medicina salud
zonahospitalaria aragón

www.zonahospitalaria.com añoII mayojunio2016 nº59-5

SUMARIO www.zonahospitalaria.com

3 Autoexploración mamaria 4 La parálisis cerebral infantil
6 Deporte y Arritmias: los efectos dependen de la "dosis"
8 Tengo un estoma, ¿qué es esto?, ¿qué hago ahora?
10 Y a mi ¿quién me cuida? 12 ¿Los niños tienen reúma?
14 Excesos veraniiegos 15 El cálculo urinario 16 Su hijo tiene escoliosis 17 Pie plano en la infancia 18 Fumar no compensa
20 El trastorno obsesivo compulsivo... 21 Tabaquismo y cáncer genitourinario 22 Cuidados de la mujer embarazada en verano
24 La salud del viajero 26 ¿Qué se evalúa para valorar la Dependencia"? 28 Lo que necesitas saber sobre el sol.

Zona Hospitalaria Aragón/Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita** PubliSic S. L.
Dirección Alfredo Erroz **Redacción** (aragon@zonahospitalaria.com) **Diseño y producción** PubliSic
Publicidad 695 480 160 **Depósito Legal:** NA 2225/2014 **ISSN:** 2386-8651.
Distribución 10.000 ejemplares. **Control** pyd (certifica nuestra tirada).

© **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.

EJEMPLAR GRATUITO

Néstor Martín
Agente exclusivo 22654

691 881 719
nestormartin.sanitas@gmail.com
www.sanitas.tugestorenzaragoza.com

SI LO QUE QUIERES ES CUIDARTE Y CUIDAR DE LOS TUYOS

MEJOR LLAMA A NÉSTOR

Seguros de Salud · Seguros Dentales · Láser Ocular · Reproducción asistida · Cordón Umbilical · Test genéticos · Obesidad · Soluciones estéticas · Nutrición · Residencias para Mayores · y mucho más...

Sanitas

EL CUIDADO MÁS COMPLETO

sanitas.es

Gestor de salud: Néstor Martín | **Teléfonos:** 691 881 719 • 976 400 300

Seguros de salud ◦ Seguro dental ◦ Servicios de salud ◦ Residencias para mayores

Autoexploración mamaria

Lydia Aparicio Martinez. *Enfermera. Hospital General de la Defensa. Zaragoza*
Ramiro García Ruiz. *Especialista en Urología. Hospital Comarcal de Alcañiz*

La autoexploración mamaria es una técnica basada en la observación y palpación que la mujer se hace de sus mamas. Se trata de un procedimiento sencillo y fundamental para detectar cualquier anomalía o cambio que se produzcan en los pechos.

¿Cuándo empezar a hacerla?

La autoexploración se ha de convertir en un hábito, por lo que se recomienda realizarla a partir de los 20 años.

¿Cuál es el momento ideal para hacerte una autoexploración mamaria?

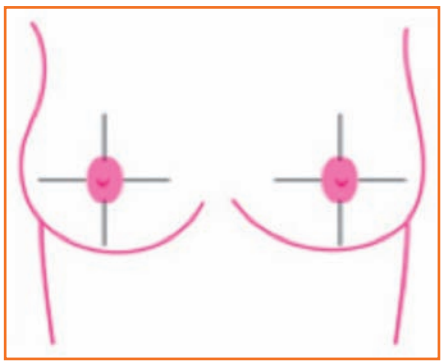
Se debe realizar una vez al mes, cuando la mama no esté bajo el efecto hormonal, así que sería adecuado hacerlo a lo largo de la semana posterior al fin de la regla. Para convertirlo en una costumbre, o tras la menopausia, se puede elegir un día e intentar realizarlo siempre el mismo, para no olvidarlo. La primera autoexploración mamaria ha de realizarse detenidamente, para poder conocer cuál es el aspecto normal de cada mama. Localiza un ambiente tranquilo y relajado, y tómate el tiempo que necesites.

Técnica de la autoexploración mamaria

1-Colócate frente al espejo. Pon los hombros rectos y los brazos pegados al cuerpo. Observa la forma de las mamas, y gira el tronco a ambos lados para ver si hay algún bulto en la piel o en los pezones. Presta atención al aspecto de la piel, que esté lisa y sin arrugas.
2-Levanta los brazos, y ponlos en posición vertical. Comprueba si aprecias alguna diferencia entre un pecho y otro, y entre las axilas.
3-Baja los brazos, y junta las manos a la altura del cuello, tensa los brazos y haz fuerza. Al marcarse los músculos del tórax, podrás observar mejor si hay alguna anomalía.
4-Aprieta suavemente los pezones y fíjate si sale algún liquido de ellos. Aprovecha, y examina la zona de alrededor del pezón, si ambas tienen la misma forma o si hay alguna manchita o coloración anormal.

Palpación

Comenzaremos ahora la palpación. La mejor forma de hacerlo es tumbada, para que el seno se expanda de manera regular por el pecho.
Hazte una idea mental, divide la mama en cuatro zonas, cuyo centro es el pezón.



Comenzaremos con la mama izquierda. Puedes colocar una almohada o una toalla debajo del hombro para estar más cómoda, levanta el brazo, y con la mano derecha palpa todo el cuadrante. Procura utilizar un tacto firme y pausado con las yemas de los dedos, manteniendo los dedos rectos y juntos. El movimiento debe ser circular, del tamaño de una moneda aproximadamente. Procura revisar toda el área desde la clavícula hacia abajo e incluso hacia la axila.
Cambiamos de postura, haz lo mismo con el lado contrario. No te olvides de la axila.

Patrones para palpar

Patrón de rejilla.- Desde la parte baja del pecho y con la mano del lado opuesto, examínate siguiendo el patrón con movimientos circulares pequeños. Revisa subiendo y bajando desde la parte baja del busto hasta la clavícula y desde el esternón hasta llegar a la axila
Patrón reloj.- Con la mano del lado opuesto, revísate siguiendo el patrón mostrado de las agujas de un reloj. Con movimientos circulares pequeños revisa desde el esternón, la axila, los lados y la parte baja del busto hasta llegar al pezón. Procura cubrir toda el área.

Consulta a un profesional si…

- Si las mamas tienen distinto tamaño o consistencia.
- La palpación causa dolor en algún punto concreto.
- Detectas algún bulto o hundimiento, tanto en el pecho como en la axila.
- El pezón tiene llagas o se retrae.
- Tienes alguna mancha, pliegue o arruga.
- Sale algún líquido por el pezón.

Recuerda que …

No es tarde para aprender a explorarte la mama. Más vale tarde que nunca, eso no sirve de excusa.
Ante cualquier duda provocada por la autoexploración de tu mama, debes consultar siempre al médico.
La responsabilidad final del diagnóstico y tratamiento es del médico, pero tú puedes ayudarle con la autoexploración mamaria a realizar un diagnóstico precoz del cáncer de mama.

La parálisis cerebral infantil

Beneficios de la hipoterapia en niños con problemas de equilibrio

Aitor Rubio Esparza. Fisioterapeuta
Daime Pérez Feito. Médico Atención Primaria
Amparo Santamaría Torroba. Médico rehabilitador del IASS. Centro Atención Temprana. Zaragoza

La parálisis cerebral infantil es un término diagnóstico usado para describir un grupo de síndromes motores causados por lesiones en el cerebro en desarrollo. Si bien se ha considerado históricamente una encefalopatía estática, este término es hoy día inexacto por el reconocimiento de que los rasgos neurológicos a menudo cambian o progresan en el tiempo.

Comprende una variedad de manifestaciones clínicas causadas por una lesión cerebral o una anomalía del desarrollo adquirida durante el periodo prenatal, neonatal o la primera infancia.

Esta entidad fue descrita por primera vez por el cirujano ortopédico inglés William John Little en 1853 y definida acertadamente por Bax como un "desorden no progresivo del movimiento y la postura debido a un defecto o lesión en el cerebro inmaduro". A pesar de que la lesión cerebral es definitiva, no variable y no progresiva el cuadro sensorio-motor (los efectos o consecuencias) si lo son, pueden cambiar con el tiempo y evolucionar ya que se produce un desarrollo anormal con compensaciones y respuestas anormales.

Después de que se instaurase la vacuna de la poliomielitis a mediados del siglo XX, la parálisis cerebral se ha convertido en la causa más frecuente de discapacidad infantil.A pesar de los avances que se han ido consiguiendo en el área de la salud para prevenir y tratar ciertas causas de la PCI, el porcentaje en los últimos 30 años sigue siendo el mismo. Se ha observado que los países con poblaciones de bajo peso al nacer existe una tendencia a aumentar la prevalencia de casos con parálisis cerebral y una reducción de la tasa de mortalidad de los niños prematuros.

Causas

No se puede decir que la PCI tenga solo una causa, se debe a varios factores que tienen lugar antes, durante o después del nacimiento, dentro de los tres primeros años de vida.

a) Causas prenatales (durante el embarazo) 90-95%. Infecciones, genéticas, mal desarrollo del sistema nervioso central (SNC), lesiones fetales (accidente cerebro vascular), edad avanzada de la madre o embriopatías entre muchas otras.

b) Causas perinatales: anoxia (10%), prematuridad, desprendimiento de la placenta y hemorragias intracraneales.

c) Causas postnales (después del parto hasta los 3 años de vida) enfermedades infecciosas, accidentes cardiovasculares, traumatismos, meningitis y trastornos metabólicos.

Paralisis cerebral espástica

Es la más frecuente (70%). Desde el punto de vista del área de la lesión, la PCI espástica se produce a nivel de la vía piramidal. Se pueden clasificar en cuadriplejía, diplejía o hemiplejía, atendiendo a la distribución del tono postural y podemos también clasificarlo en severa, moderada o ligera atendiendo a la calidad del tono.

En general, son niños miedosos e inseguros, saben que su movimiento no es muy efectivo y que tienen dificultades para ajustarse, pueden llegar a hacerse muy pasivos, dependiendo del grado de afectación.

Problemas asociados comunes. Debido a que es probable que el daño cerebral sea generalizado, pueden existir otros problemas neurológicos.

- Motores: postura y movimiento.
- Sensoriales.
- Propioceptivos: muy ligados a la calidad del tono.
- Vestibulares: son niños que manejan muy mal el espacio, toleran mal ciertas posiciones...
- Sensitivos cutáneos: rechazo hacia determinados estímulos o texturas. Estos rechazos pueden provocar respuestas patológicas a la hora de la alimentación o al contario algunos niños no tendrán ninguna respuesta y no podrán masticar.
- Auditivos y Visuales.
- Comunicación y lenguaje.
- Emocionales y sociales.
- Epilepsia.
- Emocionales: pueden producirse problemas de vínculo temprano, alteración de los patrones de sueño y alimentarios.
- Deficiencia mental y cognitiva.
- Problemas respiratorios.

¿Qué es la Hipoterapia?

Se realiza desde hace más de 30 años, en el tratamiento de PCI, en patologías como daño cerebral adquirido, lesiones medulares, retraso psicomotriz en la esclerosis múltiple.

Dentro de la terapia asistida por caballos hay que diferenciar 3 conceptos claves:

Hipoterapia: es el caballo quien actúa sobre el paciente o jinete y no el paciente sobre el caballo. Este tratamiento se puede utilizar con pacientes con PCI, lesiones medulares, ataxias, amputaciones, etc. En las sesiones el caballo es dirigido por un experto de equitación terapéutica y marca el ritmo del caballo; el caballo se desplaza al paso y al trote pero nunca al galope ni a saltos. La marcha del caballo se adapta al objetivo que queremos conseguir y las sesiones duran unos 15-20 minutos donde podemos trabajar las reacciones de enderezamiento, el equilibrio, normalización del tono, etc.

Hípica terapéutica: Persigue objetivos más psicológicos y pedagógicos. El paciente con problemas de atención se suele interactuar más con el medio. El caballo se puede desplazar

al paso, trote o galope y las sesiones duran un máximo de 40 minutos.

Equinoterapia: Cuando la práctica de la actividad ecuestre no tiene programada una intervención terapéutica, sino que tiene como fines de ocio y tiempo libre.

Hay más de 700 centros de hipoterapia en EEUU. Ha sido reconocida a nivel internacional por la OMS. En España en la mayoría de comunidades existen centros de hipoterapia pero son países como Francia, Gran Bretaña o EEUU que está institucionalizado y regulado.

El caballo ha demostrado su eficacia en trastornos neurológicos debido a que presenta una característica muy importante que es su marcha, se asemeja mucho a la de los humanos en el movimiento de anteversión y retroversión pélvica. El caballo trasmite al paciente unos 90-110 impulsos por minuto generando reacciones posturales en el tronco que llevan a una mejoría de la postura, equilibrio y espasticidad. Gracias a esto se consigue una mejora en la realización de las AVD. (Ver Figura 1)

Debido a la eficacia y beneficios de este tratamiento, se han empezado a crear simuladores de sillas de montar para solucionar los problemas económicos, meteorológicos y adquisitivos que tenían los centros de hipoterapia utilizando estos simuladores:

- Estructuras tipo Karaduri: Transmiten al niño la sensación de movimiento y cambios de ritmo como si fueran en un caballo mediante movimientos oscilantes de subida, bajada, avance y retroceso. (Ver Figura 2)
- Estructuradas basadas en hexápodos: plataformas paralelas que permiten mayor capacidad de movimiento y ajuste para movimientos precisos. Actualmente es la más útil y más accesible.
- Tecnologías con mecánica particularizada: Se trata de un asiento que simula los movimientos del caballo, como ventaja peso menor del normal favoreciendo su manejo; como desventaja apenas se pueden cambiar los parámetros de movimiento y velocidad.

Sin embargo, el método de hipoterapia clásica es más efectivo que un asiento de montar artificial al conseguir una normalización del tono muscular y tras la revisión de diferentes estudios al menos 8 semanas de tratamiento hipoterapia se consiguen grandes mejoras de control postural, estabilidad, equilibrio y una disminución del gasto energético.

Figura 1. *Ejemplo de posiciones usadas en hipoterapia. Imagen extraída de Bertoti et al. 1988*

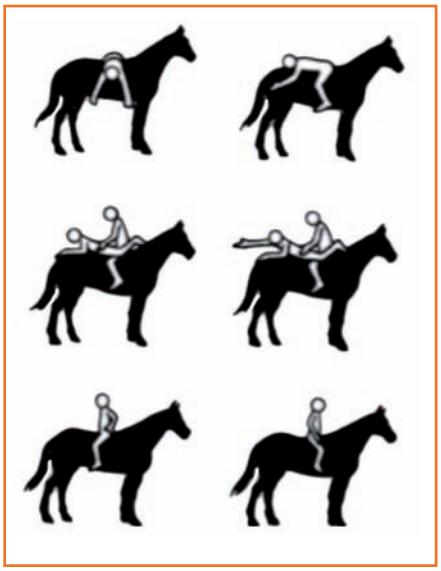
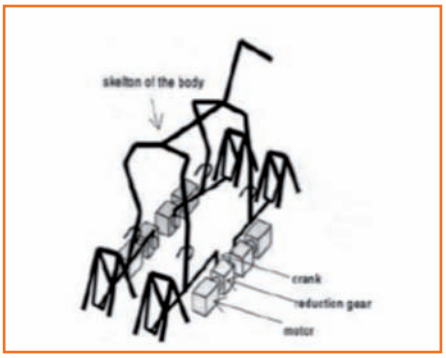


Figura 2. *Estructura karakuri. Imagen extraída de Herrero P. 2012*



Deporte y Arritmias: los efectos dependen de la "dosis"

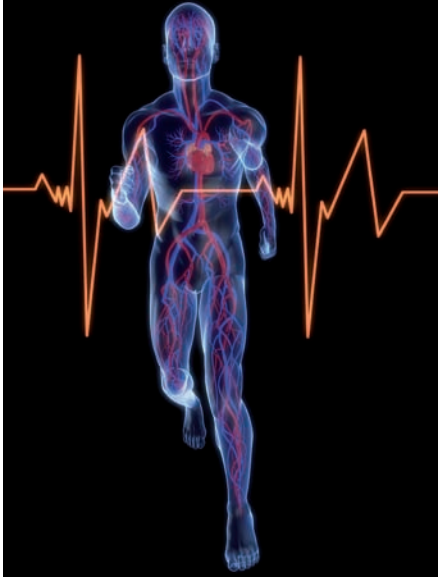
Dr. Antonio Asso
Jefe Unidad de Arritmias. Hospital Universitario Miguel Servet
Director Unidad de Arritmias, Hospital QuironSalud, Zaragoza
www.arritmiascardiacas.es

Hay un dicho en Irlanda respecto al whisky según el cual: beber un vaso de whisky es poco, dos vasos es mucho, y tres vasos vuelve a ser poco. Algo análogo sucede en ciertas personas que practican deporte recreacional: el aumento del bienestar que el entrenamiento confiere, la mejoría de forma física y la innata aspiración a superar retos personales sitúa al individuo en una espiral de entrenamientos cada vez más intensos y prolongados que pueden acabar siendo perjudiciales para la salud cardiovascular. La práctica específica de ejercicio físico no sólo es beneficioso, sino que resulta imprescindible en la sociedad actual. La clave, por tanto, está en la "dosis" de deporte que se practique.

Indudablemente, los efectos favorables del deporte practicado con adecuación a la edad y al estado de salud cardiovascular son enormes. A través de un programa regular de ejercicio podemos reducir la mayoría de los factores de riesgo que inciden sobre el desarrollo de muchas enfermedades cardíacas: reducción de niveles de colesterol, control de hipertensión arterial, etc. Adicionalmente, otras circunstancias como el cambio en estilo de vida que suele asociarse con la práctica deportiva, el abandono de tabaquismo, etc. contribuyen a lograr esos mismos efectos.
Diversos estudios han confirmado la importancia del "efecto dosis" del deporte respecto a la cantidad total de ejercicio y la intensidad de éste, de forma que la práctica de ejercicio en niveles moderados previene arritmias y por el contrario el sobre entrenamiento de resistencia e intensidad mantenido en el tiempo durante años sería facilitador de estos trastornos del ritmo cardíaco.

La fibrilación auricular

La arritmia más frecuente en la población general es la fibrilación auricular. Se trata de un trastorno que origina un ritmo cardíaco irregular que cursa en episodios recurrentes que se prolongan durante horas o días y que el individuo habitualmente refiere como palpitaciones. Este tipo de arritmia es más frecuente conforme avanza la edad, especialmente en sujetos hipertensos o con problemas cardíacos.
A lo largo de las dos últimas décadas –y coincidiendo con el auge del deporte recreacional- estamos asistiendo a un incremento en el número de casos de individuos jóvenes con esta arritmia (fibrilación auricular) y que se relaciona con la práctica de deporte de resistencia de forma habitual con entrenamientos prolongados, mantenidos durante años. En este grupo de deportistas se multiplica por cinco las probabilidades de padecer la arritmia respecto a la población general. Hay que reconocer, sin embargo, que en términos absolutos, el riesgo sigue siendo muy bajo. Podemos concluir al respecto que aunque los efectos netos del deporte son beneficiosos para la salud cardiovascular en su conjunto la incidencia de esta arritmia está claramente aumentada en los deportistas de alto nivel que realizan entrenamiento de resistencia con cargas elevadas durante más de 5 horas semanales. En concreto, se ha demostrado que una carga total acumulada a lo largo de la vida de más de 2.000 horas de entrenamiento intensivo de resistencia constituye el principal factor para el desarrollo de fibrilación auricular en el deportista sano.
Cuando el ejercicio se realiza en un grado menor de intensidad y duración, es decir, en términos moderados, la práctica deportiva no sólo no aumenta el riesgo de arritmias, sino que la reduce. Tal afirmación se ha visto confirmada en una serie de publicaciones que han analizado la incidencia de fibrilación auricular en grupos de población seguidos a lo largo de años. En estos estudios, aquellas



personas que practicaban ejercicio ligero o moderado en su juventud exhibían años más tarde una menor incidencia de fibrilación auricular pero aquellos que habían practicado deporte de resistencia en grado elevado a los 30 años tenían más riesgo de esta arritmia. Las probabilidades aumentaban todavía más si quienes eran muy deportistas en su juventud se habían vuelto sedentarios a los 60 años.

La obesidad es también un factor de riesgo para sufrir fibrilación auricular, y de nuevo el ejercicio moderado incide favorablemente en estos sujetos. Un estudio reciente ha demostrado que la reducción de peso implica una disminución del número de recurrencias de la arritmia –algo que era previsible y se intuía. Pero cuando el individuo además de reducir su peso mejoraba su forma física tal reducción en la carga arrítmica era especialmente llamativa.

Relación cantidad de ejercicio y arritmias

En resumen, todos los datos disponibles apuntan actualmente en la misma dirección: si dibujamos en un gráfico la relación entre cantidad de ejercicio y arritmias obtenemos un trazado que no es una línea recta sino una curva en forma de "U". Es decir, la vida sedentaria conlleva un aumento de la incidencia de diversas arritmias, en especial la fibrilación auricular. Las personas que practican ejercicio físico en grado ligero o moderado reducen el riesgo de sufrir esta arritmia, pero aquellas personas que practican deportes de resistencia en grado intensivo incrementan de nuevo el riesgo de sufrir arritmias de este tipo.

La ablación con catéter

En el plano terapéutico, hay que señalar que la fibrilación auricular cuando se da en episodios frecuentes puede alterar la calidad de vida del paciente que la padece pero que la Cardiología actual ofrece opciones de tratamiento eficaces para resolver esta arritmia mediante una intervención denominada Ablación con catéter.

Además de aumentar la probabilidad de sufrir episodios de fibrilación auricular el deporte de resistencia practicado con intensidad a lo largo de años durante varias horas semanales y las pruebas deportivas de resistencia extrema pueden favorecer el desarrollo de arritmias ventriculares en ciertos sujetos predispuestos. Este tipo de trastornos pueden representar un compromiso de riesgo vital, a diferencia de la fibrilación auricular cuya principal consecuencia para el deportista es la sintomatología clínica asociada de palpitaciones.

Tales arritmias ventriculares suelen originarse en el ventrículo derecho ya que esta parte del corazón es la que mayor carga soporta durante el ejercicio de resistencia intenso y prolongado. En los últimos años una serie de avances en nuestro conocimiento de la adaptación del ventrículo derecho al ejercicio están permitiendo conocer mejor la fisiopatología de estos procesos y establecer métodos diagnósticos para identificar tales alteraciones, ayudando a prevenir estas arritmias ventriculares graves.

¿Tengo más riesgo de desarrollar ciertas arritmias si practico deporte de alta intensidad y resistencia durante años?

Sí.

¿Qué deportes se asocian especialmente con arritmias del tipo fibrilación auricular?

Ciclismo, atletismo de fondo...

¿Si practico deporte en grado moderado, disminuyo o aumento mi riesgo arrítmico?

Lo disminuyo.

¿Existen opciones de tratamiento en caso de desarrollar estas arritmias?

Si, ablación con catéter.

El ejercicio físico tiene claros y oscuros: ¿compensa en términos netos de salud?

Si, realizar ejercicio físico es imprescindible.

Ejercicio físico con la dosis adecuada

Para finalizar, debe insistirse que antes de iniciar un programa de entrenamiento, cualquier persona y en especial aquellos por encima de los 40 años, deben someterse a una valoración médica rigurosa que habitualmente incluirá una detallada historia clínica (indagando antecedentes familiares), la exploración física, un electrocardiograma, y en su caso un ecocardiograma y/o otras pruebas complementarias como el test de esfuerzo. Carece de sentido indicar pruebas indiscriminadas a individuos de bajo riesgo cuya interpretación será dificultosa y sujeta a errores. De esta forma podemos estar seguros que el ejercicio físico nos aportará salud, siempre que –como el whisky- utilicemos la "dosis" adecuada.

FEFIM

Artículo patrocinado por:

FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA (FEFIM)

Colocando el dispositivo colector

Realizando la higiene del estoma

Tengo un estoma, ¿qué es esto?, ¿qué hago ahora?

Taller para pacientes ostomizados

Bueno Fenero, Sara; Diarte Abenia, M.Carmen; Sanz Plumed, Ana Victoria.; Sisamón Gil, Rosa; Soler Lanzuela, Francisco. *Enfermeros Unidad Cirugía General Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

Un estoma es un orificio que se hace en el abdomen por el cual salen los productos de deshecho del organismo (heces, gases /orina), que antes salían por el orificio natural y que por lo tanto, precisará de un dispositivo o bolsa que las recoja.

El estoma es de color rosáceo, de aspecto húmedo, no tiene terminaciones nerviosas, así que no duele. Lo que observamos no es la piel, sino la parte interna del intestino. Está sujeto a la piel mediante puntos quirúrgicos, que se retiran con el tiempo. No se tiene control sobre el estoma como se tiene sobre el ano o el esfínter urinario, con lo cual hay que utilizar bolsas pegadas a la piel para recoger las heces u orina.

El estoma puede estar en distintos lugares del abdomen según la operación. Por lo general pueden estar en la parte derecha (si lo que se aboca a la piel es el intestino delgado: ileostomía), o en la parte izquierda (intestino grueso: colostomía). También pueden ser temporales, si es posible la reconstrucción del intestino en un tiempo, o definitivos.

La patología intestinal que requiere la realización de un estoma es variada: enfermedad inflamatoria intestinal, tumores intestinales, tumores de la vejiga o las vías urinarias, traumatismos abdominales...

Las personas afectadas deben de aprender a cuidar su estoma, no como una herida que haya que curar todos los días, sino integrarlo como parte de su higiene diaria y lograr autonomía para ello.

Pero, para la mayoría de las personas, la colocación de una "bolsa" supone un cambio muy importante en su vida, a la vez que una experiencia dramática. Aparece además en un momento vital en el que la persona se encuentra afrontando un diagnóstico de una enfermedad severa, lo que dificulta a veces la aceptación de esa nueva realidad.

Es objetivo prioritario de los profesionales sanitarios promover la salud, higiene y el bienestar del paciente, colaborar con ellos para hacer esta situación más llevadera, para hacerles ver que no es tan difícil convivir con un estoma.

Reforzar la formación práctica y teórica

Durante el ingreso hospitalario los pacientes y familiares reciben información sobre el cuidado del estoma por parte de enfermería de la planta y del enfermero estomaterapeuta, a la vez que apoyo emocional. Pero en el día a día del postoperatorio inmediato hay otras prioridades que les preocupan, como el dolor, la herida quirúrgica, los goteros y sondas, etc, y cuando se acerca la fecha del alta, surgen las dudas, "tengo un estoma, ¿qué es esto?, ¿qué hago ahora?"

En el año 2011, un grupo de enfermeros de la planta de cirugía general del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, nos planteamos la necesidad de reforzar la formación recibida por los pacientes ostomizados en nuestra unidad. Tras analizar conjuntamente con los pacientes, a través de encuestas y entrevistas las necesidades percibidas, se confirmó que en su mayoría demandaban una mayor formación práctica y teórica.

En primer lugar se elaboró un folleto informativo, con información básica y explicaciones claras y sencillas, sobre autocuidados del paciente ostomizado.

http://10.35.208.91:16080/documents/10180/8396828/FOLLETOOSTOMIAS241012.versión%20ok.pdf

Posteriormente, en el año 2013, y en colaboración con el enfermero estomaterapeuta, se decidió ampliar la información individual con la organización de un taller grupal, para dar a conocer tanto a pacientes, como a familiares los cuidados y el manejo de las ostomías.

Estos talleres se pusieron en marcha en junio de 2014, y se imparten en la actualidad, obteniendo una excelente acogida por parte de la población diana: pacientes ostomizados en nuestro hospital y sus familiares.

En estas sesiones se tratan varios temas: qué es un estoma, con qué tipos de dispositivos contamos, cómo y cada cuanto hay que realizar el cambio de bolsa, higiene, alimentación, posibles complicaciones que hay que tener en cuenta, adaptación a la nueva situación para volver a su rutina diaria, etc... Se desarrollan en un aula del Hospital Clínico, en un entorno amigable y distendido, lejos de las prisas y el trabajo diario de la planta.

Participan personas de todas las edades, con diferente grado de aceptación de la enfermedad, que se encuentran en diferentes momentos en su proceso... y se empatiza con otras situaciones a veces similares, a veces muy diferentes, lo que resulta muy enriquecedor incluso como terapia grupal.
La sesión se inicia con una rueda de presentación en la que cada participante define su situación y sus expectativas. Esta introducción resulta fundamental pues en ella se comparten dudas, miedos, expectativas, experiencias, preocupaciones, soluciones...

Apoyo emocional

Dispositivos que existen en el mercado

Continua con una parte teórica donde se explica qué es un estoma, como hay que realizar la higiene y cuidados de éste y las posibles complicaciones que pueden aparecer y que hay que tener en cuenta.
La parte esencial de las sesiones y la de mayor demanda, es la parte práctica en la que mostramos las diferentes bolsas y accesorios, en ella los asistentes pueden conocer, comparar y tocar los dispositivos que existen en el mercado. También practican la colocación de las bolsas y resuelven dudas.
En la parte final del taller se habla de la alimentación y estilos de vida saludables, incidiendo en que el estoma no es un impedimento, sino la solución a un problema grave. Se les anima a que miren hacia delante y observen como, poco a poco, van a ver como su vida se normaliza, volviendo a realizar las actividades que hacían anteriormente, como viajar, hacer deporte, estar con familiares y amigos.
Al final de la sesión se entrega el folleto elaborado por nuestro grupo, en el que se puede encontrar el resumen teórico de la sesión para consultarlo en casa y además contiene información de contacto.
Se trata de grupos de unas 6-8 personas (máximo 10), con el objetivo de que el ambiente creado sea íntimo y propicio a la participación y buena acogida por parte de todos. Estas sesiones se realizan con una periodicidad mensual el primer martes de cada mes, a las 15:30h, con una duración aproximada de 2h.
Las encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes tras su participación en el taller han dado resultados muy positivos.
Actualmente el objetivo es difundir la información e invitar al taller no sólo a personas recién ostomizadas, sino que acudan también una vez dados de alta hospitalaria, para resolver esas nuevas dudas que van surgiendo en el día a día de esta nueva etapa.

Para más información y sugerencias, o si desean participar en el taller, pueden ponerse en contacto con nosotros a través del correo **tallerostomizado@salud.aragon.es**

Y a mi ¿quién me cuida?

Cristina María Pueyo Ruiz. FEA. Rehabilitación
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

¿Tiene usted a su cargo a algún familiar dependiente? ¿Está cuidando de su madre o de su padre anciano? Entonces es posible que padezca, sin saberlo, lo que se denomina el Síndrome del cuidador.

El Síndrome del Cuidador, también llamado "burn out" o síndrome del cuidador quemado, es un trastorno real y común que afecta a personas que desempeñan el papel de cuidador principal de una persona dependiente.
Es una situación que se produce lentamente, no de manera brusca, por el estrés diario y continuado contra la enfermedad, con una dedicación plena por parte del cuidador hacia la persona que está cuidando, para facilitarle la mejor calidad de vida posible y estar disponible constantemente para todas sus necesidades. Esta situación consume totalmente la energía y el tiempo del cuidador, originando una sobrecarga física y psíquica.
Según las estadísticas el rol de cuidador recae en la mayor parte de las ocasiones en el cónyuge, seguido por los hijos y los hermanos. Mayormente se trata de la esposa, que se considera responsable del cuidado del marido por el vínculo emocional y afectivo que tiene hacia él, con una convivencia las 24 horas del día y los 7 días de la semana, con una dedicación del 100% de su tiempo; pero incluso a pesar de esta dedicación plena, hay ocasiones en las que tienen un sentimiento de culpabilidad cuando tienen que ausentarse por algún motivo y piensan que no le están atendiendo correctamente, que las puede necesitar y no están allí; no llegando nunca a desconectar de ese papel.
Se estima que un cuidador puede llegar a encargarse de una persona dependiente los 7 días de la semana y en un promedio de 17 horas al día, con las implicaciones sociales, económicas e incluso para su propia salud, que eso puede originar.

Actividades sociales, lúdicas y laborales

El destinar tanto tiempo al cuidado de otra persona, hace que tenga que suspender todas sus actividades sociales y lúdicas, llegando a anularlas por completo, con la sobrecarga emocional que esto conlleva, y suspender también todas sus actividades laborales, por lo que no percibe ninguna retribución económica, a lo que se añade que el cuidado de estas personas suele requerir más consumo de recursos materiales, provocando una merma en la economía familiar.
Esta dedicación constante llega incluso a afectar a la salud de cuidador. En nuestra consulta es común ver como prima el bienestar del paciente dependiente, que es llevado continuamente a todos los especialistas que necesita y goza de una salud aceptable dentro de sus propias limitaciones, mientras que el cuidador se encuentra más desmejorado y sufre problemas físicos sobre todo dolores articulares, en su mayoría dolor lumbar, por la sobrecarga física que requiere movilizar al dependiente, y que en muchas de las ocasiones ni consulta con el médico, entrando aún más en un círculo de debilitamiento.
Además la mayoría de las personas que se dedican a cuidar de una persona dependiente no están preparadas físicamente ni saben como deben hacerlo. Se ha visto que son personas en su mayoría con edades por encima de los 50 años, que necesitan movilizar a otra persona, lo que supone una sobrecarga física, por el peso que deben movilizar, y también por no hacerlo correctamente. Por lo que es importante conocer que ante esta situación existen normas y estrategias específicas de movilización y cuidados que disminuyen el daño o sobrecarga que se pueda originar tanto para el cuidador como para el dependiente.
Por otro lado, el dependiente en muchas oca-

siones no suele ser un paciente agradecido, e incluso puede volverse algo egoísta y directa o indirectamente culpa a la persona que se encuentra a su lado de no poder realizar sus actividades y manifiesta quejas de las atenciones que recibe, lo que incrementa la sensación de culpabilidad y de ansiedad del cuidador.
Pero, incluso ante esta situación, el cuidador no se da cuenta del propio debilitamiento físico y psíquico que está sufriendo, porque siente más responsabilidad hacia el cuidado del otro que hacia el suyo propio. Por lo que es necesario saber ¿Dónde está el término medio?, ¿cuándo está empezando a afectarnos está situación? y ¿cómo podemos afrontala?

¿Cómo sospechar si alguien está sufriendo el síndrome del cuidador?

Ante una persona que tiene a su cargo otra dependiente hay que valorar si se trata de una persona que se responsabiliza del enfermo al 100%, si diariamente se encarga de movilizarlo, asearlo, vestirlo, darle de comer, darle la medicación, pasear con él, llevarlo al médico, etc. Si va perdiendo su independencia, no realiza ninguna actividad laboral, no tiene tiempo libre para su ocio, dejando a un lado sus aficiones y amistades e incluso a su propia familia llegando incluso a desatender su propia salud.
A parte de la situación objetiva del cambio de su estilo de vida, existen también una serie de síntomas físicos o emocionales que pueden hacernos sospechar que estamos ante un paciente afecto de este síndrome, como son: alteraciones del sueño (somnoliencia diurna o insomnio nocturno), decaimiento o cansancio continuo, alteraciones en el apetito, por exceso o por defecto, molestias digestivas, palpitaciones o temblores, que pueden ser señales de una situación de ansiedad, alteraciones en la memoria o dificultad para la concentración, cambios en el humor y estado de ánimo, con llanto fácil, irritabilidad o irascibilidad, sentimiento de culpabilidad constante, e incluso consumo excesivo de tóxicos (automedicación, pastillas para dormir, tabaco o alcohol).

¿Cómo podemos afrontar este tipo de situación?

Ante esta situación lo primero que hay que hacerle ver al cuidador es que la situación puede haberse convertido en un problema sin darse cuenta y obedecer unos consejos que la mejoren. Es muy importante:

- Saber que no toda la responsabilidad recae sobre una sola persona. Hay que saber delegar en otros familiares, personas de su entorno social, que estén dispuestas a ayudarle o en algún profesional. Con ello no hay que sentirse culpable porque no significa que te despreocupes, al revés, cuentas con más ayuda para poder atenderle mejor.
- Establecer unos horarios, dejando un rato libre diariamente para ti, para mantener alguna actividad o deporte que te guste o simplemente salir a pasear.
- No aislarse: quedar con amigos y familiares, estos te pueden ayudar a desahogarte o aconsejarte, si han estado en situaciones parecidas.
- Preocuparte por tu propia salud. No acuda a los especialistas solo para el paciente; si usted padece alguna dolencia consulte con su médico.
- Descansar diariamente.
- Apóyate en profesionales que te puedan asesorar, ayudar y facilitar el cuidado de la persona a tu cargo.
- Saber pedir ayuda cuando estés saturada.

Recuerda, lo más importante eres tú, y hay que empezar por cuidarse uno mismo, para estar en buen estado físico y psíquico y así poder ayudar a los demás.

| cirugía plástica y estética | implantología dental | dentistas | fisioterapeutas | residencias geriátricas | clínicas psiquiátricas | material médico y quirúrgico | material y mobiliario | ópticos optometristas | formación médico-sanitaria | psicología | centros auditivos | seguros | ortopedia | nutrición...

Si tu negocio está vinculado a la salud de las personas

puedes anunciarte en *zona* ***hospitalaria*** *aragón* revista y web

solicita tarifas www.zonahospitalaria.com/como-anunciarse/

T 695 480 160 aragon@zonahospitalaria.com

¿Los niños tienen reúma?

Hablemos de la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ)

Dra Marta Medrano. Adjunta Reumatología. Unidad de Reumatología Pediátrica (ReumaPed)
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet

La Reumatología Pediátrica, es la parte de la Reumatología que se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas en el niño, entre ellas las artritis crónicas, las enfermedades autoinmunes, los síndromes de fiebre periódica, las vasculitis sistémicas, las enfermedades metabólicas óseas...

Los niños no son adultos en pequeño. Sus cuerpos están creciendo y tienen necesidades médicas singulares. Suelen expresar sus inquietudes de modo distinto a los adultos. No siempre pueden contestar preguntas sobre su salud ni tienen la capacidad de ser pacientes y cooperar con el médico. Los reumatólogos pediátricos saben cómo examinar a un niño y cómo ganarse su confianza y colaboración
Dentro del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Miguel Servet, la Unidad de Reumatología Pediátrica (REUMAPED), atiende a este grupo de pacientes procedentes de toda la comunidad autónoma y otras comunidades limítrofes. En la actualidad hay mas de 500 niños en seguimiento, la patología mas frecuente es la denominada Artritis Idiopática Juvenil. Bajo este término se incluyen las artritis crónicas de causa desconocida de inicio en la edad pediátrica.

¿Qué es la AIJ?

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es una enfermedad crónica caracterizada por la inflamación persistente de las articulaciones (más de 6 semanas). Los signos típicos de la inflamación articular son el dolor, la inflamación y la limitación del movimiento. El término «idiopática» significa que no conocemos la causa de la enfermedad y «juvenil», significa que el inicio de los síntomas se produce antes de los 16 años de edad.

¿Qué significa enfermedad crónica?

Decimos que una enfermedad es crónica cuando el tratamiento apropiado no proporciona necesariamente la curación, sino que produce una mejoría de los síntomas y de los resultados de los análisis. También significa que cuando se realiza el diagnóstico, es imposible predecir durante cuánto tiempo estará enfermo el niño.

¿Es muy frecuente?

La AIJ afecta a 2 de cada 1.000 niños, es junto con la diabetes y después del asma, la enfermedad crónica mas prevalente durante la infancia.

¿Cuáles son las causas de la enfermedad?

La artritis crónica es una respuesta anómala de nuestro sistema inmunitario, que en parte, pierde su capacidad de distinguir las células «extrañas» de las «propias», atacando a los propios componentes de la articulación dando lugar a la inflamación articular. Por ello, las enfermedades como la AIJ también se llaman «autoinmunes», lo que significa que el sistema inmunitario reacciona contra el propio organismo.

¿Es una enfermedad hereditaria?

La AIJ no es una enfermedad hereditaria, ya que no se transmite directamente de padres a hijos. La enfermedad es el resultado de una combinación de factores genéticos predisponentes y de factores ambientales (probablemente infecciones). Incluso cuando existe una predisposición genética, es muy poco frecuente tener dos niños afectados en la misma familia.

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico de la AIJ se basa en la presencia y persistencia de la artritis y en la exclusión cuidadosa de cualquier otra enfermedad mediante la evaluación de los antecedentes médicos, la exploración física, pruebas analíticas y técnicas de imagen.
La AIJ se produce cuando la enfermedad se inicia antes de los 16 años, los síntomas duran más de 6 semanas y se han descartado otras causas de artritis.

¿Hay diferentes tipos de la enfermedad?

Hay diversas formas o "categorías" de AIJ. Se distinguen principalmente por el número de articulaciones afectadas al inicio y por la presencia de síntomas acompañantes como la fiebre. El diagnóstico de las diferentes formas se realiza observando los síntomas durante los primeros 6 meses de la enfermedad.

- **AIJ sistémica.** Sistémica significa que pueden estar afectados varios órganos además de la artritis. Se produce fiebre alta, erupción

cutánea, dolor muscular, aumento del tamaño del hígado, del bazo o de los ganglios linfáticos e inflamación de las membranas que rodean al corazón (pericarditis) y a los pulmones (pleuritis). Es la forma mas grave.

- **AIJ poliarticular.** La AIJ poliarticular se caracteriza por la afectación de 5 o más articulaciones durante los primeros 6 meses de la enfermedad. El análisis de sangre del factor reumatoide (FR) distingue entre dos tipos: con FR positivo y FR negativo.
- **AIJ oligoarticular** (persistente o extendida) La AIJ oligoarticular es el subtipo más frecuente de AIJ, representando casi el 50 % de todos los casos. Es mas frecuente en niñas de menos de 6 años. Las que presentan un análisis con ANA + (anticuerpos antinucleares) pueden desarrollar complicaciones oculares como la uveítis anterior, que cursa de forma lenta sin causar ningún síntoma (como dolor o enrojecimiento). Si no se diagnostica y permanece sin tratar progresa y puede dañar gravemente al ojo.
- **Artritis psoriásica.** La artritis psoriásica se caracteriza por la presencia de artritis asociada con una enfermedad inflamatoria de la piel que se llama psoriasis, que la puede presentar el niño o su familia.
- **Artritis asociada con entesitis.** En estos niños además de artritis hay entesitis. Entesitis significa inflamación de la «entesis», el punto de inserción de los tendones en los huesos (el talón es un ejemplo de entesis). Esta forma afecta de forma predominante a varones desde de los 6 años de edad. La mayoría de los pacientes tienen el HLA B27 positivo, que indica la posibilidad de una predisposición familiar a la enfermedad.

¿Qué pruebas analíticas y de imagen se necesitan?

En el momento del diagnóstico, son útiles la determinación del factor reumatoide (FR), los anticuerpos antinucleares (ANA) y el HLA B27. Otros análisis, como la velocidad de sedimentación globular (VSG) o la proteína C reactiva (PCR), que miden el grado de inflamación general son muy útiles al inicio y en el seguimiento. Dependiendo del tratamiento, se realizan análisis periódicos (como hemogramas, análisis de la función hepática, análisis de orina) para descartar la presencia de efectos secundarios de los medicamentos.

Las radiografías, la ecografía y la resonancia magnética (RM) son las técnicas de imagen que pueden realizarse.

¿Cómo podemos tratarla?

No hay un tratamiento específico para curar la AIJ. El propósito del tratamiento para todos los tipos de artritis es aliviar el dolor, el cansancio y la rigidez, evitar el daño en las articulaciones, minimizar las deformidades y mejorar la movilidad preservando el crecimiento y el desarrollo. En los últimos años se han producido enormes avances en el tratamiento de la AIJ con la introducción de fármacos biológicos.

El tratamiento es complejo y liderado por el reumatólogo pediátrico requiere la cooperación de diferentes especialistas: pediatras, traumatólogos, rehabilitadores, oftalmólogos, psicólogos. Igualmente hay que mantener colaboración con la familia y el colegio.

Disponemos de tratamientos que actúan de forma rápida controlando el dolor y la inflamación: los antiinflamatorios (AINES), corticoides y las infiltraciones articulares. En los niños que no responden o que presentan una enfermedad grave se añaden los fármacos de 2ª línea, cuyo efecto se nota pasadas varias semanas del inicio, de todos ellos el mas empleado es el metotrexato semanal a dosis bajas. En el siguiente escalón de tratamiento se encuentran los fármacos biológicos cuya acción va dirigida contra moléculas específicas (factor de necrosis tumoral o TNF, interleucina 1, interleucina 6 o una molécula estimuladora de los linfocitos T).

El tratamiento debe durar mientras la enfermedad persista. Se considera la retirada del tratamiento si el niño lleva 12 meses sin síntomas. Sin embargo, un grupo de pacientes presentará una recaída, precisando reiniciar el tratamiento.

La vida cotidiana

Ni el clima ni la dieta afectan a la enfermedad, se aconseja una dieta equilibrada y adecuada a la edad del niño. Se recomienda realizar deporte, sobre todo los de menor impacto como la natación y la bicicleta.

Todo el entorno del niño debe de implicarse en la situación: familia, amigos, profesores... Hay que evitar el absentismo escolar, la escuela para el niño es el lugar donde aprende a ser una persona autónoma, productiva e independiente. Los padres y los maestros deben hacer todo lo posible para animar al niño enfermo a que participe en las actividades escolares y extraescolares de una forma normal no solo para obtener unos buenos resultados académicos, sino también una correcta integración social.

Todos los esfuerzos de nuestra Unidad Reumaped, trabajando de forma multidisciplinaria van dirigidos a que el niño alcance la edad adulta con el mínimo de secuelas físicas y psicológicas derivadas de padecer una enfermedad crónica.

Excesos veraniegos

Rocío González Leal
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARA00112

El verano ya está aquí, época muy esperada por todos, y cómo cada año la comida se convierte en la protagonista con los aperitivos y tapas, comidas y cenas en terrazas, refrescos, helados y picoteo constante, descontrol de horario... lo que lleva a cambiar hábitos alimenticios y digestiones pesadas, que resulta difícil mantener una alimentación sana y equilibrada, especialmente durante las vacaciones.

No es extraño que el exceso estival de dulce y salado se transforme en un aumento de masa grasa y un mayor volumen abdominal. Para evitar que estas vacaciones pasen factura a nuestra salud, con la ganancia de unos cuantos kilos de más, se debe tener en cuenta algunos consejos y recomendaciones para compensar los excesos y aligerar los platos.

Consejos para comer fuera de casa

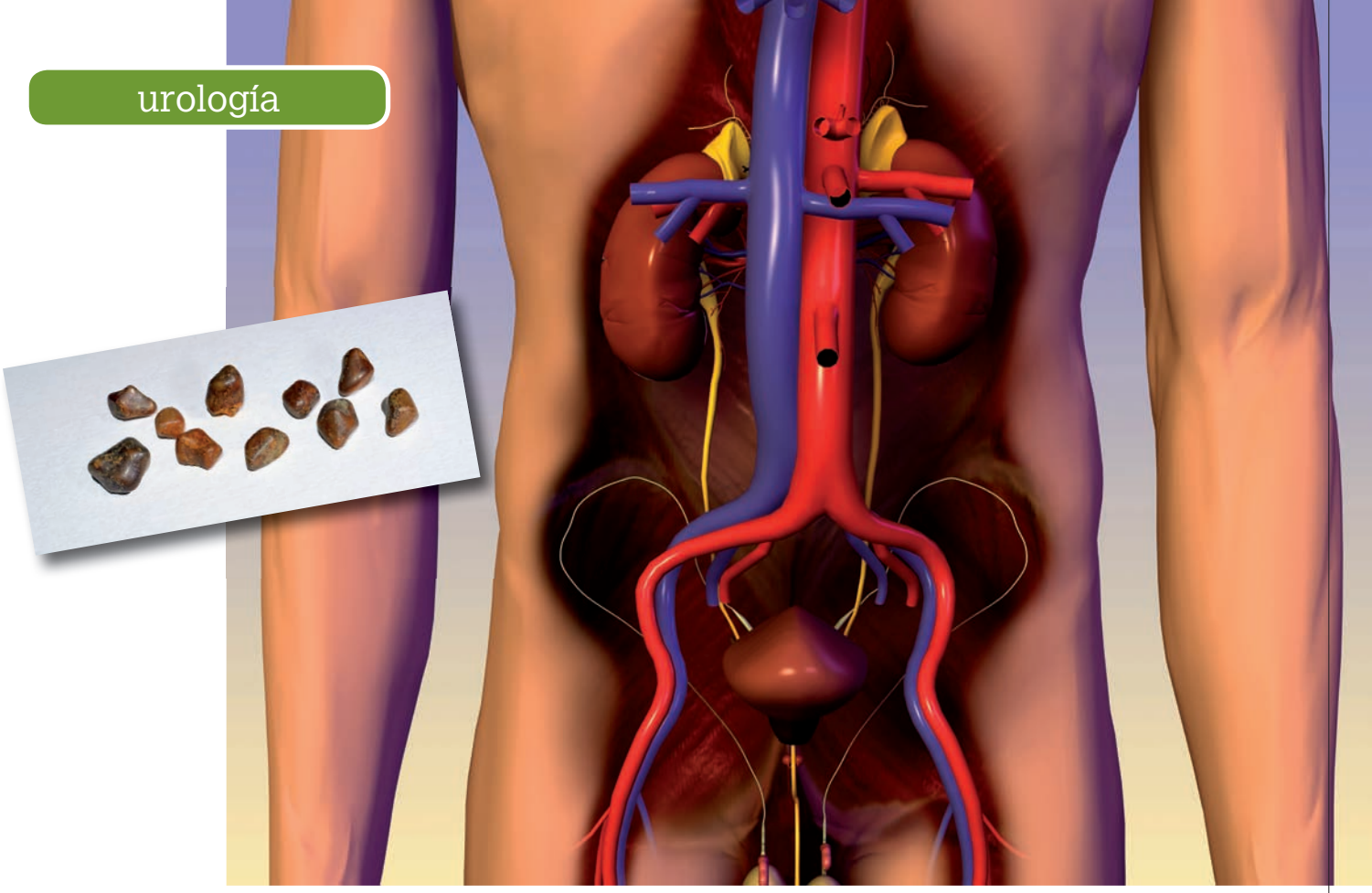
- Comer con lentitud y saborear los alimentos. Intentar no comer pan.
- Seleccionar aquellos platos del menú con menor contenido en grasas (asados, plancha, cocido, vapor, papillote, grill, microondas, vapor, parrilla, brasa). Evitar fritos, rebozados, salsas, guisos y estofados.
- Consumir preferentemente más pescado que carne.
- No tomar comidas con sabores o aromas fuertes.
- Controlar la cantidad de comida que se consume, sin excesos.
- Evitar comer alimentos precocinados.
- Evitar todo tipo de postres azucarados y sustituirlos por fruta fresca.
- La bebida de elección será el agua, evitando el alcohol y refrescos azucarados.
- Evitar cenas demasiado copiosas, intentando que sean ligeras.
- Elegir barbacoas de verduras y pescado.
- Preparar helados, granizados, sorbetes, batidos y zumos con las frutas de temporada, evitando usar azúcar, si es necesario utilizar edulcorante.
- Té o infusiones de postre o entre horas.
- Incrementar el ejercicio físico o alguna actividad al aire libre.

Consejos para comer en buffet libre

- Planificarse las comidas con antelación, así se irá a buscar la comida prevista para ese día.
- Coger platos pequeños y servirse todo de una vez, sin volver a levantarse.

Ideas saludables y sabrosas

- **Legumbres:** El calor y el bochorno que acompañan a muchos días veraniegos ocasionan que las legumbres pierdan presencia en los menús semanales. El secreto para incluirlas como plato de verano es cambiar su forma de presentación y elaboración. Los estofados y guisos, que en los días fríos calientan el cuerpo y resultan tan contundentes, se sustituyen en verano por otras propuestas, tales como, ligeras sopas de legumbres, como garbanzos, lentejas o alubias, entre otras; sabrosas cremas frías o templadas, ya sean de guisantes o alubias rojas; ensaladas frías de legumbres.
- **Barbacoas vegetarianas y de pescado.** Las barbacoas son, en verano, el pretexto más buscado para el encuentro familiar o con amigos. Algunas opciones para ello son las barbacoas vegetarianas (verduras carnosas a la parrilla, escalibada, calabacines, etc.) y deliciosas propuestas de pescados asados a la parrilla (sardinas de temporada, bonito a la plancha, lomos de rape, brochetas de pescado, de langostinos o gambas). Estas propuestas para quienes prefieran optar por comer más ligero que en las tradicionales barbacoas.
- **Helados naturales y de frutas.** La gama de helados que ofertan tiendas y chiringuitos es de sobra conocida. El nexo común es: muchas calorías, grasas y azúcares en un pequeño, aunque delicioso, bocado. La propuesta más sana consiste en preparar helados, granizados, sorbetes, batidos y zumos bien fríos con las frutas de temporada.
- **Té frío de postre o entre horas.** Los tés, en toda su amplia gama (blanco, verde, rojo, negro), resultan refrescantes, calman la sed si se sirven también fríos, acompañados de hielo picado en forma de granizado o mezclados con jugo de limón.



El cálculo urinario

Ramiro García Ruiz, Patricia Serrano Frago, Arlanza Tejero Sánchez, Adib Reyes Figueroa, Yumaira Hernández Martínez, Alberto Fantova Alonso y María Jesús Gil Sanz
Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

Un cálculo es una masa sólida y dura que se puede formar en la vesícula biliar, la vejiga y los riñones. Estos tipos de cálculos tienen diferentes causas y se tratan de formas diferentes.

Los cálculos renales se forman cuando los minerales o sales ácidas de la orina cristalizan. La mayoría de los cálculos se expulsan al orinar. No obstante, en algunos casos se necesitará tratamiento para extraerlo.
La litiasis urinaria o cálculo constituye un importante problema sanitario en relación con su alta prevalencia (4%) e incidencia (0,3%) en la población general española. Constituye la tercera enfermedad más común de las vías urinarias, tras las infecciones y la patología prostática.

Incidencia entre los 30 y 50 años

En los países occidentales, la litiasis predomina en los hombres con una proporción hombre/mujer de 2/1. Se presenta fundamentalmente en la tercera década de la vida, con un pico de incidencia entre los 30 y 50 años.
Existen varias situaciones que pueden favorecer la aparición de cálculos urinarios y la probabilidad de que se repitan o crezcan como son: obesidad severa o cirugía bariátrica, enfermedad metabólica o endocrina asociada (hiperparatiroidismo, hiperoxaluria, cistinuria, fibrosis quística, gota), enfermedades gastrointestinales (Crohn, colitis ulcerosa), enfermedades óseas (osteoporosis severa, fracturas patológicas), debutar en la infancia o a edades tempranas y/o múltiples litiasis. En torno al 80 % de los pacientes con urolitiasis presentan alteraciones metabólicas identificables, pudiendo actuar sobre ellas, para disminuir su recurrencia.

Cambios en el estilo de vida

Estos cálculos pueden estar presentes en el aparato urinario y no manifestarse clínicamente o, por el contrario, dar lugar a dolor lumbar de tipo cólico, infecciones urinarias de repetición o hematuria (presencia de sangre en la orina).
Se estima que en torno al 75% de los pacientes que tienen un cálculo urinario, lo expulsarán de forma espontánea, mientras que el 25% restante requerirán de algún procedimiento urológico. La posibilidad de recidiva en los 10 años siguientes al primer episodio, puede alcanzar cifras del 50 %.
Si tras una expulsión o extracción de cálculo, el médico valora que el riesgo de repetición es bajo, serán suficientes cambios generales en el estilo de vida.

Recomendaciones para un adulto

- **Ingesta hídrica:** beber de 2, 5 a 3 litros de agua a lo largo de todo el día, controlar que la cantidad de orina sea de al menos 2 litros diarios, lo que obligará a aumentar la cantidad bebida en épocas de verano y/o ejercicio físico intenso.
- **Dieta:** equilibrada y variada, comer más alimentos bajos en oxalato como huevos, lentejas, arroz blanco, manzanas, uvas, coliflor. Reducir la cantidad de sal (menor 4 gr. /día). No comer demasiada proteína animal, especialmente carne de animales jóvenes. En lugar de eso, más proteína vegetal. Evitar el sobrepeso. Asegurar que la dieta contenga una cantidad suficiente de calcio (alrededor de 1 gramo al día) y consultar a su médico la toma de suplementos.
- **Hábitos de vida saludables:** realizar ejercicio regular y evitar estrés

En caso de tener un riesgo de repetición de cálculos alto se realizará un estudio más completo con evaluación metabólica para determinar qué tratamiento adicional puede necesitar.

Su hijo tiene escoliosis

Virginia Sangüesa Sánchez, Paulina Flores Guillins y Carlos Ruiz Muneta
F.E.A. Medicina Física y Rehabilitación. Complejo Hospitalario de Navarra
Laura Elena Roldán Arcelus e Ibán Plaza Izurieta
M.I.R. Medicina Física y Rehabilitación. Complejo Hospitalario de Navarra
Juan Manuel Vellosillo Ortega
F.E.A Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitario Miguel Servet

No se alarme si en la revisión del pediatra le comunican que su hijo tiene escoliosis. Lo más habitual es que sólo requiera observación. Es una desviación lateral de la columna vertebral que se suele diagnosticar en la infancia tardia o adolescencia. La alteración es generalmente asintomática y muchas veces pasa inadvertida para la familia hasta que se detecta en la revisión del pediatra.

El 2-4% de la población general tiene escoliosis La escoliosis se mide en grados y el diagnóstico requiere una desviación lateral mayor de 10º.

La escoliosis del adolescente, que constituye el 80% de las escoliosis que se diagnostican, es de causa desconocida. La edad más frecuente al diagnóstico son los 10 o 12 años de edad. En casos más infrecuentes la alteración puede ser secundaria a alteraciones vertebrales, enfermedades neurológicas y en estos casos se suele diagnosticar en niños de menor edad y tiene peor pronóstico.

Generalmente no produce síntomas y es únicamente por la alteración anatómica por lo que se puede detectar. Se requiere realizar una exploración física sencilla y realizar unas maniobras para llegar a su diagnóstico y posteriormente hay que realizar un estudio radiográfico para confirmarlo y cuantificar el grado de desviación. Hay predisposición familiar, por lo que si los padres o hermanos lo padecen, los niños pueden tener más riesgo de desarrollar esta alteración

En la exploración física de un niño con escoliosis podemos encontrar alteraciones como tener un hombro más alto que otro, asimetría en las escápulas con una más prominente que otra, una pequeña giba por la deformidad de las costillas, una cadera más elevada que otra, una asimetría en el ángulo de la cintura...

Lo más importante en el momento del diagnóstico es valorar el riesgo de progresión de la curva. En general la escoliosis progresa mientras hay crecimiento y es por ello que cuanto más potencial de crecimiento que le queda al niño, más posibilidades hay de que la curva aumente. Así que en el momento del diagnostico, cuanto menor es la edad del niño, el grado de maduración ósea y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, más riesgo de progresión de la curva hay.

Examen físico

En la exploración física hay que realizar un examen de la columna vertebral, las extremidades inferiores y el patrón de marcha. Para estudiar la columna vertebral hay que examinar al niño en bipedestación, en sedestación y el médico le pedirá al niño que haga algunos movimientos para estudiar los movimientos de la columna vertebral. La exploración de las piernas incluye descartar dismetrías y realizar un examen neurológico valorando la fuerza y la sensibilidad. El médico también buscará alguna alteración cutánea u otros signos que puedan hacer sospechar patología subyacente.

Con toda la información del examen físico, el grado de desviación de la curva y la previsión de crecimiento que se calcule que le queda al niño, se optará por una intervención u otra. Lo más habitual tras la primera consulta será la observación. Le darán cita en unos meses y le repetirán las radiografias. A lo largo del proceso puede ser necesario prescribir un corsé o incluso realizar una cirugía.

La decisión final es absolutamente personalizada teniendo en cuenta todo lo que hemos comentado hasta ahora pero de forma general explicamos a continuación el manejo más habitual.

En los casos leves con curvas de 10º a 29º se optará por la observación. Se suelen realizar controles periódicos, el intervalo podrá variar entre 4 a 9 meses en función de la edad y hasta que se alcance el final del crecimiento. Se le enseñará a realizar ejercicios para potenciar la musculatura abdominal y espinal, no porque esto vaya a corregir la deformidad ya existente sino para mantener la musculatura lo más fuerte posible.

Cuando la curva en el momento del diagnóstico es de 30º a 45º y en función de la edad del niño puede ser necesaria la utilización de un corsé. La indicación del corsé siempre tiene que estar consensuado con la familia. La finalidad del corsé es evitar que la desviación aumente durante el tiempo de crecimiento que le quede al niño. Es importante que la familiar entienda que el objetivo no es corregir la deformidad que ya se tiene. También es fundamental involucrar al niño, y explicarle la importancia de seguir las indicaciones que se le dan. El corsé hay que utilizarlo 23 horas al día, le va a limitar la realización de ciertas actividades, es casi imposible disimularlo debajo de la ropa, con la repercusión psicológica que estos factores pueden tener en estas edades tan sensibles.

La utilización del corsé siempre se tiene que acompañar de ejercicios de columna que le explicarán en la consulta para fortalecer la musculatura y evitar desequilibrios musculares derivados del uso del corsé.

A partir de los 40-45º y siempre valorando el resto de factores ya comentados puede ser necesaria la realización de cirugía. Está intervención sí tiene como finalidad corregir la deformidad ya existente.

Una escoliosis severa no tratada puede ocasionar limitaciones en la edad adulta tanto estéticas, como dolor y alteración en la función respiratoria por lo que es muy importante seguir las indicaciones que le den en la consulta.

Pie plano en la infancia

Virginia Sangüesa Sánchez. *F.E.A. Medicina Física y Rehabilitación. Complejo Hospitalario de Navarra*
Sophie Marie Gorostiaga Maurer, José Federico Giarratana, Laura Elena Roldán Arcelus e Ibán Plaza Izurieta. *M.I.R. Medicina Física y Rehabilitación. Complejo Hospitalario de Navarra*
Ana Abad Marco. *F.E.A Medicina Física y Rehabilitación Hospital Universitario Miguel Servet*

La infancia es un periodo de cambio y desarrollo en el que en ocasiones hay alteraciones que pueden preocupar a los padres. Tener los pies planos en los primeros años de vida es una alteración muy frecuente. Sólo en unos pocos casos puede ocasionar sintomatología, en la mayoría de los niños se corregirá con la edad o si permanece no provocará ninguna limitación.

Tener el pie plano significa que uno de los arcos que sostiene la arquitectura del pie está disminuido. El arco plantar longitudinal tiene menor altura, está aplanado.
En los niños la incidencia es más elevada por varios motivos. Al nacimiento el arco longitudinal del pie no está presente y se va desarrollando en los primeros meses y años de vida. En general, hasta que el niño tiene 2 o 3 años el pie tiene aspecto plano, en parte por la inmadurez fisiológica neuromuscular, por la elasticidad y porque el cuerpo a esa edad tiene un acumulo de grasa en la zona interna de la planta del pie que hace que aumente la sensación de hundimiento del arco. En muy pocos casos el pie plano es secundario a alteración anatómica o neurológica.
Lo más frecuente es que no haya ninguna causa que provoque el pie plano y que sea una alteración que se modifica con la exploración y que desaparecerá con el crecimiento, entonces es conocido como pie plano flexible. Al cumplir 4 o 5 años el arco se va desarrollando y en muchos casos desaparece. Incluso en los casos en los que no desaparezca a esa edad lo más habitual es que no provoque ninguna sintomatología. No hay que olvidar que hasta un 20% de los adultos tienen los pies planos sin ser secundario a ninguna alteración y sin ocasionales ningún dolor ni limitación.
No se conoce la causa del pie plano flexible, pero si algunos factores que lo pueden favorecer, por ejemplo se ha observado que en las poblaciones que caminan más tiempo descalzos los niños tienen menos incidencia de pie plano.
Parece que el hecho de ir descalzo favorece el desarrollo de la musculatura propia del pie, mientras que los calzados rígidos interfieren en este proceso. Por ello, actualmente se recomienda que el calzado del niño sea flexible.

Pie plano rígido

Ante el hallazgo de un niño con los pies planos lo más importante es comprobar que es flexible, es decir, que con ciertas maniobras se puede reproducir la curvatura normal de la planta del pie. En caso de que no se pueda corregir sería un pie plano rígido generalmente secundario a alguna alteración, la más frecuente la coalición tarsiana. Esta alteración consiste en tener un puente rígido entre los huesos del tarso. En este caso el pie plano puede provocar dolor y requerir un tratamiento específico. Nos vamos a referir al pie plano flexible por ser mucho más habitual. .
En la consulta médica, ante un niño con pie plano hay que realizar una exploración que incluya examinar el patrón de marcha, la columna vertebral y las extremidades inferiores. Habrá que descartar alteraciones ortopédicas como escoliosis, dismetría, rotaciones o desviaciones de la cadera, rodilla o tobillo. En la exploración general debe valorarse si el niño presenta algún cuadro de hiperlaxitud ligamentosa que pueda contribuir al "hundimiento" del pie en carga. Un examen completo del pie y valorar en las piernas la movilidad, la fuerza y sensibilidad. El médico le pedirá que camine por la consulta para descartar otras alteraciones. Aunque sea infrecuente, el pie plano puede ser el primer síntoma de una alteración neurológica.

El test de Jack

Para confirmar que se trata de un pie plano flexible, las dos maniobras básicas son el test de Jack y algo tan sencillo como pedir al niño que se coloque de puntillas.
El test de Jack se realiza estando el niño de pie, el médico realizará un movimiento de extensión del dedo gordo del pie. También pedirá al niño que se coloque de puntillas. En ambas maniobras es indicativo de pie plano flexible y por tanto de buen pronóstico si aparece la curva en el talón.
Tras la consulta si se comprueba que es un pie plano flexible, no hace falta pedir pruebas complementarias. Si el pie es plano rígido, no conseguimos reproducir la curva con las maniobras o están presentes otras alteraciones sí puede ser necesario solicitar otros estudios.
En el caso de un pie plano flexible lo más importante es aceptar que no es motivo de preocupación y saber que el desarrollo habitual del niño hará que se corrija en la mayor parte de los casos o que si permanece hasta la edad adulta, no provocará síntomas. Se le recomendará seguir unas indicaciones que en realidad benefician a todos los niños, independientemente de que tengan el pie plano o no como son: utilizar calzado flexible, estimular la deambulación descalzos, hacer ejercicio para tener la musculatura lo más fuerte posible, animarles a caminar de puntillas. No hay ninguna necesidad ni hay indicación de utilizar plantillas, calzado ortopédico.... Ni hormas especiales....

Fumar no compensa

Irantzu Huarte Labiano. *Médico de Atención Continuada C.S. Berdún*

Se ha demostrado en numerosos estudios que el tabaco es la principal causa de enfermedad y mortalidad en los países desarrollados, por problemas cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. El tabaco provoca más del 21% de las muertes por cáncer en todo el mundo. Aproximadamente la mitad de los fumadores mueren de una causa relacionada con el tabaco. Fumar es el principal factor de riesgo para padecer un cáncer de pulmón y está implicado también en el desarrollo de leucemia y de otros muchos cánceres como son el de vejiga, cavidad oral, esófago, cérvix y otros muchos.

Fumar daña las arterias produciendo infartos de corazón, ictus y problemas renales y en el riego de las extremidades.

Dejar de fumar no es fácil ¿Por qué?

- Por la **dependencia física** a la nicotina: cuando al organismo le falta la cantidad diaria necesaria, reacciona apareciendo unos síntomas denominados síndrome de abstinencia.
- Por la **dependencia psicológica y social**. El tabaco forma parte de las actividades cotidianas de los fumadores, sin el tabaco notan que les falta algo. Muchas actividades pueden asociarse al hecho de fumar (tomar un café, hablar por teléfono, el descanso en el trabajo, relacionarse con los amigos... o simplemente tener algo en la mano).
- Las **consecuencias graves** sobre la salud suelen aparecer **a largo plazo**. Efectivamente, los problemas más graves no se observan hasta varios años después, por lo que no se tiene la sensación de riesgo o perjuicio, muchas veces hasta que ya es demasiado tarde.

Motivos para dejar de fumar

Cada persona comenzó a fumar por unas razones concretas y tiene unos motivos diferentes para dejar de fumar. La motivación es esencial para dejar de fumar.

- **Salud**. Como ya hemos dicho el tabaco es la principal causa de enfermedad y mortalidad en los países desarrollados, por problemas cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas. Dejar de fumar reduce el riesgo de todas estas enfermedades y disminuye la mortalidad. El beneficio de dejar de fumar se da en todas las edades, incluso en personas que llevan fumando muchos años.
- **Calidad de vida**. Además de evitar enfermedades, el dejar de fumar disminuye el cansancio, mejora la respiración, la agilidad, el sentido del gusto y del olfato, el aspecto de la piel y de los dientes e incluso desaparecerá el mal aliento.
- **Economía**. No fumar ahorra dinero. Un fumador de un paquete diario puede gastar aproximadamente 90-130 euros al mes en tabaco. Al año son unos 1000-1600 euros.
- **Fumadores pasivos**. El tabaco no es sólo perjudicial para la persona que lo fuma, sino también para las que conviven con ella. El humo del tabaco puede dañar a familiares, compañeros de trabajo y a otros que lo respiran, sobre todo enfermos respiratorios, niños y mujeres embarazadas.

Conocer y planificar: claves para el éxito

Cada persona fumadora tiene una dependencia física y psicológica diferente, mayor o menor motivación, unos hábitos de vida concretos y una historia personal. El tener todo esto en cuenta nos puede ayudar a tener mayor éxito en nuestro intento.

- **Dependencia**. Test de dependencia física de Fagerström (Ver Tabla I).

Tabla I

TEST DE FAGERSTRÓM MODIFICADO		
PREGUNTA	**RESPUESTA**	**PUNTUACIÓN**
¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse?	Hasta 5 minutos 6-30 minutos 31-60 minutos Más de 60 minutos	3 2 1 0
¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (hospital, cine, biblioteca...)?	Si No	1 0
¿Qué cigarrillo le desagrada más dejar de fumar?	El primero Otros	1 0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	31 o más Entre 21 y 30 Entre 11 y 20 Menos de 11	3 2 1 0
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Si No	1 0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Si No	1 0
PUNTUACIONES: Menores o iguales a 3 puntos, grado leve de dependencia. Valores de 4 a 6 puntos implican una dependencia moderada. Si la puntuación es igual o superior a 7 puntos, grado severo de dependencia.		

Si tu puntuación es mayor o igual a 5 probablemente necesites ayuda para dejar de fumar.

• **Síndrome de abstinencia**. El síndrome de abstinencia tiene su pico en los tres primeros días tras dejar de fumar y posteriormente se va haciendo menos intenso hasta desaparecer a las 3-4 semanas. Los síntomas más frecuentes son: dificultad para dormir, irritabilidad, rabia/enfado, ansiedad y dificultad para concentrarse.

El deseo intenso de fumar puntualmente en situaciones concretas que realcionamos con el tabaco, muy especialmente al consumir alcohol, puede durar durante meses. Este es un motivo frecuente de recaída una vez superada la fase inicial. Debemos saber que si conseguimos ignorar este deseo desaparecerá y cada vez será menos intenso y frecuente. Sabiéndolo lo mejor este tener un plan para cuando aparezca.

• **Apoyo en su Centro de salud**. La Enfermera o Médico de Atención Primaria puede servir de guía y apoyo a la hora de dejar de fumar, valorar el grado de dependencia y ver si estaría indicado algún tratamiento farmacológico o por el contrario no va a ser necesario o está contraindicado siguiendo las preferencias de cada persona. Existen diferentes tipo de de medicamentos disponibles:

• *Productos sustitutivos de la nicotina* (parches, chicles o spray nasal). Aportan nicotina pero sin fumar. De esta manera se puede ir reduciendo la dosis de nocotina poco a poco y controlar mejor el síndrome de abstinencia. El tratamiento completo dura habitualmente 3 meses.

• *Bupropión.*Este medicamento, aunque no sustituye a la nicotina, puede ayudarle a reducir la ansiedad que produce el hecho de no fumar. El tratamiento completo dura entre 2 y 3 meses y debe iniciarse una semana antes de dejar de fumar.

• *Vareniclina.* Disminuye las ganas de fumar y el síndrome de abstinencia. Además reduce los efectos gratificantes y de refuerzo del fumar. El tratamiento completo dura 12 semanas, que puede prolongarse otras 12 semanas si no se ha abandonado el hábito totalmente. Se comienza a tomar la medicación 1-2 semanas antes de la fecha fijada para el abandono del tabaco.

• **Planificación**. Una vez tomada la decisión hay que poner una fecha y elegir el mejor tratamiento y seguimiento, individualizado para cada persona. En el siguiente decálogo se recogen los pasos que más pueden ayudar.

Decálogo para dejar de fumar

1. Busque un buen motivo para dejarlo. Estar motivado es fundamental. Escribir sus motivos en un papel y llevarlo a mano para releerlo en cualquier momento puede ayudar en los momentos más difíciles.

2. Comunique a las personas de su entorno que va a dejar de fumar en pocos días y pida su apoyo y colaboración (especialmente que no fumen en su presencia).

3. Elija un día concreto, preferiblemente uno que vaya a estar especialmente activo u ocupado. No elija fechas en las que vaya a estar especialmente estresado o tenga muchos eventos sociales. Durante los primeros días, dedíquese a alguna actividad que le mantenga ocupado mucho tiempo.

4. Tire a la basura todo lo relacionado con el tabaco (cigarrillos, ceniceros, mecheros...).

5. Evite en la medida de lo posible los lugares y situaciones que le recuerdan o le den deseos de fumar.

6. Empiece a practicar alguna actividad física que pueda hacer regularmente (pasear, ir en bicicleta, etc.).

7. Tenga en cuenta que el deseo de fumar aparecerá y tenga pensado que va hacer cuando eso ocurra (Si extraña no tener algo en la boca, pruebe con un chicle sin azúcar o un palillo. Si extraña no tener algo en la mano, tome un bolígrafo, un lápiz o cualquier cosa menos un cigarro. Hacer ejercicios de relajación puede ayudar a controlar la ansiedad).

8. Cuando le ofrezcan tabaco conteste "no gracias, no fumo". Pronto se verá como una persona no fumadora.

9. Calcule cuánto se ahorra al no comprar tabaco y piense en que va a invertir ese dinero.

10. Sea optimista. Si recae y se fuma un cigarrillo no se desanime, y recuerde los motivos que le impulsaron a intentarlo. Busque apoyo médico y vuelva a intentarlo.

El trastorno obsesivo compulsivo, una aproximación a la estabilidad

Dra. Cristina Soler González. *Especialista en Psiquiatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza*
Dra. C. Rocío Sierra Labarta. *Especialista en Urología. Hospital Reina Sofía de Tudela. Navarra*

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un cuadro crónico que puede tener muchas características, generalmente aparecen pensamientos, imágenes, dudas e impulsos repetitivos, intrusivos e indeseados que son difíciles de ignorar. Estos pensamientos son la parte obsesiva del "Obsesivo Compulsivo" y en ocasiones provoca que la persona realice rituales o compulsiones repetitivos con el fin de intentar librarse de las obsesiones.

La manifestación de las obsesiones y compulsiones es heterogénea, y los síntomas de un paciente puede solaparse y cambiar en el tiempo.

Las obsesiones más comunes incluyen miedo a la contaminación o a los gérmenes, la duda persistente, el miedo a causar daño a otros ó a uno mismo, los pensamientos groseros, violentos o sexualmente perturbadores, y la tendencia al orden o colocación de los objetos.

Las personas con TOC intentan luchar contra estos pensamientos con las compulsiones, que serían los rituales mentales ó físicos que implican realizar acciones repetidamente, tales como lavarse de forma excesiva, limpiar, revisar, contar, conservar, etc. A pesar que estas acciones son realizadas para disminuir la parte obsesiva, frecuentemente provocan mayor angustia y preocupación por los pensamientos obsesivos.

Las compulsiones ó actos compulsivos son ser definidos como acciones repetidas intencionalmente, las cuales el individuo se siente obligado a realizar de acuerdo a sus propias reglas ó de una forma estereotipada. Normalmente, el individuo experimenta un sentimiento de resistencia al acto, pero este es anulado por el fuerte y subjetivo empuje de realizar la acción. La mayoría de las veces el principal objetivo tras el acto compulsivo, es generar alivio temporal de la ansiedad provocada por la obsesión anterior.

¿Cómo se presenta?

La forma más frecuente de presentación es el miedo a la contaminación que va seguida de lavados compulsivos y de la evitación del objeto temido (tocar pomos de puertas, dar la mano, etc,), aunque en ocasiones el temor es hacia objetos que no es posible evitar (como la orina, polvo o gérmenes), llegando incluso a recluirse y aislarse por este temor.

La mayoría de los pacientes saben que sus pensamientos y conductas son irracionales y sin sentido, pero se sienten incapaces de ponerles fin, provocando gran malestar al no poder controlarlo.

El TOC afecta a hombres y mujeres con igual frecuencia, y en promedio, sucede a fines de la adolescencia y al principio de la edad adulta. Sin embargo, muchos ocultan su enfermedad y demoran la visita al médico, pudiendo tardar 10 a 15 años ó incluso más tiempo en buscar ayuda profesional.

¿Cuál es su origen?

No existe una causa concreta que se haya podido identificar como causa definitiva del TOC. El curso acostumbra a ser largo. Muchos estudios clínicos respaldan un desequilibrio en el neurotransmisor de la serotonina, pudiendo estar implicada en la formación de las obsesiones y compulsiones. Por otro lado, múltiples estudios plantean que el TOC tiene un componente genético importante. Existen factores psicológicos que pueden favorecer el mantener la clínica de TOC, por eso terapias centradas en la conducta como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se han visto tan eficaces como la farmacoterapia.

Como ya hemos dicho el TOC a menudo pasa inadvertido y no es diagnosticado, generalmente por la negativa del paciente a revelar sus síntomas, debido a sentimientos de vergüenza.

Los tratamientos más eficaces que hay para tratar el TOC con éxito son la Terapia Cognitivo Conductual y los fármacos Inhibidores Selectivos de Recaptación de la Serotonina. Actualmente nuevas técnicas y abordajes psicoterapéuticos están dando buenos resultados en pacientes con clínica obsesivo-compulsiva.

Por tanto, como primera medida, sería el conocimiento de la enfermedad para un diagnóstico precoz. Es importante reducir este tiempo de intervención y tomar conciencia sobre el diagnóstico de esta enfermedad.

Tabaquismo y cáncer genitourinario

Dra. C. Rocío Sierra Labarta. *Especialista en Urología. Hospital Reina Sofía de Tudela. Navarra*
Dra. Cristina Soler González. *Especialista en Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

El tabaco es una droga de abuso de consumo muy extendido en todo el mundo, hecho que ha sido favorecido por su aceptación social, convirtiéndolo en un factor de riesgo de diversas enfermedades (como el cáncer, o enfermedades pulmonares o cardiovasculares), no sólo para quien lo consume, si no para quien indirectamente se ve afectado por sus efectos.

Todos los productos hechos con tabaco ya sean para fumar, chupar, masticar o esnifar, contienen nicotina, sustancia psicoactiva muy potente.
Se considera hoy por hoy que el tabaco es la causa de mortalidad más prevenible, que mata a la mitad de quienes lo consumen.

¿Cómo actúa el tabaco en nuestro organismo?

En la elaboración del tabaco se utiliza la hoja de Nicotiana tabacum mezclada con sustancias aromatizantes y aditivos para mejorar el sabor, que se introduce dentro de un cilindro de papel al que se le añade un filtro de celulosa más o menos poroso.
En la combustión del tabaco se producen más de 4000 sustancias en forma gaseosa, sólida o en partículas, que serán absorbidas en la aspiración por parte del fumador, o inhalada por el fumador pasivo. Al absorberse las sustancias por el organismo, estas pasan a la circulación sanguínea ejerciendo su efecto en el cerebro y otros tejidos. Muchas de las sustancias se transformarán en metabolitos reaccionando con componentes del propio cuerpo.
Entre los componentes cancerígenos que tiene el tabaco, los más importantes son los hidrocarburos aromáticos policíclicos y las nitrosaminas.
Los efectos tóxicos van a depender de la cantidad de cigarrillos fumados al día, del número de inhalaciones y la profundidad de las mismas, del tipo de cigarrillo y la antigüedad del hábito tabáquico.
El cáncer desarrollado por el tabaco es debido no sólo a la exposición directa a sus sustancias cancerígenas, si no también a otras sustancias que contiene, que en pequeñas cantidades no son peligrosas, pero sí lo son cuando son acumuladas en el organismo durante tiempo.

¿Qué efectos produce el tabaco en el sistema genitourinario?

Si bien es conocido por la mayor parte de la población los efectos nocivos del tabaco sobre el aparato respiratorio, no es tan bien sabido el efecto negativo que el fumar produce sobre el aparato genitourinario. Entre los diferentes cánceres que puede producir, nos entramos:
Cáncer de riñón: Representa el 3% de las neoplasias en el adulto, siendo más frecuente en hombres que en mujeres. Su relación con el tabaco, en cualquiera de sus formas, es directamente proporcional entre la duración del hábito y la aparición de los tumores, e inversamente proporcional entre la edad de adquisición del hábito y su aparición.
Cáncer urotelial (uréter y vejiga): Respecto al cáncer urotelial, el de vejiga supone un 90-95% frente al de uréter, que supone un 5-10%. Ambos son más frecuentes en el varón, siendo el de vejiga el más frecuente del aparato urinario y el segundo del genitourinario (detrás del cáncer de próstata). El tabaco es el factor etiológico más importante, relacionándose directamente con él aproximadamente en un 60%, y en un 6% con el tabaquismo pasivo. La exposición al tabaco en ambos tumores aumenta su riesgo de 2 a 7 veces, debido a la eliminación urinaria de sustancias cancerígenas como las nitrosaminas.
Cáncer de uretra: Es tumor muy poco habitual y cuando se desarrolla, es más frecuente en mujeres. La relación del tabaco con una mayor sensibilidad a la infección del virus papiloma humano se relaciona con este tumor.
Cáncer de pene: El consumo de tabaco aumenta por 3 la probabilidad de presentar un cáncer de pene, existiendo una fuerte asociación dosis dependiente, encontrándose carcinógenos del tabaco en el esmegma.
Ante la clara relación del tabaco con los cánceres urológicos, hay que insistir en la importancia de la prevención de los mismos dirigida hacia el abandono del tabaco, que no erradica totalmente el desarrollo de los mismos (ya que estos tumores también pueden surgir en aquellas personas que no han fumado), pero sí que disminuye la probabilidad de que los presentemos.

Cuidados de la mujer embarazada en verano

Raquel Bravo Andrés, Susana García Domínguez y Marta Bona Otal
Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Picarral. Zaragoza.

El embarazo, pese a ser un proceso natural, es una época de muchos cambios tanto físicos como emocionales para la mujer. Afrontarlos de una forma propicia con la adquisición de hábitos saludables que favorezcan tanto el bienestar de la madre, como el correcto desarrollo del futuro bebé es muy importante en este período.

A continuación, os mostramos los principales cuidados recomendados para la gestante para afrontar las altas temperaturas de los meses estivales.

Alimentación

En el embarazo se debe realizar una dieta sana y equilibrada, ya que de esta depende el buen desarrollo y crecimiento del feto. Teniendo en cuenta que las necesidades energéticas aumentan en unas 200-300 kcal. Es conveniente, comer frecuentemente y cantidades más pequeñas, evitando así, las digestiones pesadas. Algunas indicaciones para realizar una dieta saludable son: Aumentar la ingesta de frutas y verduras. Consumir a diario leche y derivados lácteos. Beber entre 1,5-2l de agua al día, sobre todo en los meses estivales, para evitar la deshidratación. Consumir carne, pescado y huevo de forma moderada.

Ejercicio físico

Se recomienda la realización de ejercicio moderado de forma regular, variando su intensidad en función al grado de entrenamiento previo de la mujer. El ejercicio físico es beneficioso para fortalecer la musculatura abdominal y prepararla para el parto, mejora la circulación sanguínea y evita el aumento excesivo de peso. Es muy recomendable aprovechar los momentos que pasamos en playas y piscinas para nadar, ya que la mujer se siente menos pesada en al agua, así como realizar paseos al aire libre, siempre a horas en las que haga menos calor.

Fotoprotección y prevención problemas circulatorios

Durante la gestación, es conveniente evitar la exposición excesiva al sol, especialmente en las horas centrales del día, utilizando si nos exponemos a él, fotoprotección de alta potencia. Es fisiológico el oscurecimiento de la piel de las mamas, los pezones y la de línea central del abdomen, desapareciendo tras el parto. También es frecuente, debido al efecto hormonal, la aparición del llamado cloasma, una hiperpigmentación facial de color marrón, de intensidad variable y simétrica. Este suele exacerbarse con la radiación solar, por lo que es muy importante utilizar la fotoprotección ya nombrada anteriormente. Aunque mejora tras el embarazo, puede reaparecer en siguientes gestaciones.

Durante los últimos meses y principalmente en el verano, es posible la aparición de varices y de edemas en las piernas, sobre todo a última hora del día. Para evitarlo, es recomendable, evitar permanecer mucho tiempo de pie, realizar ejercicio físico, evitar el calzado y la ropa que oprima, mantener las piernas en alto al estar sentada o tumbada y evitar la depilación de piernas con cera caliente.

Prevención de las infecciones de orina

Una infección de orina es aquella que afecta a cualquier parte de las vías urinarias. La mujer es más propensa a padecer este tipo de infecciones debido a que la uretra femenina es más corta que la masculina pero, durante el embarazo la probabilidad de padecer una infección aumentan todavía más debido a que la musculatura urinaria se relaja por la acción de la progesterona provocando que la evacuación de la orina se enlentezca, esre hecho facilita la reproducción de las bacterias. Además, conforme el feto aumenta de tamaño dentro del útero, este presiona a la vejiga, dificultando el vaciado completo de la misma. Por todos estos motivos, a la mujer gestante se solicitan varias analíticas de orina de forma sistemática.

La humedad en la zona genital también es un factor desencadenante para la aparición de infecciones de orina. Así pues, en verano, dado al aumento de la sudoración, así como a los baños frecuentes en piscinas y playas, existe un mayor riesgo de infección.

A continuación, se presentan unos consejos para intentar prevenirla: Beber 1.5-2 litros de agua al día. Intentar no retener la orina. Utilizar ropa interior de algodón y evitar la ropa ajustada. Lavar la zona genital con un jabón suave evitando las duchas vaginales. Cambiar la ropa de baño tras el mismo y no llevarla húmeda. Evitar las compresas y salvaslips. Tras orinar, limpiar la zona sin fricción y hacia atrás. Orinar siempre tras mantener relaciones sexuales.

Ropa y calzado

Es importante utilizar ropa cómoda, holgada y preferiblemente de algodón o de tejidos naturales. Evitando todo aquello que oprima sobretodo la cintura y las piernas, favoreciendo la aparición de problemas circulatorios. Del mismo modo, también es importante utilizar un calzado cómodo de tacón bajo, para así, facilitar la estabilidad.

Viajes

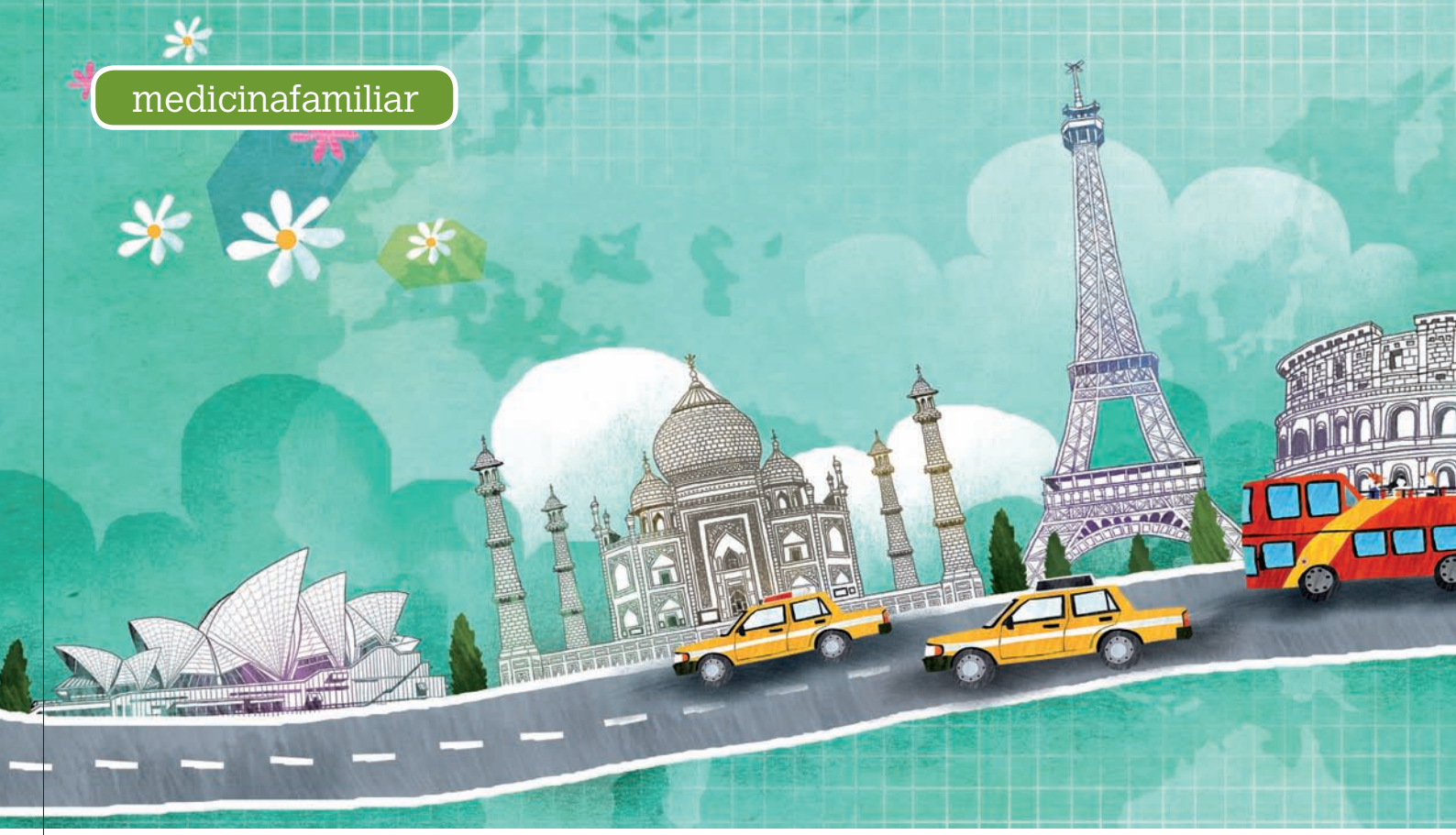
En general, los viajes durante el embarazo no están contraindicados. Lo que sí toda mujer embarazada debe saber, algunas recomendaciones e indicaciones, sobre todo para realizar viajes en coche y en avión.

Como norma general, y para todo tipo de viajes, es recomendable que la mujer lo haga con ropa cómoda, que no oprima e intentar hidratarse durante el mismo, bebiendo agua frecuentemente. También, es importante llevar consigo toda la documentación médica de la que se disponga así como la cartilla de embarazada.

En general, no se recomiendan realizar viajes en automóvil de larga duración, estando recomendado parar cada 2 horas para descansar y movilizar las piernas. También es muy importante colocarse correctamente el cinturón de seguridad. Éste debe estar siempre por encima y debajo del útero y nunca sobre él. Para conseguirlo, es conveniente que la banda inferior del mismo se encuentre por debajo del abdomen; sobre las ingles, y la superior entre las mamas.

Los viajes en avión son generalmente, seguros durante el embarazo. Si bien, hay que tener en cuenta en el momento de viajar, el estado de salud de la mujer, el momento de la gestación en la que se encuentra y las características del viaje, intentado evitar los de larga duración en las últimas semanas de embarazo, ya que son estos los que se han relacionado con mayor riesgo de aparición de tromboembolismo venoso. Durante el vuelo, es recomendable no permanecer más de 2 horas sentada y cuando se esté, realizar ejercicios con la extremidades inferiores, como pueden ser los movimientos giratorios con los tobillos o la flexión y extensión de las piernas.

También es importante las recomendaciones que la mayoría de compañías aéreas dan a las mujeres embarazadas. El manual médico de la Asociación de Transporte Aéreo Internacional (IATA) recomienda que pasadas las 28 semanas de gestación, las gestantes vuelen con una autorización médica por si les es requerida. Del mismo modo, recomienda no volar después de la semana 36 de embarazo si la gestación es única, ni después de la semana 32 si es múltiple.



La salud del viajero

Marta Bona Otal, Raquel Bravo Andrés y Susana García Domínguez
Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Picarral. Zaragoza

Un viaje internacional, puede exponernos a incidencias o enfermedades que supongan un riesgo para nuestra salud y seguridad. Es posible minimizar estos riesgos tomando las medidas adecuadas antes, durante y después del viaje, lo que nos permitirá disfrutar con mayor tranquilidad de nuestras vacaciones.

ANTES DEL VIAJE

¿Qué llevar en el botiquín?

Los pacientes que sigan un tratamiento crónico deben llevar medicación necesaria para todos los días que dure el viaje, ya que no siempre le será posible encontrar sus medicamentos en países extranjeros o sin receta médica. Su médico de familia le realizará las prescripciones necesarias para cubrir sus necesidades durante el viaje. Es recomendable llevar distribuidas sus medicaciones en distintos bultos: equipaje facturado, equipaje de mano... para que en caso de pérdida de alguno de ellos, cuente con medicación suficiente para un tiempo. Lleve los medicamentos en sus envases originales. En el caso de los diabéticos que precisen insulina, conviene recordar que puede congelarse por las bajas temperaturas en las bodegas de los aviones, por lo que debe llevarse en el equipaje de mano. Además, necesitará un informe de su médico que justifique portar material con agujas y lancetas para presentarlo en los controles de aeropuertos y aduanas.

Es muy importe que lleve consigo un informe donde figuren sus enfermedades y tratamientos crónicos para entregar a los sanitarios en caso de precisar asistencia médica. En este informe debe constar el nombre de su médico y un teléfono de contacto de su centro de salud. Además de su tratamiento habitual, es recomendable llevar un botiquín con medicación básica como analgésicos , antitérmicos (paracetamol), sueros de rehidratación oral, medicación para alergias (antihistamínicos, pomadas con corticoides), inhaladores, incluso antibióticos si su médico lo considera necesario, por lo que conviene consultar con él los medicamentos a incluir en su botiquín. Si usa anticonceptivos, calcule los envases va a necesitar. También puede incluirse material para realizar curas sencillas: povidona yodada, apósitos, gasas, suero fisiológico... y ¡termómetro! Algunos materiales de higiene íntima, como los tampones, pueden ser difíciles de encontrar en algunos países, llévelos si cree que va a necesitarlos.

¿Dónde acudir para vacunarme?

Los Centros de Vacunación Internacional son centros especializados donde le asesorarán y administrarán las vacunas y/o tratamientos preventivos que necesite según el destino, la duración y las características del viaje, teniendo en cuenta su estado de salud previo y sus tratamientos crónicos. Para ser atendido, deberá solicitar cita previa, es preferible que lo haga con al menos un mes y medio de antelación al viaje. Si le administran vacunas, le entregarán una cartilla de vacunacion internacional que puede serle requerida para la entrada en algunos países. Dado que la atención que le proporcionarán será personalizada y adapatada a su estado de salud, es muy recomendable que cuando acudan a estos centros, lleve consigo un informe médico donde figuren sus enfermedades y tratamientos crónicos además de su cartilla de vacunación revisada. Para esto deberá acudir previamente a su médico de familia. Además, será su médico quien le recomiende si es necesario o no acudir a un centro de vacunación internacional, ya que no todos los viajeros necesitan acudir a un centro especializado.

¿Necesito un seguro médico?

No hay que olvidar que la causa más frecuente de fallecimiento durante un viaje son los accidentes de tráfico además de accidentes por prácticas deportivas de riesgo. Resulta por ello muy aconsejable contratar un seguro de viaje que incluya la atención médica en los centros adecuados en caso de producirse algún incidente. Entre algunos países existe convenio de sus sistemas sanitarios para la atención médica a extranjeros, por lo que

deberá informarse adecuadamente en su caso y contratar un seguro si no tiene cobertura sanitaria garantizada en el país de destino.

DURANTE EL VIAJE

¿Cómo puedo protegerme de contraer enfermedades?

La enfermedad más frecuente del viajero es la diarrea por ingestión de agua o alimentos contaminados. Para prevenirla, hay que evitar alimentos crudos lo que incluye los elaborados por vegetales y frutas que no hayan sido pelados y lavados por usted mismo (ensaladas, postres con frutas, helados, zumos, batidos). Es muy importante lavarse las manos con frecuencia y antes de tomar algún alimento. El agua y otras bebidas deben consumirse embotelladas y sin cubitos de hielo (pueden estar preparados con agua contaminada)

Muchas de las enfermedades endémicas de los países en vías de desarrollo se transmiten mediante la picadura de mosquitos , como la malaria, el dengue, el chikungunya, o el virus zika. Por lo tanto, la medida de prevención primordial es protegerse de las picaduras de mosquitos. En el caso de la malaria, tomar la quimioprofilaxis disminuye la probabilidad de desarrollar la enfermedad pero el riesgo no desaparece completamente , por lo que el tratamiento no exime de protegerse frente a las picaduras. Deben usarse repelentes de mosquitos adecuados que contengan alguno de estos principios: DEET (Dietiltoluamida), Icardina, Citriodiol o IR3535. Ayuda el uso de ropas claras, pantalones y camisas de manga larga, además del uso de mosquiteras. Evite el contacto con animales domésticos o salvajes. Hay que tener especial precaución si se toman baños en ríos o lagos puesto que en algunos lugares existen parásitos que pueden introducirse en su organismo a través de la piel o las mucosas, por lo que debe informarse en las agencias locales antes de realizar actividades acuáticas.

Conviene recordar que el uso de preservativo es el único método para evitar enfermedades de transmisión sexual.

No olvide la protección solar, como mínimo de factor 20,sobre todo en caso de exposiciones prolongadas.

DE VUELTA A CASA

En caso de que haya enfermado durante el viaje, debe acudir a su médico para revisar su estado y entregar informes respecto a asistencia médica recibida en el extranjero. Algunas enfermedades tienen un período de incubación más largo, y a pesar de haber sido adquiridas durante nuestro viaje, pueden manifestarse varias semanas después de haber vuelto. Ante la aparición de síntomas de enfermedad con posterioridad a un viaje, como fiebre o diarreas, debemos acudir al médico e informarle de lugar, duración y fecha de finalización del viaje para que pueda hacer una valoración adecuada.

Y sobretodo... ¡no deje para última hora los preparativos sanitarios de su viaje!

medicina salud
zonahospitalaria
www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA A ZONA HOSPITALARIA ARAGÓN
Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web
www.zonahospitalaria.com/suscripciones/ y envíenos su correo electrónico

¿Qué se evalúa para valorar la Dependencia"?

Amparo Santamaría Torroba
Médico Rehabilitador IASS.
Centro de Atención temprana. Zaragoza
Daime Pérez Feito
Especialista en Medicina Familiar
y Comunitaria. SEMERGEN. Navarra

La Ley de dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia) es una ley española que crea el actual Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que no es más que el conjunto de servicios y prestaciones destinados a la promoción de la autonomía personal, así como a la protección y atención a las personas, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados.

¿Qué entendemos por autonomía personal?

La autonomía personal se define como la manera de pensar por si mismo e implica el derecho de una persona a tomar sus propias decisiones, las que afectan a su vida personal, y especialmente el de poder vivir en el lugar que uno quiera y ser atendido por las personas que uno desee.

Una persona es autónoma cuando puede tomar decisiones personales sobre cómo vivir y puede desarrollar por si mismo las actividades mínimas necesarias para realizar su vida diaria. Siendo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) "las tareas más elementales de la persona, las que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas".

En contraposición una persona está en situación de dependencia cuando no puede por si misma ser autónoma y necesita la ayuda de otra persona para hacer las ABVD.

Grados de dependencia reconocidos legalmente

La Ley establece tres tipos de dependencia:

Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD, al menos 1 vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD 2 ó 3 veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Estos serán atendidos con carácter preferente al resto de grados.

En España, hay 1.180.435 personas en situación de dependencia reconocida, un 2,5 por ciento de la población, con datos de 31 de diciembre de 2015, lo que implica que la atención a la dependencia de personas mayores se está configurando como una de las necesidades sociales emergentes más característica de nuestro tiempo.

Evidencia que coincide además con otras realidades como son el envejecimiento de la población, el cambio en el modelo de familia y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo.

El reconocimiento del grado de dependencia es el paso previo para acceder a los servicios para personas dependientes.

¿Cómo se evalúa ese grado de dependencia?

Se evalúa a través de escalas de valoración funcional que rellenará su Médico de Atención Primaria en coordinación con el trabajador social.

El objetivo de las diferentes escalas de valoración funcional es determinar la capacidad de una persona para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) de forma independiente.

Las AVD se pueden dividir en:

- Básicas.
- Instrumentales y avanzadas.

Las **actividades básicas de la vida diaria** (ABVD) miden los niveles funcionales más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestirse, andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado. Son actividades universales y no están influidas ni por factores culturales ni por el sexo.

Se utiliza para valorarlas la **Escala de Barthel.**

Las **actividades instrumentales de la vida diaria** (AIVD) miden aquellas funciones que permiten que una persona pueda ser independiente dentro de la comunidad (capacidad para hacer la compra, la comida, realizar la limpieza doméstica, el manejo de las finanzas...), es decir, actividades que permiten la

ESCALA DE BARTHEL

ALIMENTACIÓN

- [10] **INDEPENDIENTE**. Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable
- [5] **AYUDA**. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.
- [0] **DEPENDIENTE**.

BAÑO

- [5] **INDEPENDIENTE**. Se lava completo en ducha o baño, o se aplica la esponja por todo el cuerpo. Entra y sale del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
- [0] **DEPENDIENTE**.

VESTIDO

- [10] **INDEPENDIENTE**. Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corsé, si es preciso.
- [5] **AYUDA**. Necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.
- [0] **DEPENDIENTE**.

ASEO PERSONAL

- [5] **INDEPENDIENTE**. Se lava la cara, las manos, los dientes, etc. Se afeita y maneja el enchufe, si usa máquina eléctrica.
- [0] **DEPENDIENTE**.

DEPOSICIÓN

- [10] **CONTINENTE**. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla por sí solo.
- [5] **INCONTINENCIA OCASIONAL**. Presenta episodios ocasionales de incontinencia o necesita ayuda para usar enemas o supositorios.
- [0] **INCONTINENTE**.

MICCIÓN

- [10] **CONTINENTE**. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado solo.
- [5] **INCONTINENCIA OCASIONAL**. Presenta episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector.
- [0] **INCONTINENTE**.

USO DEL RETRETE

- [10] **INDEPENDIENTE**. Usa el retrete, bacinilla o cuña. Se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use barras de apoyo). Se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda.
- [5] **AYUDA**. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse, o ponerse y quitarse la ropa.
- [0] **DEPENDIENTE**.

TRASLADO SILLÓN. CAMA

- [15] **INDEPENDIENTE**. No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente.
- [10] **MÍNIMA AYUDA**. Necesita una mínima ayuda o supervisión.
- [5] **GRAN AYUDA**. Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado.
- [0] **DEPENDIENTE**.

DEAMBULACIÓN

- [15] **INDEPENDIENTE**. Puede caminar independientemente al menos 50 metros, aunque se ayude de bastón, muletas, prótesis o andador sin ruedas.
- [10] **AYUDA**. Puede caminar al menos 50 m, pero necesita ayuda o supervisión.
- [5] **INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS**. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 m.
- [0] **DEPENDIENTE**.

ESCALONES

- [10] **INDEPENDIENTE**. Es capaz de subir o bajar escaleras sin ayuda o supervisión, aunque use instrumentos de ayuda como muletas o bastones o se apoye en la barandilla.
- [5] **AYUDA**. Necesita ayuda física o supervisión.
- [0] **DEPENDIENTE**.

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA
(ESCALA DE LAWTON) (AIVD)

Lawton y Brody, 1969

1.	Puede usar el teléfono sin ayuda	3
	Puede usarlo con algo de ayuda	2
	Incapaz de usar el teléfono	1
2.	Puede viajar solo	3
	Puede hacerlo con ayuda	2
	Incapaz de viajar	1
3.	Puede viajar solo	3
	Puede hacerlo con ayuda	2
	Incapaz de viajar	1
4.	Puede viajar solo	3
	Puede hacerlo con ayuda	2
	Incapaz de viajar	1
5.	Puede hacer tareas de la casa	3
	Puede hacerlo con ayuda	2
	Incapaz de hacer ninguna tarea de la casa	1
6.	Puede lavarse la ropa	3
	Puede hacerlo con ayuda	2
	Incapaz de lavarse la ropa	1
7.	Puede tomar una medicación	3
	Puede hacerlo con ayuda (si alguien la prepara o le recuerda)	2
	Incapaz de tomar solo la medicación	1
8.	Puede manejar dinero	3
	Puede hacerlo con ayuda	2
	Incapaz de manejar dinero	1

El puntaje es por ítem y se interpreta como independiente, semidependiente y dependiente

relación con el entorno.

Su principal limitación es su dependencia de factores como el sexo, la cultura y preferencias personales.

Son más útiles que las ABVD para detectar los primeros grados de deterioro y en su evaluación se utiliza principalmente la **Escala de Lawton y Brody**.

Dentro de las AIVD se incluyen actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) que valoran funciones más complejas como la realización de actividades de ocio, religiosas, deportes, trabajos o el transporte.

Actualmente es uno de los instrumentos de medición de las ABVD más utilizado internacionalmente para valoración de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. En España es la escala de valoración funcional más utilizada en los servicios de geriatría y de rehabilitación. También se emplea para estimar la necesidad de cuidados personales, organizar ayudas a domicilio y valorar la eficacia de los tratamientos.

Escala de Barthel

Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 ABVD como la capacidad de comer, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario.

Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de repuesta entre 2 y 4 opciones que difieren cada una en 5 puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda

para llevarla a cabo.

Valores:

≥ 60 puntos implican dependencia leve (en algunos casos consideran independencia)

entre 40-60 dependencia moderada

< de 40 dependencia severa.

Es fácil de aplicar y puede ser repetido periódicamente y es de fácil adaptación a diferentes ámbitos culturales.

Considerado además su resultado como buen predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, utilización de servicios sociosanitarios, mejoría funcional y del riesgo de caídas.

Escala de Lawton y Brody

La escala de Lawton es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día.

Permite estudiar y analizar no sólo su puntuación global sino también cada uno de los ítems, así como implantar y evaluar un plan terapéutico para los cuidados diarios de los pacientes.

Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano.

Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems:

- capacidad para utilizar el teléfono,
- hacer compras,
- preparar la comida,
- realizar el cuidado de la casa,
- lavado de la ropa,
- utilización de los medios de transporte
- responsabilidad respecto a la medicación y
- administración de su economía.

A cada ítem se le asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). La puntación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

Su principal limitación es la influencia de aspectos culturales siendo necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona.

Algunas actividades instrumentales requieren ser aprendidas o de la presencia de elementos externos para su realización, son difíciles de valorar en pacientes institucionalizados por las limitaciones en el entorno social propio del centro.

No todas las personas poseen la misma habilidad ante un mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala puede reflejar ciertas limitaciones sociales más que el verdadero grado de capacidad del individuo.

Se considera una escala más apropiada para las mujeres puesto que muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas pero también se recomienda su aplicación en hombres aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales.

Lo que necesitas saber sobre el sol

Academia Española de Dermatología y Venereología

La fotoprotección no es una acción, es una actitud.

La fotoprotección no consiste únicamente en ponerse una crema. Existen tres frentes para hacerla efectiva:

1. Evitar una exposición excesiva: buscar zonas de sombra y evitar las horas de máxima irradiación (horas centrales del día).
2. Ropa: Utilizar sombreros o gorras, pañuelos, gafas de sol, camisetas, etc.
3. Productos fotoprotectores que salvaguarden de la radiación ultravioleta: hay que aplicar una cantidad generosa y tener en cuenta que su objetivo no debe ser mayor tiempo de exposición.

Los adolescentes presentan las mayores tasas de quemaduras solares.

En un reciente estudio realizado en 270 adolescentes de entre 14 y 17 años de la Costa del Sol, el 74% de los mismos refirió quemaduras solares en el último verano. Los adolescentes mostraron conocimientos adecuados en torno al sol y al cáncer de piel, sin embargo, evidenciaron conductas muy deficitarias de protección solar junto a unas actitudes positivas frente a la exposición solar y al bronceado. Estos datos coinciden con los hallados en otros estudios en adolescentes llevados a cabo en Europa, EEUU y Australia. Las quemaduras solares a estas edades comportan un riesgo elevado de desarrollo de cáncer de piel en la vida adulta, especialmente de melanoma, y un envejecimiento prematuro.

Los antioxidantes orales protegen contra los UVA y menos contra los UVB.

Los complementos alimenticios antioxidantes (vitaminas C y E, carotenoides y Polypodum -del reino vegetal-), son el refuerzo necesario para mejorar la fotoprotección a todos los niveles, especialmente cuando se practica deporte o se trabaja al aire libre. Sin embargo, el fotoprotector oral no puede sustituir al cosmético en ningún caso, pues resultaría insuficiente para proteger de la radiación solar.

Recientes estudios demuestran que los antioxidantes orales protegen más frente a la radiación ultravioleta A, y menos contra la UVB, por lo que serían insuficientes contra las quemaduras.

Sol y deporte: Los riesgos de la falta de fotoprotección entre deportistas.

Diversos estudios relacionan la práctica de deportes al aire libre con un mayor riesgo de cáncer cutáneo.

Circunstancias como la sudoración durante el ejercicio dificultan la aplicación de cremas dolares y favorecen la actitud de quitarse ropa lo que aumenta el nivel de exposición solar.

Es necesario fomentar una cultura de fotoprotección entre quienes practican deportes al aire libre porque se trata de una población predominantemente joven donde una sobreexposición solar puede condicionar un mayor riesgo de cáncer de piel a largo plazo.

El 85% de los tejidos utilizados en ropa deportiva ofrecen una muy alta protección frente a la radiación UV.

◆ Tejidos utilizados en ropa deportiva:

- El 85% de los tejidos utilizados en la confección de camisetas deportivas 100% poliéster ofrecen una protección muy alta o excelente frente a diferentes efectos biológicos de la radiación UV.
- El tipo de entramado bicapa confiere niveles de cobertura muy altos que se correlacionan con la fotoprotección del tejido. El efecto reflectante de los tejidos monocapa con brillo iguala el nivel de fotoprotección de los tejidos bicapa.
- El grosor del tejido aumenta el factor de protección ultravioleta (FPU).
- Mientras que el color y el uso no modifican el FPU, refiriéndose estas siglas al índice de protección solar en la ropa de este tipo de tejidos, el sudor aumenta significativamente los valores de protección solar.

◆ Ropa de calle:

- Si las fibras están unidas estrechamente entre sí el FPU es mayor.
- Generalmente los tejidos sintéticos tipo poliéster o denim (vaquero) tienen valores más altos de FPU que tejidos naturales como algodón o lino.
- La humedad de forma genérica disminuye el FPU. Una camiseta u otra prenda protege 3 veces menos si está mojada que si está seca.
- Los colores oscuros confieren mayor protección que las claras, aunque son más calurosas por el efecto de los infrarrojos. No obstante, el color blanco también protege y muchas prendas blancas tienen agentes blanqueantes ópticos que absorben la radiación UV.
- Existen tintes que se pueden asociar al lavado, los cuales contienen fotoprotectores y aumentan el FPU.

Preguntas más frecuentes sobre la radiación solar

¿Qué radiación emite el sol?

Se trata de un flujo de energía en forma de ondas electromagnéticas de diferentes frecuencias: luz visible, infrarroja y ultravioleta. El ojo humano sólo detecta la luz visible.

¿Qué formas de radiación solar recibimos?

La *directa* es la que viaja en línea recta desde el sol hasta la superficie de la Tierra y es la que proyecta la sombra de los objetos.

La *difusa* es la radiación que se dispersa por efecto de moléculas y partículas en la atmósfera. Esta radiación no produce sombra porque no tiene una dirección definida. El porcentaje de radiación difusa es mayor en latitudes altas, con nubes, contaminación y en invierno

La *reflejada* es el producto de la reflexión por el suelo. Dependiendo de la superficie el porcentaje varía entre 4% (asfalto) hasta 80% (nieve). El césped refleja el 25% de la radiación.

¿Qué tipos de radiación ultravioleta existen?

Existen 3 tipos de radiación ultravioleta (UV) según su longitud de onda:

UVC: Es la más nociva debido a su gran energía. Afortunadamente, el oxígeno y el ozono de la estratosfera absorben todos los rayos UVC, por lo cual nunca llegan a la superficie de la Tierra. Está entre 100 y 290 nanómetros.

UVB: Es biológicamente muy activa pero la capa de ozono absorbe la mayor parte de los rayos UVB provenientes del sol. Sin embargo, el actual deterioro de la capa aumenta la amenaza de este tipo de radiación. Como efectos a corto plazo es la responsable de quemaduras y del

bronceado diferido. A largo plazo favorece el envejecimeinto cutáneo y desarrollo de cáncer de piel. Está entre 290 y 320 nm.
UVA: La radiación UVA es la menos nociva y la que llega en mayor cantidad a la Tierra (un 95%), pero uan sobreexposición también resulta perjudicial. Casi todos los rayos UVA pasan a través de la capa de ozono. Es la responsable del bronceado inmediato de la piel. A largo plazo también favorece el envejecimeinto cutáneo y desarrollo de cáncer de piel. Está entre 320 y 400 nm.

¿La radiación afecta sólo a los humanos?
No, afecta a todo el reino animal y vegetal. El exceso de UVB inhibe el crecimiento de las plantas, por lo que el agotamiento de la capa de ozono podría causar la pérdida de especies vegetales.
Se dice que un poco de sol es bueno. ¿Cuáles son sus ventajas?
Estimula la síntesis de vitamina D, la cual previene el raquitismo y la osteoporosis, aparte de otros efectos sobre la modulación del crecimiento celular, la inflamación y la inmunidad; produce vasodilatación por lo que reduce la tensión arterial y favorece la circulación sanguínea periférica. Por su efecto de inmunosupresión local, mejora diversas enfermedades inflamatorias cutáneas como la psoriasis y el eccema, entre otras.

¿Es cierto que mejora el humor?
Sí, produce una sensación placentera derivada de la liberación de endorfinas. La radiación ultravioleta hace que las células de la epidermis, los queratinocitos, generen una proteína denominada pro-opiomelanocortina (POMC), esta a su vez genera otras 2 moléculas: la beta-endorfina y la hormona estimuladora de los melanocitos que favorece la producción de melanina en respuesta al estímulo de la RUV, con el consiguiente bronceado.
Quizá por eso se relaciona a los países cálidos con la alegría y la juerga y a los países fríos con la seriedad y la depresión.

¿Cómo influye la época del año?
En verano la radiación solar recorre un trayecto más corto a través de la atmósfera para llegar a la superficie de la Tierra, por lo que tiene mayor intensidad. Pero, en primavera, sobre todo en latitudes bajas, también podemos recibir una importante cantidad de radiación ultravioleta si realizamos actividad al aire libre durante largos periodos (montar en bicicleta, a caballo o patinar).
¿Se debe tomar el sol?
La exposición directa al sol, sobre todo en condiciones de alta irradiación (cielo despejado, en verano, en horas centrales del día) no es recomendable. Si realizamos una vida normal recibiremos la radiación ultravioleta necesaria para cubrir nuestras necesidades metabólicas (síntesis de vitamina D).

¿Cómo influye la superficie donde me encuentre?
La zona donde nos expongamos da un resultado variable: no es lo mismo la nieve, que refleja hasta el 85% , que la arena (17%), el agua (5%), la hierba (25%), o el asfalto (4%).

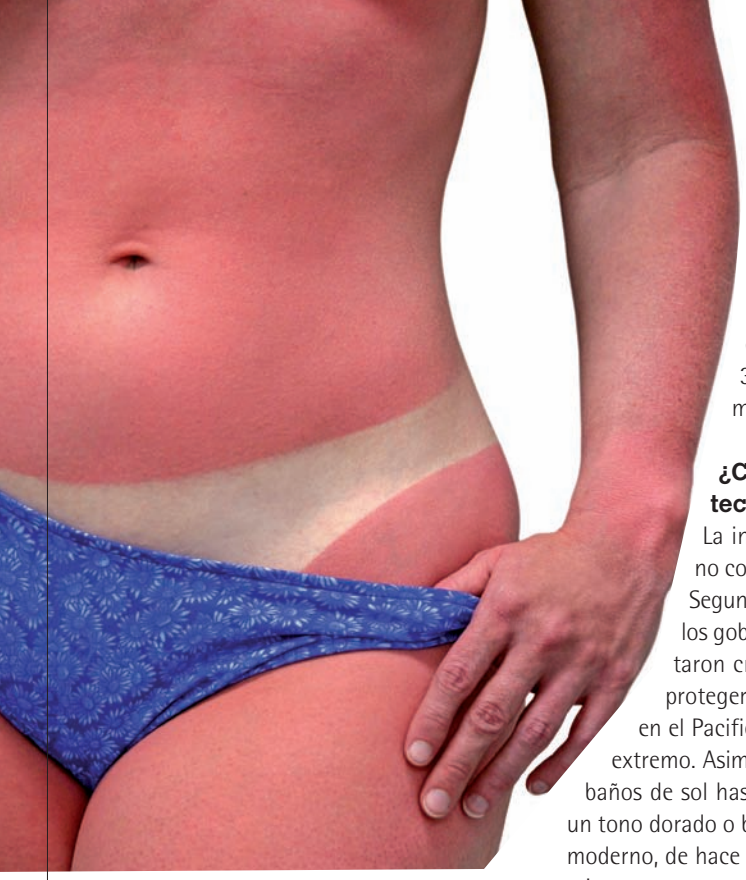
¿Qué significa el Índice UV?
El índice ultravioleta es una medida de la intensidad de la radiación ultravioleta que llega a la superficie de la Tierra. Este índice figura ya en todos los periódicos de EEUU y países muy soleados. Incluso programas de radio en España ya avisan de los días de máxima radiación UV.
El índice UV Solar Mundial representa una estimación del promedio de la radiación ultravioleta (UV) solar máxima en la superficie de la Tierra. El cálculo de este índice permite valorar el grado de daño para la piel según las distintas longitudes de onda UV, y hace el promedio de las variaciones de la radiación por periodos de 10 a 30 minutos. Se acostumbra a expresar como una predicción de la cantidad máxima de radiación UV perjudicial para la piel que incidirá en la superficie de la Tierra al mediodía. El índice tiene un valor mínimo de 0 y no tiene valor máximo. Cuanto más alto es el índice, más alta será la probabilidad de que la exposición a los rayos UV perjudique a la piel y a los ojos, y menor el tiempo que tardará en provocarlo. En muchos países próximos al ecuador, el índice UV puede llegar a 20 durante el verano. En Europa, el índice no acostumbra a superar 8, aunque en las playas puede ser más alto.
Este índice UV se subdivide en: exposición baja (inferior a 2), exposición moderada (3-5), exposición alta (6-7), exposición muy alta (8-10) y exposición extremadamente alta (superior a 11).

¿Por qué es peligroso quemarse?
El daño intenso más inmediato es la quemadura solar. Esto se produce porque la cantidad e intensidad de la radiación recibida no es adecuada para el tipo de piel. La piel responde a la agresión de la radiación UV mediante la oxidación y producción de pigmento (melanina) que nos da el tono bronceado. Cuando la exposición solar supera la capacidad de la piel para generar este mecanismo de defensa, entonces se produce la quemadura y la piel se pone roja, hinchada y pueden aparecer ampollas. Si no se cura bien, puede dejar una cicatriz de por vida.
Una historia de quemaduras, especialmente en la infancia, es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de piel. ¡De ahí la importancia de evitarlas desde pequeño!

(sigue en página 30)

Médicos y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria Aragón necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.
Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones
Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com



¿Es peligroso recibir cualquier tipo de radiación ultravioleta artificial?
No. De hecho en dermatología se emplean equipos de fototerapia (dispositivos de radiación ultravioleta artificial) para el tratamiento de diversas enfermedades inflamatorias (psoriasis, eccema, vitíligo) e incluso linfomas cutáneos (micosis fungoide) pero esta exposición está controlada por personal médico, por lo que no se puede comparar con el uso de cabinas de bronceado.

¿Qué es el fototipo y cuántos hay?
Se conoce como fototipo a la capacidad de la piel para responder a la radiación UV, y en función del mismo se adoptarásn las medidas de protección. Su clasificación oscila entre I y VI.

¿Cuál es tu fototipo?

CLASIFICACION DE FOTOTIPOS		
FOTOTIPO	ACCIÓN DEL SOL SOBRE LA PIEL	CARACTERÍSTICAS PIGMENTARIAS
I	Se queman fácilmente, no se broncean nunca	Pecosos, pelirrojos, celtas
II	Se queman fácilmente, se broncean un poco	Rubios
III	Se queman moderadamente, se broncean progresivamente	Morenos
IV	Se queman poco, siempre se broncean bien	Latinos
V	Se queman raramente, siempre están bronceados	Árabes, Asiáticos
VI	Se queman muy raramente, están muy pigmentados	Negros

Fototipo y tiempo de exposición
El tiempo de exposición necesaria para la aparición de quemaduras (en minutos) para el tipo de piel I es de 10 minutos. Para el II de 15 a 20, para el III de 30, para el IV de 30 a 45 y para el V de 60 minutos.

¿Cómo surgió el fotoprotector solar?
La industria de los protectores no comenzó en realidad hasta la Segunda Guerra Mundial, cuando los gobiernos beligerantes necesitaron cremas para la piel a fin de proteger a sus tropas estacionadas en el Pacifico y otros lugares de clima extremo. Asimismo, la práctica de tomar baños de sol hasta que el cuerpo adquiere un tono dorado o bronceado es un fenómeno moderno, de hace 50 años. La actitud predominante en ese momento era que, tras haber tomado suficientemente el sol, el bañista se colocaba bajo una sombrilla. Sin embargo, los soldados que peleaban en tierras de África o en las Filipinas, que trabajaban en las cubiertas de los portaviones o que podían encontrarse a bordo de una balsa, no podían gozar de la sombra a su antojo. Para ello, utilizaban el llamado aceite de parafina rojo, el primer protector solar de la historia, derivado del petróleo. Las fuerzas aéreas de los Estados Unidos lo distribuían entre sus aviadores, en previsión de que pudieran ser derribados en territorios tropicales. Igualmente, por los años 50, se puso de moda el bronceado, dicen que debido a Coco Chanel, que utilizó a sus modelos muy morenas. El doctor Benjamín Green se valió de la tecnología que él había ayudado a desarrollar para crear una loción cremosa, de un blanco puro, aromatizada con esencia de jazmín. El producto, llamado Coppertone®, permitía al usuario conseguir una coloración cobriza de su piel. Lanzado al mercado, el Coppertone® contribuyó a difundir la moda del bronceado en todo el mundo.

¿Qué es el factor de protección solar?
El factor de protección solar (FPS) hace una estimación del tiempo que necesita la piel producir una quemadura, estando protegida.

Por ejemplo: si una persona puede exponerse al sol el primer día 10 minutos sin tener quemaduras, un FPS de 15 utilizado adecuadamente la protegerá del sol durante 150 minutos (10 x 15); si una persona es capaz de estar 20 minutos sin quemarse, la elección de un fotoprotector 8 le supondrá una protección 8 veces superior.

Fototipo y protección

PROTECCIÓN NECESARIA PARA CADA FOTOTIPO					
FOTOTIPO	CABELLO	PIEL	TENDENCIA A LAS QUEMADURAS	BRONCEADO	PROTECCIÓN
I	Pelirrojo	Lechosa	Constante	Nulo	Total
II	Rubio	Clara	Constante	Moreno claro	Alta
III	Castaño a oscuro	Clara a mate	Frecuente a rara	Moreno claro a oscuro	Mediana
IV	Oscuro	Mate	Excepcional	Muy oscuro	Mínima

¿Qué tipos de cáncer de piel hay?
Hay muchos tipos de cáncer de piel pero más del 90% se pueden agrupar en cáncer cutáneo no melanoma y melanoma.
◆Cáncer cutáneo no melanoma: engloba los 2 tipos más frecuentes que se conocen como carcinoma basocelular y carcinoma epidermoide.
◆Carcinoma basocelular: es el cáncer cutáneo más frecuente. Se trata de un tumor que suele crecer lentamente, tiene capacidad de invasión local (puede afectar a vasos, nervios, músculo y hueso) pero excepcionalmente se disemina.
◆Carcinoma epidermoide: es el segundo tipo de cáncer cutáneo más frecuente. Presenta un espectro que va desde formas muy superficiales con muy buen pronóstico hasta formas invasivas capaces de producir invasión local y metástasis ganglionares y viscerales.
◆Melanoma: es el cáncer cutáneo más agresivo pero menos frecuente comparado con los 2 anteriores. Si se diagnostica en fases preoces la curación es superior al 95% pero si el tumor ha crecido en profundidad entonces existe mayor riesgo de metástasis.

Consejos y recomendaciones

Para obtener un resultado óptimo de la utilización de un fotoprotector, es necesario seguir cuatro normas básicas:
- Aplicar el fotoprotector media hora antes de la exposición.
- Hacerlo sobre la piel bien seca.
- No escatimarlo.
- Repetir la aplicación según sea necesario.

Respetadas estas normas, también será necesario tener en cuenta las siguientes recomendaciones:
1. Evitar las pulverizaciones de agua durante las exposiciones.
2. Evitar los perfumes y las colonias alcohólicas que contienen esencias vegetales, porque son fotosensibilizantes.
3. Elegir el fotoprotector más indicado atendiendo al fototipo.
4. Utilizarlo, aunque esté nublado.
5. No exponerse al sol entre las 11 y las 15 horas.
6. Protegerse la cabeza con un sombrero o gorra con visera; los ojos con gafas adecuadas, y los labios con protector labial.
7. Estar en movimiento. No es nada aconsejable tumbarse al sol y mantenerse inmóvil durante horas.
8. Beber agua o líquidos para evitar la deshidratación.
9. Determinados medicamentos pueden provocar reacciones a la exposición solar.

Recuerde: hay que empezar por un FPS alto, sobre todo la primera semana de exposición solar, e ir rebajándolo en los días posteriores.

MERRELL BOREAL HellyHansen THE NORTH FACE salomon trangoworld HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online

Para estar más cerca de ti

la puertaverde
OUTDOOR·STORE

La Puerta Verde Zaragoza
Espoz y Mina, 29. 50003 Zaragoza
T 976 365 645
lapuertaverdezaragoza@hotmail.com

La Puerta Verde Panticosa
San Miguel, 22. 22661 Panticosa. Huesca
T 974 487 349
lapuertaverdepanticosa@hotmail.com

www.lapuertaverdepanticosa.com

PASIÓN POR EL CONOCIMIENTO

OFERTA FORMATIVA

FACULTAD DE LA SALUD

Grados

- Enfermería
- Ciencias de la Actividad Física y del Deporte
- Farmacia
- Fisioterapia

Másteres Universitarios

- Atención Farmacéutica y Farmacoterapia
- Investigación en Ciencias de la Salud

Doctorado

- Doctorado en Ciencias de la Salud

Títulos propios

- Máster en Urgencias, Emergencias y Críticos para Enfermería
- Experto en Formulación de Medicamentos Individualizados

FACULTAD DE COMUNICACIÓN Y CIENCIAS SOCIALES

Grados

- Comunicación Audiovisual
- Publicidad y Relaciones Públicas
- Periodismo
- Traducción y Comunicación Intercultural
- Administración y Dirección de Empresas (ADE)
- Educación Infantil / Infant Education
- Educación Primaria / Primary Education
- Comunicación Digital (on line)
- Derecho* NUEVO
- Doble titulación ADE/Derecho* NUEVO

Másteres Universitarios

- Dirección de Empresas MBA
- Dirección de Empresas (MBA) / Business Administration (MBA) English version
- Marketing y Comunicación Corporativa Brand PR
- Profesorado de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanza de Idiomas
- Traducción especializada

Títulos propios

- Experto en Periodismo Deportivo

Doctorado

- Doctorado en Comunicación

*Informe favorable de ANECA. Pendiente de Resolución del Consejo de Universidades y Autorización de implantación del Gobierno de Aragón.

ESCUELA DE ARQUITECTURA Y TECNOLOGÍA

Grados

- Arquitectura
- Ingeniería Informática
- Diseño y Desarrollo de Videojuegos
- Ingeniería Informática / Diseño y Desarrollo de Videojuegos

Másteres Universitarios

- Investigación y Formación Avanzada en Arquitectura
- Tecnologías Software Avanzadas en Dispositivos Móviles
- Gestión Medioambiental de la Empresa

Títulos propios

- Máster en Big Data
- Experto en Diseño Avanzado, Infoarquitectura e Ideación
- Experto en Flujo de trabajo BIM con Revit

Doctorado

- Doctorado en Medio Ambiente

www.usj.es
902 502 622 info@usj.es

ZARAGOZA — ARAGÓN — ESPAÑA

universidad SAN**JORGE**
GRUPO SAN**VALERO**