida a los Juegos Olímpicos de Sidney 2000: ‘De Sidney, vas a regresar caminando’”.

Más que un presagio

“Tomé sus palabras como algo simbólico. Pensé que de las Olimpiadas podía retornar a Costa Rica con una silla de ruedas moderna o algo así, que me permitiría participar en deportes de alto rendimiento. Jamás reparé en que, de verdad, iba a regresar caminando sobre mis propios pies”. Las lágrimas asoman en sus ojos.

Desde entonces, se desplaza adonde quiere, conduce su automóvil, trabaja y corre. Nos cuenta que, en algunas ocasiones, le duelen sus pies de carbono y que la alta temperatura le afecta un poco. “Cuando esto sucede, me digo: ¿Quién no tiene problemas? ¿Quién no tiene

limitaciones? Todos sufrimos por algo; sin embargo, disfrutamos de la existencia porque así es la vida”.

Silla de ruedas

Conforme crecía, caminaba con unas prótesis pesadas que se ajustaban a su cuerpo con unas fajas de cuero. Llegó el día que no pudo seguir utilizándolas, pues le lastimaban demasiado. A sus 15

años, pasó a una silla de ruedas, donde confirmó que traía alma de deportista. Jugaba baloncesto y corría en competencias.

Sin límites

Con la silla de ruedas, pesada y rudimentaria, escaló posiciones en el deporte.

Primero, en Costa Rica y, después y hasta la fecha, en el mundo. Sidney, en el año 2000, se convertiría quizás en su andén.

Aunque no ganó preseas en aquellas olimpiadas, la empresa Hanger lo seleccionó entre 5.000 atletas y le obsequió sus piernas metálicas. Le sirven para cruzar umbrales, traspasar fronteras y superar las barreras hasta ser uno de los máximos exponentes del deporte costarricense.

“Soy un ser humano como todos, con días buenos y no tan buenos. Mis ilusiones las comparto con mis padres y mi esposa Marlen”.

Manejo

de la silla de ruedas

Por: Andrea Muñoz/ Para Bienestar | Fotografía: Jeannine Cordero y Shutterstock

Bienestar entrevistó a la doctora Ana Cecilia Chan, médica rehabilitadora y jefe de consulta externa del Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), para conocer acerca de la silla de ruedas y su uso cotidiano.

Este medio mejora la movilidad y ayuda a las personas con discapacidad a ser autosuficientes.

¿Cómo debe emplearse?



¿Cuáles factores determinan el tipo de silla que debe usar cada persona?

“La persona debe tomar en cuenta sus necesidades particulares: edad, tamaño, peso y secuelas motoras y cognitivas. Asimismo, es importante sopesar el nivel de actividad, por ejemplo, si trabaja o si asiste a la escuela o a un centro comunitario. Las condiciones ambientales son otro factor por considerar, es decir, si vive en un área rural o en la ciudad, junto a las características de

la vivienda (si hay gradas o rampas). Además, se debe valorar el tiempo que necesitará usar la silla. Esta tiene que proporcionar apoyo postural. La persona tiene que sentirse bastante cómoda en ella: debe ser muy segura, durable y de buena calidad. Y otro punto importante es asegurarse de que la empresa proveedora garantice los repuestos y el mantenimiento por al menos cinco años. Por último, la persona tiene que analizar los precios y valorar las opciones razonables”.

Una vez comprada la silla, ¿qué es lo primero por hacer para aprender a manejarla?

“La casa proveedora debe darle un entrenamiento de los cuidados y de cómo manejarla de forma adecuada. Asimismo, cada paciente debe seguir las indicaciones de su médico, según sea su caso”.

Los frenos deben ajustarse mensualmente y cambiarse cada dos años.

¿Hay que estar bajo la supervisión de un experto o contar con la ayuda de alguien para el manejo de la silla?

“Esto dependerá del grado de discapacidad de cada persona. Quizás, al principio, sí se requiera ayuda”.

Al día, ¿cuánto tiempo es recomendable pasar en la silla?

“Depende de la situación de cada persona. Por ejemplo, algunos la utilizan por más de doce horas diarias, sobre todo quienes trabajan. En esos casos, las elevaciones o algunos ejercicios especiales son recomendados; de esta manera, los dolores o la fatiga son minimizados”.

MANTENIMIENTO EN CASA

©PRILL

- **CHASIS.** Límpielo cada semana con un paño húmedo sin detergente; luego, séquelo con un paño seco, para evitar la oxidación. Revise las articulaciones soldadas cada dos meses. En el caso de que sea pintada, debe retocar los colores cada dos años como máximo. Si es cromada y hay oxidación, deberá cambiarla por otra. Si vive cerca al mar, recubre todo el chasis con vaselina, en especial tuercas y tornillos, con el fin de protegerlo de la salinidad.
- **TAPICERÍA.** Evite los materiales plásticos, de cordobán o hule en el área del respaldo y el asiento. Si su silla posee estos componentes, cámbielos cada seis meses. Las telas tipo lona, transpirables, lavables, de larga duración y con cintas ajustables –que deben ser revisadas cada mes– son las ideales. Si no existen estas cintas, la tapicería debe ser cambiada, como máximo, cada dos años. Si sí tiene cintas, puede ser reemplazada como mínimo cada tres años. Este mantenimiento se realiza para evitar el efecto hamaca, que es el responsable de la deformidad en pelvis, hueso sacro y la parte lumbar.
- **RUEDAS.** Mantenga las llantas bien infladas. Hay que evitar el uso de las macizas. El aire debe revisarse cada semana y las corazas cambiarse de acuerdo al uso. El neumático debe sustituirse cuando sea necesario. Los radios deben ser ajustados cada dos meses, con el fin de mantener las ruedas centradas. Los ejes, si son de desmonte rápido, deben ser limpiados cada mes con disolvente y no se deben engrasar. Los rodamientos deben ser cambiados cada año y es necesario limpiarlos y engrasarlos cada dos meses. El aro impulsor debe ser ajustado cada mes.
- **PARTES METÁLICAS.** Las tuercas y los tornillos deben socarse cada mes, lavarse con disolvente cada seis meses y cambiarse cada dos años. En lo posible, se deben usar tuercas de seguridad. Se debe realizar el ajuste de la cruceta de la silla de ruedas mensualmente, en el caso de las sillas plegables. Limpie estas partes bajo los mismos parámetros del chasis.

¿En cuáles condiciones geográficas, puede andar una silla?

“Tanto en la ciudad como en el área rural; siempre y cuando, existan rampas y facilidades. Desde luego, debe emplearse donde no corra peligro quien la utiliza”.



¿Cuál es el mantenimiento para su óptimo funcionamiento?

“Primero que todo: la limpieza de la silla es básica: llantas, cojines y respaldo. Es muy importante la lubricación periódica de las partes metálicas, de los frenos y del sistema de basculación (inclinación)”.

Cuando se esté familiarizado con la silla, ¿cómo debe pasarse de la cama a la silla y viceversa?

“Un entrenamiento previo es necesario. Lo mejor es realizar las transferencias por medio de tablas (instrumentos que le facilitarán el movimiento a la persona). La regla básica es siempre ubicar la silla lo más cerca de la cama. Posteriormente, hay que quitar los apoyabrazos de la silla y frenarla; así, podrá levantarse y pasarse a la cama o viceversa”.

¿Cómo debe ser el procedimiento para ir al servicio sanitario y a la ducha?

“Primero, debe estar entrenada para hacer las transferencias de la silla a la cama y de la cama a la silla. Muy similar será pasarse de la silla al inodoro o a la silla es-

pecial para la ducha. Por supuesto, para esto, el baño tiene que estar adaptado con todas las herramientas necesarias, como, por ejemplo, barras para sostenerse y de seguridad; además, no deberá tener obstáculos que impiden el tránsito”.

¿Se debe practicar alguna rutina de ejercicios?

“Si los miembros superiores se encuentran bien y no han sufrido ningún tipo de lesión, debe movilizarlos y empujar los aros propulsores de las llantas para el fortalecimiento progresivo. Además, debe seguir todas las indicaciones de sus médicos y terapeutas”.

Fuente:

Dra. Ana Cecilia Chan, médica rehabilitadora y jefe de consulta externa del Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE).



JUAN MANUEL CAMACHO:

"Un balazo me quemó la médula"

Por: Nathalia Rojas/ Para Bienestar

Fotografía: Ana Lucía Rodríguez



Juan Manuel Camacho tiene

34 años, un excelente estado físico, gran energía y un verbo que irradia motivación. Divide su trabajo entre la Oficina de Bienestar y Salud de la UCR y como profesor de natación en la misma casa de estudios.

Las múltiples actividades realizadas son la principal muestra de que nunca perdió sus deseos de estar activo, a pesar de que en 2006 fue víctima de un bajonazo.

Uno de los dos impactos de bala que recibió durante el incidente atravesó su pulmón, se alojó en una vértebra y quemó parte de su médula. Quedó en silla de ruedas.

Un educador físico relata cómo la pasión por el deporte y la constancia lo llevaron a recuperarse de un asalto que lo dejó en silla de ruedas.

Espíritu luchador

Al poco tiempo del asalto, Camacho ingresó al Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE). En el mes que estuvo allí, aprendió actividades básicas como vestirse y utilizar la silla de ruedas.

Luego, se enfocó en practicar la natación, comenzó a usar la ortesis (dispositivo similar a una prótesis, pero que, en lugar de sustituir la parte afectada, hace o refuerza sus

funciones) y recibir electroestimulación, con el fin de fortalecer sus piernas y ligamentos.

Al momento del accidente, muchas personas cercanas a este máster en recreación pensaron que caería en una depresión al no poder, según ellos, practicar deportes.

Sin embargo, su constancia y su disciplina lo llevaron a progresar mucho más rápido de lo esperado.

“Hay que aceptar lo que pasó. Si me quedo en el ‘¿por qué a mí?’ o el ‘¿qué hice yo?’ habría durado rehabilitándome dos o tres años más. En seis meses, estaba entrenando como antes”, narra.

Ahora, nada a diario cerca de dos kilómetros, juega baloncesto, hace yoga y hasta reta las olas en su faceta como surfista.

Su tenacidad lo llevó a representar a Costa Rica, en 2007, en los Juegos Parapanamericanos de Río de Janeiro, Brasil, en natación.

Proactividad

A pesar de su discapacidad, Juan Manuel es una persona muy independiente y se desenvuelve como

cualquiera de sus colegas. Maneja un carro adaptado y organiza eventos de aventura, triatlón y surf. Además, tiene un proyecto de campamentos llamado “Amaneceres”.

En esta nueva etapa, la docencia ha sido muy particular. Algunos de sus estudiantes que no saben nadar se motivan más al verlo en silla de ruedas.

Con firmeza, resalta que la peor discapacidad es la emocional, en el sentido

de que es uno mismo quien se pone barreras para progresar.

Dentro de sus metas, se encuentra viajar como mochilero a Europa. La idea de volver a caminar está presente, pero no lo “desvela”, pues ya se acostumbró a su condición.

Podría probar el tratamiento con células madre, pero sería fuera del país. En Costa Rica, este procedimiento está prohibido.

Si tiene que vivir por muchos años más o hasta finalizar sus días con esta compañera, reconoce que no tiene ningún reparo en hacerlo. “Si solamente pensara en caminar, dejaría de lado un montón de cosas”, confiesa.

Juan Manuel representó a Costa Rica en los Juegos Parapanamericanos de Río de Janeiro 2007, en natación.

Si ha sufrido de una fractura, un esguince o una amputación, o tiene problemas de estabilidad y de fuerza en las piernas, las muletas serán sus mejores aliadas. Gracias a estos artefactos, podrá mejorar su estabilidad, su equilibrio y moverse con seguridad.

Paso a paso con muletas

LA MULETA AXILAR (IZQUIERDA) Y LA CANADIENSE (DERECHA) SON LAS MÁS UTILIZADAS.

La primera se recomienda para personas con fuerza muscular y que necesiten trasladarse con mayor frecuencia, es decir, casos no tan graves. La canadiense se receta para adultos mayores o para personas con amputaciones.





Lo primero que debe hacer es visitar a un profesional en salud, quien le indicará el tipo de muleta por utilizar según su patología. Además, deberá ajustar la altura según su tamaño y, finalmente, indicarle el tipo de marcha que debe realizar.



MARCHA ALTERNANTE EN DOS TIEMPOS

Coloque los bastones frente al cuerpo, ni muy adelante, ni muy atrás. Apoye su peso sobre las manos, independientemente del tipo de muleta utilizada.



Apoye el pie entre las muletas –manteniendo la rodilla ligeramente doblada–, transfiera el peso al pie y avance suavemente.



Termine con las piernas alineadas y el peso repartido en los brazos.



MARCHA EN CUATRO TIEMPOS

Para este tipo, hay que tener cierta agilidad. Adelante el brazo derecho junto con la pierna izquierda.



Adelante el brazo izquierdo junto con la pierna derecha.



MARCHA PENDULAR UNILATERAL

Se utiliza una sola muleta y es para personas con amputaciones de un miembro o que presentan inmovilidad total. Debe avanzar con la muleta, dar el paso con la pierna sana y no descargar peso sobre la otra.

Cuidados especiales

- Regule la altura correctamente y no presione el nervio axilar.
- Utilice un calzado firme y con suela antideslizante.
- Utilice la empuñadura a la altura de la cadera (trocánter mayor).
- Evite superficies resbalosas.
- El tipo de marcha debe ser supervisada por el profesional.
- Mantenga una distancia adecuada entre las muletas y las piernas.



MARCHA PENDULAR BILATERAL

Se lleva a cabo en los mismos casos que la anterior, pero se emplean ambas muletas para mayor seguridad, sobre todo para adultos mayores o para quienes no tienen buen equilibrio. Debe avanzar con las muletas, dar el paso y no descargar peso en el miembro con problema.



MARCHA EN TRES PUNTOS

Para casos en que se pierde fuerza y funcionalidad en ambas piernas por igual. Debe avanzar simultáneamente con ambas muletas.



Luego, las dos piernas al mismo tiempo y sin apoyar peso, únicamente en los brazos.

Fuentes

Lic. David Mena, fisioterapeuta. Centro Nacional de Rehabilitación, CENARE.

Licda. Natalia Peralta, fisioterapeuta. Centro Nacional de Rehabilitación, CENARE.

DOMINGO ARGÜELLO:

"Dios es mi bastón"

Por: Roberto García/ Para Bienestar

Fotografía: Archivo Grupo Nación

Cada pequeño movimiento, por imperceptible que fuera, lo tomaba como un avance del 100%. La conciencia de que seguía con vida, tras un zarpazo brutal, fue el hilo de luz que Domingo Argüello divisó desde el fondo de la adversidad. Él intuía que conseguiría superar aquel trance crucial si confiaba en Dios.

El 4 de enero de 1991, en el río Bananito de Limón, a raíz de un desafortunado accidente, Domingo comenzó a delinear los primeros trazos de lo que, de ahí en adelante, sería la segunda parte de su existencia, aunque solamente tenía 18 años.

Calculó mal la profundidad de una poza y el golpe en la arena lo dejó sin movimiento en todo el cuerpo. El impacto fue casi mortal.



La fractura de tres cervicales y una lesión en la médula tuvieron al animador cerca de perder la esperanza. No se quedó postrado y hoy vive plenamente.

En primera persona

Ese "casi" se convirtió en el nuevo punto de partida para un atleta con condiciones innatas para la natación y, en general, para la práctica deportiva. Así lo cuenta Domingo.

"Desde niño, me decían *Aquaman*, porque era machillo y amaba el agua. Seguir con vida, tras un hecho tan grave, había sido para mí prodigioso. Así lo entendí aquel día y lo ratifico ahora, cuando han pa-

sado más de dos décadas. El diagnóstico: tres cervicales fracturadas y una seria lesión en la médula.

Esto significó el principio de un arduo camino en pos de la recuperación. Recuerdo que me ocupaba de consolar a mis padres y a cuantos se acercaban a mi cama del Hospital Calderón Guardia. Mientras todos lloraban, yo fortalecía mi fe.

Siempre tuve confianza en que conseguiría salir adelante. Cada progreso, era un paso gigantesco. Mantenía el optimismo y una sonrisa de oreja a oreja. Sin embargo, un mes después del internamiento en el Calderón, cuando me pasaron al CENARE, atravesé momentos de flaqueza.

Tras la cirugía, me disponía a reiniciar la lucha por el movimiento. Sin embargo, el doctor Federico Montero me indicó sabiamente que debía esperar. No se podía arriesgar el éxito de la operación por apresurar la rehabilitación. Entonces, estuve una semana entera sin moverme. Entre almohadas, entré en una depresión. Mis tíos comenzaron a leerme pasajes de la Biblia sobre la paciencia y la perseverancia.

Siempre he estado enamorado de la vida. Practico el deporte desde la infancia, cuando combinaba la natación con el fútbol y formé parte del primer equipo de porristas mixtos del país. Además, daba clases de baile y estudiaba en dos universidades. La pasión por el deporte me viene en los genes. Mi padre Rodrigo fue siempre un gran deportista.

¿Qué le diría a una persona tras sufrir un accidente? "Que ponga todo en las manos de Dios. Así lo hice yo".

En el proceso de recuperación, cada vez que lograba sostener algo en las manos, intentaba continuar haciéndolo. No quería que mis papás hicieran las cosas por mí.

Soy una persona con discapacidad y estoy orgulloso de serlo. Celebro mis luchas cotidianas, lo que logro a pesar de las desventajas. Si alguien, con alguna intención malsana, alguna vez pretendiera insultarme y me gritara: '¡rencol!', recibiría la ofensa con la serenidad de quien sabe de sus limitaciones, pero también de sus pequeñas victorias.

Hoy, después de tantas luchas y de tantas metas alcanzadas, con Domingo, mi hijo, me siento completo. Es un verdadero motor en mi vida".



Una simple jugada en una plaza o en un gimnasio puede ser motivo para una incapacidad de meses. **¿Cuáles son las principales lesiones y cómo se tratan?**

Lesiones mejengueras

Por: Damaris Marín/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografía: Laura Fuentes

Los mejengueros, al igual que los profesionales, siempre han estado expuestos y siguen exponiéndose a lesiones; algunas leves, otras más graves, que requieren hospitalización y hasta cirugía.

El hecho que los deportistas en general y los jugadores en particular, sobre todo los mejengueros, sufran más lesiones, se debe básicamente a la ausencia de condiciones físicas adecuadas.

Las más frecuentes

Las lesiones en los mejengueros y los jugadores de fútbol son variadas. Las más comunes son las de tipo muscoesqueléticas de miembros inferiores. Se deben a la mala preparación, el juego brusco, las

condiciones de los terrenos e incluso a características anatómicas.

Entre las que más se registran están: rompimiento de menisco, de ligamento cruzado anterior y de cartílago. También están los desgarrros musculares en la parte posterior del muslo, las lesiones de tobillo y de rodilla –como los esguinces–, traumatismos craneales, luxaciones, tendinitis y fracturas.

Las lesiones se presentan con más frecuencia –en proporción– en mujeres que en hombres, pero los varones son los que más se exponen. Esta particularidad, obedece a la laxitud, o sea, la falta de fuerza muscular, la flacidez, al eje mecánico (rotación de la rodilla) y los factores hormonales.

Rehabilitación

Al CENARE llegan pocos casos complicados, la mayoría referidos para recibir terapia física, servicio que maneja muchas lesiones musculares y esguinces de tobillo o rodilla. El dolor secundario está asociado a la pérdida de movilidad. Las más frecuentes:

- **Fracturas.** Gran parte de la rehabilitación se basa en recobrar el tono muscular y los arcos de movilidad, para lo cual se aplican agentes físicos como el frío y el calor, la hidroterapia y electroterapia.
- **Esguince.** La terapia implica re-

poso, agentes fríos –durante varias semanas– y electroterapia.

- **Tendinitis.** El profesional en terapia utiliza compresas frías y corrientes analgésicas, de una a dos semanas. Las sesiones concluyen hasta que desaparezca el dolor.

Prevenir

Es esencial fomentar la medicina deportiva y hacer hincapié en la preventiva, para evitar las lesiones.

Cuando el jugador sufre algún problema, recurre, por lo general, a los servicios de emergencias, pero luego debe remitirse a un especialista en ortopedia o rehabilitación.

Fuentes:

Dr. Erik Solano, especialista en medicina física y rehabilitación. Centro Nacional de Rehabilitación, CENARE.

Dr. Manuel Wong On, especialista en medicina del deporte. Centro Nacional de Rehabilitación, CENARE.

Luis Benavides, fisioterapeuta. Centro Nacional de Rehabilitación, CENARE.

Las de fin de semana

- Los mejengueros corren un riesgo ligado a que practican fútbol solamente los fines de semana.
- Hacen ejercicio aislado y su condición física es menor.
- Se exponen a más dolencias e incluso a un paro cardiovascular.
- La falta de calentamiento y de estiramiento apropiados, así como la mala técnica deportiva, terminan de agregar riesgos.



CENARE:

atención integral

Por: Roberto Sancho/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografía: Ronald Pérez

Con 35 años de existencia, el CENARE atiende a pacientes referidos por los centros médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) de todo el territorio nacional. En el primer año después de su apertura, en 1977, empezó funciones con la consulta externa. Al siguiente, recibió a los primeros pacientes hospitalizados.

Su principal objetivo es el restablecimiento de la funcionalidad física y cognitiva de las personas con secuelas de enfermedades o traumas que les afectaron su capacidad músculoesquelética. Los especialistas buscan facilitar el proceso de reincorporación del paciente a la sociedad.

El Centro Nacional de Rehabilitación es un hospital especializado, que brinda servicios con un enfoque biológico, psicológico y social, basado en los derechos humanos, la medicina física y la rehabilitación.



El CENARE cuenta con servicios de medicina física y rehabilitación, ortopedia, cirugía plástica, urología, medicina familiar, geriatría y odontología.

La atención odontológica está enfocada hacia la población con discapacidades severas. Debe realizarse, por lo general, bajo

anestesia y una sala de operaciones.

Interdisciplinario

El trabajo se efectúa a través de equipos interdisciplinarios y en coordinación con otros sectores como educación, vivienda y trabajo.



Gracias al soporte avanzado de las unidades de rescate y al progreso de la medicina, hoy es posible salvar más vidas en los accidentes de tránsito. Esto ha impactado directamente los servicios de rehabilitación de la CCSS.

Se reciben los pacientes según su condición: lesiones en la médula espinal, secuelas de eventos cerebrovasculares ("derrame cerebral"), secuelas de trauma cerebral y, finalmente, casos generales de rehabilitación, secuelas de enfermedades neuromusculares, y personas amputadas y con otras condiciones.

Cada equipo cuenta con dos médicos especialistas en medicina física y rehabilitación, uno o dos médicos residentes, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, trabajador social, psicólogo, terapeuta del lenguaje y enfermera.

Los equipos desarrollan un trabajo de proyección, que incluye las visitas domiciliarias, por ejemplo, cuando se necesita conocer el entorno adonde re-

gresará el paciente tras su recuperación.

Los profesionales consideran al paciente y sus familiares como los protagonistas centrales del trabajo conjunto para el éxito de la rehabilitación.

Formador

El CENARE es también un centro universitario. En él, se forman los futuros profesionales médicos en fisioterapia, a través del programa de posgrado de la Universidad de Costa Rica. Además, se capacita personal de fisioterapia, terapia ocupacional, enfermería y otras profesiones del campo de la salud.

Aunque no cuenta con un área de hospitalización para los niños, esta población es atendida en la consulta externa, en las clínicas de Parálisis Cerebral, Ortosis y Distrofia Muscular.

CENARE en cifras

Actividades	Período	
	2011	I semestre de 2012
• Egresos	1.719	976
Fisiatría	1.192	628
Cirugía	364	256
Odontología	163	92
• Cirugía ambulatoria	722	444
Cirugía ambulatoria	325	195
Odontología	397	249
• Consulta externa (incluye odontología, psicología y medicina general)	42.665	23.860
• Total de pacientes atendidos	8.414	4.597
Pacientes de terapia consulta externa	6.776	3.594
Pacientes de terapia y hospitalización	1.638	1.003
• Procedimientos quirúrgicos	438	308
• Medicamentos en farmacia	181.038	96.482
• Placas de rayos X	20.662	11.179
• Exámenes de laboratorio	136.489	75.019

Fuente:

Informe estadístico del CENARE.



Para el mediano plazo, se espera recibir a los pacientes referidos de otros hospitales a la mayor brevedad posible, para ofrecerles los servicios de rehabilitación de forma oportuna y, con ello, evitar el desarrollo de complicaciones que inciden directamente sobre

la morbimortalidad. Dentro de los planes del CENARE, está desarrollar y fortalecer una red de medicina física y rehabilitación en las comunidades, para que los pacientes aumenten sus posibilidades de integración durante y después del proceso.

Fuente:

Dr. Federico Montero, director del Centro Nacional de Rehabilitación, CENARE.



CRISTIAN CHINCHILLA:

"Un tobogán cambió mi vida"

Por: Roberto Sancho/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografía: Ana Lucía Rodríguez



Soñaba con ser piloto, pero un salto desde un tobogán viró su curso. Hoy, repasa el accidente que lo llevó a ser paciente y luego psicólogo del CENARE.

A mis 19 años, estudiaba aviación y cumplía mi sueño de niño. Cuando me preguntaban qué quería ser, respondía sin dudarle: piloto.

El paseo familiar a San Carlos, en 1997, auguraba unos días de mucha diversión. Antes de las 10 de la

mañana, el tobogán me invitaba a lanzarme a la piscina y, sin dudarlo, acudí a su llamado. En ese momento, no podía imaginarme cómo esta decisión mataría mis sueños infantiles para mostrarme otros horizontes, ahora con la limitación que supone una lesión medular.

Todo ocurrió en pocos segundos. Mi cuerpo viajaba a alta velocidad por ese tobogán y, al caer a la piscina que no estaba totalmente llena, di con mi cabeza y mi cuello contra el piso. Me rompí la cervical número cinco. Logré salir a la superficie para pedir ayuda antes de perder el conocimiento.

Mi hermano menor me rescató. Me llevaron a la clínica del Seguro Social más cercana; luego, me trasladaron al hospital de San Car-

los, pero mi estado era crítico. En una ambulancia, viajamos hasta el Hospital México, donde permanecí un mes internado.

Tras practicarle la cirugía reconstructiva del hueso roto, pasé cuatro meses en el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE). Durante mi recuperación, soñaba con retomar mis estudios de aviación. Mi familia sabía que las cosas serían diferentes; sin embargo, como me veían motivado, nadie se atrevió a contarme el pronóstico.

El giro

Al tomar conciencia de mi situación, sentí que el mundo se acababa. En cierto sentido, fue así. La vida, que se vislumbraba para hacer realidad mis sueños de aviador, había acabado.

La depresión y el llanto se asomaron con fuerza. Sin embargo, con el apoyo de mi familia, pensé que necesitaba replantearme las metas. Tendido en mi cama, pensaba que ser psicólogo y trabajar en el CENARE sería un buen proyecto. No tenía conocidos ahí ni había iniciado la carrera. Entonces, por el momento,

era una fantasía. Sin embargo, Dios reforzó mi sueño al abrirme los ojos con un ejemplo directo.

A la hora de la visita médica, un fisiatra llegó a mi lecho: era el doctor Federico Montero –hoy director del CENARE–, quien ejercía su profesión en una silla de ruedas.

Con esa motivación, di un giro a mi vida. Mi familia se sorprendió y me brindó todo el apoyo, ingresé a la universidad y, cada vez que tenía

un proyecto, lo desarrollaba en el CENARE. En la institución, Marjorie Araya, jefa de trabajo social, me abrió las puertas para cumplir las tareas.

Como paciente y estudiante, ya era conocido por el personal. Me gradué, trabajé en un centro infantil y

luego monté mi propio consultorio. Hasta que un día, me llamaron del CENARE para sustituir a una psicóloga en unas vacaciones. Siguiéron otros nombramientos, hasta que me dieron la propiedad.

Los pacientes saben que el camino que les muestro ya lo recorrí. Me dicen que recibir atención de un psicólogo que ha vivido una experiencia similar es diferente y alentador.

“La depresión y el llanto se asomaron con fuerza, pero, con el apoyo de mi familia, pensé que necesitaba replantearme las metas”.



INS:

apoyo tras lo inesperado



El Instituto dispone de un sólido sistema de salud

para que los beneficiarios de sus pólizas superen una eventualidad y retomen sus vidas.

Por: Danilo Jiménez/ Para Bienestar
Fotografía: Ronald Pérez

La Uruca es el distrito número siete de San José y mide, solamente, 8,35 km2.

Allí convergen industrias progresistas y barrios que fluctúan entre la ostentación y la pobreza extrema.

En esta geografía de contrastes, el Instituto Nacional de Seguros (INS) edificó la cura contra la adversidad que puede golpear sin aviso a los beneficiarios de sus pólizas.

Eso que erróneamente redujimos a la expresión “Albergue del INS” es, en realidad, un complejo de salud para quienes están cubiertos frente a los riesgos del trabajo o las enfermedades laborales, y para las víctimas de accidentes de tránsito protegidas por el seguro obligatorio automotor (SOA) o por seguros voluntarios.

Los pacientes que sufren accidentes de tránsito son atendidos en las instalaciones médicas de La Uruca y los recursos se obtie-

Batallón médico

nen del SOA, que se cobra cada año en el marchamo.

Febril actividad

La Subdirección del INS encargada de este tema brinda los servicios de salud, que incluyen 26 centros médicos regionales –que atienden fuera de San José– y 325 consultorios médicos de empresa.

En La Uruca, se brindan cuatro servicios: consulta externa, hospital –Casa de Salud, con 106 camas–, rehabilitación –siete salas de terapia física y dos de terapia ocupacional– y servicios de cirugía –mediante contrato externo con clínicas privadas–.

Además, el centro médico cuenta con una unidad de enfermería, una de trabajo social y psicología, una de farmacia y una de servicios de imagen básica. Las imágenes de mayor calidad –como TAC, resonancias magnéticas, ultrasonidos, etc.– son contratados afuera. Los servicios de laboratorio los brinda, por su parte, la Universidad de Costa Rica.

Los números hablan

En este complejo de salud, las cifras cotidianas y anuales ayu-

dan a pintar el volumen de trabajo y de atención.

- Consulta externa: 20 médicos de planta y 60 contratados.
- Servicios: medicina general, medicina laboral, foniatría, otorrinolaringología, cirugía general, ortopedia, cirugía reconstructiva, neurocirugía, valoración de daños corporales, cirugía vascular periférica, neumología, cardiología, urología, ginecología, dermatología, oftalmología y medicina interna.
- También se dispone de 10 anesthesiólogos y 10 asistentes de cirugía.

Fuente: INS.

dan a pintar el volumen de trabajo y de atención.

Por ejemplo, cada día se ofrecen 1.200 consultas y 700 sesiones de terapia física y ocupacional.

Se realizan 40 cirugías diarias y 200 por semana en centros médicos privados, mientras se construye el Hospital del Trauma.

En la Casa de Salud, en donde se brindan servicios hospitalarios, las 106 camas se ocupan en un 80%.

En 2011, se proporcionaron 22.425 servicios de hospedaje en el Albergue. Estos pacientes, que requerían de sesiones de rehabilitación y terapia, vivían lejos de San José y no podían viajar a diario para recibir su tratamiento. La Casa de Salud

acogió a 31.446 pacientes que debieron internarse.

Las sesiones de rehabilitación ascendieron a 293.947, se ofrecieron 505.846 consultas médicas y se realizaron 12.835 cirugías a pacientes víctimas de accidentes de tránsito y de trabajo.

Los pacientes accidentados de tránsito son atendidos en las instalaciones médicas de La Uruca. El dinero proviene del seguro obligatorio automotor, que se cobra cada año en el marchamo.

ATENCIÓN MILLONARIA

La atención de víctimas de accidentes de tránsito cubiertas por el SOA es una operación millonaria.

- De enero al 31 de julio de 2012, ₡12.536 millones fueron invertidos en atención médica y prestaciones económicas.



El INS, en sus instalaciones de La Uruca, ofrece servicios de consulta externa, hospital, rehabilitación y cirugía.

- En el mismo período de 2011, esa suma ascendió a ₡11.637 millones, es decir, hubo un aumento de ₡899 millones y un crecimiento del 8%.

- De enero a diciembre de 2011, la suma total por este concepto alcanzó ₡21.000 millones. Ese monto comprendió atención médica, hospitalaria, quirúrgica, farmacéutica y de rehabilitación, así como prestaciones en

dinero por incapacidad temporal, permanente o por muerte, entre otros.

- La cobertura del SOA por paciente llega hasta los ₡6 millones. En el caso de los motociclistas, es de ₡3,5 millones. Incluye, en ambos, atención médica, pago de incapacidades e impedimentos. En casos calificados y previo dictamen de la Jefatura Médica, la suma de la cobertura podría duplicarse.

Fuente: INS.

El Albergue



La más reciente edificación del complejo de salud se considera un pilar para que los pacientes se recuperen pronto, reducir los tiempos de incapacidad y alcanzar la reinserción a la vida laboral y familiar.

- Se inauguró el 5 de julio de este año.
- Se invirtieron más de ₡1.200 millones en su construcción.
- Acoge a los pacientes que viven lejos de San José para que puedan recibir sus tratamientos y terapias.
- El hospedaje es gratuito y se brinda como parte de los servicios de salud.
- El nuevo edificio es de dos niveles y tiene capacidad para 98 pacientes, separados en hombres y mujeres.
- Aquí se recuperan las personas que, como consecuencia de un accidente de trabajo o de tránsito, sufren pérdida de extremidades, daños en su vista o problemas de movilidad.

Fuente: INS.

Fuentes:

Dr. Wilberth Torres, jefe médico a.i. Departamento de Servicios Salud.

Instituto Nacional de Seguros.

www.ins-cr.com

¿Cuándo ir a la Caja y cuándo ir al INS?

! La duda surge después de un accidente, pues cada uno ocurre en situaciones puntuales. Lo guiamos para que conozca los trámites que debe seguir.

Por: Roberto Sancho, Caja Costarricense de Seguro Social, y Danilo Jiménez/ Para Bienestar
Fotografía: Jeannine Cordero y Ronald Pérez



La atención primaria de las personas accidentadas en carretera –por lo general– se da en la red de la Caja. El INS debe pagarle a la institución según el monto de la póliza, sea automóvil o motocicleta.



Todo patrono debe reportar al INS los accidentes que sufren sus trabajadores. Si no lo hace, puede ocasionar que el empleado se quede sin la cobertura de la incapacidad.

Riesgos del trabajo

El Código de Trabajo establece, en su artículo 228, que la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) suministrará al Instituto Nacional de Seguros (INS) la atención médico–quirúrgica–hospitalaria y de rehabilitación necesaria para la administración del Régimen de Riesgos del Trabajo.

La CCSS cuenta con una red nacional que funciona 24 horas y 365 días. Donde el INS no cuente con dispensarios propios o estén cerrados, los trabajadores que sufran un accidente serán atendidos y estabilizados por los médicos de la Caja, antes de continuar con la

atención en los dispensarios del INS o en donde se determine.

Una vez que la CCSS brinde la atención, procede a facturarle al INS su costo y el Instituto a cancelar la factura; para ello, considera la cobertura de la póliza que el patrono de ese trabajador está obligado a tener y el aviso que debió hacerse al INS.

Si la condición del accidentado es tan crítica que no puede trasladarse a los servicios médicos del INS, se mantendrá en la Caja, donde se le darán las atenciones necesarias. La aseguradora puede coordinar para enviarlo a centros privados nacionales o extranjeros.

Si me ocurre...

Las desgracias nunca avisan. Usted podría ser víctima de una fatalidad y esta guía le ayudará a saber qué hacer.

- Si usted provoca un accidente de tránsito o es víctima de él –y el caso es urgente–, recibirá la primera atención médica en un hospital de la CCSS. En ese centro médico, será estabilizado y luego lo referirán al INS.
- Si sufrió un accidente laboral y su condición amerita traslado urgente a un hospital, se seguirá ese mismo proceso. Cuando el caso –ya sea accidente de tránsito, laboral o enfermedad en el trabajo– no es urgente, el INS lo atenderá en La Uruca o en sus centros médicos regionales.
- El trámite: si es un accidente de trabajo, el patrono hace la denuncia. Si es de tránsito, el dueño de la póliza –de cualquiera de los vehículos involucrados– presenta la denuncia en el INS y expone quiénes son los accidentados. Cada uno debe recoger su orden médica para ser atendido en La Uruca.

El patrono debe reportar al INS todo accidente sucedido a sus trabajadores; es su responsabilidad. De no hacerlo, el empleado no podrá recibir la incapacidad por parte de la CCSS, por no tratarse de una enfermedad, ni del INS al no reportarse el accidente.



Trabajos peligrosos al INS

- Los trabajadores que sufren más accidentes laborales –y llegan a La Uruca– laboran en construcción, compañías bananeras y actividades agrícolas.
- En su mayoría provienen de Guápiles, Siquirres, Guanacaste, San Carlos y Puntarenas. La población dedicada al área de servicios se accidenta muy poco.
- 90% recibe atención por traumatología, es decir, accidentes donde hubo heridas y quemaduras, o fracturas y lesiones de tendones, rodilla y columna.
- En 8 de cada 10 casos, se les atiende en la especialidad de ortopedia. En un número muy pequeño, requieren de neurocirugía y cirugía general.
- El porcentaje restante corresponde a pacientes que reciben atención por enfermedades del trabajo. Estos pacientes son atendidos por el área de medicina laboral.

Atención y costos

Accidentes de tránsito

Las personas que sufren accidentes en carretera ingresan, por lo general, a las instalaciones de la CCSS.

Con la antigua ley de tránsito, el INS pagaba a la Caja la atención solamente si, luego de deducir de la póliza otros gastos, quedaba algún remanente.

Con la nueva ley, el INS debe dar prioridad al pago de los servicios que la CCSS ofreció hasta el tope de la cobertura de la póliza.

Si se supera el monto –€6 millones automóviles y € 3 millones motocicletas–, el seguro de salud de la CCSS asumirá el costo de la atención en forma solidaria, en el tanto la persona sea asegurada de la CCSS. Si no es así, la ley permite cobrar las atenciones recibidas.

Pago de incapacidad

En caso de accidentes de trabajo, el INS es responsable de entregarle la incapacidad al paciente. Los médicos de la CCSS no deben extenderle la incapacidad porque la Constitución Política señala que los recursos de la Caja no pueden utilizarse en asuntos ajenos a los fines para los que fue creada.

En este caso, el seguro de salud, cubre enfermedad y maternidad, por lo que los accidentes de trabajo

Algunas cifras ilustran el volumen de atención y sus costos en el INS:

- En la Casa de Salud, la estancia promedio es de 7 días.
- El Hospital maneja los traumas agudos y las cirugías.
- La incapacidad por una cirugía de columna con rehabilitación puede alcanzar 200 días.
- La atención de los pacientes con fracturas vertebrales, parapléjicos, cuadripléjicos o amputados es muy cara y sobrepasaría los €30 millones por caso. Si el origen es por riesgos del trabajo, se les pensiona.

no se encuentran dentro de su naturaleza. Si se trata de un accidente de tránsito, el Seguro Obligatorio Automotor (SOA) y la normativa que lo abriga, establece que el INS cancelará el complemento al 60% que la CCSS paga a partir del cuarto día de incapacidad hasta el tope de la cobertura de la póliza.

Fuentes:

Dr. Wilberth Torres, jefe médico a.i. Departamento de Servicios de Salud. Instituto Nacional de Seguros.

Wven Porras, jefe del Área de Gestión de Riesgos Excluidos. Caja Costarricense de Seguro Social. Tel.: 2539-0749.

Código de Trabajo.

Conozca a los especialistas de la rehabilitación

Por: Ivannia Varela/ Para Bienestar | Fotografía: Jeannine Cordero y Ronald Pérez



// La unión hace la fuerza” es una frase muy utilizada. En una unidad de rehabilitación, este refrán es más que una consigna. Allí, ninguno de los miembros del equipo puede trabajar por su lado.

Cada uno en su campo, pero todos con el mismo objetivo. Los profesionales que integran estos servicios tienen en sus manos la misión de sacar adelante a quienes han sufrido un accidente o alguna enfermedad. La meta es lograr que el paciente retome las riendas de su vida y se reintegre a sus labores, comunidad y familia. Lograrlo requiere de coordinación total. Por eso, veamos cuál papel cumple cada pieza.

¿Quiénes
son y qué
hacen cada

● uno de los
miembros
del equipo?

MÉDICO FISIATRA



Es el “director de la orquesta”; en otras palabras, el líder del equipo multidisciplinario. Se encarga de realizar la valoración del paciente, recomendar los tratamientos por seguir y canalizar las necesidades hacia los otros profesionales. Su trabajo se concentra básicamente en tres áreas: la medicina física, la medicina de rehabilitación y los estudios electrofisiológicos (para diagnosticar enfermedades de los nervios y los músculos).



FISIOTERAPEUTA

Se encarga de realizar la terapia física o la motora del paciente, para mejorar la movilización, el fortalecimiento y la coordinación. En algunos casos, trabaja también para lograr una disminución del dolor. Mediante técnicas especiales, este profesional entrena a las personas, de acuerdo con su dificultad, para que retomen su marcha, puedan sentarse, levantarse o movilizar-se en la cama. Realiza entrenamientos con prótesis y ortesis (dispositivos externos) en caso necesario.

Además, asesora a los familiares para que puedan manejar y ejercitar, de manera correcta, a sus seres queridos.



TERAPEUTA OCUPACIONAL

La labor de este profesional se orienta en devolver la funcionalidad al paciente e incorporarlo a sus actividades cotidianas. Trabaja la utilización de los miembros superiores, entrena para usar una silla de ruedas, valora barreras arquitectónicas en hogares y efectúa valoraciones motoras- orales para determinar si el individuo puede o no alimentarse correctamente. Además, entre sus tareas, está ofrecer entrenamiento para utilizar prótesis y férulas en miembros superiores.



Consulte a los diferentes profesionales para verificar si la persona está debidamente capacitada.

Otros aliados

Estos profesionales pueden intervenir también para mejorar la calidad de vida del paciente:

- ✓ Ortopedista.
- ✓ Urólogo.
- ✓ Psiquiatra.
- ✓ Geriatria.
- ✓ Cirujano plástico.
- ✓ Neurólogo.
- ✓ Neurocirujano.
- ✓ Nutricionista.
- ✓ Pediatra.

TERAPEUTA DE LENGUAJE

Es aquel profesional que se encarga de detectar, evaluar, intervenir e investigar los trastornos del lenguaje –oral y escrito–, habla, voz, comunicación y disfagia, tanto en niños, adolescentes, adultos y personas mayores. En el proceso de rehabilitación, se centra especialmente en personas que han sufrido accidentes cerebro-vasculares o presentan secuelas, tras un accidente automovilístico. También trata problemas de audición, retrasos cognitivos o del desarrollo, musculatura oral débil, labio leporino, autismo, problemas respiratorios, trastornos al tragar y lesiones cerebrales traumáticas.

PSICÓLOGO

Valora cognitivamente a los pacientes. Después de un accidente o una enfermedad, las personas pueden presentar depresión, ansiedad u otros trastornos asociados. Además de abordar dichas situaciones, entrena y orienta a los familiares. Mejorar la autoestima de la persona afectada es una de las tareas de este profesional.

La rehabilitación exige el trabajo conjunto entre el paciente, el equipo terapéutico y la familia.

TRABAJADOR SOCIAL



Su misión es fundamental para valorar las redes de apoyo y de cuidado del paciente. Además, estudia la situación socioeconómica y la vivienda, para determinar si se adapta a las nuevas necesidades, y analiza situaciones de riesgo social. Si el caso lo amerita, coordina la ayuda de otras instituciones y la reubicación de los pacientes en lugares más apropiados.

ENFERMERA

Entre sus actividades se encuentra la higiene del paciente, cambios de posición, prevención de úlceras por presión, curaciones y control de signos vitales. Se encarga de educar a la persona y a sus familiares en el entrenamiento de la vejiga y del intestino, así como en la administración de tratamientos prescritos por el médico. Entre sus labores, destacan ayudar a movilizar al paciente para asistir a interconsultas con el resto de especialistas, prevenir complicaciones, brindarle acompañamiento y hacer las observaciones necesarias al equipo interdisciplinario sobre su evolución.



TERAPEUTA RESPIRATORIO

Su misión es enfocarse en los pacientes con trastornos respiratorios secundarios debido a su discapacidad. Los entrena con ejercicios, les toma gases arteriales y trabaja sobre las traqueotomías. Asimismo, capacita a los familiares en el manejo de los pacientes con problemas respiratorios.

Fuentes:

Roberto Aguilar, jefe de la Clínica de Fisiatría del CENARE. Tel.: 2232-8233.

Ericka Cyrus, directora de Terapia Física de la Universidad Santa Paula. Tel.: 2216-4400.

Nathalia Calderón, terapeuta del lenguaje. Tel.: 2263-4071.

Laura Zúñiga, secretaria de presidencia del Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica. Tel.: 2257-9522.



! Esguinces, dolor de cuello, lumbalgias y molestias de talón o de hombro hacen que corramos en búsqueda de alivio.

¿Quiropráctico, terapeuta físico o reumatólogo?

Quiroprácticos, ¿una buena opción?

Por: Karla Echavarría/ Para Bienestar | Fotografía: Shutterstock

// Cuando jugaba fútbol, me doblé el tobillo y no aguanté caminar". "Llevo semanas con un dolor de espalda que no se me alivia con nada". "Fui a comprar y, por levantar una bolsa, siento que se me parten el cuello y el hombro".

Estas expresiones son comunes en quienes sufren lesiones por malas posturas, esfuerzo físico

excesivo o prácticas deportivas. Cuando los analgésicos y las compresas no surten efecto, surge la necesidad de buscar ayuda profesional.

¿Cuál es el profesional indicado?

Es frecuente escuchar que un conocido acudió a un quiropráctico por un dolor traumático, como

un esguince, una tendinitis o una molestia de cuello, talón u hombro.

Sin embargo, otras personas asisten erróneamente donde un quiropráctico, pues algunas enfermedades –como artritis reumatoide, osteoporosis, lupus y otros padecimientos graves de origen inflamatorio– deben ser valoradas y vigiladas por un médico especialista.

El abordaje del aparato musculoesquelético es complejo; por ende, se necesita realizar un trabajo en equipo y multidisciplinario, donde cada profesional juega un papel esencial.

Lo ideal –en todos los casos– es buscar el diagnóstico de un

fisiatra, un ortopedista o un traumatólogo. Estos especialistas lo remitirán a un quiropráctico o a un fisioterapeuta en caso de ser necesario.

Antes de ponerse en manos de alguien, compruebe que se trata de un profesional en quiropráctica y no de alguien que realiza “ajustes” empíricamente.

En Costa Rica, no hay escuelas de formación o universidades que impartan esta carrera. Por este motivo, algunos quiroprácticos costarricenses se forman fuera del país.

Llevar cursos libres es insuficiente para el abordaje de personas con esta clase de padecimientos.

La quiropráctica

- **Esta disciplina diagnóstica**, trata y previene los trastornos del sistema neuromusculoesquelético.
- **Se empezó a practicar en 1895**, en Estados Unidos.
- **Aplica** tratamientos manuales, que incluyen el ajuste vertebral y otras manipulaciones articulares y de tejidos blandos.
- **Frecuentemente**, acuden a los quiroprácticos personas con problemas en la espalda media y la baja, o con dolores en el cuello.



Fuentes:

Lic. Juanita Fonseca, fisioterapeuta. Centro Nacional de Rehabilitación, CENARE.
Dr. Alexis Méndez, médico reumatólogo. Tel.: 2253–5238.
Correo electrónico: jamendezr@hotmail.com.
Dra. Helena López, fisioterapeuta. Tel.: 2273–2453.
Correo electrónico: mdemezer@gmail.com.



"Esta prótesis es un sueño hecho realidad"

Por: César Blanco/ Caja Costarricense de Seguro Social | Fotografía: Jeannine Cordero y Laura Fuentes

! La historia de doña Amalia retrata un cambio favorable. Los sistemas modulares, que se fabrican en el Taller de Prótesis de la Caja, la beneficiaron.

Doña Amalia Reyes padece de vasculitis. Por esta enfermedad, sufrió la amputación de su pierna izquierda, desde la rodilla. Cuando se le pregunta cómo hace su vida diaria, no duda un segundo en decir que feliz y normal.

Esta vecina de Calle Blancos sabe que su vida dio un giro cuando la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) le colocó, en 2010, una prótesis modular equipada con tecnología de punta.

Esta mujer de 40 años y madre de tres hijos recuerda, con sufrimiento, su antigua prótesis: se le zafaba, le hacía llagas y le causaba serios dolores.

"Ahora bailo, brinco y corro" narra con alegría. Además, asegura que la prótesis es un sueño hecho realidad. Antes de obtenerla con la Caja, la vio en un centro privado; sin embargo, su costo estaba muy



El Taller

Este órgano de la Caja se ha enfocado, en los últimos años, en el desarrollo de sistemas modulares, pues brindan grandes beneficios a los pacientes. Las prótesis tienen mayor vida útil y son más confortables. El interesado debe ser referido con una receta del médico tratante.

alejado de su realidad económica.

La prótesis que lleva doña Amalia –elabora- da con titanio y acero inoxidable– tiene un costo en el mercado cercano a los \$10.000, es decir, unos €5 millones.

Hoy, doña Amalia cuida niños y se siente capaz de hacer casi cualquier actividad. Incluso, dice que “otros con sus pies buenos no hacen mucho de lo que yo hago”. Sabe que, si tiene algún problema, solamente debe llamar al taller de prótesis de la CCSS y, desde ahí, le darán “mantenimiento”, como ella lo llama.

Amalia Reyes



Tiene incluso la capacidad de producir la prótesis del asegurado el mismo día cuando entrega la receta. Así, personas de zonas alejadas pueden irse a su casa con la prótesis.

El Taller garantiza la calidad de sus productos gracias al uso de avanzada tecnología, prótesis hechas a la medida y un servicio de mantenimiento y reparación siempre al servicio de los usuarios.

Su línea de producción se ha ido fortaleciendo. Por año, fabrica poco más de 500 prótesis, con una vida útil de diez años y con un costo promedio de €900.000.

Fuentes:

Amalia Reyes, paciente.

Geovanny Alvarado, jefe del Taller de Prótesis de la CCSS.

Hospital del **Trauma** para **2013**

Por: Alejandra Chavarría/ Para Bienestar | Fotografía: INS y Shutterstock

! Este nuevo centro hospitalario cubrirá a 1,8 millones de trabajadores y a más de 1,4 millones de dueños de vehículos, incluidos los familiares.

El Hospital del Trauma reducirá tiempos de espera en cirugías y ofrecerá mayor celeridad en los servicios.

Para 2013, el Instituto Nacional de Seguros (INS) espera abrir las puertas del nuevo hospital. Este sitio médico atenderá a quienes resulten lesionados por accidentes de tránsito o laborales y que estén protegidos con un seguro obligatorio automotor o una póliza de riesgos del trabajo, respectivamente.



En un mismo lugar

Los pacientes recibirán atención médica especializada de manera integral. Además, la mayor prontitud en los servicios facilitará la recuperación pronta y la disminución de las posibles secuelas.

En la actualidad, la consulta y la rehabilitación se brindan en las instalaciones del complejo INS-Salud en la Uruca y las intervenciones quirúrgicas se realizan en el Hospital Clínica La Católica. Con la apertura del nuevo centro médico, todos los servicios estarán concentrados en un único sitio.

A nivel de edificación, el Hospital del Trauma contará con estándares altos de calidad en el cumplimiento de las normas de construcción, con los requerimientos nacionales de habilitación y de seguridad, y con la regulación ambiental. De esta manera, tendrá una distribución

espacial, arquitectónica y funcional para atender pacientes politraumatizados.

Mayor capacidad

Contará con 220 camas. Actualmente, el INS dispone de 140 camas, de las cuales 44 se encuentran en la Clínica Católica y 96 en INS-SALUD.

Habrá unidades de cuidados intensivos, cuidados intermedios, quemados, hospitalización y sala de cirugías. El equipo existente se reforzará con la adquisición de sistemas modernos para imagenología digital, resonancia magnética, TAC, ultrasonidos, termografía y ortopantografía, entre otros.

Generará cerca de 400 puestos de trabajo, 52 de ellos para ortopedistas y anestesiólogos. Ade-

En resumen

Fecha de apertura: diciembre de 2013.

Área de construcción: 20.724 metros cuadrados.

Número de camas: 220.

Ubicación: detrás del Hospital México.

Inversión en construcción y equipamiento: \$52 millones.





El Hospital del Trauma recibirá a lesionados por accidentes de tránsito o laborales, que estén protegidos por un seguro obligatorio automotor o una póliza de riesgos del trabajo.

más incluirá neurólogos, cirujanos generales, dermatólogos, ginecólogos, urólogos, psiquiatras, fisiatras, cirujanos reconstructivos, radiólogos, oftalmólogos, cardiólogos, anestesiólogos, algólogos, neumólogos y vascular periféricos, entre otros.

2011 en el INS

Hospedaje: 22.425 pacientes.

Hospital Casa Salud: 31.446 pacientes.

Sesiones de rehabilitación: 293.947.

Consultas médicas: 505.846.

Cirugías: 12.835.

Fuente:

Dr. Alejandro Esquivel, gerente general del Hospital del Trauma.
Departamento de Comunicaciones del INS.

Rehabilitación en San Carlos

Por: César Blanco/ Caja Costarricense de Seguro Social

Cuando se habla de rehabilitación en nuestro sistema de salud, viene a la mente de inmediato el Centro Nacional de Rehabilitación (CENARE), ubicado en La Uruca. Sin embargo, muchos hospitales nacionales y regionales brindan este servicio como parte de su trabajo cotidiano. Un ejemplo es el Hospital de San Carlos (HSC), que cuenta con espacios de rehabilitación desde su apertura. Hoy, dispone de tres fisioterapeutas.

Recibe la ayuda de la Fundación Amor y Esperanza, una organización que promueve el desarrollo integral de personas con discapacidad, física, cognoscitiva o emocional, en la zona norte del país. La alianza ya cumple 10 años y ha permitido ampliar la cobertura, adquirir equipos y dar sillas de ruedas – hechas a la medida– a los pacientes.

Las dolencias que atienden con más frecuencia son dorsalgias, lumbalgias, trastornos de marcha –neurológicos u ortopédicos–, problemas reumáticos y parálisis cerebral. Niños, jóvenes, adultos y adultos mayores reciben, junto a sus familiares, los beneficios de la

CLÍNICA DEL HOMBRO

- Este año, el HSC amplió su oferta de rehabilitación, con una clínica especializada para el tratamiento de lesiones en los hombros. En ella, los pacientes reciben terapia dos veces por semana para fortalecer y recuperar el rango articular del movimiento.
- Asisten quienes padecen bursitis, ruptura de ligamentos y fracturas.
- Los fisioterapeutas brindan sesiones de ejercicios grupales y atención individual.

atención médica y los talleres para favorecer la recuperación.

Fisioterapeutas, asistentes y estudiantes avanzados brindan terapias como compresas calientes y frías, espectro infrarrojo, electroterapia, magnetoterapia, ejercicios terapéuticos y manipulaciones vertebrales.

El trabajo que se efectúa en el HSC ha trascendido el hospital. En la actualidad, se da asesoría a empresas que desean disminuir citas y ausentismo por estas enfermedades.

Fuente:
Vanessa Cedeño, encargada del servicio de rehabilitación. Hospital de San Carlos.



SEGUROS: ¡más allá de lo obligatorio!

! Aunque las **pólizas médicas voluntarias** aún no son masivas, sí hay una porción de la población que accede a sus beneficios y a la atención sanitaria oportuna.

Con la ruptura del monopolio de seguros, hace cuatro años, se abrieron oportunidades para que las personas adquieran un seguro médico, aparte del que les ofrece la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Así, hoy existen más alternativas de coberturas en los llamados seguros de “vida y salud” –que indemnizan en caso de muerte o de incapacidad parcial o total– y en los de “gastos médicos”.

Individuales

Con estos, la persona adquiere, por cuenta propia, cobertura para atención médica privada dentro o fuera del país.

De esa manera, el asegurado adquiere una doble protección: la obligatoria de la CCSS –con la cual contribuye, además, a su espíritu solidario– y la privada, la cual le ofrece atención médica oportuna en clínicas y hospitales privados.

Ahora bien, la inversión en un seguro de este tipo es elevada. De

©Diego Cervo

hecho, hoy, la clase media alta y la alta son las que usualmente adquieren este tipo de coberturas.

Estas pólizas se suscriben por un año y se renuevan automáticamente, a no ser que el asegurado manifieste lo contrario.

Colectivos

La apertura del mercado ha presionado también a empresas, sobre todo trasnacionales, a competir por el recurso humano y ofrecer seguros médicos como parte de sus beneficios laborales.

Esta tendencia sigue los pasos de otros países, como México, donde empresas con 10.000 ó 15.000 empleados tienen hasta su propio centro médico.

En Costa Rica, lo que la mayoría de empresas ofrece es un seguro que permite al empleado acceso personalizado al servicio médico.

La ventaja a nivel solidario es que la empresa debe cumplir con la ley y asegurar a sus empleados también bajo el régimen de la Caja, al tiempo que se desahoga el servicio médico brindado por esta institución.

A la baja

Si bien es cierto los seguros médicos privados aún no son accesibles a toda la población, se espera que, con los años y el desarrollo del mercado, las empresas aseguradoras presionen a la baja los precios que ofrece actualmente el mercado.

¿CUÁNTO CUESTA?

Este es un ejemplo de cuánto se debe pagar de prima anual en un seguro médico con cobertura de \$200.000 (monto mínimo asegurado que ofrece el mercado nacional):

Categoría	Edad	INS Medical Internacional	INS Medical Regional
Niño	+ de 6	\$573	\$415
Hombre	+ de 25	\$1.182	\$838
Hombre	+ de 45	\$2.056	\$1.462
Mujer	+ de 25	\$1.406	\$998
Mujer	+ de 40	\$2.144	\$1.524

Fuente: ASPROSE, cotizaciones del INS para seguro médico a nivel nacional e internacional.

MÁS COBERTURA A BUEN PRECIO

Dentro del mercado para asegurar automóviles, hay una variedad importante de pólizas voluntarias. Una de las más novedosas –y de mejor precio– son los seguros autoexpedibles de compra

inmediata y de bajo costo. El INS ofrece, por ejemplo, un autoexpedible voluntario para proteger la propiedad de terceros hasta por ₡20 millones, con la siguiente tabla de primas:



Tipo de vehículo

Motocicleta
Particular
Carga liviana
Carga

Costo

₡5.000 + 13% IV = ₡5.650
₡34.000 + 13% IV = ₡38.420
₡39.000 + 13% IV = ₡44.070
₡79.000 + 13% IV = ₡89.270

Por ejemplo, un médico especializado en Costa Rica cobra una tarifa de \$150, mientras que el monto ronda entre los \$30 y los \$60 en Panamá o en Nicaragua.

Por este motivo, entre otros, el país tiene altos costos en servicios de medicina privada y, por ende, eleva más los precios de una prima de seguros.

Sin embargo, cada vez hay más profesionales dispuestos a regular los precios y a desarrollar el seguro médico, que beneficiará a la postre los servicios de medicina privada.

Fuentes:


Marco Alfaro, corredor de Comercial de Seguros, Corredora de Seguros.
Marvin Umaña, director de ASPROSE, Corredora de Seguros.

OFERTA AMPLIA

En el país, hay trece empresas que ofrecen seguros. ¡Pregunte y compare en cada una!

- Alico.
- Aseguradora del Istmo (ADISA).
- Assa Compañía de Seguros.
- Atlantic Southern Insurance.
- Best Meridian Insurance (BMI).
- Instituto Nacional de Seguros (INS).
- Mapfre.
- Pan American Life.
- Quálitas.
- Seguros Bolívar.
- Seguros del Magisterio.
- Sagicor Costa Rica.
- Oceánica de Seguros.

Fuente: www.sugese.fi.cr.



Tenga claro por qué es importante analizar sus riesgos y las alternativas que hay en el país.

6 PREGUNTAS sobre pólizas

Al comprar un seguro, pueden surgir más preguntas que respuestas en su cabeza.

Lo primero y básico es tener claro que se formaliza a través de un contrato entre dos o más partes.

Esto se conoce como póliza y en ella el “asegurador” se obliga, a través del cobro de una prima periódica, a indemnizar al “asegurado”, dentro de los términos y las condiciones pactados, cuando se produzca un evento que cause daños al bien o a la persona sobre la que recae el seguro.

«¿Cuál es el objetivo del seguro?»

El seguro indemniza a las personas que tengan “intereses asegurables” (usualmente económicos) con motivo del daño producido.

Entre otros, se puede indemnizar a:

- El dueño registral de un activo.
- El acreedor prendario o hipotecario sobre un activo.
- Un tercero inocente perjudicado por un siniestro.
- Un beneficiario nombrado en una póliza de vida.
- Un afectado por un accidente o una enfermedad.

« ¿Cuáles alternativas existen en Costa Rica?

Hay dos regímenes obligatorios de seguros médicos que administra el INS: el de Riesgos del Trabajo y el de Seguro Obligatorio de Vehículos Automotores.

Hay un tercer esquema: el Régimen de Enfermedad y Maternidad, que administra la Caja Costarricense de Seguro Social.

En cuanto a esquemas voluntarios, existen las aseguradoras privadas y sus canales de comercialización (sociedades agencia).

« El Seguro de Riesgos del Trabajo (RT), ¿qué cubre?

Legalmente, está consagrado por el Código de Trabajo (Ley No.6727).

El artículo 193 indica que el patrono está obligado a asegurar a todos sus trabajadores contra enfermedades y accidentes como consecuencia del trabajo.

El 201 aclara que es obligatorio, universal y forzoso, y que el patrono responderá ante los trabajadores no asegurados por todas las prestaciones que se les dé.

« ¿El obligatorio de automóviles (SOA)?

Está regulado por la Ley de Tránsito (Ley N° 9078). Indemniza a víctimas de accidentes de tránsito, sean ocupantes del vehículo o no, hasta un límite para vehículos livianos de €6 millones y para motocicletas entre €3 millones y €6 millones (según elija el asegurado).

Cubre daños a terceros, por lesiones o muerte de personas.

Un seguro es una garantía para enfrentar una emergencia. No lo vea como un gasto que puede pasar por alto.

« ¿Y el seguro voluntario de vehículos?

A pesar de la obligatoriedad de la ley, al menos cuatro aseguradoras en el país ofrecen seguro voluntario de automóviles para proteger el propio vehículo y daños provocados a terceros, tanto en su humanidad como en la propiedad.

« En el caso de los seguros médicos, ¿qué cubren?

Indemnizan en caso de accidentes o enfermedades que motiven la muerte, incapacidad temporal o permanente, desmembramiento e invalidez de un asegurado.

Suscríbase a

Revista

SU CASA

revistasucasa.com



La revista de Costa Rica que marca tendencias en arquitectura, diseño y sostenibilidad.
Contáctenos hoy al 2247-4545 o ingrese a www.sucursalign.com



*“Quiero que estrechés mi mano,
que me digás una palabra de aliento,
que compartamos mi tiempo.
Quiero que estés conmigo, ahora que
estoy viva.”*

Si usted es persona asalariada activa y responsable de cuidar a un paciente en fase terminal, residente en el país, puede optar por una licencia y subsidio. Solicite información al médico(a) tratante o busque el Instructivo en la dirección electrónica www.ccss.sa.cr



www.ccss.sa.cr