medicina salud cultura

# zonahospitalaria

medikuntza, osasuna eta kultura ospitaleko gunea

www.zonahospitalaria.com añoVII septiembreoctubre2013 nº43

# ESPECIAL Educación

## Sumario

3 Es mejor prevenir que curar 4 Anorexia nerviosa 6 Síndrome del ojo seco 7 Educar: El arte de hacer aflorar el YO 8 Prevención de la toxoplasmosis en el embarazo 9 Cómo cuidar el paciente sus implantes dentales 10 Alimentación en la vuelta al cole 12 Aprendemos a comer con pan 13 Hábitos bucales, ¿Qué riesgos tienen? 14 Tiña del pie o pie del atleta 15 La lectura es un procesamiento sensorial 16 Comportamiento sexual adolescente 18 Adicción a internet 20 Con buen humor se piensa mejor 22 El DNI de las manchas 24 ¿Cómo va a ser mi vida después de que me operen del corazón? 26 Estenosis cervical y mielopatía espondiloartrósica cervical 28 Accidentes y problemas de salud en los ancianos con demencia 30 Estreñimiento y embarazo

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

© **PubliSic S.L.** El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia. El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista. *PubliSic S.L. Argitalpen honetan inprimaturiko materiala soilik bere jatorria aitortzen bada erreproduzi daiteke. Editoreak ez du nahitanahiez aldizkari honetan kolaboratzaileek adierazten dituzten iritzi eta irizpideekin bat egin beharrik.*

CLÍNICA BAVIERA
INSTITUTO OFTALMOLÓGICO EUROPEO

DESPÍDETE DE GAFAS
Y LENTILLAS AL MEJOR PRECIO

SÓLO HASTA 31 DICIEMBRE

905€/ojo

Promoción exclusiva para miembros y familiares directos del

PERSONAL SANITARIO DE NAVARRA

Consulta médica preoperatoria 35€

Tarifa General: 995€/ojo. Tarifas válidas para el tratamiento láser. Excepto Lasik/Lasek Z-100. Promoción válida desde 01/10/13 hasta 31/12/13. No acumulable a otras ofertas.

ROBERTO RUBIO
se operó de miopía
en Clínica Baviera

ACREDITACIÓN

[ CIRUGÍA REFRACTIVA LÁSER ] [ VISTA CANSADA ] [ CATARATAS ]

IMPRESCINDIBLE PRESENTAR
en la 1ª visita a Clínica Baviera.

Resto de consultas y servicios 10% dto.
Excepto anillos y lentes intraoculares.

TARIFAS Y PROMOCIÓN VÁLIDAS SÓLO EN PAMPLONA
Dr. Juan Carlos Pinto Bonilla y Dra. Rosa María Rodríguez Conde (Especialistas en Oftalmología y Cirugía Oftálmica).

**Pamplona.** Avda. Sancho el Fuerte, 26 I 948 19 96 15

PIDE TU 1ª CONSULTA MÉDICA **902 130 100 / clinicabaviera.com**

# Es mejor prevenir que curar

*Colegio de Dentistas de Navarra (COENA)*

COENA
Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Navarra

**El Colegio de Dentistas de Navarra (COENA) gracias a sus colegiados, lleva desde el año 2008 impartiendo charlas sobre salud bucodental a los alumnos más jóvenes de Navarra. Todos los centros escolares de primaria de Navarra reciben la visita de un odontólogo colegiado, que explica a los más pequeños los hábitos saludables necesarios para mantener una correcta higiene dental.**

Ayudado por un vídeo del chimpancé **Kirby,** que hace las delicias de los más pequeños, y con una marioneta, explica a los niños cómo deben cepillarse los dientes, la conveniencia de cepillarse la lengua y las mucosas, cómo deben alimentarse y qué alimentos son los mejores para mantener una buena dentadura. Aunque todos los niños lo saben, el dentista insiste en la recomendación de reducir el consumo de dulces y alimentos pegajosos que contribuyen a aumentar la caries. También destaca la importancia de lavarse los dientes después de cada comida y la necesidad de visitar al dentista una vez al año.

Por otro lado, los niños de educación infantil de los centros escolares también reciben la visita de un dentista colegiado que, mediante **Kamishibais**, cuenta una historia a los niños con temática dental. Los Kamishibais son cuentos japoneses en los que mediante unas láminas y un teatrillo se capta fácilmente la atención de los más pequeños. Los dentistas colaboradores relatan cuentos que los niños de 4 ó 5 años comprenden con facilidad, con títulos como: "Los dientes se han escapado", "Mira mis dientes", "No tengo miedo al dentista" o "Acechan las bacterias".

## Solicitar visita del Colegio de Dentistas

*Si tu centro escolar todavía no ha recibido la visita del Colegio de Dentistas puedes solicitarlo llamando a las oficinas del COENA, al teléfono 948 222 906 o enviando un mail a cooe31@infomed.es*

Por otro lado, el COENA no se olvida de nuestros adolescentes y por ello convoca todos los años un concurso de vídeos con motivo del **Día Mundial Sin Humo**. A través de los vídeos los adolescentes cuentan una historia sobre el tabaco e internamente trabajan la motivación para no comenzar a fumar, pues esta adicción está asociada a enfermedades de las encías, dientes manchados de nicotina, mal aliento, los tiempos de la ortodoncia se alargan... eso sin contar otros problemas de salud aún más graves.

La clase de los ganadores recibe como premio un día de escalada y aventura en Rocópolis así como la merienda.

Para finalizar, en 2014 se celebrará la **II edición del Festival CIDE** (CIne y DEntistas) en el que se presentarán varias películas en las que aparece la figura del dentista a lo largo de la historia del séptimo arte. Este Festival, dirigido al público general tuvo una gran acogida en 2013 y las películas proyectadas fueron "Rostro pálido", "La pequeña tienda de los horrores", "Flor de cactus " y "Martes, después de Navidad". Como novedad, para el año que viene, se presentará el primer concurso de cortos con temática dental.

En definitiva, el Colegio de Dentistas de Navarra se preocupa por la población de nuestra Comunidad Foral, desde los más pequeños hasta los adultos, y recomienda visitas periódicas a los profesionales ya que todo aquel que lo hace tiene una mejor salud dental y una mejor calidad de vida. Como dice el refrán "es mejor prevenir que curar" por eso es recomendable acudir regularmente a la consulta del dentista.

# Anorexia nerviosa

*Dr. César Soutullo Esperón*
*Unidad de Psiquiatría infantil y adolescente*
*Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica*
*Clínica Universidad de Navarra*

**La anorexia y la bulimia son enfermedades psiquiátricas del grupo de los trastornos de la conducta alimentaria que afectan a un 1-4 por ciento de las mujeres jóvenes.**

La Anorexia es un trastorno crónico grave que requiere tratamiento continuado por un equipo coordinado de especialistas (pediatra, psiquiatra, psicólogo, psiquiatra infantil, endocrinólogo, dietista) para prevenir recaídas y complicaciones. Es mucho más frecuente en mujeres que en varones, y los síntomas suelen iniciarse en la adolescencia o edad adulta joven. En muchos casos se acompaña o se complica con síntomas de depresión y/o ansiedad.

## ¿Cuáles son sus síntomas?

Los síntomas principales de la anorexia nerviosa según la nueva clasificación DSM-5 son:

- Restricción de la ingesta alimentaria por debajo de las necesidades para su edad que resulta en un peso corporal significativamente bajo (por debajo de lo mínimamente normal).
- Miedo intenso a ganar peso o estar gordo, o comportamiento que interfiere con una ganancia de peso normal para su edad y desarrollo.
- Distorsión de cómo la paciente se siente en relación con su peso o forma del cuerpo, o mucha influencia del peso en la autoevaluación de la persona, o no reconocer la gravedad de su delgadez.

Antes era un criterio que las mujeres tuvieran una pérdida de la menstruación de 3 ciclos consecutivos, pero esto ya no es un criterio necesario.
Además de la Bulimia nerviosa, otro de los trastornos de la conducta alimentaria es el trastorno por atracones, donde hay atracones como en la bulimia pero no hay vómitos, por lo que estos pacientes suelen tener sobrepeso u obesidad. El trastorno por atracones es mucho más frecuente en personas que acuden a consultas de pérdida de peso y en personas con obesidad mórbida.

## ¿Cuáles son sus causas?

Aún no se conocen las causas de la anorexia y la bulimia. Se sabe que hay una serie de factores psicológicos, físicos, académicos, y sociales que producen una caída de la autoestima y una falta de control.
A partir de estos factores, una dieta de adelgazamiento restrictiva puede desencadenar el problema. También hay factores genéticos, ya que los familiares de primer grado (padres, hijos, hermanos) de un paciente con anorexia tienen un riesgo 6-10 veces mayor de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria. Además, una historia de depresión en un familiar aumenta el riesgo de padecer anorexia o bulimia.
Se cree que puede haber un problema en la regulación de la serotonina, ya que los antidepresivos inhibidores de recaptación de serotonina (ISRS) mejoran los niveles de este neurotransmisor y son útiles en el tratamiento de la bulimia. No está claro cuales son los factores familiares, y se piensa que los problemas de convivencia que se ven en algunas familias de chicas con anorexia son el resultado y no la causa de la enfermedad.
Estudios recientes realizados en nuestro Departamento, encontrarón que las pacientes con más riesgo de desarrollar anorexia eran las chicas más jovenes, que solían comer solas y que les gustaba leer revistas para adolescentes, donde uno de los temas principales es la figura, las dietas y el aspecto externo. Esto sugiere un papel de los medios de comunicación y del modelo corporal delgado. Este factor ya se había observado en las modelos de alta costura que tienen una delgadez extrema y provoca que las chicas quieran meterse en tallas anormalmente pequeñas.

## ¿Quién puede padecerlo?

Aunque la mayoría de los adolescentes se preocupan y critican su apariencia y hasta el 75 % de las chicas se ven "gordas", no todas ellas tienen un trastorno de la conducta alimentaria.
La anorexia es unas 10 veces más frecuente en mujeres que en varones (90 de cada 100 pacientes con trastorno de conducta alimentaria son mujeres), y más de la mitad de los casos empiezan antes de los 20 años. Es por tanto una enfermedad de chicas adolescentes o jóvenes y muy pocas veces afecta a chicas antes de la pubertad, aunque recientemente se está observando un adelantamiento de la edad de inicio. En total, los trastornos de la conducta alimentaria afectan a casi el 4 % de las chicas jóvenes.
La anorexia afecta a casi el 1% de las chicas jóvenes y al 3 por 1.000 de las mujeres. La bulimia afecta entre el 1 y el 3 % de las chicas jóvenes, y el resto, hasta el 4%, serían los cuadros incompletos. Hay poblaciones de mayor riesgo, como familiares de pacientes con trastornos de conducta alimentaria, depresión o ansiedad, y profesiones donde se requiere un peso bajo, dieta restrictiva, o una forma corporal determinada (gimnastas, bailarinas de ballet, etc.).

## ¿Qué otros problemas pueden acompañar a la anorexia?

Hay una serie de complicaciones médicas y riesgos físicos por desnutrición severa como alteraciones digestivas (por atracones, vómitos, uso de laxantes), problemas de corazón (por malnutrición), alteraciones bioquímicas en la sangre (potasio o sodio bajos), cambios endocrinos u hormonales y falta de calcio en los huesos.
En éste sentido se ha demostrado la mayor frecuencia de descalcificación del hueso y osteoporosis en chicas con anorexia. Esta osteoporosis hace que chicas adolescentes tengan los huesos descalcificados al mismo nivel que una mujer de 50 a 60 años.
Además hay otros problemas psiquiátricos que con frecuencia se asocian a los trastornos de conducta alimentaria.
La anorexia se asocia a depresión, distimia, y trastorno obsesivo-compulsivo.

## ¿Cómo se diagnostica?

Acudiendo a un médico (pediatra, psiquiatra, endocrinólogo, psiquiatra infantil, internista, o médico general) que realizará una detallada historia clínica sobre la conducta alimentaria, humor, y una exploración física, psiquiátrica y psicológica, además de análisis de sanre y otras exploraciones si son necesarias.
**Es muy importante que los padres acudan al médico porque los pacientes muchas veces niegan los síntomas y tratan de ocultar la gravedad del problema.**

## ¿Cuál es el tratamiento?

El tratamiento es llevado a cabo por un equipo con distintos especialistas que generalmente lidera un psiquiatra o psiquiatra infantil. se debe hacer:

- Un plan de recuperación del peso y reeducación dietética y nutricional.
- Un seguimiento muy cercano para que la recuperación del peso sea gradual, con controles frecuentes.
- Un estudio y tratamiento de los problemas en la dieta que afecten al paciente, así como de los factores que influyen en los atracones y los vómitos (ansiedad por el colegio, problemas con los padres o amigos).
- Un tratamiento psiquiátrico donde se combina psicoeducación, psicoterapia individual, psicoterapia de grupo y terapia de familia.

Además, se puede ayudar con medicación como antidepresivos, que mejoran los atracones, vómitos, ánimo deprimido y tratan otros problemas asociados a la anorexia y bulimia.
La mayoría de los casos se tratan en consultas externas, aunque en algunos casos más graves es necesaria la hospitalización para realimentación o estabilización de problemas médicos (desnutrición, deshidratación). Existen grupos de padres de chicas con anorexia y bulimia, que son una fuente de apoyo y ayuda a las familias afectadas. Ademas del tratamiento dietético, psicológico y farmacológico, deben darse suplementos de calcio y vitamina D para intentar revertir la osteoporosis.

## ¿Cuál es el pronóstico de estas enfermedades?

La anorexia es una enfermedad grave con riesgo de muerte de hasta el 6 % en 10 años (por complicaciones de la malnutrición y por suicidio), especialmente si no se trata. Sin embargo, con tratamiento, hasta el 60 % de las chicas con anorexia y el 50 % de las que tienen bulimia se recuperan en 10 años.
Es una enfermedad crónica en muchos casos, y hasta el 20 % de chicas con anorexia y el 15 % de las que tienen bulimia siguen teniendo problemas a los 5-10 años de hacer el diagnóstico. El tratamiento debe ser temprano y correcto para evitar complicaciones y reducir la cronicidad. La mayoría de los casos que vemos en consulta son dados de alta tras varios años de tratamiento y pudiendo retirar totalmente la medicación, haciendo vida normal, a pesar de que continúan siendo delgadas, pero una delgadez "normal".

# Síndrome del ojo seco

***María Lorente Cisneros.*** *Enfermera Complejo Hospitalario de Navarra.*
***Mª Cristina Pérez de Albéniz Gómez.*** *Enfermera Centro de Salud de Barañain.*

**Es un término general que se aplica a todas aquellas circunstancias en las que existe una mala lubricación del ojo, afectando a los párpados, a la película lagrimal, a la conjuntiva y a la córnea.**

Se produce por baja cantidad de lágrima, mala calidad, o bien, exceso de evaporación de la misma.
Causa irritación, escozor, enrojecimiento, sensación de cuerpo extraño o arenilla en la superficie ocular, además de fatiga o pesadez en los párpados o lagrimeo.
Como consecuencia, la superficie del ojo no está bien lubricada, lo que puede dar origen a molestias oculares, problemas visuales y lesiones en la córnea y la conjuntiva.
Según la gravedad se clasifica en leve, moderado o grave siendo una de las causas más frecuente de consulta por las molestias que provoca.

## Factores de riesgo

- Edad avanzada. Disminución de la secreción debida a la edad.
- Sexo femenino. Cambios hormonales; embarazo, consumo de anticonceptivos orales y menopausia.
- Ambientales. Baja humedad, alta temperatura, entornos con mucha evaporación (viento, aires acondicionados, calefacciones), rayos UV, humo del tabaco, etc.
- Ocupacionales. Tareas que requieran alta atención visual; trabajar al microscopio, ante la pantalla del ordenador, la lectura prolongada.
- Nutricionales. Dieta pobre en ácidos grasos Omega-3.
- Algunos tratamientos como los hormonales, tranquilizantes, antidepresivos, antihistamínicos, anticonceptivos y antihipertensivos.
- Algunas enfermedades sistémicas; síndrome de Sjögren, artritis reumatoide, lupus eritematoso, etc. Enfermedades como el Parkinson, la diabetes mellitus, enfermedades autoinmunes, tratamiento radioterápico, etc.
- Uso de lentes de contacto.
- Cirugía refractiva (Lasik).

## ¿Cómo evitarlo?

- No exponerse a corrientes de aire que favorecen la evaporación de la lágrima; no orientar ventiladores hacia la cara, no sentarse justo delante del aire acondicionado, no conducir con las ventanillas abiertas, usar gafas de sol protectoras cuanto más cerradas mejor.
- Evitar la sequedad ambiental mediante el uso de humidificadores y evitar lugares con condiciones climáticas extremas; excesiva calefacción o aire acondicionado.
- Protegerse de la polución ambiental evitando atmósferas como la playa y el campo en días de viento, el polvo doméstico, los disolventes, etc.
- No fumar y evitar recibir el humo indirecto.
- Forzar el parpadeo más a menudo. Realizar algún descanso en actividades que requieran concentración de la visa en un punto, como la lectura o el ordenador. Situar la pantalla en un plano inferior a la de los ojos para disminuir la apertura palpebral.
- Evitar irritaciones oculares de cualquier tipo; cosméticos, piscinas cloradas, falta de sueño, etc.
- Limpiar las glándulas lagrimales a menudo con una toallita o un disco desmaquillador.
- Aplicar compresas calientes para limpiar los párpados.
- Beber mucha agua. De 8 a 10 vasos al día.
- Dieta rica en ácidos Omega-3, Omega-6 y vitamina A.
- Utilizar lágrimas artificiales a lo largo del día y geles oftálmicos por la noche. Su frecuencia dependerá de las necesidades particulares.

El tratamiento farmacológico de primera línea se basa en aumentar la película lagrimal mediante lágrimas artificiales que mantienen el ojo hidratado, alivian los síntomas y previenen lesiones.
Con estos consejos en la mayoría de los casos la mejoría es grande, aunque hay que informar que si bien no es un problema grave, que apenas tendrá repercusión en cuanto a su agudeza visual, si es molesto y tendrá que hacer uso continuo de lágrimas artificiales.
El tratamiento suele ser prolongado y en ocasiones es para toda la vida, ya que la evolución de la enfermedad es crónica, lenta y progresiva. Siempre hay que tener en cuenta cuáles son las causas principales para mantener el equilibrio lagrimal y lograr un alivio sintomático duradero.





# Educar: El arte de hacer aflorar el YO

***Ramiro González Martínez de Lecea***
*Trabajador Social, Perito Judicial y Mediador*

*"Lo único que interfiere con mi aprendizaje es mi educación"*
***Albert Einstein***

**Durante unas pocas semanas se forma una de las "maquinas" más perfectas, sensibles y sofisticadas que la naturaleza ha creado. El Ser Humano. Exactamente 40 semanas, 40 largas semanas para la madre que lo gesta. Y que sufre los "calvarios" y las maravillas del embarazo. Los "calvarios": vómitos matutinos, regurgitaciones, incontinencia urinaria, fatiga, hinchazón de las extremidades…Y las alegrías y milagros del embarazo: las primeras patadas y movimientos, el sentimiento de unión y esperanza que lleva en sus entrañas, la primera visualización del bebé por medio de las ecografías, la primera escucha del rápido latido del corazón de su bebé, los primeros diálogos entre los padres y su descendiente, los baños conjuntos, las actividades compartidas…**

El cerebro del bebé se desarrolla a una velocidad de vértigo, produce doscientas mil nuevas neuronas por minuto, en especial entre la semana 10 y la 20 de gestación. Todo en él es acelerado y sorprendente. En el momento preciso, el bebé toma la iniciativa y decide salir al exterior, ya está preparado. Su cerebro contiene 100.000 millones de neuronas, que reaccionan a los estímulos sensoriales. Inicia su camino con una pequeña pero valiosa carga de conocimientos y comportamientos programados que le ayudarán a realizar la transición al mundo fuera de su madre. Estos comportamientos se desencadenan en el momento en que son estimulados, por ejemplo si siente el roce del pezón en la mejilla, girará la cabeza para buscarlo y comenzará a mamar. Nace a su vez con un eficacísimo sistema de impulso y dirección. Tiene necesidades estipuladas, como la principal de ellas que es mantener sus constantes vitales, algunas se controlan de manera automática como el latido del corazón, la presión arterial, el aporte de oxigeno…Pero otras se controlan de manera consciente en forma de impulsos y deseos. El bebé tiene hambre y llora para expresarlo, necesita moverse y se mueve .El bebé nace preparado para irse constituyéndose a sí mismo de acuerdo con la experiencia (el aprendizaje) mediante la producción de sinapsis (enlaces entre neuronas) se consolida el aprendizaje (un bebe produce un millón de sinapsis por segundo).

## La capacidad de aprender

La plasticidad cerebral es la propiedad que origina la capacidad de aprender. Tiene tres dimensiones de actuación:
**a)** La primera es el modelado de las condiciones neuronales, esta plasticidad participa del desarrollo del embrión y del niño. El niño, al nacer, pose más conexiones neuronales de las que necesita o va a utiliza en su vida. Es por esto que realiza y criba, aquellas conexiones que no se utilizan tienden a desaparecer.
**b)** La segunda se produce a lo largo de toda la vida es la capacidad de modulación del efecto sináptico.
**c)** La tercera la capacidad de reparación, que actúa después de una lesión. La plasticidad permite tanto aprender cómo recuperar o repara lo perdido o lesionado.
Estas funciones son espontáneas e innatas. Pero se pueden estimular por medio del ejercicio del sistema afectado. De eso se ocupan los programas y los tratamientos educativo-terapéuticos y de rehabilitación. De este modo estas dimensiones de la plasticidad cerebral nos acercan a la educación. Y le otorgan posibilidades metodológicas y objetivos de actuación. Evidenciado las posibilidades que el cerebro humano presenta a la hora de aprender, desarrollarse y rehabilitarse.
El DR. Michael M. Merzerich es una de las mayores autoridades mundiales en neuroplasticidad. Su investigación ha demostrado que el ejercicio cerebral puede ser tan eficaz como la medicación, a la hora de tratar enfermedades psíquicas tan graves como la esquizofrenia. La plasticidad cerebral se da desde el nacimiento hasta el fallecimiento de la persona. Así que el ejercicio y las mejoras del funcionamiento cognitivos son posibles incluso en las personas mayores.
El cerebro humano bajo determinadas circunstancias aumenta la producción neuronal. Fundamentalmente por el entrenamiento y el ejercicio. Una persona produce entre 10.000 y 40.000 neuronas nuevas cada día. Las zonas cerebrales de mayor producción neuronal son el hipocampo y las áreas frontales.
Debemos tratar de educar y preparar a nuestros hijos y menores para que formen estructuras mentales firmes y flexibles. Que posean eficaces sistemas de autocontrol, adecuados criterios de evaluación, estilos afectivos animosos y creadores. Que les permitan aflorar un YO dentro del desconcierto cerebral que presenta la persona. Para lo cual la educación debe tener en cuenta la identidad (el pasado, el presente, el futuro, los encuentros, las actuaciones, etc) del individuo al que se dirige y la capacidad que posee su cerebro para adaptarse, integrar, captar impresiones y crear.

traste
trabajo social independiente
Sangüesa 6, 1º - 31003 Pamplona
T 948 236 700 / 679 253 485
info@traste.es www.traste.es
Otra forma de hacer Trabajo Social
SERVICIOS FORMATIVOS
Escuela de padres
Habiliades sociales para la intervención con adolescentes problemáticos
Habiliades sociales básicas para crecer socialmente
Consumos de drogas y educación
Mediación escolar
Resilencia: una capacidad posible de aprender
HAY SOLUCIONES, TE AYUDAMOS A ENCONTRARLAS

# Prevención de la toxoplasmosis en el embarazo

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

**La toxoplasmosis es una infección parasitaria ocasionada por el protozoo Toxoplasma gondii. En los niños mayores y adultos la infección es asintomática en el 80% de los casos. Los síntomas, cuando los hay, suelen ser autolimitados y de corta duración (síntomas gripales, dolor de garganta, fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, inflamación de los ganglios linfáticos, cansancio ).**

El problema de esta enfermedad se plantea cuando es contraída por una mujer embarazada, porque el parásito puede atravesar la barrera placentaria y afectar al feto.

## Riesgos para el bebé

El riesgo de contagio fetal es mayor cuanto más avanzada la gestación. Así, cuando una madre contrae la infección durante el primer trimestre de embarazo, el 15% de los fetos también se infecta, durante el segundo trimestre el 30% y durante el tercero el 65%. En cambio, la gravedad de las consecuencias para el feto es mayor cuanto más cerca del inicio del embarazo ocurre la infección.
Si la enfermedad afecta al feto, puede producir un aborto o causarle ciertas infecciones, malformaciones o incluso la muerte.

## Transmisión de la infección

La principal fuente de infección es alimentaria: la carne cruda o poco cocinada, la leche cruda (sobre todo la de cabra), los huevos crudos, así como las frutas y verduras mal lavadas. Estos productos pueden transmitir la infección tras ser ingeridos o como consecuencia de llevarse las manos sucias a la boca tras la manipulación de los mismos.

El contacto con los excrementos de gato es otra importante fuente de contaminación. Los gatos suelen contraer la toxoplasmosis al comer carne cruda (ya sea porque él mismo la ha cazado o porque alguien se la ha dado). Por lo tanto, es poco probable que los gatos que viven en casa sin salir a la calle y sin alimentarse de carne cruda transmitan la toxoplasmosis.
Otra forma de contraer la infección es la manipulación de la tierra en tareas de agricultura o jardinería, dado que el parásito habita en ella con muchísima frecuencia. La tierra se contamina a través de las heces de los gatos, e incluso a través de caracoles e insectos.

## Cribado de toxoplasmosis

La infección en forma activa se presenta una única vez en la vida, quedando el parásito en el cuerpo por tiempo indefinido. Por lo tanto, si una mujer ha tenido toxoplasmosis alguna vez en su vida, habrá desarrollado inmunidad. En caso de producirse nuevamente un contacto con el parásito, el cuerpo de la persona lo destruye rápidamente y la infección no llega a desarrollarse. En estos casos, el feto no corre ningún peligro.
Una analítica de sangre nos dirá si la gestante es inmune o no a la toxoplasmosis. Pero dado que esta analítica se suele realizar durante la 9ª semana de embarazo y teniendo en cuenta que las consecuencias del contagio son más graves durante el primer trimestre, no debemos esperar a conocer el resultado para evitar su contagio.

## Prevención de la toxoplasmosis

Se basan en ciertas normas higiénico-dietéticas:

- Lavarse las manos con agua y jabón antes y después de la manipulación de alimentos.
- Limpiar correctamente los utensilios y las superficies usadas en la preparación de los alimentos.
- No consumir carne cruda o poco cocinada.
- Si se ha de comer cruda, congelarla previamente.
- Los embutidos y el jamón serrano deben consumirse cocinados o tras haber sido congelados durante al menos 2 días a -20ºC.
- Se debe pelar o lavar bien (con lejía apta para alimentos) la fruta y la verdura.
- En las comidas fuera de casa, en bares y restaurantes…evitar los productos mencionados anteriormente (carne poco cocinada, frutas y verduras crudas…), ya que desconocemos como han sido tratados.
- Proteger los alimentos de los insectos.
- Si tiene gato en casa, no dejar que salga a la calle. Es preferible que la embarazada no se encargue de la limpieza de las heces del gato, o si lo hace, que use guantes.
- Si se realizan trabajos de jardinería, utilizar guantes para manipular la tierra y lavarse las manos después de la tarea. Evitar el contacto con la tierra del jardín y la arena de los parque infantiles.
- Se debe beber sólo agua potable o de procedencia conocida o tras ser filtrada/hervida si se desconoce su procedencia.

# Cómo cuidar el paciente sus implantes dentales

*Dr. Ángel Fernández Bustillo*
*Nº Col. 6114-NA*

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

**La implantología oral y maxilofacial es una ciencia en continuo cambio, son muchos los esfuerzos que realizamos a diario para continuar siendo pioneros y referencia dentro de ella. Es necesaria una continua formación mediante el estudio diario, así como la asistencia a las diferentes reuniones científicas. También sabemos de la importancia de las inversiones en tecnología moderna para poder realizar tratamientos complejos con un nivel muy alto de satisfacción del paciente.**

Desde hace más de una década he dedicado especial interés no sólo en terminar con éxito los casos si no que estos fueran estables y duraderos en el tiempo. Aprovechando la ocasión de dirigirme al mundo de la educación y formación me gustaría compartir con el lector la necesidad de la educación en el mantenimiento de los tratamientos con implantes dentales. Uno de los factores previos en el éxito de los implantes dentales es conseguir que la encía se adhiera a su superficie, es decir el tipo de implante que se coloca condiciona en cierta manera la duración del tratamiento a largo plazo (no todos los implantes son iguales).

## Cuidados en casa del paciente portador de implantes dentales

Para conseguir unos óptimos resultados de la higiene oral de nuestros pacientes, debemos tener en cuenta varios factores como son su habilidad y destreza manual, sus hábitos de vida cómo horarios y tipo de trabajo, la localización de los pilares, el diseño y tipo de prótesis, posibles enfermedades o tratamientos farmacológicos para adecuar e individualizar la técnica adecuada de cepillado, tipo de cepillo (manual o eléctrico), cepillos interproximales o unipenacho, seda dental, irrigadores a bajo flujo y su chorro posicionarlo hacia los puntos de contacto ya que una incorrecta posición de la boquilla puede alterar la adaptación de la encía alrededor del implante.
En resumen, los objetivos a conseguir por el paciente son:

- Utilizar diariamente super-floss, seda dental o cepillos interproximales que pueden estar empapados de clorhexidina al 0,12 para una mejor inhibición de la formación de placa bacteriana interproximal.
- Uso de cepillos manuales o eléctricos.
- Irrigadores orales con flujo bajo.
- Enjuagues con clorhexidina o aceites esenciales.

Es importante que el paciente reconozca qué es la placa bacteriana y un método útil de enseñanza y motivación es la tinción con eritrosina. De esta manera, el paciente es capaz de reconocer las zonas libres de placa y con un espejo y su propio cepillo se le guía y se corrige.
Por último, quisiera insistir en la importancia que el diseño y ejecución de la prótesis sobre implantes, tiene para su éxito a largo plazo. El paciente debe conocer las diferentes opciones y calidades de tratamiento, trasmitiendo confianza para llevarlo a cabo sin complicaciones, evitando "publicidad agresiva" o "engañosa" basada únicamente en los costes del tratamiento y no en sus calidades.
Debemos cuidar los implantes dentales que nos han colocado, dedicándoles un esfuerzo personal a diario que se convertirá en rutina. Como decía en los años 90 el Dr. Branemark "el futuro del implante depende de la planificación minuciosa del caso, ejecución quirúrgica artraumática, posicionamiento correcto, diseño higiénico de la prótesis y cuidados por parte del paciente".

# Alimentación en la vuelta al cole

*Leire Ezquer Sanz*
*Dietista- Nutricionista*

**Después de las vacaciones, vuelve el colegio y la rutina de deberes, extraescolares.... Es frecuente que los escolares se sientan cansados hasta retomar el ritmo. Una buena alimentación les va a ayudar a superar esta fase con mayor vitalidad y que no se convierta en un obstáculo. Mantener unos horarios regulares, respetar la regla de las cinco comidas al día, una buena hidratación y evitar el picoteo son básicos para un buen comienzo.**

No hay que olvidar que las necesidades nutricionales de esta población están condicionadas por el crecimiento y desarrollo. Durante esta etapa, los hábitos dietéticos y el ejercicio pueden marcar la diferencia entre una vida sana y el riesgo de sufrir enfermedades en el futuro.

## El desayuno

Lo mejor para empezar el día es hacerlo con un buen desayuno. Desayunar es algo más que tomar un vaso de leche. La pereza o las prisas hacen que entre los escolares haya un porcentaje alto que no desayunan o lo hacen mal. Desayuno hace referencia a romper el ayuno desde día anterior. Esta primera toma además, aporta la energía necesaria para empezar el día y favorecer el rendimiento físico e intelectual, mejorando la capacidad de atención y comprensión. Existe evidencia científica de que las personas que desayunan tienen un menor riesgo de padecer sobrepeso.

El desayuno debe contener el 20-25% de las calorías que se ingieren durante el día. Ha de contener un lácteo (puede ser en forma de leche o yogur, van a aportar calcio imprescindible para la buena salud de los huesos y dientes), algún alimento del grupo de los cereales que son una buena fuente de energía (ej.: pan, biscotes o cereales de desayuno) y una fruta (preferible entera por su contenido en fibra). Ocasionalmente puede ir acompañado de mermelada, mantequilla/margarina, cacao o algún derivado cárnico (jamón o algún fiambre poco graso como el pollo o el pavo).

## El recreo y la merienda

El descanso del colegio, es un buen momento para realizar el almuerzo. Esta toma aporta la energía necesaria para acabar la mañana y evitar llegar a la comida con demasiada hambre. Se puede alternar el consumo de frutas frescas o frutos secos con el de bocadillos caseros de queso, jamón o pavo por ejemplo. Evitar que los jóvenes tomen chuches o bollería.

La merienda que suele realizarse a la salida del colegio, deberá ser ligera, un pequeño bocata, una fruta, algún lácteo o un zumo dependiendo de lo que se haya tomado en el almuerzo. Evitar que sea pesada para que los escolares cenen luego bien.

## La comida: ¿En casa o en el comedor?

Hoy en día muchos escolares se quedan a comer en el comedor del colegio. Normalmente, los menús están elaborados por dietistas-nutricionistas por lo que son adecuados para cubrir las necesidades nutricionales en estas edades. A principio de mes la empresa que se encarga de elaborar la comida, suele hacer llegar a casa una hoja con el menú de cada día. En casa habrá que revisarlo y complementar estas comidas con la cena, evitando así que se repitan platos (ej.: si han comido pasta aprovechar la cena para que tomen verdura).

En el caso de que los menores coman en casa es bueno realizar un menú semanal o mensual que contenga verdura, ensalada, legumbre, pasta o arroz como primeros platos, un segundo plato (alternar el consumo de carne blanca con el de pescado) y un postre (preferentemente fruta o yogur).

## La cena

Es la última comida del día y después de esta el gasto energético va a ser bajo, por lo que deberá ser ligera. Una cena pesada puede provocar además un mal sueño y contribuir al aumento de peso. Aprovechar para tomar los alimentos que no se han tomado en la comida (ej.: si se ha tomado legumbre, pasta o arroz, aprovechar la cena para meter verdura ya sea entera, en puré o en ensalada).

Tanto para la comida como para la cena la mejor bebida para acompañar es el agua. Los niños necesitan beber muchos líquidos, especialmente si hace calor o tienen gran actividad física.



RUEBER

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS,
DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS

Imagen real de una prótesis capilar RUEBER

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

Monasterio de Urdax, 8-1º. Esquina con Pío XII, 9. 31007 Pamplona
T 948 25 50 53 www.ruebercentrocapilar.es rueberpamplona@rueber.es

# Aprendemos a comer con pan

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

**A comer con pan también se aprende. En la vida, casi todo es cuestión de observar, imitar y repetir. De este modo, convertimos en cotidianas las acciones más sencillas, los gestos más simples. Lo mismo podemos decir cuando hablamos de hábitos alimentarios, de ahí la importancia de educarlos desde la infancia.**

El equilibrio en la cantidad y la calidad, la variedad de alimentos que consumimos y el orden en el reparto energético diario en cada una de las comidas, son premisas necesarias para establecer la base de una alimentación saludable. Hoy sabemos que el pan es una de esas piezas del puzle "come sano, vivirás mejor", que hace que todo encaje.

## La Ciencia con el Pan

El hábito de comer pan, hasta ahora considerado cultural, ha sido elevado a la categoría de avalado científicamente. Un alimento como el pan, respetado como parte integrante de la dieta Mediterránea, pero demonizado por la imagen equivocadamente ligada a "engordar", está siendo objeto de estudio.

Hemos podido constatar, a través de numerosos trabajos, la saludable influencia de la Dieta Mediterránea sobre el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular. Ya desde 2003, el estudio PREDIMED, dedicado al análisis de la incidencia del modelo alimentario mediterráneo sobre la población de edad avanzada y el alto riesgo de enfermedad cardiovascular, ponía de manifiesto la necesidad de que el pan y el aceite de oliva virgen, entre otros alimentos, formaran parte de la dieta diaria.

Recuerdo más recientemente, que esta misma revista Zona Hospitalaria se hizo eco de dos trabajos científicos vinculados al consumo de pan.

Por un lado, investigadores del Departamento de Nutrición y Bromatología de la Universidad de Barcelona llevaron a cabo un estudio sobre una muestra de 275 personas participantes en PREDIMED. Los resultados revelaron que los consumidores habituales de pan presentaban unos mejores parámetros clínicos en relación a la salud cardiovascular: mejor perfil lipídico en sangre (colesterol HDL y LDL, conocidos como bueno y malo, respectivamente) y niveles de insulina en rangos más adecuados y, por tanto, menor resistencia a la insulina, especialmente entre los consumidores de pan integral.

Por otro lado, desmitificando que el pan engorda, en la Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital de la Paz de Madrid desarrollaron un estudio que determinó que no hay razón que justifique la exclusión del pan en dietas hipocalóricas para el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso.

Las conclusiones del trabajo mostraron que el hecho de comer pan no interfiere en el adelgazamiento. Además, facilitó a las personas en tratamiento una adherencia más prolongada y fiel a la dieta, en comparación con aquellas que llevaron a cabo una dieta sin pan.

## Por unos hábitos saludables que incluyan el pan

La infancia es el momento ideal para la educación en los hábitos alimentarios saludables. En la edad adulta ya habría que hablar de reeducación de hábitos, tarea a todas luces más compleja, porque las costumbres están fuertemente arraigadas y resulta necesaria una fuerte dosis de motivación para cambiarlas.

Hoy en día, tenemos claras las recomendaciones nutricionales en cuanto a las raciones de cada tipo de alimentos que debemos de comer diariamente, según el sexo, la edad y la actividad. El pan ocupa un lugar privilegiado dentro de este patrón alimentario que llamamos equilibrado. Un merecido estatus conseguido por diversas y buenas razones, tanto culturales, como psicosociales, dietético-nutricionales y médicas.

El pan no es, ni mucho menos, un súper alimento, porque dicho alimento no existe. Sin embargo, es uno de los que diariamente nos ayuda a alcanzar la dosis óptima de hidratos de carbono y contribuye a la saciedad de las comidas. Incrementamos su presencia en ellas, cuanto mayor sea el desgaste energético de la persona.

Hoy en día, la gran variedad de tipos de pan nos permite escoger el que más nos conviene o el que más nos gusta. En este sentido, a pesar de las distintas circunstancias que pueden condicionar nuestro consumo de pan: celiaquía, intolerancias, alergias a determinados cereales, merma de la capacidad digestiva de modo temporal o crónico, casi con toda seguridad no tendremos que renunciar a comer pan.





# Hábitos bucales, ¿Qué riesgos tienen?

***Dra. Carolina Arias Chavarria. Col. Nº 467***
*Clínica Íntegra. Estética y salud dental*

**Los hábitos bucales pueden ser indudablemente causa primaria o secundaria de maloclusiones o deformaciones dentomaxilofaciales. Suelen considerarse reacciones corporales automáticas que pueden manifestarse en momentos de estrés, frustración, fatiga o aburrimiento. Así como aparecer por falta de atención, tensiones en el entorno familiar e inmadurez emocional.**

Estos hábitos bucales son causa de presiones desequilibradas y dañinas ejercitadas sobre los rebordes maxilares inmaduros y sumamente maleables, así como de cambios potenciales en el posicionamiento de las piezas dentales y de la oclusión, que pueden volverse anormales si continúan los hábitos a largo plazo.

## Succión Digital

La succión digital es uno de los hábitos bucales más comunes de los niños. Se puede observar de forma temprana durante el desarrollo fetal y neonatal, considerándose normal durante esta etapa de desarrollo. El problema se produce cuando este hábito se mantiene una vez iniciado el cambio de dentición. Se genera como una forma de satisfacer una necesidad en el niño, otorgándole seguridad. Este hábito prolongado en el tiempo, puede llegar a producir alteraciones en el desarrollo de los maxilares y de los dientes, lo que se conoce como "anomalías dentomaxilares". La severidad de esta anomalía va a depender de la frecuencia (cuantas veces al día succiona el dedo), la intensidad d la succión, el tiempo que dura (minutos u horas) y además de la posición del dedo dentro de la boca.

Algunas características que se pueden observar en niños con succión digital son: Mordida abierta, los incisivos centrales se van hacia adelante, se puede alterar la posición de los incisivos inferiores, pueden observarse mordidas cruzadas, paladar profundo, alteraciones en el crecimiento del maxilar y esqueletales. También se pueden producir en los dedos, deformaciones e infecciones por hongos, problemas de leguaje, etc.

## Hábitos labiales

También conocido como queilofagía, la succión del labio ya sea superior e inferior produce desplazamiento hacia atrás de los dientes incisivos correspondientes afectando también a los incisivos opuestos que se van hacia adelante. Los labios se notan siempre marcados, flácidos, con enrojecimiento y resequedad.

## Proyección lingual

Produce mordidas abiertas, desplazamiento de incisivos hacia adelante y del labio superior y lengua agrandada.

## Respiración Bucal

Se caracteriza por respirar continuamente por la boca, se puede clasificar en tres categorías:

- Por obstrucción: cuando existe dificultad para inhalar y exhalar aire a través de los conductos nasales.
- Por hábito: cuando se hace por costumbre aunque no existan obstrucciones.
- Por anatomía: por incompetencia labial, cuando los labios son anatómicamente cortos para producir sellado.

Independientemente de la causa, la Respiración bucal produce serias alteraciones en el aparato estomatognático que afectan al niño tanto la salud, la estética, la funcional, como psíquicamente.

## Onicofagia

También conocida como mordedura de uñas, es un hábito antihigiénico que produce desgaste de las piezas dentales o gastroenteritis.

## Tratamiento de los hábitos bucales

El éxito del tratamiento radica en la detección temprana del hábito bucal, por ello si su hijo presenta alguno de ellos es recomendable acudir a su dentista para que evalue y determine el plan de tratamiento a seguir, en algunos casos es necesario la intervención de un equipo multidisciplinar.

La indicación del tratamiento y el momento de iniciarlo va a depender de la edad del niño y su capacidad de cooperación, de la severidad del hábito y del daño que esté produciendo.

# Tiña del pie o pie del atleta

***Begoña Oreste Armendáriz.*** *DUE Inspección Médica. Ayuntamiento de Pamplona*
***Eva Mª Heras Álvarez.*** *DUE CA Mutua Asepeyo Pamplona-Los Agustinos*

**El pie de atleta o tineas pedis o tiña del pie, es una de las micosis más frecuentes y es producida por hongos dermatofitos.**

La principal característica de estos hongos es la de ser capaces de infectar tejidos cutáneos queratinizados no viables, es decir, viven en los tejidos muertos de la epidermis, pelo y uñas. Se alimentan de la queratina de la epidermis, muy abundante en los pies, por lo que crecen en extensión buscando alimento.
Los hongos causantes del pie de atleta son: Trichophyton rubrum, Trichophyton mentagrophytes y Epidermophyton floccosum, aunque puede haber otros hongos contaminantes y levaduras y/o bacterias que complican y agravan el problema.

## Forma de transmisión

El pie de atleta es más frecuente en hombres que en mujeres. Se le llama así porque son los atletas o deportistas los que tienen más predisposición a sufrir esta infección.
El contagio es por transmisión directa de persona a persona, o mediante contagio por compartir toallas, calzado, sábanas y por caminar descalzos en zonas húmedas como piscinas, saunas, duchas compartidas, hoteles, gimnasios.

## Factores predisponentes

- Hiperhidrosis o sudoración excesiva en los pies, así como el uso de calzado cerrado no transpirable ya que se crea un medio idóneo (cálido, húmedo, oscuro) para el crecimiento del hongo.
- Utilizar los mismos zapatos o calcetines durante largos períodos de tiempo, permanecer de pie muchas horas y trabajar en lugares húmedos.
- Sufrir alteraciones orgánicas o enfermedades como mala circulación sanguínea, diabetes o inmunodeficiencia.
- El verano es la época de mayor incidencia porque se utilizan más lugares de riesgo como piscinas o duchas públicas y se produce aumento de la sudoración debido al calor.

## Síntomas

Al principio comienzan con sudoración, mal olor, pies macerados, grietas, rozaduras y dolor.
Más tarde aparece prurito, descamación, pudiéndose extender a las uñas y resto del pie, complicarse por infección bacteriana empeorando el olor.
Suele verse descamación en los espacios interdigitales, talones, bordes laterales y plantas de los pies y a veces aparecen grietas profundas y dolorosas y ampollas.

## Manifestaciones clínicas

- Intertriginosa. La más frecuente. La que la lesión comienza en el espacio interdigital del 4º y 5º dedo, produciendo maceración y fisuras. Aspecto blancuzco de la piel y mal olor.
- Seca y queratósica. Bilateral y simétrica, infección en la planta, con lesiones escamosas y pequeñas vesículas
- Dishidrosiforme o vesicular. Placas rojas con picor intenso, llenas de ampollas. Al secarse forman costras, que si se rompen ocasionan heridas húmedas con descamación.

## Prevención

**1. Medidas higiénicas**

- Lavar los pies con agua y jabón y secar totalmente después, insistiendo en los espacios interdigitales.
- Lavar frecuentemente y desinfectar el suelo de la ducha y bañera.
- Utilizar toallas individuales, no compartir calcetines, zapatos, zapatillas.
- Nunca ir descalzo en baños o piscinas públicas, ni sobre alfombras o moquetas.
- Desinfectar el calzado. Si suda, cambiarlo una vez al día y airearlo.
- Al menos una vez al día cambiar los calcetines, siempre de lana o algodón, manteniendo los pies secos.
- Utilizar calzado que permita transpirar al pie, bien ventilados y que no sean de material sintético.
- Es recomendable no utilizar el mismo zapato todos los días.

**2. Medidas cosméticas**

- Utilización de productos que eliminen el sudor.

## Tratamiento

**1. Farmacológico**

Normalmente el tratamiento comienza con los polvos o pomada antimicótica que generalmente contienen clotrimazol o miconazol. Debe utilizarse hasta dos semanas después de la desaparición.
Si no mejora en dos semanas, o tiene muchas recidivas, es importante acudir al médico para que realice un diagnóstico correcto ya que hay otro tipo de afecciones que también ocasionan irritación del pie. Puede que necesite tomar muestras de la zona para observar con el microscopio, o incluso realizar un cultivo para identificar el organismo causante. El médico puede indicarle un tratamiento oral como ketoconazol o terbinafina.

**2. Medidas higiénicas**

Todas las mencionadas en el apartado de "PREVENCIÓN"

# La lectura es un procesamiento sensorial

***Dori Callejo***
*Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión*

**Leer y escribir es un proceso sensorial en el que el cerebro tiene que analizar e interpretar la información que recibimos.**

Para que este procesamiento sensorial funcione es necesario una adecuada visión:
- Buena agudeza visual.
- Los ojos han de ser capaces de trabajar en colaboración uno con otro (visión binocular).
- Adquirir la habilidad de mover los ojos de una manera eficaz, sin saltos ni regresiones con buen campo visual.
- Ser capaces de cambiar el foco de visión de lejos a cerca (acomodación) y viceversa.

Los síntomas que pueden indicarnos un problema visual en un niño pueden ser:
- Frotarse los ojos.
- Utilizar del dedo para no perderse en la lectura.
- Acercarse e inclinarse mucho para leer o escribir.
- Pobre comprensión lectora.
- Saltarse palabras.
- Visión borrosa o doble.
- Dificultad para mantener la atención.

La habilidad para interpretar la información visual es esencial en la lectura, para que el niño comprenda lo que lee y pueda identificar letras y números.
Destacamos las siguientes capacidades:
- Discriminación visual para ver pequeños detalles.
- Adecuada memoria visual para recordar la información.
- Desarrollo adecuado de la lateralidad y la orientación espacial.
- Coordinación ojo mano e integración visuomotora para establecer la escritura.

Los principales signos que pueden tener los niños con bajas habilidades de percepción visual son los siguientes:
- No recordar la información visual (localizar la misma palabra en un texto...).
- Inversiones en letras y números.
- Baja comprensión lectora.
- Mala escritura.
- Confundir palabras.
- Dificultad para orientarse en el espacio (derecha-izquierda, arriba-abajo...) y en el tiempo.
- Le cuesta recordar secuencias (dias de la semana, tablas de multiplicar) y realizar series.

Para detectar un problema visual que esté afectando al aprendizaje es necesario realizar una valoración optométrica que determine la eficacia visual y la percepción del niño, habilidades esenciales para que la lectura funcione.

**Monturas infantiles + Cristales* endurecidos 59 €**
***esf+/-6.00 dp y cil+/-2.00 dp**

óptica unyvisión

Descuento, no acumulable a otras ofertas, válido con la presentación de este anuncio
HASTA EL 1 DE DICIEMBRE DE 2013

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

# Comportamiento sexual adolescente:

## Diez consideraciones sobre los riesgos de salud

***José Luis Garcia.*** *Doctor en Psicología y especialista en Sexología del Servicio Navarro de Salud, (CAM de Iturrama)*
***Satur Napal Lecumberri.*** *Urólogo del Complejo Hospitalario de Navarra*

**La adolescencia es una etapa de cambios extraordinarios y significativos, de muy diferente naturaleza, que facilitan unas condiciones en las que nuestros jóvenes tienden a experimentarse más riesgos y, por consiguiente, se dan situaciones de mayor "peligro" que en otros momentos de la vida. En la sociedad actual estos riesgos se multiplican debido a los cambios sociales, espectaculares sin duda, acontecidos en las tres últimas décadas. En el caso de los jóvenes, los cambios afectivos y los referidos a sus conductas sexuales tienen una especial significación en esta etapa evolutiva.**

Por ejemplo el caso de una chica enamorada que se contagió una infección sexual de su enamorado, porque éste le pedía no usar el condón y ella, por el amor que sentía, no podía resistirse a sus demandas. O aquella con problemas en su autoestima corporal que aceptaba propuestas sexuales para sentirse valorada. También la que hace lo que sea menester con tal de no sentirse distinta en su grupo de amigas que le presiona extraordinariamente. Hay otros muchos factores a tener en cuenta, como por ejemplo: la alta motivación por buscar y experimentar nuevas experiencias, considerarse invulnerable, "querer las cosas ya" o hacerlas tal y como las piensan, es decir pasar del pensamiento a la acción sin evaluar los costes de tal comportamiento.
Por tanto una buena parte de jóvenes restarían importancia a la posibilidad de que pudieran contagiarse una infección sexual o un embarazo no deseado, por lo que tenderían a utilizar menos el condón y a no importarle tener varias parejas sexuales.
Estas circunstancias constituyen una seña de identidad y de autoafirmación, por lo que, a tenor de su relevancia, no considerarlas podría poner en cuestión la eficacia de determinados programas educativos y de prevención de riesgos.

### Riesgos afectivos y sexuales

Dicho esto, consideramos que una buena parte de nuestros jóvenes no están adecuadamente capacitados para afrontar de manera positiva los riesgos afectivos y sexuales que, inevitablemente, van a tener en su vida y en la sociedad en la que les ha tocado vivir. Y ello en base a las siguientes consideraciones:

1ª Nos guste o no, estemos de acuerdo o en desacuerdo, en el momento actual nuestros jóvenes navarros tienen más relaciones sexuales, cada vez más pronto y con más personas y, además, por encima de la media nacional. Este hecho afecta a chicos y chicas, si bien las vivencias y las consecuencias se perciben de manera distinta según el sexo. De hecho está aumentando una patología emocional que provoca un gran sufrimiento en algunas chicas y que se caracteriza por un poderoso "enganche afectivo ", dada su dificultad para separar los afectos de la actividad sexual, circunstancia esta que no parece observarse con tanta claridad en los chicos.

2º En general estas relaciones sexuales suelen hacerse en condiciones poco adecuadas, tanto de actitudes y expectativas previas, como de espacios y de intimidad, siendo usual consumir sustancias estimulantes. Incluso nos encontramos cada vez más, con jóvenes que toman estimulantes sexuales concretos cuando han ligado, -" para dar la talla" y no desaprovechar la oportunidad- después de toda una noche de consumo de alcohol y drogas.

3º La inmensa mayoría de los estudios e investigaciones disponibles resaltan la asociación entre estas primeras relaciones sexuales y el incremento de embarazos no deseados, aumento de la ingesta de píldora postcoital, contagios de infecciones sexuales y aumento de patología en conducta sexual y disfunciones sexuales.

4º Vivimos en una sociedad cada vez más erotizada, donde la sexualidad comercial está omnipresente. Con Internet, la pornografía mas sofisticada ha entrado en todos los hogares y está accesible a cualquiera sin ningún tipo de control. Los Chat y las redes sociales han provocado cambios extraordinarios en las relaciones y en las costumbres sexuales sociales en particular de los adolescentes.

5º Si un joven ha visto únicamente películas de conducta sexual de carácter pornográfico, lo normal es que piense que las relaciones sexuales son así y que, en su primera relación, cabe esperar que el se comporte de una manera similar. ¿Que qué espera? En general y en síntesis: tener una erección descomunal y duradera, imponerle a ella una felación, pasar al coito vaginal inmediatamente, coito que cree que ella está deseando desesperadamente, que está a su total disposición y que para entonces ella ya ha tenido 3 o 4 orgasmos, luego coito anal y finalmente eyacular en la boca de ella, ansiosa por tragarse su semen y decirle lo bien que se lo ha hecho. El guión estándar de una "peli" porno, vaya.
Sin embargo, la realidad no tiene absolutamente nada que ver con ese guión por lo que estas primeras relaciones suelen resultar esencialmente frustrantes. Cada vez hay más consumo de estos modelos y en no pocos casos una cierta adicción. Nuestros jóvenes son grandes consumidores de estas nuevas propuestas y nada podemos hacer por controlar el mercado de la pornografía.
Probablemente lo único que podemos hacer sea capacitarles para que controlen su consumo. Esto no se hace y las consecuencias para el futuro pueden ser dramáticas, circunstancia esta que debería preocupar muy seriamente a las agencias educativas que, en los últimos años, están dando muestras de una dejación absoluta en las cuestiones referidas a la educación sexual. La crisis económica ha hecho que los apoyos a las intervenciones educativas en esta área sean los primeros en desaparecer.

6ª Los datos disponibles indican que en la mayoría de las familia y de los centros educativos no se abordan estas cuestiones de manera adecuada. Sabemos que, en las familias, dos de los temas que menos se plantean son el sexo y el consumo de alcohol y de sustancias estimulantes. Justo los dos en los que mayor necesidad hay.

7ª Hay un acuerdo generalizado entre los especialistas en salud del adolescente en destacar la asociación que existe entre el consumo de drogas, el alcohol (ambos consumos extraordinariamente importantes e imparables) y las relaciones sexuales de riesgo.

8. Observamos en algunos sectores de jóvenes una presión extraordinaria del grupo, siendo un elemento poderoso a la hora de iniciar relaciones afectivas y relaciones sexuales. Los jóvenes con baja autoestima y falta de habilidades sociales son más vulnerables.

9. Los jóvenes tienen ganas, tienen deseos, tienen hormonas, se apasionan, se excitan, se enamoran y el sexo les atrae con una intensidad y características que no van a tener nunca más en su vida.

10. Una parte importante de los jóvenes no disponen de los recursos necesarios (informativos, formativos, habilidades…etc.) para afrontar positivamente las situaciones de riesgo que, en su vida cotidiana de manera inevitable, van a derivarse de sus primeras relaciones afectivo-sexuales. Por otra parte no puede decirse que, estas primeras relaciones para muchos de ellos/as, sean una experiencia gratificante, que disfruten de una manera saludable, que sea resultado de una decisión libre y que las tengan en las condiciones más adecuadas.

### Ofrecer programas de eduación sexual

Por lo dicho se hace preciso ofrecer programas ambiciosos de educación sexual, sistemáticos, que vayan más allá de la información y que incluyan el abordaje de determinadas actitudes, valores y conductas. La paella no es solo el arroz. Los jóvenes necesitan una capacitación específica, que incluya unas pautas concretas, explicitas, más adecuadas y que contrasten con las que ya tienen ellos/as,- repetimos: que ya tienen- facilitándoles una visión más saludable de su vida sexual y afectiva. De no hacerlo, es muy probable que asistamos a unas próximas generaciones a las que, su vida afectiva y sexual, les provocará grandes sufrimientos.

# Adicción a internet

***Iñaki Lorea Conde***
*Psicólogo Clínico. Fundación Argibide*

**La adicción a Internet es un trastorno emergente sobre el que se estudia y debate en todo el mundo. La investigación actual está tratando de clarificar unos criterios diagnósticos y protocolos de tratamiento que demuestren eficacia. Más allá de estas consideraciones, al hablar de adicción a Internet nos referimos a un uso excesivo de la navegación por la red, que afecta a los objetivos personales, sociofamiliares y académico-profesionales de un sujeto. Analizar los mecanismos biológicos que están implicados en este trastorno, delimitar las características individuales y sociales que actúan como factores de riesgo y de protección y desarrollar programas de prevención eficaces son otras líneas de investigación relevantes en el abordaje de este complejo fenómeno.**

Las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en general e Internet en particular están revolucionando los modos de comportamiento y relación del ser humano. Nuevas formas de comercio, de transmisión del conocimiento o de establecer relaciones con personas son ejemplos destacados de ello. No obstante, junto a estas innegables ventajas se están acumulando un número creciente de consecuencias negativas derivadas del uso abusivo de Internet, de tal manera que en los últimos años varios grupos de investigación clínica han propuesto la existencia de un "trastorno por adicción a Internet", de características similares a otras conductas adictivas.

## Concepto

Las primeras propuestas estructuradas de diagnóstico fueron realizadas en 1996 por Kimberly Young, que definía el trastorno como "la realización de un uso excesivo de internet que genera una distorsión en los objetivos personales, familiares o profesionales del sujeto afectado". Aunque en la actualidad los estudios empíricos no han consensuado unos criterios diagnósticos para la adicción a internet, los más reseñados se refieren a: **a)** "tener en mente" la red constantemente, **b)** un uso creciente de internet para obtener bienestar, **c)** realizar esfuerzos infructuosos para controlar su uso, **d)** experimentar malestar al cesar su uso y **e)** permanecer conectado más tiempo del que se había previsto. Además, uno de los tres siguientes criterios debe estar presente: **1)** el uso de Internet afecta las relaciones familiares, el trabajo o los estudios, **2)** algún familiar, amigo o allegado muestra su preocupación por el uso que el sujeto hace de Internet y **3)** el uso de la red se convierte en una forma de afrontamiento de problemas o de estados de disforia.

Una cuestión relevante respecto al concepto de "adicción a internet" es delimitar si la adicción es a la red o a sus contenidos. En este sentido, se ha observado que las aplicaciones en las que el usuario no necesita identificarse, como los chat o los juegos de rol, son más propicias para perder el control del uso de la conexión a la red. Parece que en dichas aplicaciones la posibilidad de asumir una identidad falsa tiene la capacidad de proporcionar mayor satisfacción que el verdadero yo, lo que proporciona la sensación de "escapar de sí mismos" a los internautas y este aspecto adquiere grandes propiedades de refuerzo, principalmente en sujetos con una mayor vulnerabilidad psicológica.

## Epidemiología y factores de riesgo

Sin embargo, no todas las personas que navegan por internet, ni siquiera las que usan chats o juegos de rol, desarrollan una adicción. Si bien se estima que la práctica totalidad de los estudiantes en nuestro ámbito utilizan las TIC en la actualidad, los estudios de prevalencia arrojan datos entre el 3% y el 6% de abuso de Internet en población estudiante, es decir, sólo una minoría de los que navegan por la red hace un uso abusivo. Desde un punto de vista individual, rasgos principales de impulsividad, estado de disforia, baja tolerancia a la frustración, elevada búsqueda de sensaciones, timidez y retraimiento

extremos aumentan el riesgo de engancharse a un uso abusivo de Internet. Desde un punto de vista social, la cohesión familiar débil o las relaciones sociales empobrecidas incrementan las probabilidades de riesgo, sobre todo si se combinan con un hábito de recompensas inmediatas o con presión grupal hacia "estar conectado".

## Neurobiología

Un aspecto de particular interés en el estudio de la adicción a Internet es el análisis de los cambios que ocurren en el cerebro durante el desarrollo de este trastorno. Las primeras evidencias señalan que, de manera similar a otras conductas adictivas (adicciones a sustancias y al juego principalmente), se observan alteraciones en el funcionalismo de la transmisión dopaminérgica en el sistema de recompensa cerebral. Asimismo se encuentran cambios estructurales en regiones como la corteza orbitofrontal y el giro cingulado anterior, cambios que se han asociado a una mayor atribución de saliencia a los estímulos relacionados con Internet y a una peor regulación de la conducta de "estar conectado". Como resultado, el comportamiento del sujeto cambia y se instaura la conducta adictiva con todos sus componentes: alteración del humor, saliencia, tolerancia, abstinencia, interferencia ambiental-funcional y recaídas.

## Tratamiento

En la actualidad no existen protocolos de tratamiento con la suficiente calidad metodológica que hayan demostrado su eficacia en el tratamiento de la adicción a Internet. Sin embargo, existe consenso en que la abstinencia del uso de la red no es un objetivo general de tratamiento, sino que ha de circunscribirse a las aplicaciones objeto de mayor abuso. Asimismo, los clínicos que trabajan en el ámbito de la adicción a Internet han sugerido algunas estrategias de tratamiento que incluyen: **a)** modificar los patrones horarios de uso del ordenador, **b)** planificar actividades que limiten el tiempo de uso de Internet, **c)** evitar totalmente el uso de las aplicaciones más problemáticas, **d)** clarificar costes y beneficios del abuso de Internet y de un uso adecuado, **e)** clarificar las oportunidades que el paciente pierde cuando abusa de "estar conectado", **f)** participar en grupos de autoayuda y **g)** implicar a la familia en el tratamiento.

## Prevención

Dada la innegable utilidad de las TIC en general e Internet en particular, las estrategias de prevención abogan por comprometer a padres, educadores y adolescentes en su uso

y conocimiento. Por una parte, el uso compartido entre padres, madres e hijos puede servir para que éstos adiestren a los padres y madres en el uso de las nuevas tecnologías. Por otra parte, padres y madres tienen la oportunidad de enseñar a los jóvenes a utilizar las TIC de manera adecuada y en su justa medida. Se han sugerido una serie de recomendaciones a la familia para prevenir el abuso de Internet, a saber: **a)** limitar el uso y pactar el tiempo de utilización del ordenador, **b)** ubicar los ordenadores en lugares comunes de la vivienda, **c)** controlar los contenidos a los que los jóvenes acceden (sobre todo al inicio), **d)** fomentar las relaciones cara a cara, **e)** potenciar las aficiones y la implicación en deportes, actividades lúdicas, de equipo y de voluntariado y **f)** favorecer la comunicación y el diálogo en la propia familia.

# Con buen humor se piensa mejor

## La mente de las personas se abre al experimentar sentimientos positivos y eso también es salud

*Dr. Emilio Garrido-Landívar*
*Psicólogo, Especialista sanitario*

**Hace tiempo que quienes nos dedicamos a la salud en general y a la mental en particular, sabemos que los experimentos de estos quince últimos años han avanzado lo suficiente para saber "que el bienestar emocional" nos reporta mejor salud física.**

Este verano he estado leyendo con discernimiento y con mucha emoción a la doctora Bárbara L. Fredrickson, que es la jefa del laboratorio de neurociencias de Michigan, Carolina del Norte... Una psicóloga experimental en psicología social, que investiga emociones y su conexión con la salud y con la empatía en el grupo social.

Quiero exponerles algunas ideas que he ido entresacando de sus artículos y libros, que son pura ciencia del comportamiento, de la psicofisiología y de psicología social y que hoy –huyendo un tanto de las ciencias básicas- se dan en llamar neurociencia, neuropsicología... El nombre es lo de menos, lo demás son las investigaciones que nos llevan, tras ellas, a vivir de mejor manera. "La creatividad no es solo capacidad cognitiva intelectual", sino un estado correcto de ánimo. Y esa "corrección de ánimo" dice la misma doctora, es un estado de optimismo, humor y manera diferente de ver la vida, en definitiva una emoción positiva.

### Actitud positiva ante la vida

También demuestra con un sinfín de experimentos, que no vamos a destallar, para no aburrir al lector, que "cabe inferir, en consecuencia, que el pensamiento de las personas que se sienten a gusto es más creativo, flexible, amplio y abierto". Es decir que de alguna manera, experimentalmente la gente alegre, es más creativa, más amplia de miras, más inteligente socialmente y se enfrenta en la vida de mejor manera a los estresores del día a día. Proponer una actitud positiva, frente a la crisis –por poner un ejemplo-, frente a haber estado diez años en un puesto de trabajo, y de golpe y porrazo ser despedido; todos entendemos que es muy difícil no llorar, no quejarse, no rabiar, no...tener una emoción negativa, que siempre son más primarias y nos han ido evolutivamente ayudando a garantizar la especie. Las emociones positivas, el estar alegre, optimista es más fácil hablarlo y escribirlo que llevarlo a la práctica, por supuesto, pero no deja de ser cierto que nadie nos ha dicho sus consecuencias y sus ventajas.

No pretendemos, porque seríamos necios; bailar y "echar cohetes al cielo", después de haber sido despedidos, no, ni mucho menos. Pero hay actitudes que no las hemos desarrollado y también nos "ayudan a conservar la especie". "Las emociones positivas propician nuevas ideas y posibilidades de actuar de manera diferente, pueden también crear modificaciones persistentes y arraigadas, lo que hace que la especie evolucione en calidad. Cuando los niños corretean y se ríen o los adultos dan rienda suelta a sus pasiones jugando al fútbol, el motivo puede ser puramente hedonista; sin embargo, en ese momento también se establecen recursos físicos, espirituales y sociales que no nos damos cuenta, pero son reales: El juego es saludable, las estrategias ayudan a resolver situaciones y la camaradería refuerza los vínculos sociales. Según los estudios realizados con monos, ratas y ardillas, lo mismo

les sucede a los animales".

Parece evidente que los buenos sentimientos ensanchan nuestro horizonte intelectual y nos permiten resolver con mayor celeridad los problemas. Luego una persona "despedida", encontrará formas diferentes, nuevas, creativas de trabajo, si es más optimista y tiende a tener y desarrollar buenos sentimientos (emociones positivas).

Las emociones positivas cambian a las personas para mejor, les abren la esperanza hacia el futuro, aumentan la resistencia y refuerzan los vínculos sociales. Esto no es una broma, no es algo poético, es ciencia experimental. Si tienen dudas, lean la larga y profunda bibliografía de la Doctora Bárbara.

También, las emociones positivas, explican probablemente el sentido evolutivo de estas exaltaciones del ánimo: Multiplicando los recursos de nuestros ancestros y, por ende, las posibilidades de supervivencia y de reproducción en las situaciones de conflicto. Porque está más que demostrado que el estrés permanece más tiempo y en peores circunstancias cuando la persona está triste, no se ríe, tiene un rostro adusto, y su cuerpo no "se mueve más que en una dinámica de tristeza, melancolía o de traumas infantiles, siendo ya un adulto...Sin duda su ánimo vital no le protegerá del estrés y de la depresión. Muy al contrario, no curará, mientras él no quiera y se proteja –queriendo-, de sus traumas antiguos, de su mala suerte, de su vida de mierda que tiene y lleva...

Quien se siente bien experimenta, en mayor medida, la ausencia del peligro. Quien es optimista y ve la "botella medio llena", es que tiende a estar contento, a aceptar lo que le toca de buen grado, y tiene muchos menos miedos al futuro incierto, que solo "puede cambiar", si hoy estás contento y eso contribuirá de forma científica a sentirse mejor el día de mañana.

Los buenos sentimientos, los sentimientos positivos, esa palabra interior que te dices constantemente como una muletilla: "¡Estoy mejor, vivo bien, disfruto de las pequeñas cosas, qué bien me siento, no necesito apenas nada, me ducho casi cuando quiero, desayuno todos los días...! Nadie lo oye, pero tú lo sabes y lo sientes, lo haces diariamente carne de tu carne...Todo eso ayuda a tranquilizarse, sobre todo ante situaciones de conflicto, a verlos venir sin miedos, sin apuros, si extorsiones exageradas...y, el buen humor ayuda a recuperarse antes y de mejor manera ante los estresores diarios que todos tenemos continuamente.

### Buscar la felicidad siempre y en las cosas más sencillas

Los sentimientos positivos no sólo cambian a la persona que los tiene, sino que también se contagian, por esa maravilla de las neuronas espejo, que muchas veces, creemos que son ciencia ficción; pero bostezamos cuando vemos bostezar, tenemos miedo cuando intuimos que el otro lo tiene, sentimos hambre cuando hablamos de comida...Lo mismo ocurre cuando reímos con los demás, cuando disfrutamos con pequeñas cosas continuamente, no son exageraciones que apuntan los débiles; son experimentales y cada vez más estudiadas.

Los buenos pensamientos generan una reacción en cadena que abre el ánimo y la disponibilidad, lo que induce nuevas emociones positivas. Es la conducta en cascada, infinita, imparable..., con consecuencias tremendas para el individuo, pero hay que empezar, iniciar esas emociones, esos sentimientos, esos pensamientos...; para que vengan implícitos y en cadena.

El humor y la risa parecen, sin duda, la vía más directa. Sin embargo, en los momentos difíciles resulta mucho más fácil decirlo que hacerlo.

La propia doctora en uno de sus artículos dice y cierro esta reflexión con sus palabras: "Mi consejo es buscar la felicidad en todas las situaciones de la vida y en las cosas sencillas. Quien quiera descubrir lo bueno de un mundo complejo y, en parte, represivo, tendrá que acudir a sus propias fuerzas y a las de quienes le rodean. Nuestro mayor aliado en la senda para la maduración y la fortaleza interiores es la conciencia".

Las emociones positivas fortalecen el cuerpo y el espíritu y nos preparan para las épocas de crisis. No lo eche en saco roto, y active en momentos de "bonanza y tranquilidad doméstica" sus emociones positivas, su humor, su risa, su disfrutar de las pequeñas cosas, las cuales le prepararán de manera más efectiva para abordar los momentos más difíciles.

# El DNI de las manchas

***Carmen Carranza Romero***
*Dermatóloga del Hospital Fundación Jiménez Díaz, miembro de la Academia Española de Dermatología y Venereología*

**Con la vuelta de las vacaciones nos topamos con el problema de las manchas faciales. ¿Qué son las manchas, por qué se producen y cómo combatirlas con los últimos avances?**

## Tres tipos de manchas

**1. El lentigo senil o actínico**, es una respuesta de la piel a la radiación ultravioleta. Afecta a zonas fotoexpuestas como son cara, cuello, escote y brazos. Son lesiones que aparecen en personas de raza blanca por lo general a partir de los 60 años y está relacionado con una historia de larga exposición solar y quemaduras intermitentes. Una vez aparecen las manchas, éstas van a persistir aunque cese la exposición solar.

**2. El melasma**, aparece como manchas irregulares en cara (a destacar frente, pómulos y labios superior), cuello y antebrazos. Estas manchas tienen una tonalidad marronácea en mayor o menor intensidad y pueden dar lugar a un efecto antiestético muy llamativo. El melasma es un trastorno muy frecuente y tiene un marcado predominio en mujeres a partir de los 20 años; está relacionado con el embarazo o la toma de anticonceptivos si bien su causa a día de hoy no está clara. Estas manchas pueden durar años y su pigmentación se incrementa durante los meses de verano por la mayor exposición solar. Es evidente por tanto que la luz solar juega un papel clave ya que suele mejorar durante el invierno. Son lesiones benignas y su tratamiento se hace por razones estéticas.

**3. El melanoma**, aparece como una mancha de distintos tonos que varían del marrón claro al negro. Pueden surgir de un lunar previo o aparecer de modo súbito. Tiene los bordes irregulares, mal definidos y una cierta asimetría. Ante cualquier cambio de color, tamaño o simetría de un lunar usted debe consultar a su Dermatólogo de referencia ya que son la forma más grave de cáncer de piel y su tratamiento a tiempo es fundamental.

## Las dos caras del sol

Las manchas van a traducirse en un fotoenvejecimiento de la piel y en muchas ocasiones están relacionadas con una historia de larga exposición solar. El sol constituye la principal fuente de radiación ultravioleta y dentro de su radiación podemos distinguir entre la luz visible, la radiación infrarroja y la ultravioleta. El efecto de las radiaciones solares puede tener consecuencias negativas en nuestra piel. Los infrarrojos son responsables de la deshidratación, la insolación y el golpe de calor; la luz visible, del envejecimiento cutáneo y las radiaciones UVB y UVA lo son del cáncer cutáneo, del fotoenvejecimiento y de las manchas de nuestra piel. No debemos olvidar que el bronceado es un mecanismo defensivo de nuestra piel ante la radiación solar.

A pesar de todo esto, la radiación ultravioleta resulta beneficiosa si se recibe en pequeñas cantidades. Es esencial en la producción de vitamina D y mejora nuestro estado de ánimo.

## ¿Qué hay de nuevo?

Existen multitud de tratamientos para acabar con las manchas; sin embargo, la prevención es el más efectivo de todos. El uso diario de fotoprotectores, gorro y gafas de sol y evitar las horas de mayor exposición solar (entre las 12 y 16 horas) son las medidas más importantes.

Una vez que la mancha está en la piel va a ser fundamental:

**1. El uso de fotoprotectores.** Los fotoprotectores son productos que aplicados sobre la piel previenen los efectos nocivos del sol, de la quemadura solar y del fotoenvejecimiento, además reducen el riesgo de cáncer cutáneo y disminuyen la aparición de alergias solares. Las guías recomiendan la utilización de un factor de protección mayor a 30 durante los meses de verano, en cantidad suficiente para cubrir la superficie cutánea y que además sea renovado cada 2 o 3 horas. La normativa europea estableció hace unos años el denominado método COLIPA que actualmente es el vigente en nuestro país y que ha sido adaptado por la mayoría de fabricantes de cosméticos, aunque hay que recordar que no es de obligado cumplimiento. El FPS o Factor de Protección Solar es un índice que nos indica la capacidad protectora del producto, es decir, cuánto tiempo podemos estar expuestos al sol sin que nuestra piel comience primero a irritarse y después a quemarse. Hoy día existen distintas formas galénicas como pueden ser la crema para pieles secas, el gel o gel-cream para pieles grasas, el spray para amplias zonas u cuero cabelludo, el stick en el contorno de ojos y cicatrices, la emulsión oil-free para pieles grasas o acneicas o pacientes en tratamiento con isotretinoinas.

Recientemente han salido al mercado fotoprotectores con una cobertura más amplia frente a todas las radiaciones UVB, UVA, infrarrojo-A y radiación visible, además neutraliza los radicales libres gracias a sustancias antioxidantes y sustancias como vitaminas A, C o E. Como falso mito resaltar que Un FPS alto no conlleva que se pueda prolongar indefinidamente el tiempo de exposición solar.

**2. Uso de fórmulas despigmentantes** como pueden ser :

- Los peelings químicos son tratamientos dermo-cosméticos en los que se busca eliminar total o parcialmente las capas más externas de la piel para provocar su regeneración con el propósito de eliminar las lesiones superficiales como cicatrices, manchas, suavizar arrugas...
- Productos queratolíticos como alfa-hidroxiacidos (ácido glicólico, ácido salicílico...) o retinoides a diario por la noche son una alternativa segura y eficaz

**3. Láser**. Uso de láseres que rompen el pigmento sin dañar la piel sana. El tipo de láser va a depender del tipo de mancha a tratar.

**4. Es clave llevar una vida sana y una dieta equilibrada** que incluya la ingesta de verduras y frutas.

## ¿Volverán las manchas?

**A.** Las manchas de tipo léntigo suelen tener un tratamiento definitivo.

El tratamiento de los lentigos es sencillo y con una única sesión pueden resolverse en la mayoría de las ocasiones. Se pueden emplear diversos tratamientos ablativos superficiales como la criocirugía en spray, el peeling y el láser.

**B.** En el melasma su tratamiento es más complejo y el paciente una vez presentado una aclaración del mismo puede volver a presentar lesiones.

En el melasma, el tratamiento tiene que ser continuado a lo largo del año. Los pacientes pueden llegar a presentar un blanqueamiento de las lesiones pero es necesario tener presente que pueden volver a pigmentarse con la exposición solar. Su diagnóstico es muy sencillo pero el tratamiento puede resultar complejo y a menudo requiere tratamientos combinados. Es imprescindible el uso de fotoprotectores durante todo el año y de fórmulas despigmentantes 2- 3 veces en semana aplicadas por la noche. El gold Standard es el uso de productos que contienen hidroquinona con concentraciones que varían desde 2% al 6% combinadas con diversos agentes queratolíticos. Además una herramienta muy eficaz a día de hoy es el tratamiento con láser fraccionado ("fraxel").

Es necesario que este tipo de tratamientos sean realizados por especialistas bien entrenados, cualificados y de confianza ya que no vale cualquier tipo de láser o peeling en este tipo de patologías. Por otro lado, mientras hace efecto el tratamiento se puede utilizar un maquillaje corrector que disimule los defectos de tu piel

## Remedios caseros

No existen estudios clínicos ni evidencia científica que prueben la eficacia de remedios caseros del tipo agua de arroz o zumo de limón. Por ello y desde un punto de vista médico, no estarían indicados.

# ¿Cómo va a ser mi vida después de que me operen del corazón?

***Miguel Ángel Imizcoz Zubigaray.*** *Cardiólogo*

**Cuando un paciente se enfrenta a esta pregunta es porque se le ha diagnosticado de alguna enfermedad cardiaca y le han comunicado la necesitad de ser intervenido quirúrgicamente. Actualmente la cirugía cardiaca de los adultos abarca varios tipos de patología aunque el mayor número de pacientes que se intervienen es por problemas de tipo coronario, de las válvulas cardiacas o de ambos simultáneamente.**

Pasado el aturdimiento inicial y después de hacerse la pregunta de ¿por qué me ha tocado esto a mí? el enfermo se hace otras no menos importantes: ¿cómo cambiará mi vida?, ¿qué podré hacer o deberé abandonar después de la operación?. La respuesta a éstas preguntas no siempre es sencilla y siempre se deberá individualizar para cada paciente, siguiendo los consejos que le haga el personal sanitario. Sin embargo, se puede trasmitir unas ideas generales que se cumplen en la mayor parte de ellos.

El paciente deberá ser consciente que un objetivo primordial de la intervención es que vuelva a hacer su vida normal, limitada únicamente por las secuelas que haya motivado el problema cardiaco original y el nivel de resolución que se haya alcanzado con la cirugía.

## Situación a corto plazo

Las primeras semanas después de la operación es cuando más molestias puede presentar el paciente intervenido. La propia cirugía ya supone una agresión para el organismo, que produce sensación de cansancio y debilidad. Esta limitación cede habitualmente de forma progresiva y el paciente nota "día a día" que mejora su capacidad de esfuerzo y se encuentra con más fuerza. Como además es frecuente que se asocie cierto grado de anemia, ésta acentúa todavía más la sensación de cansancio, que se corrige al disminuir la misma.

La vida en estas primeras semanas debe ser de tranquilidad, evitando los esfuerzos intensos, caminando diariamente lo que se tolere, llevando una alimentación variada, tendiendo a realizar cinco comidas diarias que sean poco copiosas y evitando el alto contenido en grasa.

Siempre se deberá aprovechar esta situación para abandonar definitivamente los hábitos perjudiciales que tuviera previamente, especialmente el tabaco o la toma de bebidas alcohólicas de alta graduación. Salvo contraindicación por otro motivo, puede tomar un vaso de vino con las comidas principales.

Si durante estas primeras semanas se comienza a sentir dolor en el centro del pecho al respirar, acompañado de unas décimas de fiebre, es conveniente consultar con su médico. Puede que se trate de una pericarditis después de la intervención; es un problema relativamente frecuente y de fácil solución, ya que solamente expresa la inflamación del pericardio (tejido que rodea al corazón) que ha sido manipulado durante la operación. De la misma forma en los casos de cirugía de las arterias coronarias puede aparecer hinchazón de la pierna de la que se han obtenido los injertos de vena. Si se mantiene la tumefacción de dicha pierna se debe colocar durante el día una media compresiva que facilite el drenaje linfático, posiblemente alterado por la intervención.

Es conveniente no conducir las primeras cuatro a seis semanas, y después hacerlo de una manera progresiva. En caso de necesitar realizar un viaje de largo recorrido se aconseja descansar cada dos horas y pasear durante unos minutos. Los viajes de larga distancia se pueden hacer sin problemas en otros medios de trasporte más cómodos como son el tren o el avión.

Durante los dos o tres primeros meses es conveniente no levantar pesos importantes, la razón es sencilla: un buen número de músculos del tórax que participan en dicho esfuerzo se insertan en el esternón y cuando se utilizan están sobrecargando el mismo, que es por donde se ha accedido hasta el corazón, y eso provoca dolor.

## Cuidados generales a largo plazo

Una vez que han pasado unas semanas y el paciente ha comprobado que su capacidad para hacer la vida normal es cada vez mayor, debe recordar algunos sencillos consejos:

- Cuidados de la cicatriz. La propia cicatriz no necesita ningún cuidado especial, pero cuando se toma el sol, y especialmente durante el primer año se aconseja que la proteja con crema de alto factor protector, pudiendo ser útil las barras de protección que utilizan los esquiadores como protector solar en sus labios. Se deberá aplicar nuevamente la crema si han pasado dos horas o si ha tenido contacto con el agua.
- Actividad física. Es muy importante recuperar un cierto nivel de ejercicio físico. Si previamente se practicaba alguna actividad deportiva, y siempre que no sea violenta ni competitiva, se deberá reanudar la misma de una manera progresiva hasta llegar al nivel acostumbrado antes de la intervención.

En el caso de que antes no se practicara deporte es conveniente establecer un calendario de entrenamiento progresivo de ejercicio hasta realizar un mínimo de treinta minutos al día durante cinco días a la semana. También con carácter general se aconseja que esta actividad sea fundamentalmente aeróbicas, es decir ejercicios que suponen poco esfuerzo pero mantenido, como son: caminar, correr, nadar, andar en bicicleta o similares. Si tiene duda consulte a su medico.

- Alimentación. Otro aspecto importante es que la dieta sea sana y variada, adaptada a otros problemas clínicos si los padece, recordando la conveniencia en seguir repartiéndolas en cinco comidas a lo largo del día, no copiosas. En prácticamente todos los pacientes se recomienda la limitación de la sal a unos 2 gramos al día. La manera más sencilla de conseguirlo es cocinar sin sal, retirar el salero de la mesa y evitar aquellos alimentos que contengan sal como son los que se venden ya preparados, las conservas, encurtidos, salazones, embutidos y algunos congelados. Siempre deberá limitar las bebidas alcohólicas, aunque puede tomar una pequeña cantidad de vino o cerveza con las comidas.
- Fármacos. Seguirá correctamente los tratamientos que se le han aconsejado y los controles necesarios. En el caso de tomar algún medicamento anticoagulante, además de adaptarse a las dosis que se le aconseje, deberá recordar que si acude a otros profesionales sanitarios se lo comunicará.

Si es usted un paciente al que se le ha implantado algún tipo de material protésico, especialmente a nivel valvular debe recordar que es muy importante evitar que una infección anide en dicho material. Cuando se vaya a someter a manipulaciones a nivel de la boca, nariz o garganta es necesario que siga el tratamiento antibiótico aconsejado antes del procedimiento.

Para finalizar y como resumen trasmitirles que si alguien de Vds. va a necesitar ser intervenido quirúrgicamente del corazón, recuerde que su vida a partir de ese momento va a seguir por lo menos igual a la que realizaba antes de pasar por quirófano, y en la mayoría de los casos incluso mejor al eliminar los síntomas que han justificado la intervención. Es cierto que en las primeras semanas puede encontrarse algo más cansado y limitado, pero en poco tiempo podrá reanudar su vida normal, activa y con pocas limitaciones.

# Estenosis cervical y mielopatía espondiloartrósica cervical

*Dra. Ana Aransay ,*
*Dr. Juan Carlos García Romero,*
*Dr. Alfonso Vázquez Míguez,*
*Dra. Idoya Zazpe Cenoz,*
*Dr. Rodrigo Ortega,*
*Dra. Janire Carballares,*
*Dr. Jorge Díaz Molina,*
*Dr. Gorka Zabalo,*
*Dr. Javier Azcona Gonzaga,*
*Dr. Eduardo Portillo Bringas.*
*Servicio de Neurocirugía.*
*Complejo Hospitalario de Navarra*

**La columna vertebral cervical está compuesta por 7 vértebras conectadas entre sí por los discos intervertebrales, ligamentos, pequeñas articulaciones y músculos. En el interior de las vértebras se forma un canal longitudinal denominado canal espinal por el que discurren la médula espinal y los nervios raquídeos que salen de ella para inervar principalmente las extremidades superiores.**

## ¿Qué es la estenosis cervical?

La estenosis cervical es un estrechamiento del canal espinal a nivel cervical. Cuando el canal se estrecha puede comprimir la médula espinal y los nervios que se originan en ella produciendo dolor cervical irradiado a los brazos, pérdida de fuerza y sensibilidad en las manos e incluso dificultad para caminar o incontinencia urinaria. (Fig.1)

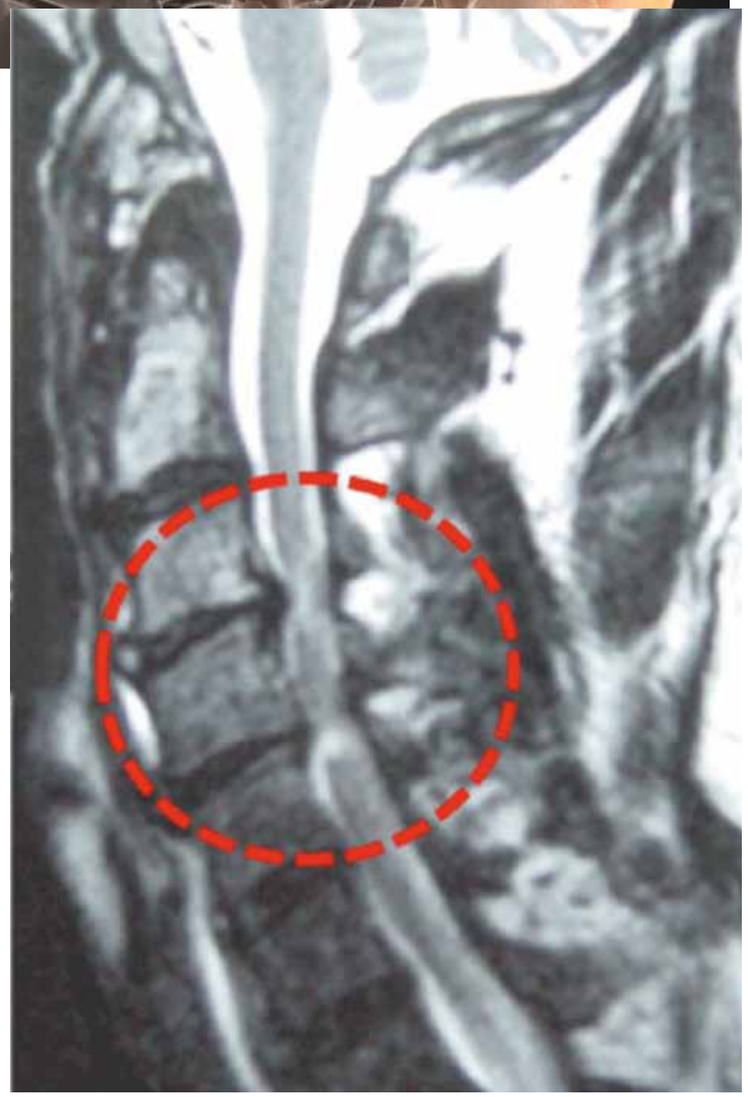


*Fig. 1- Imagen de RM en un corte sagital mostrando estenosis cervical y signos de mielopatía*

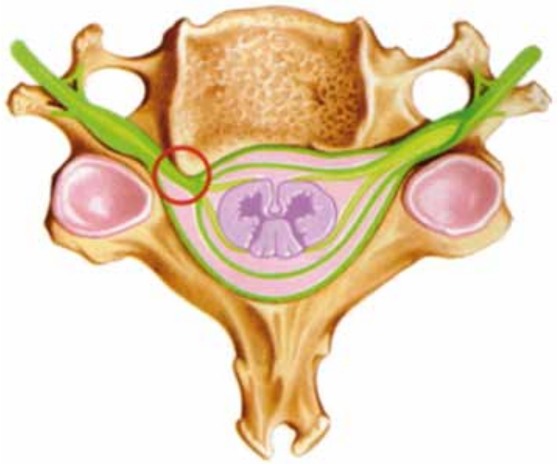


*Fig. 2A- Compresión de una raíz nerviosa cervical*

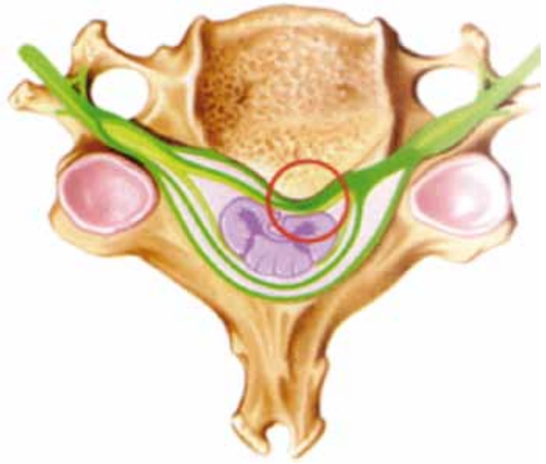


Fig. 2B- Compresión de médula espinal

Aunque la estenosis de canal cervical puede ser congénita, en la mayoría de los pacientes se produce por los cambios degenerativos que sufre la columna con la edad. Estos cambios son la manifestación de la artrosis a nivel cervical, que se denomina espondiloartrósis cervical. En ocasiones la estenosis cervical al comprimir la médula puede lesionarla produciendo mielopatía (del griego myelós, médula y páthos enfermedad).

## ¿Por qué se produce la estenosis cervical?

A partir de la cuarta o quinta década de la vida comienzan cambios en la columna vertebral debidos al envejecimiento. Así con la edad los discos intervertebrales se deshidratan, pierden altura y protruyen hacia el canal espinal, reduciendo sus dimensiones. Como consecuencia el ligamento amarillo, ligamento que une las vértebras por detrás, disminuye de altura y se engruesa, contribuyendo también a estrechar el canal espinal. Además las carillas articulares (pequeñas articulaciones que existen entre cada dos vértebras en su parte posterior) y la parte posterior de las vértebras se hipertrofian reduciendo el diámetro del canal espinal. También aparecen osteófitos (excrecencias óseas anormales). Estos cambios degenerativos son comunes a partir de los 50 años sin embargo no todas las personas presentan síntomas, la aparición de síntomas depende fundamentalmente del tamaño del canal espinal y del grado de compresión de los nervios y de la médula.

## ¿Cuáles son los síntomas y signos?

Pueden aparecer tres tipos de síntomas:

- Dolor en la parte posterior de la cabeza, en el cuello y en los hombros.
- Síntomas derivados de la compresión de las raíces nerviosas (síntomas radiculares) que inervan las extremidades superiores como pérdida de fuerza y sensación de adormecimiento o acorchamiento en los brazos, rigidez o torpeza en las manos (dificultad para abrir un frasco o abrocharse la camisa). En casos avanzados los pacientes pueden presentar adelgazamiento patológico de los músculos de las manos (Fig. 2A)
- Síntomas derivados de la compresión medular (síntomas de mielopatía) que consisten en pérdida de fuerza y sensibilidad en extremidades superiores e inferiores y espasticidad lo que produce una dificultad para caminar (necesidad de usar bastón y caídas frecuentes). En ocasiones aparecen alteraciones en el control del esfínter urinario (incontinencia urinaria) e incluso del esfínter anal. Típicamente los reflejos en las rodillas y tobillos se aumentan anormalmente mientras que los reflejos en los brazos disminuyen o desaparecen (Fig. 2B)

La progresión de los síntomas varía. Unas veces el deterioro es lento pero progresivo, en otras el deterioro se detiene en un momento concreto y en algunos casos progresa rápidamente.

## ¿Qué tratamientos existen?

En los casos de síntomas leves y no progresivos o en pacientes de edad muy avanzada o con alto riesgo quirúrgico por tener otras patologías se puede realizar un tratamiento conservador. El tratamiento conservador (no quirúrgico) consiste en tomar medicamentos analgésicos y antiinflamatorios y recibir tratamiento fisioterápico que ayudará a mejorar la flexibilidad del cuello, tronco, brazos y piernas así como a aprender a realizar las actividades cotidianas con mayor destreza y seguridad para su columna (cambios de postura al sentarse, ponerse de pie, levantarse de la cama, vestirse, abrir y cerrar frascos...). Si a pesar del tratamiento conservador la enfermedad progresa es mejor realizar una intervención quirúrgica antes de que los déficits neurológicos sean demasiado graves.

## ¿Cuándo se debe realizar una intervención quirúrgica?

Se debe realizar una intervención quirúrgica en los casos de pérdida de fuerza y/o sensibilidad progresiva, evidencia clínica de compresión medular o en casos de presentación brusca de déficit neurológico severo (pérdida de fuerza, sensibilidad y alteración del control de esfínteres). El objetivo principal de la cirugía es detener la progresión de la enfermedad, no siempre se consigue mejorar o revertir las secuelas ya establecidas. Con la intervención quirúrgica se pretende ampliar el canal espinal cervical para que ni la médula ni las raíces nerviosas estén comprimidas. Siempre se retirará hueso, disco o ligamento para aumentar las dimensiones del canal. Se puede realizar por la parte de delante del cuello (abordaje anterior) o por la parte de atrás (abordaje posterior) según lo que su neurocirujano considere mejor para usted teniendo en cuenta la localización de la compresión, la curvatura de la columna cervical y el número de niveles afectados. Puede ser necesario implantar algún sistema de estabilización (fusión) de las áreas afectas, así en la vía anterior se coloca algún sustituto de disco y/o cuerpo vertebral y una placa metálica sobre la columna vertebral y en la vía posterior se pueden utilizan tornillos conectados con barras, aunque no son necesarios en todos los casos.

Ante la aparición de los síntomas descritos anteriormente debe consultar con su médico de atención primaria lo antes posible.

psiquiatría

# Accidentes y problemas de salud en los ancianos con demencia

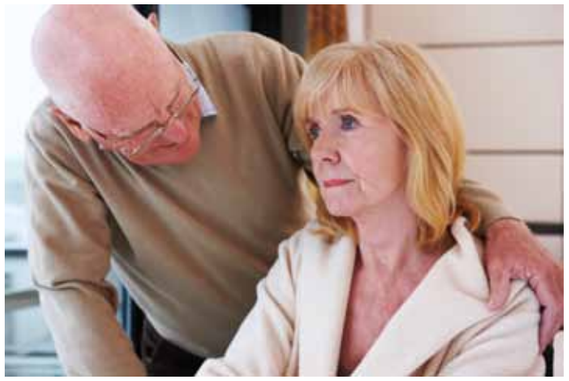
*Miriam García Sanabria*
*Supervisora de Enfermería.*
*Área de Psicogeriatría.*
*Clínica Psiquiátrica Padre Menni, Pamplona*

**En el devenir de la historia, el término de demencia ha sido usado con diversos significados: trastorno de la razón, locura, disparate o despropósito. La palabra proviene del latín, dementia, y combina los términos de que significa "falta de" y mens, inteligencia o razón.**

Para la medicina y la psicología demencia es el "deterioro progresivo e irreversible de las facultades mentales que causa graves trastornos de conducta". La forma más común es la Enfermedad de Alzheimer; son además frecuentes la demencia vascular (tras accidentes cerebrovasculares o ictus) y la asociada con la enfermedad de Parkinson, aunque esta enfermedad no siempre produce demencia.
La demencia, y en consecuencia una de sus principales manifestaciones: la pérdida de memoria, puede afectar a varias áreas funcionales de la persona, haciendo difícil que esta continúe funcionando como siempre. Esta enfermedad afecta tanto al paciente como a su familia, lo que ocasiona problemas emocionales, sociales e incluso económicos.
A pesar de que no existe cura para la demencia, los cuidadores pueden adquirir habilidades para manejar algunos de los problemas de salud que acompañan a la enfermedad, así como la prevención de accidentes. De este modo ganarán un mayor control sobre ella.

## Accidentes domésticos en personas con demencia

Estos enfermos tienen más accidentes en sus casas y más riesgo de caerse. Esta situación empeora cuando se encuentran solos o agitados y cuando los cuidadores están apurados, cansados o enojados. El hogar es uno de los entornos donde se producen con mayor frecuencia las caídas, intoxicaciones, quemaduras, incendios, explosiones y electrocuciones.
Los accidentes ocurren porque los enfermos "olvidan" cómo hacer algunas cosas que antes hacían sin problemas, perdiendo las habilidades necesarias y no se dan cuenta de ello.



**Caídas**
¿Es nuestro hogar un lugar seguro? Todos pensamos que nuestras viviendas son seguras y que nuestra casa escapa de todo peligro. Pero lo cierto es que el hogar encierra múltiples riesgos que en la mayoría de los casos pasan inadvertidos.
Cada año, muchas personas reciben atención sanitaria por accidentes sucedidos en el hogar, que en su mayoría podrían haberse evitado si se hubieran modificado hábitos, cambiado el mobiliario, etc.
Los accidentes, además de consecuencias físicas (fracturas, esguinces, contusiones, heridas, traumatismos craneoencefálicos,...), producen consecuencias psicológicas importantes (miedos, síndrome de ansiedad, etc.), pérdida de autonomía, deterioro funcional, depresión e importante aislamiento social.
La prevención es esencial; se debe aprender a reconocer las situaciones de riesgo y poner en marcha soluciones adecuadas para evitar accidentes.
Las caídas es el accidente más frecuente, constituyendo la causa principal de muerte accidental y originando una elevada carga por los problemas de salud en las personas que sobreviven.

**Factores de riesgo de caídas**
Relacionados con el envejecimiento normal y enfermedades del anciano :
- Disminución de la agudeza visual y auditiva.
- Falta de actividad física.
- Enfermedades crónicas y agudas (corazón, respiratorias, den sistema nervioso).
- Fármacos como los antihipertensivos y los psicofármacos (tranquilizantes, hipnóticos).
- Enlentecimiento de los reflejos.
- Degeneración de las articulaciones.
- Relacionados con el entorno.
- Suelos resbaladizos.
- Calzado inadecuado.
- Puertas de escasas dimensiones.

Iluminación deficiente.
- Alfombras y exceso de muebles que entorpecen la movilidad.
- Ausencia de ayudas técnicas, como asideros en el baño.
- Camas muy altas o muy bajas.
- Cortinas demasiado largas.
- Presencia de cables por el suelo.

**Recomendaciones**
- Revisión por el médico de los órganos de los sentidos (vista, oído) y corrección de defectos; revisión de la medicación (¿Es imprescindible? ¿Se puede cambiar por otra con menos problemas?).
- Establecer un programa de ejercicio físico: han de ser ejercicios aeróbicos (por ejemplo andar, bailar, correr, nadar o montar en bicicleta), adaptándose a las necesidades y capacidades de cada persona. Se deben practicar de manera regular y constante y que resulten placenteros.
- Calzado cómodo, con suela de goma, que agarren el tobillo y sin cordones.
- Modificaciones ambientales en el domicilio:

- Evitar suelos resbaladizos y encerados.
- Colocar una alfombrilla antideslizante dentro y fuera de la bañera o plato de ducha.
- Las dimensiones de las puertas deberán ser de al menos 80 cm, facilitando la entrada y salida de sillas de ruedas, andadores y otras ayudas médicas de la marcha. Los pestillos se colocarán en la parte superior o inferior y se deben poder abrir desde fuera.
- Mantener una luz piloto encendida durante la noche, que permita la visión y los desplazamientos de riesgo. Los interruptores deben estar colocados a una altura que facilite su alcance.
- Retirar alfombras y felpudos o fijarlos al suelo.
- La cama debe facilitar la entrada y salida, se recomienda una altura entre 45 a 50 cm.
- Colocar barras de apoyo para entrar/salir de la bañera o plato de ducha, a los lados del lavabo e inodoro.
- Distribución de los muebles en forma de L, lo que permite tener siempre un punto de apoyo durante los desplazamientos.

Además de estas recomendaciones se aconseja:
- No fiarse si el enfermo asegura que puede hacer algo solo. Siempre primero observarlo y decidir si puede hacerlo o no.
- Guardar bajo llave aquellos objetos con lo que se pueda lastimar: máquina de coser, maquinillas, etc.
- Que no salga solo a la calle ni se quede solo en su casa. Se sugiere algún método de identificación indicando dirección y un teléfono de contacto en casos de desorientación.
- No dejar medicamentos a su alcance para evitar intoxicaciones.

## Problemas de salud

Conforme avanza la demencia aparecen complicaciones, la mayoría derivadas de la inmovilidad, generando una mayor sobrecarga para el cuidador.

**Problemas de piel: escaras.**
- El primer signo es el enrojecimiento. Se suelen localizar en zonas donde el hueso sobresale más y existe menos tejido blando bajo la piel: orejas, sacro, cadera, hombros, talones, tobillos.

*Recomendaciones:*
- Realizar cambios de postura cada 2- 3 horas, alternando las zonas de apoyo; facilitando la movilidad si la persona la conserva. Nunca arrastrarle.
- Mantener la piel limpia, seca e hidratada para estimular la circulación

Ropa de la cama y del paciente que esté seca y estirada
- Contar con ayudas técnicas como camas articuladas, colchones de aire, protectores tipo borreguitos, almohadas o cojines.

**Estreñimiento**
Se considera cuando la persona hace menos de tres deposiciones por semana, o suponen un esfuerzo excesivo, en ausencia de laxantes.
*Recomendaciones:*
- Alimentos ricos en fibra (fruta, verdura y legumbres), pan o cereales integrales. Insistir para que beba agua: de 1,5 a 2 litros al día.
- Evitar medicamentos y alimentos que estriñen: chocolate, arroz, zanahoria, plátano, membrillo, compota de manzana, etc.
- Ejercicio físico adaptado a su edad y condición física.
- Ir al baño regularmente, al cabo de 10 minutos después del desayuno y cena, dedicando el tiempo que precise.
- Si el estreñimiento no cede, consultar con el médico

**Incontinencia urinaria**
Es la pérdida involuntaria de orina, siendo necesario el uso de absorbentes tipo pañal o compresa.
*Recomendaciones:*
- Adecuada higiene e hidratación de la piel
Realizar 3- 4 cambios diarios.
- Ropa cómoda con cierres de velcro o elástico.
- Nunca se pondrán 2 absorbentes superpuestos, es incómodo para la persona y desplaza el núcleo absorbente a zonas donde no es necesario, pudiendo aparecer problemas en la piel.

La puesta en marcha de estas recomendaciones evitará también la aparición de otros problemas de salud como problemas circulatorios, articulares, musculares y respiratorios. Aunque la lista parece muy larga y difícil de realizar, los equipos de salud están para ayudarle. Pida ayuda y consejo a su enfermera y médico. Estarán encantados de poderle ayudar.

Hermanas Hospitalarias
"Curar y Cuidar"
En colaboración con
Gobierno de Navarra

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

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

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

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

# Estreñimiento y embarazo

*Ainara Pascal Sangari, Isabel Subiza Jiménez y Miren García Chavero*
*Matronas del Complejo Hospitalario de Navarra*

**El estreñimiento es un síntoma de frecuente aparición durante el embarazo (un 50% de las gestantes lo padecen), sobre todo en el último trimestre gestacional. Su prevención y tratamiento resulta esencial para evitar complicaciones como las fisuras anales o las hemorroides.**

El estreñimiento es un síntoma y no una enfermedad en sí. Sin embargo, no es fácil establecer una definición precisa del estreñimiento por la naturaleza subjetiva de las características de la defecación. El único parámetro objetivo es la frecuencia de deposiciones, según el cual, se considera estreñimiento cuando hay menos de tres deposiciones semanales. No todas las personas que se consideran estreñidas cumplen este criterio objetivo por lo que debemos evaluar también otras características subjetivas (dolor y/o aumento del esfuerzo al defecar, incremento del volumen y consistencia de las heces...).

## ¿Por qué la embarazada es más propensa al estreñimiento?

Los cambios hormonales del embarazo, principalmente el aumento de la progesterona, hacen que los músculos del cuerpo, incluidos los del intestino, se relajen. Por ello, el desplazamiento del bolo fecal a través del intestino se enlentece, propiciando que se absorba más agua de los alimentos ingeridos. Como resultado, las heces se vuelven más duras y secas.

La presión que ejerce el útero gestante sobre los intestinos (mayor cuanto más avanzada la gestación) y la ingesta de hierro, pueden agravar el problema.

## Prevención

La prevención del estreñimiento se basa en tres grandes pilares: la alimentación, el ejercicio físico y la adopción de ciertas medidas generales.

Las siguientes recomendaciones, además de ser útiles para la prevención, también son suficientes para resolver la mayoría de los casos de estreñimiento.

- **Alimentación.** Llevar una dieta equilibrada que incluya una cantidad suficiente de fibra (25-30 gramos al día). La fibra está presente principalmente en frutas, verduras, legumbres y cereales integrales.

  Conviene tomar la fruta con piel, lavándola previamente, ya que es la parte de la fruta con mayor concentración de fibra. Se aconseja comer al menos una ensalada al día.

  Es preferible que la pasta, el pan y los cereales sean integrales en lugar de refinados, ya que estos últimos tienen un contenido en fibra notablemente inferior.

  Limitar el consumo de alimentos astringentes (arroz, plátano, manzana, membrillo, zanahoria...).

  Beber aproximadamente 2 litros de agua al día (unos 8 vasos). Si el agua no se tolera bien, sustituirla por infusiones, caldos, zumos, bebidas isotónicas...

- **Ejercicio físico.** La actividad física contribuye a la movilidad intestinal y al fortalecimiento de la musculatura abdominal. Caminar y nadar son los ejercicios más recomendables para las mujeres embarazadas. Hay que evitar los deportes de contacto, saltos y choques, así como los ejercicios de equilibrio, con riesgo de caídas o traumatismo abdominal, principalmente a lo largo del tercer trimestre. El ejercicio ha de realizarse de forma regular, 3-4 sesiones de 20-30 minutos por semana.

- **Medidas generales.** Conviene comer despacio, masticar bien los alimentos, y ser regular con los horarios de las comidas.

  Tener un horario fijo para ir al baño, preferiblemente después del desayuno, de modo que se consiga educar al intestino y establecer un ritmo diario de evacuación.

  No se debe retrasar o posponer la necesidad de ir al baño, puesto que si se hace, las ganas desaparecerán. Si esto se vuelve una rutina, se puede desencadenar un cambio en la sensibilidad del recto, lo que puede provocar o agravar el estreñimiento.

  La posición en cuclillas es la mejor para facilitar la defecación. Se pueden poner los pies sobre un taburete para simular esta posición.

  La adquisición y práctica de estos hábitos saludables contribuye a reducir la incidencia de estreñimiento y evitar sus complicaciones, permitiendo a la gestante disfrutar de un embarazo más placentero.



Comercial
Médica y de Laboratorio

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

Nuestro servicio hacia el cliente
nos hace diferentes

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

Mamá, a mi también me gusta nuestro baño.
Sí, cielo, hicimos la reforma muy bien asesorados
En cerámicas, duchas, sanitarios, grifería, mobiliario, mamparas, accesorios...
En octubre y noviembre financiación hasta 12 meses sin intereses
OL
OCHOA·LACAR
ALGECOSA
EXPOSICIÓN Y TIENDA
Navas de Tolosa, 5 • PAMPLONA
T. 948 227 244
ALMACENES, ADMINISTRACIÓN Y TIENDA
Pol. Agustinos, C/ B/F • PAMPLONA
T. 948 303 032
EXPOSICIÓN DE BAÑOS
Capuchinos, 9 • TUDELA
T. 948 848 131
ALMACENES Y ADMINISTRACIÓN
Ctra. Zaragoza Km. 98 • FONTELLAS
T. 948 823 300