medicina salud

zonahospitalaria aragón

www.zonahospitalaria.com año I noviembre diciembre 2015 nº 56-2

MÉDICOS Y ENFERMERAS

ver pág. 17

3 Me sangran las encías. ¿Me tengo que preocupar? 4 ¿Debo preocuparme si sangro por la orina? 6 Ejercicio físico y dolor de espalda 8 La importancia de la dieta mediterránea 10 Bronquitis: Medidas de prevención en grupos de riesgo 11 Yodo y embarazo 12 Uveítis y reumatismo 14 La microgimnasia 16 Envejecimiento no patológico. Un acercamiento desde la Neurociencia 18 Ayuda psicológica para afrontar la enfermedad 19 Hipotiroidismo y aumento de peso 20 Incontinencia urinaria en la mujer 22 A flor de piel 24 Intolerancia a la lactosa 25 Su piloto tiene depresión, puede usted volar tranquilo 26 Evolución del perfil del paciente... 28 La obesidad, un riesgo en aumento para la salud 29 Depresión y disfunción sexual 30 Alimentación y diabetes.

Zona Hospitalaria Aragón/Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección** Alfredo Erroz **Redacción** (aragon@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción** PubliSic **Fotografía portada** Archivo **Publicidad** 695 480 160 (aerroz@publisic.com) **Depósito Legal:** NA 2225/2014 **ISSN:** 2386-8651. **Distribución** 10.000 ejemplares. **Solicitado control PGD**.

© **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.

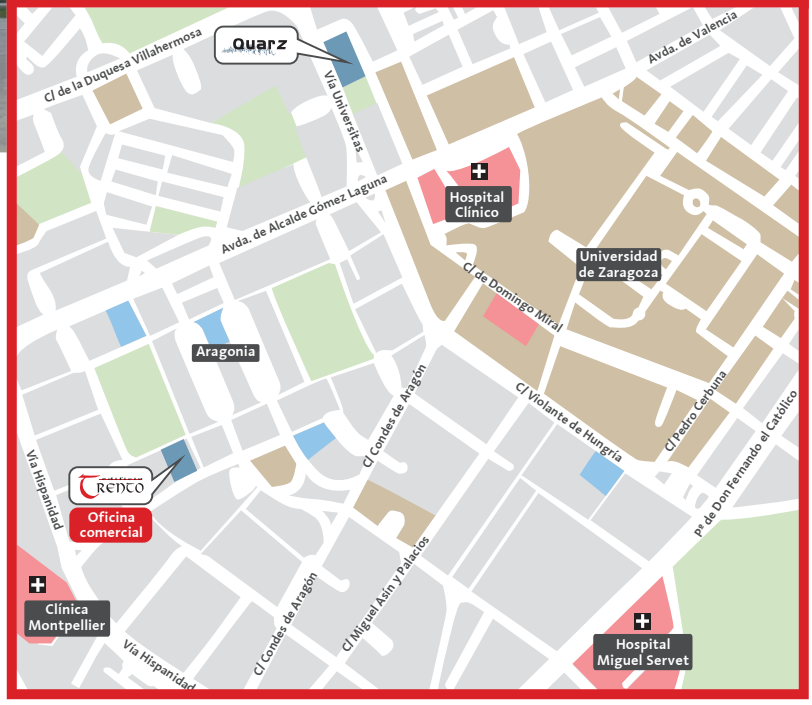
El ático que buscas

a menos de 10 minutos
de tu lugar de trabajo

De 1 a 5 dormitorios

- Áticos muy amplios y luminosos con calidades de alta gama.
- Espectaculares vistas de la ciudad en una ubicación privilegiada.
- Amplia zona común con piscina.

En una de las zonas residenciales con mayor calidad de vida de Zaragoza, a tan sólo unos minutos de los hospitales **Miguel Servet** y **Clínico Lozano Blesa**, **Quarz** y **Trento** te ofrecen un entorno moderno, repleto de servicios, con la tranquilidad propia de la zona de Universidad.



Información y venta en
Avda. Sainz de Varanda, 18 (Edificio Trento)
976 206 130

EBROSA

ebrosa.com

Síguenos en:

Me sangran las encías

¿Me tengo que preocupar? ¿Es algo grave?

Dr. Fernando Loscos Morató. *Médico Estomatólogo. Colegiado: 50/0015. Clínica Dental Loscos.*

Cuando se cepilla los dientes ¿le sangran las encías? Y cuando come un alimento duro como una manzana o zanahoria, ¿nota que le duelen?; ¿Al mínimo roce siente molestias y detecta manchas de sangre en su boca?

Debe saber que estos síntomas no son comunes ni habituales y pueden estar indicando una enfermedad en las encías. Hay que tener en cuenta que si estos síntomas se repiten en varias ocasiones debería visitar a su odontólogo lo antes posible.

Las enfermedades Periodontales, tanto la Gingivitis como la Periodontitis, son dolencias que pueden tener consecuencias graves, tales como la pérdida de piezas dentales y todo lo que ello conlleva.

Una encía sana no sangra

Uno de los mayores problemas, es que la sociedad ha asumido el sangrado de encías durante mucho tiempo como algo normal, incluso como indicador de que todo funciona de forma correcta, por ello desde las clínicas dentales insistimos que esto no es así, una encía sana no sangra si no es por un golpe o herida.

¿Qué es la Gingivitis? ¿Cómo sé si la padezco?

La Gingivits es una enfermedad bucal que afecta a las encías, su origen es bacteriano y tiene que ver con la placa bacteriana que se acumula, así como con el sarro que genera esta placa bacteriana.

Tendremos que ponernos en alerta si detectamos una inflamación de las encías, que se vuelven rojizas y sangrantes. Si no la tratamos puede generar una enfermedad más grave en las zonas blandas de la boca. Esta dolencia, además del mal aspecto de las encías, produce mal aliento.

¿Qué es la Periodontitis? ¿Cómo puedo notarlo?

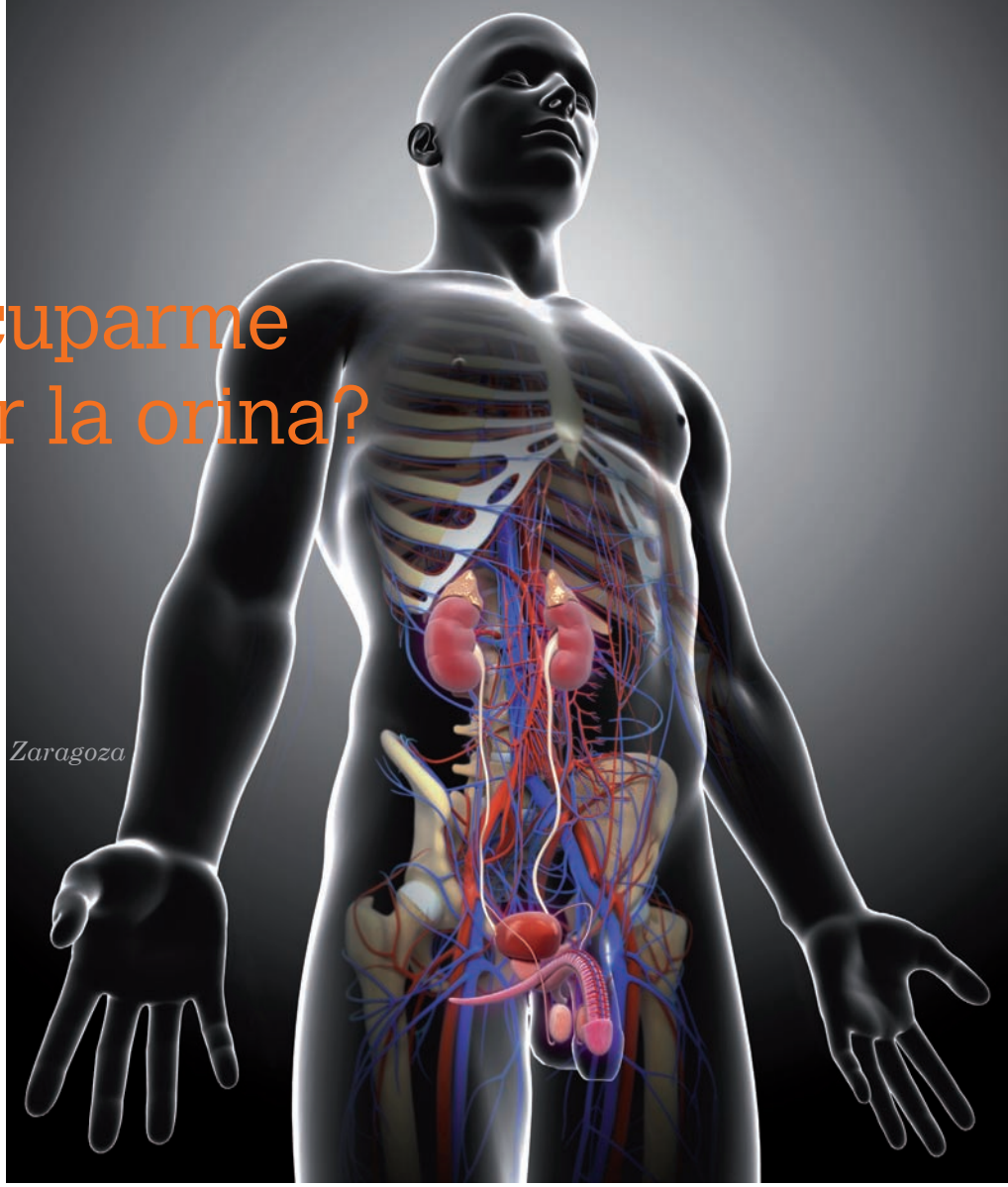
La Periodontitis (piorrea) es una agravación de la Gingivitis, también provocada por las bacterias que habitan en nuestra boca y que se generan con la ingesta de comida. En este caso la encía empieza a separarse del diente y a retroceder; la encía se hace más pequeña. Esto provoca que el diente quede menos sujeto y además que vaya introduciéndose entre diente y encía suciedad y más bacterias.

Los dientes empiezan a moverse y a perder la conexión con el resto de la dentadura. La Periodontitis es una de las principales causas de la pérdida de piezas dentales.

Si cree que tiene algún síntoma de Gingitivis o Periodontitis acuda a su clínica dental; su odontólogo tomará las medidas necesarias para paliar estas enfermedades.

Recuerde que la Periodoncia, es decir, el tratamiento de toda aquella afección con la encía, es una de las especialidades en las clínicas dentales adheridas al grupo Best Quality Dental Centers (BQDC). La Clínica Dental Loscos, en Zaragoza, es la única en Aragón que dispone de la citada acreditación.

Un tratamiento a tiempo, puede evitar la pérdida de piezas dentales. No dude en consultar los planes de prevención de estas enfermedades con su odontólogo.



¿Debo preocuparme si sangro por la orina?

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

La hematuria macroscópica o sangre en la orina es una de las causas más frecuentes de consulta en urgencias, siendo su manejo inicial y enfoque diagnóstico fundamentales. Entre las causas más frecuentes de hematuria macroscópica se encuentran los tumores uroteliales y entre ellos el tumor de vejiga.

Aragón es la comunidad española con más casos registrados de cáncer de vejiga con más de 30/100.000 habitantes. El tabaco, los factores genéticos y la edad avanzada constituyen los principales factores de riesgo.

¿Qué es la hematuria?

La presencia de sangre en la orina se denomina hematuria (> 100 hematíes por campo en el sedimento urinario). La existencia de sangre en forma de glóbulos rojos o eritrocitos en la orina no debe ignorarse, ya que puede ser un signo de una enfermedad renal o urológica.

La prevalencia de la hematuria está entre el 0,18 y el 16% de la población general, aunque en adultos puede alcanzar hasta el 33%

La hematuria se denomina macroscópica si puede ser percibida a simple vista: se trata de una orina rojiza o marrón. En el caso de que la orina tenga un aspecto normal, hablaremos de hematuria microscópica, la sangre está oculta y únicamente puede ser detectada por medio de un microscopio.

Para entender las posibles causas de la hematuria es necesario conocer los órganos que constituyen nuestro aparato urinario y sus diferentes funciones. Los riñones son los productores de la orina y los uréteres la transportan hasta la vejiga. La orina es almacenada en la vejiga hasta ser expulsada a través de la uretra que vehiculiza la orina al exterior de nuestro organismo. En los varones se incluye también la próstata, una glándula con funciones hormonales y sexuales. Por lo tanto, la presencia de hematuria podría corresponder con un sangrado proveniente de cualquiera de estos órganos.

En función de su inicio durante la micción, podemos distinguir:

- Hematuria inicial: al iniciar la micción, orienta a una patología de la uretra o prostática.
- Hematuria terminal: al final de la micción, incluso como un goteo sanguinolento justo después de acabar la micción. Se sospecha un origen vesical.
- Hematuria total: si la hematuria se presenta a lo largo de toda la micción; puede proceder del riñón, del tracto superior o de la vejiga.

¿Cuáles son los factores de riesgo implicados?

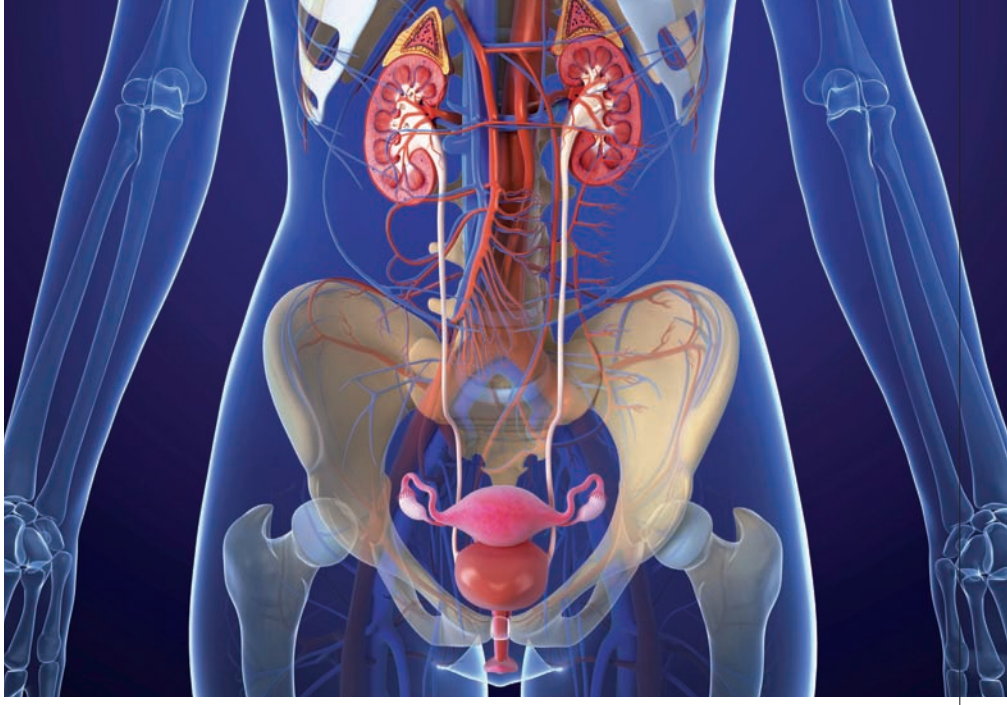
Existe mayor riesgo de padecer hematuria y que ésta se asocie a una patología grave de la vía urinaria en determinadas circunstancias como se indican a continuación.

- Exposición laboral a componentes como el benceno en trabajadores de petroquímicas o talleres mecánicos, así como las aminas aromáticas en las industrias de impresión o pintura.
- Abuso de los analgésicos y del tabaco.
- Infecciones crónicas de orina, dolor en la micción o tener más de 40 años.

¿Cuáles son las posibles causas?

La hematuria representa hasta en un 20% de los casos, un signo de enfermedad grave. A continuación se mencionan algunas de las causas más frecuentes.

- Infección urinaria: durante la micción se experimenta escozor o ardor así como urgencia para iniciar la micción. La cistitis es más frecuentemente en mujeres y puede estar relacionada con la actividad sexual.
- Litiasis renal o uretral (cálculos): se manifiesta como un dolor repentino de gran intensidad en la parte inferior de la espalda que se va extendiendo hacia el área genital. En ocasiones puede ser asintomático si se trata de cálculos de pequeño tamaño.
- Tumores: la presencia de patología cancerígena en cualquier parte del aparato urinario puede manifestarse con hematuria. Las posibilidades de que la hematuria sea un signo de enfermedad urológica grave se incrementan a partir de los 50 años y uno de los factores más importantes es el tabaquismo.



- Hiperplasia benigna de próstata: con la edad, la próstata crece aumentado su tamaño por lo que puede inflamarse provocando hematuria en varones a partir de los 60 años.
- Traumatismos: caídas que afecten a la espalda o el costado, pueden el lesionar el riñón y producir sangrado. El ejercicio intenso o carreras de larga duración también pueden afectar a los riñones o la vejiga produciendo hematuria.
- Problemas médicos: algunas enfermedades pueden producir hematuria. Es el caso de la anemia de células falciformes (glóbulos rojos anormales que se rompen con facilidad) y las glomerulonefritis (procesos inflamatorios que afectan a los riñones).
- Medicamentos: los anticoagulantes, la aspirina y algunos analgésicos pueden originar hematuria.
- Falsa hematuria: existen ciertos medicamentos y alimentos que pueden dar un tono rojizo a la orina.

¿Qué debo hacer en caso de tener hematuria?

La hematuria puede ser intermitente incluso cuando es causada por un problema serio. Es necesario encontrar el origen del sangrado, por lo que se recomienda consultar con su médico si se tiene un episodio de hematuria. En el caso de que se trate de hematuria microscópica, su médico es el que le informará si la detecta en las pruebas rutinarias.

Se le realizarán distintas pruebas para detectar la causa como: las tiras reactivas, exámenes de orina y cultivos. En algunos casos pueden ser necesarias pruebas complementarias radiológicas y ser evaluado por un especialista en urología.

¿Cómo se trata?

El tratamiento de la hematuria depende de la causa que haya originado el sangrado. Dentro de las causas más frecuentes: las cistitis requerirán un tratamiento con antibiótico; los cálculos del aparato urinario pueden ser expulsados por la orina o requerir procedimientos quirúrgicos según el tamaño. En el caso de los tumores de la vía urinaria, deben ser intervenidos mediante cirugía.

¿Qué puedo hacer parar evitarlo?

Se recomienda realizar una ingesta adecuada de líquidos, especialmente para evitar la formación de coágulos que dificulten la micción y puedan provocar una retención urinaria.

Está aconsejado evitar el consumo tabáquico y consultar con su médico de forma precoz.

Ejercicio físico y dolor de espalda

Cristina M. Pueyo Ruiz. *FEA del Servicio de Rehabilitación del HCU Lozano Blesa de Zaragoza*
César García Gutiérrez. *FEA del Sº de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Ernest Lluch de Calatayud*

La actividad física y el deporte moderado son buenos para nuestro estado de salud global. El sedentarismo aumenta el riesgo de padecer dolor lumbar, aumenta el tiempo de duración de ese dolor y el número de recurrencias; mirándolo desde la perspectiva contraria, la actividad física ha demostrado reducir la intensidad del dolor lumbar, la duración del mismo y las recurrencias.

Las lumbalgias suponen un problema de salud pública por la elevada tasa de aparición en la población general y el alto absentismo laboral que conllevan. Se estima que alrededor de un 80 % de las personas padecerán lumbalgia al menos una vez a la largo de su vida. Además tiene una gran trascendencia social y económica, ya que origina una gran limitación para el desarrollo de actividades de la vida diaria y también acarrea limitaciones en el desarrollo de la actividad laboral, convirtiéndose por ello en una de las primeras causas de baja laboral y siendo la segunda causa en frecuencia de visitas al médico.

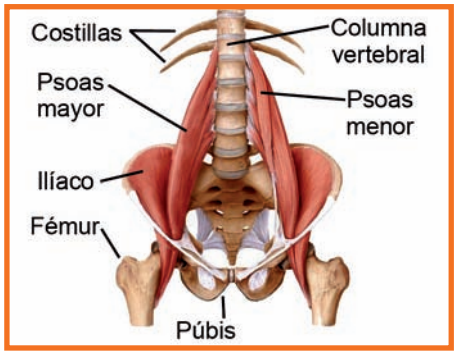
Hasta en un 90% de los casos de dolor lumbar, al realizar pruebas de imagen diagnósticas (radiografía, TAC, resonancia magnética), no se encuentra ningún tipo de lesión anatómica que justifique la sintomatología, por lo que llegar a un diagnóstico etiológico o de la causa concreta, sólo es posible aproximadamente en el 10% de los casos. En consecuencia la mayor parte de las lumbalgias serán catalogadas como inespecíficas, siendo por lo tanto susceptibles de tratamiento y seguimiento por parte del médico de atención primaria, y tan solo aquellos casos en los que exista lesión estructural diagnosticada o si se presentan signos o síntomas de alarma deberán de ser enviados a una unidad especializada.

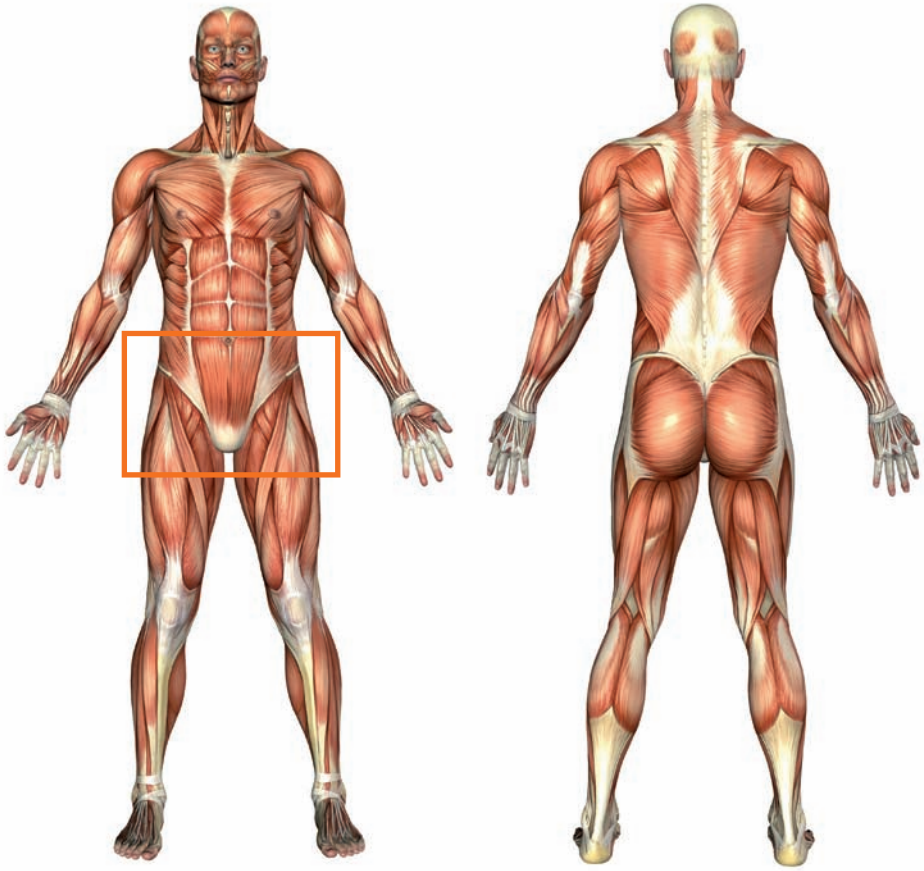
La intensidad del dolor lumbar y la limitación funcional no se correlacionan estrictamente con la etiología de la lumbalgia, pudiendo existir una gran intensidad en el dolor percibido por el paciente con hallazgos lesionales mínimos. Por lo general, el curso del dolor suele ser recurrente, intermitente y episódico, con casi 3 de cada 4 pacientes experimentando un nuevo episodio en el transcurso del primer año tras el debut de la lumbalgia.

El ejercicio protege la aparición de lumbalgia

Durante el cuadro de lumbalgia aguda, está desaconsejado el reposo absoluto prolongado, ya que provocaría atrofia y debilidad de la musculatura de la espalda. Se calcula que cada día de reposo absoluto en cama conlleva un 2% de pérdida de potencia muscular. Por ello se recomienda mantener el grado de actividad que el dolor le permita, y si no es posible, el reposo deberá restringirse a un máximo de 2-3 días, pasados los cuales se recomienda la reincorporación progresiva a las actividades habituales con la ayuda de medidas farmacológicas de tipo analgésico / antiinflamatorio.

Realizar ejercicio físico de forma regular genera importantes beneficios para la salud global de las personas; el ejercicio se ha demostrado como un eficaz protector contra la aparición y recurrencia de episodios de lumbalgia, ya que potencia la musculatura de la espalda y la musculatura abdominal, mejora la estabilidad y el funcionamiento de la columna vertebral, disminuye el riesgo de lesión del disco intervertebral y mejora la movilidad global.





En los pacientes que padecen dolor lumbar crónico, la realización de ejercicio físico se indica con el fin de mejorar su autonomía, acelerar su recuperación y disminuir el riesgo de volver a padecer episodios dolorosos; en aquellas personas que sufren episodios dolorosos recurrentes, la realización de ejercicios específicos de manera habitual reduce la frecuencia y duración de las fases de reagudización del dolor. No podemos obviar que el ejercicio físico en personas que no han tenido nunca síntomas de dolor lumbar está indicado con el objetivo de disminuir el riesgo de aparición del mismo; el ejercicio regular se relaciona con un menor riesgo de desarrollar episodios de dolor de espalda. Se ha comprobado que la falta de realización de ejercicio físico supone un factor de riesgo para la degeneración de los discos intervertebrales lumbares, por lo tanto el ejercicio físico representa un factor protector frente a la aparición de lumbalgias

Se ha demostrado en multitud de estudios científicos, el efecto beneficioso que tiene el ejercicio frente a la aparición de un primer episodio de lumbalgia y frente a la cronificación de la misma, contribuyendo a disminuir la duración y la intensidad del cuadro doloroso. A éste respecto, lo más importante es la constancia; resulta más eficaz hacer los ejercicios con regularidad que realizarlos sólo de manera ocasional o ante la aparición de los primeros síntomas dolorosos. También se ha comprobado, en contra de la creencia habitual, que a mayor intensidad del ejercicio, dentro de unos limites tolerables, mas beneficioso resulta éste.

Ante la aparición de lumbalgia, realizar actividades aeróbicas suaves

Tras la aparición de un cuadro agudo de lumbalgia, se recomienda comenzar en cuanto sea posible, actividades aeróbicas suaves como andar o nadar durante periodos de tiempo cortos (no mas de 15 minutos), que hay que ir incrementando progresivamente hasta alcanzar, a las dos semanas de la aparición del dolor, de 20 a 30 minutos diarios de ejercicio aeróbico suave. Posteriormente, conviene iniciar un programa específico de ejercicios para dolor lumbar dirigidos esencialmente a potenciar la musculatura abdominal (abdominales superiores, inferiores y oblicuos), potenciar la musculatura de la espalda (dorsales y lumbares), ejercicios de flexibilidad de pelvis y dorso-lumbares (ej: báscula pélvica y el gato y el camello) y ejercicios de estiramiento de musculatura estabilizadora de la espalda (glúteos, isquiotibiales, psoas y estiramiento general de la espalda).

Ejercicios todos los días para fortalecer músculos y ligamentos

Como rutina básica se recomienda iniciar un programa completo que consiste en realizar dos series diarias de 8 o 10 repeticiones de cada ejercicio y si es posible hacerlo diariamente. Actualmente se postula que la pauta ideal de ejercicio físico para prevenir las lumbalgias se basaría en una combinación de ejercicios de fortalecimiento de la musculatura paravertebral y abdominal, de ejercicios de flexibilidad y actividad aeróbica moderada para mejorar la capacidad cardiovascular. Una mejoría en la capacidad cardiovascular ayuda a mejorar la tolerancia hacia las actividades físicas, tiene efectos beneficiosos en el humor, el sueño y la capacidad de relajación, considerándose actualmente una práctica muy aconsejable en pacientes con lumbalgia crónica.

En ocasiones la lumbalgia tiende a cronificarse, encontrándose frecuentemente una asociación de factores musculares y psicosociales. En un primer momento, la persona afecta de dolor lumbar percibe que éste se reduce con el reposo y la inactividad, por lo que intenta evitar ciertos lugares, posturas o actividades diarias, tanto laborales como sociales, para prevenir la aparición o el agravamiento del dolor. La consecuencia más notable de esta reducción de actividad es el desarrollo de atrofia muscular por desuso de la musculatura paravertebral, y por tanto se entra en un círculo vicioso de reposo - perdida de musculatura que dificulta la recuperación espontánea. Por otra parte en cuadros de lumbalgias de repetición, hay una tendencia a focalizar la atención en el dolor y frecuentemente se adoptan conductas de evitación, que en conjunto pueden alterar el estado emocional y psicológico del paciente; en estas circunstancias resulta muy adecuado plantear un abordaje de todos estos problemas de forma integral mediante un programa de ejercicio físico y una terapia cognitivo-conductual de afrontamiento, que resultan de gran utilidad en estos procesos para retomar la actividad diaria y favorecer la vuelta al trabajo.

En la actualidad, en los países industrializados, pasamos mucho tiempo sentados frente al ordenador, en sofás o incómodas sillas con posturas incorrectas y/o realizamos actividades lúdicas y laborales con movimientos forzados o repetitivos a lo largo del día y nuestra espalda sufre las consecuencias, por eso es importante la realización de ejercicio físico diario para mantener los músculos y los ligamentos que soportan la columna vertebral fuertes y flexibles.

Evitar el ejercicio en casos de dolor lumbar por miedo al aumento del dolor es una conducta equivocada, ya que en la mayoría de los casos el ejercicio es beneficioso.

La importancia de la dieta mediterránea

Alicia Justel Enríquez. *Residente de 4º año de Endocrinología y Nutrición*
Laura Borau Maorad. *Residente de 3er año de Endocrinología y Nutrición*
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza

En la actualidad la alimentación está adquiriendo un papel muy importante en la salud de las personas. Ya se conocía su implicación en el crecimiento y desarrollo humano, sobre todo en la edad pediátrica, pero cada vez aparecen más estudios que determinan su asociación con distintas enfermedades, fundamentalmente en la esfera cardiovascular.

El término dieta no debe hacer referencia exclusivamente a aquellas pautas encaminadas a la pérdida de peso, sino a un estilo de vida en el que se incluye una alimentación variada y equilibrada y la práctica de ejercicio físico regular adaptado a las características de cada persona.

La práctica de ejercicio físico no tiene por qué implicar acudir al gimnasio o realizar un determinado deporte, sino que debemos incluirlo en nuestra rutina habitual. Unos trucos para reducir el sedentarismo son:

- Caminar o ir en bicicleta en lugar de conducir.
- Coger las escaleras evitando el ascensor.
- Bajarse del autobús un par de paradas antes y caminar hasta nuestro destino.
- Realizar las tareas domésticas.
- Hacer ejercicio en una máquina de pedales mientras vemos la televisión.
- Formar parte de los juegos de los niños.
- Pasear unos 10 minutos tras la comida y la cena.
- En las personas mayores con movilidad limitada se puede optar por ejercicios básicos de pesas, utilizando objetos cotidianos de alrededor de 1 kilo de peso (por ejemplo 1kg de arroz).

En cuanto a la dieta, el mejor ejemplo del que disponemos hasta el momento es nuestra Dieta Mediterránea. Las principales características de la misma incluyen la abundancia de alimentos de origen vegetal, el aceite de oliva como principal fuente de grasa, un elevado consumo de pescado (predominantemente azul) y un menor consumo de carne, siendo esta fundamentalmente de ave (restringiendo el consumo de carnes rojas y procesadas). Incluye también el consumo de vino, que debe ser moderado y acompañando a las comidas (un vaso al día en el caso de las mujeres y dos en los varones). Se desaconseja el consumo de bebidas azucaradas, bollería industrial y pastelería.

Recientemente ha sido publicado un estudio en el que se ha evaluado el efecto de la dieta mediterránea sobre personas con un elevado riesgo cardiovascular; hablamos del estudio PREDIMED, un ensayo clínico en el que han participado diversos centros de España y que ha tenido una importante repercusión a nivel internacional. Este estudio está enfocado a la prevención de enfermedades cardiovasculares (angina o infarto cardiaco, cerebral, etc.) así como a la mejora de los ya conocidos factores de riesgo cardiovascular (colesterol, triglicéridos, tensión arterial, obesidad y diabetes).

En el estudio se propone seguir una dieta mediterránea en la que la parte que corresponde a la ingesta grasa se haga a expensas fundamentalmente de aceite de oliva o frutos secos (nueces, avellanas y almendras) y esto se compara con una dieta muy baja en grasas. Se observa en los grupos que siguen la dieta mediterránea una reducción del riesgo de eventos cardiovasculares de un 30% respecto al otro grupo; así como una importante influencia en otros factores de riesgo cardiovascular ya conocidos. Se demuestra una reducción del 50% en la aparición de diabetes y una importante disminución de las cifras de tensión arterial, los triglicéridos, el colesterol y la obesidad.

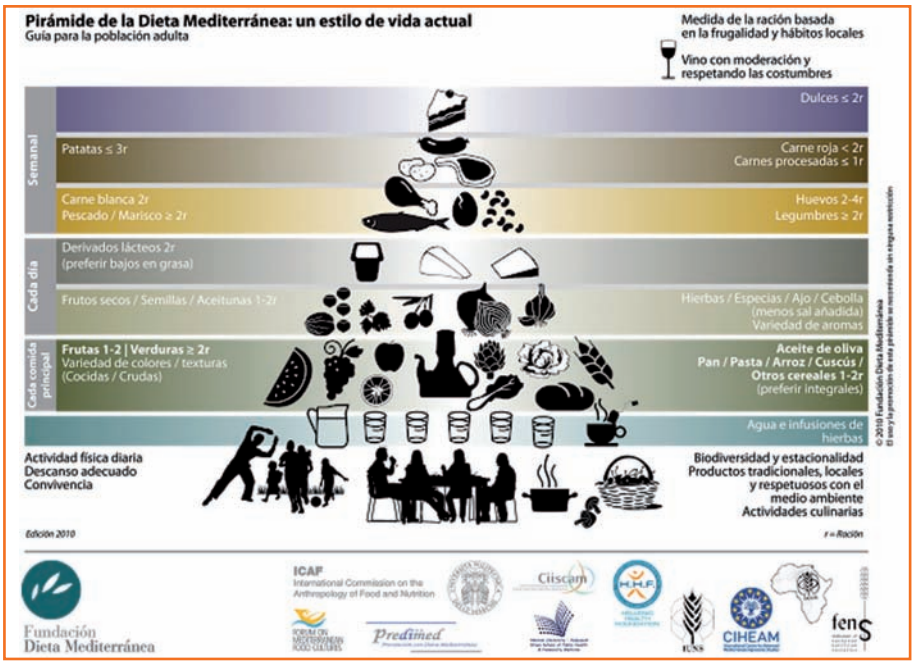
Ejemplo de dieta equilibrada basada en la Dieta Mediterranea

DESAYUNO

Una porción de lacteos: un vaso de leche descremada (200 ml), con o sin café; o 2 yogures desnatados o 100 gr de queso fresco desnatado.

Una porción de féculas: 2 tostadas de pan integral (50 gr) o 4-6 galletas maría o 2 barritas de muesli o 30 gr de cereales integrales.

Una porción de grasa: 1 cucharada de aceite de oliva (10 gr) acompañando a la porción de pan o frutos secos (5 nueces).



Una pieza fruta o tomate acompañando a las tostadas.

ALMUERZO Y MERIENDA

Infusión o café.

Una pieza de fruta o 40 gr de pan integral con 2 lonchas de pavo.

COMIDA

Una porción de verdura: ensalada, judía verde, col, coliflor, espinacas, acelgas, etc.

Una porción de hidrato de carbono: pequeña ración de legumbres o pasta o arroz o patata cocida (acompañando a la verdura) o 40 gr de pan.

Una porción de proteinas: pescado preferentemente azul o carne de ave.

Una pieza de fruta o un yogurt.

CENA

Una porción de verdura: ensalada, judía verde, col, coliflor, espinacas, acelgas, etc.

Una porción de proteínas: huevo (2-3 unidades a la semana), pescado preferentemente azul o carne de ave.

Una pieza de fruta o un yogurt.

En resumen, la dieta afecta de una manera muy importante a nuestra calidad y esperanza de vida, así como al desarrollo de muchas enfermedades. Es por ello que requiere especial atención dado que depende exclusivamente de nosotros mismos.

La Dieta Mediterránea, además de ser un estilo de comida saludable, forma parte de nuestra historia, cultura heredada y arte de vida.

Recomendaciones finales

- Es muy importante mantener un peso adecuado, ya que la obesidad es un factor de riesgo no solamente a nivel cardiovascular sino también en relación a otras enfermedades como el cáncer, enfermedades pulmonares, etc.
- Beber aproximadamente 2 o 3 litros de líquido al día, incluyendo agua, infusiones o caldos.

- Abandonar el hábito tabáquico, principal factor de riesgo cardiovascular modificable y responsable de múltiples patologías.
- Debemos introducir la práctica de ejercicio físico en nuestra rutina diaria (por lo menos 30 minutos al día, incluso en fracciones de 10 minutos).
- Es fundamental seguir una dieta saludable:

- Realizar de 3 a 5 comidas al día. Intentar que la cena sea ligera.
- Cocinar y aliñar los alimentos con aceite de oliva.
- Sustituir el pan blanco y cereales por preparados integrales para incrementar el consumo de fibra y mejorar el tránsito intestinal.
- Tomar unos 30 gramos de nueces al día (5 nueces).
- Consumir unas 2 o 3 piezas de fruta al día.
- Ingerir 2 o 3 raciones de lacteos al día (leche, yogurt, queso) desnatados y bajos en grasa.
- Incrementar la ingesta de verdura, que debe estar presente en todas las comidas principales.
- Tomar pescado más de 3 veces a la semana (especialmente pescado azul).
- Huevo, preferentemente cocido, no más de 3 unidades a la semana.
- Consumir legumbres por lo menos una vez por semana.
- Arroz y pasta: no más de una vez a la semana.
- Intentar sustituir las carnes rojas por las de ave. Evitar las carnes procesadas, con grasa visible o piel, embutidos grasos, etc.
- No tomar más de 1-2 copas de vino al día, y hacerlo acompañando a las comidas principales.
- Evitar el consumo de bebidas azucaradas, alcohol de alta graduación, bollería industrial, dulces, pasteles, alimentos precocinados, mantequillas y margarinas.

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

Bronquitis: Medidas de prevención en grupos de riesgo

Delia Royo Pérez
Unidad de Neonatos. Servicio de Pediatria. Hospital Materno Infantil Miguel Servet

La bronquiolitis es una infección respiratoria en la que se inflaman los bronquiolos, es decir, las vías aéreas más pequeñas que llevan el aire dentro del pulmón. Afecta a los niños y niñas menores de 2 años, sobre todo a los menores de 6 meses.

La causa es vírica, en un 70-75% de los casos es producida por el virus respiratorio sincitial (VRS), siendo el pico de epidemia de noviembre a marzo.

La mayoría de los niños que presentan bronquiolitis tienen un cuadro leve y sólo algunos tienen que ingresar en un hospital. Existen grupos de riesgo que pueden padecerla con mayor gravedad, requiriendo incluso ingreso en unidad de cuidados intensivos, como los niños en las primeras 6 semanas de vida y especialmente los recién nacidos prematuros, así como los que presentan otros problemas de salud (enfermedades de corazón, de los pulmones y deficiencias inmunológicas). En este grupo de niños deben extremarse las medidas de prevención de la enfermedad.

Suele manifestarse inicialmente como un cuadro catarral, rinitis y tos con fiebre elevada, progresando posteriormente hacia un cuadro de dificultad respiratoria (respiración agitada, se hunden las costillas, quejido al respirar), en algunos casos puede producirse rechazo o disminución de la ingesta. En los niños menores de 6 semanas existe riesgo de que realicen pausas respiratorias, por lo que ante clínica compatible son ingresados. Suele durar de 7-15 días, persistiendo durante más tiempo la tos.

En el tratamiento de estos cuadros los antibióticos no son efectivos, ya que la causa suele ser vírica. Los jarabes para la tos, los mucolíticos y los descongestionantes nasales no deben utilizarse y pueden ser perjudiciales. En el domicilio, para ayudarles a respirar mejor, se deben realizar lavados nasales con suero previo a las tomas y antes de dormir, además de elevar el cabecero de la cama. A veces es necesario que se fraccionen las tomas, ofrecer menos cantidad con menos frecuencia, para que no se cansen y evitar que vomiten. Si el niño/a presenta fiebre se deben dar antitérmicos.

Medidas para prevenir su transmisión

Cuando es preciso el ingreso, se recoge una muestra de moco nasal para buscar qué virus está causando la infección. Durante el ingreso se suele medir de forma continua o puntualmente la oxigenación de la sangre con un sensor que emite una luz roja que se pone habitualmente en los dedos de las manos o los pies. En ocasiones es necesario pautar oxigenoterapia y tratamiento con inhaladores.

Es importante seguir unas medidas para prevenir su transmisión, ene social a los niños de más riesgo:

- La bronquiolitis se transmite de persona a persona, por lo que las personas que toquen al niño, y en especial aquellas que presenten una infección respiratoria, aunque sea un simple catarro, deben lavarse las manos antes y después de tocar al niño o alguno de los objetos que él utiliza.
- En el caso de niños menores de 2 meses que tengan hermanos mayores, se recomienda que duerman en habitaciones separadas, y extremar las medidas de higiene anteriormente descritas.
- Evitar el contacto con personas resfriadas.
- Es importante evitar los lugares concurridos, especialmente donde haya muchos niños (como guarderías y parques infantiles), evitando los espacios con humo.
- Se debe evitar totalmente la exposición al humo de tabaco, en distintos trabajos se ha demostrado que los niños de padres fumadores presentan bronquiolitis con más frecuencia y de mayor gravedad.
- La lactancia materna protege a los niños contra la bronquiolitis, gracias a la transmisión de defensas.
- En el caso de pacientes de riesgo (prematuros, niños con cardiopatía,...) reciben durante los meses de invierno la administración mensual de defensas, siendo su administración hospitalaria.

Hasta el momento no existe una vacuna para prevenir la enfermedad, aunque está en estudio y desarrollo.

Yodo y embarazo

Dra. Patricia de Diego García
Especialista en Endocrinología y Nutrición
Unidad de Endocrinología y Nutrición
Hospital San Jorge, Huesca.

El yodo es un nutriente que necesitamos en pequeña cantidad, pero es fundamental para el funcionamiento del tiroides. El tiroides es una glándula que necesita yodo para poder producir sus hormonas, que son las encargadas de regular el metabolismo, el crecimiento mental y físico, y el desarrollo de los tejidos nerviosos y musculares.

El déficit de yodo en nuestra alimentación puede ocasionar trastornos importantes. La manifestación más común es el bocio, que es el aumento de tamaño de la glándula tiroidea. También puede ocasionar hipotiroidismo o afectar a la capacidad reproductiva. No obstante, es durante el embarazo cuando la carencia de este nutriente tiene sus consecuencias más graves, ya que puede ocasionar daños neurológicos irreversibles en el feto. Durante el embarazo, los requerimientos de yodo de la madre se incrementan. Si, normalmente, una mujer requiere de unos 150 a 200 microgramos de yodo, las gestantes necesitan un aporte de entre 200 y 300 microgramos diarios. Esto se debe a que en el embarazo, el tiroides tiene que trabajar más que en condiciones normales:

- Existe un aumento de la producción de hormonas tiroideas, ya que durante el primer trimestre de embarazo, el feto no ha desarrollado todavía su tiroides, por lo que la madre debe producir hormonas suficientes para cubrir sus necesidades y las del feto. Estas hormonas son esenciales para el desarrollo del sistema nervioso del niño.
- El feto también va a tener sus propias necesidades de yodo, puesto que a partir del tercer mes, el tiroides fetal ya está formado, por lo que puede empezar a producir sus propias hormonas. Para ello, necesita que la madre le proporcione el yodo necesario.
- Durante el embarazo hay un aumento de la eliminación de yodo en la orina.

¿Qué consecuencias tiene el déficit de yodo en la mujer embarazada?

Si la madre sufre un déficit importante de yodo, y no puede suministrar la cantidad necesaria para el feto, puede traer consecuencias graves como son: infertilidad y abortos, muerte neonatal, malformaciones congénitas y bajo peso al nacimiento. También puede provocar bocio materno y fetal y, sobre todo, alteraciones del desarrollo del sistema nervioso central con diversos grados de afectación intelectual, siendo el cretinismo la situación mas severa. Cuando el déficit de yodo es leve, el feto se ve afectado en menor grado, pero varias investigaciones han demostrado que pueden dar origen a importantes complicaciones: deficiencias intelectuales y neuropsicomotoras (unos 10-15 puntos menos en coeficiente intelectual que el resto de los niños), que puede limitar, más adelante, la capacidad de aprendizaje, mayor riesgo de síndrome de déficit de atención e hiperactividad.

¿Cómo podemos prevenirlo?

Todos estos problemas pueden prevenirse a través de una dieta adecuada, que aporte la cantidad de yodo necesaria. El Ministerio de Sanidad ya hace varios años realizó una campaña informativa para prevenir la deficiencia de yodo durante el embarazo.

A pesar de todo, los estudios realizados hasta ahora confirman que la mayoría de mujeres españolas no consiguen alcanzar el adecuado estado nutricional de yodo requerido en el embarazo y la lactancia, ya que el consumo de sal yodada ocurre en menos de la mitad de los hogares españoles y otras fuentes alimentarías de yodo, como el pescado, lácteos y huevos, son insuficientes en muchas ocasiones.

Sabiendo entonces que la alimentación no es suficiente para cubrir las necesidades de yodo de la mujer embarazada, será necesario suplementar la dieta con productos farmacológicos durante el embarazo y la lactancia materna.

No parecen haberse demostrados riesgos de la suplementación de yodo farmacológica, sin embargos, si empleamos grandes cantidades de yodo como es el caso de los desinfectantes yodados, contrastes yodados o medicamentos con alto contenido en yodo, si que puede existir riesgo de sobredosis en una mujer embarazada, por ello estas situaciones deben evitarse. Esta sobredosis nunca ocurriría con la toma de sal yodada o los suplementos de yodo para el embarazo.

Uveítis y reumatismo

Clemencia Torrón Fernández. *Servicio de Oftalmología. HUMS*
Álvaro Lesta Arnal, Blanca García Magallón, Francisco Javier Manero Ruiz, Marta Medrano San Ildefonso. *Servicio de Reumatología. HUMS*

Como es conocido, el sentido de la vista tiene gran relevancia para el desarrollo y la función de relación del ser humano. Por lo tanto algunas enfermedades oftalmológicas, pueden causar gran repercusión en nuestra calidad de vida y salud.

Una de estas enfermedades, de especial relevancia por tratarse de una urgencia médica, son las uveítis, es decir la inflamación de la capa media del globo ocular, la úvea (formada a su vez por el iris, el cuerpo ciliar y la coroides).

Si la uveítis es anterior (el tipo más frecuente), el ojo (a veces los dos ojos) toma una coloración roja de forma difusa, y además duele. El "ojo rojo" puede no estar presente, si la inflamación abarca las capas más internas de la úvea (lo que se denomina uveítis posterior). Por tanto, las uveítis posteriores son más difíciles de detectar por el paciente, y tienen mayor riesgo porque pueden afectar a la retina o al nervio óptico, ocasionando severas pérdidas de visión. Otros síntomas son: visión borrosa, molestias con la luz, visión de halos o moscas volantes o manchas fijas en el campo de visión.

Hay otras causas de "ojo rojo", de mayor prevalencia y habitualmente de menor gravedad, como son las conjuntivitis, queratitis y otras enfermedades, por lo que no debemos alarmarnos, pero sí conocer la importancia potencial de las uveítis para poder recibir tratamiento precoz.

Enfermedades reumáticas

En la mayoría de los casos, es un proceso con buen pronóstico, que no recidiva y no deja secuelas.

Algunos casos son más graves al ser persistentes o recurrentes, y requieren un seguimiento estrecho y un tratamiento inmunosupresor, ya que las secuelas de la uveítis son una de las principales causas de pérdida de visión adquirida e incluso ceguera en los países desarrollados.

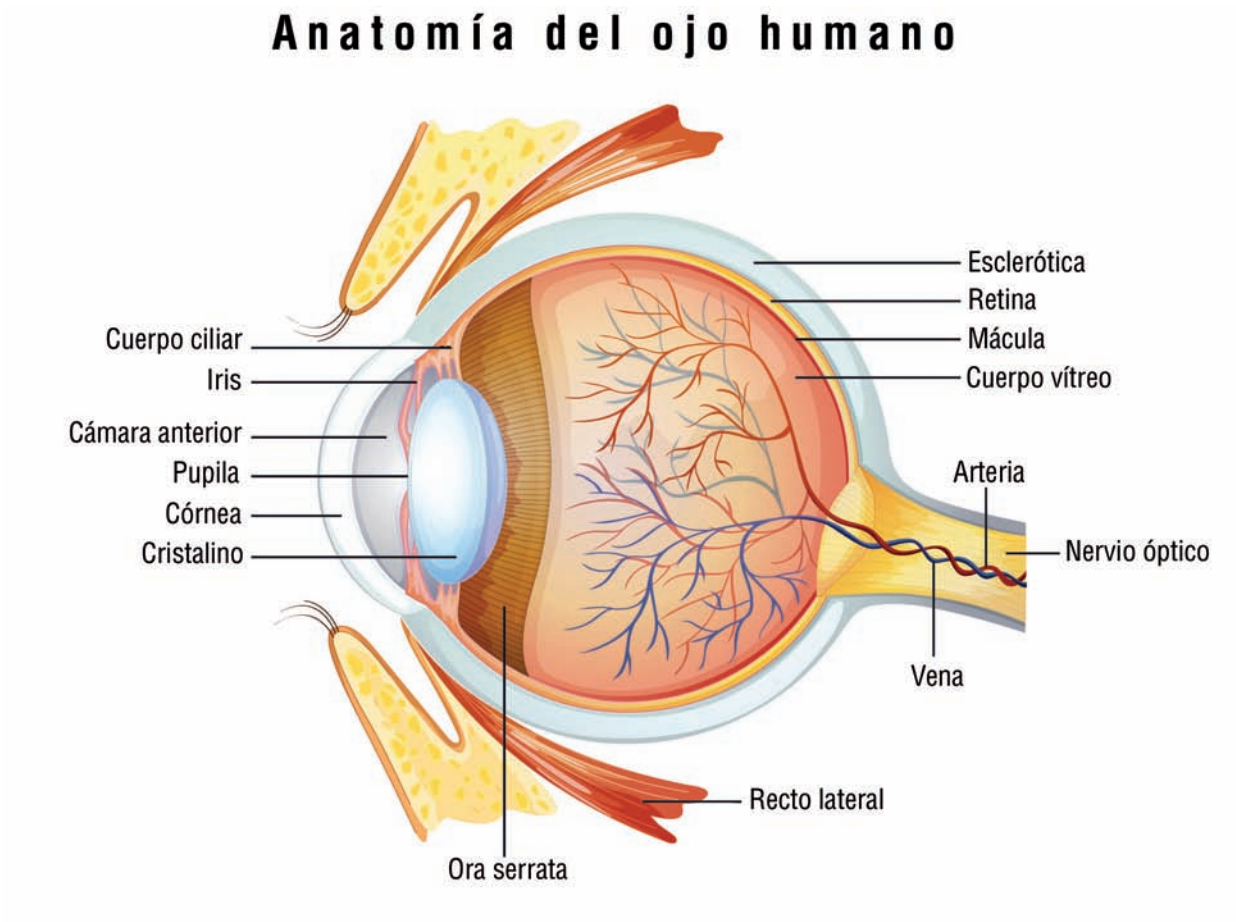
La mayoría de los casos ocurre en personas entre los 20 y 45 años y con una frecuencia similar en hombres y en mujeres.

Excluyendo los casos de origen puramente oftalmológico y otras enfermedades, podemos diferenciarlas en infecciosas y no infecciosas (enfermedades de origen autoinmune). Si bien, hasta en la mitad de los casos no se encuentra la causa de la uveítis, suponiéndose en estos casos también mecanismos autoinmunes como los causantes.

Entre las causas de uveítis no infecciosas, están las enfermedades reumáticas autoinmunes. El "reuma", puede extenderse más allá del aparato locomotor, ya que gran parte de las enfermedades que tratamos los reumatólogos son inflamatorias (por una activación inapropiada del sistema inmune) y su afectación puede ser sistémica, es decir, afectar a varios órganos o sistemas de nuestro cuerpo, entre ellos los ojos.

Entre estas enfermedades reumáticas se encuentran, entre otras, las espondiloartopatías, la artritis idiopática juvenil, la sarcoidosis, o algunas vasculitis como la enfermedad de Behçet. También puede ocurrir en el Lupus Eritematoso Sistémico o en la enfermedad de Sjögren. También, otras enfermedades de origen inflamatorio-autoinmune pueden ser las causantes, como la enfermedad inflamatoria intestinal o la esclerosis múltiple.

Así, los pacientes con estas enfermedades pueden presentar uveítis a lo largo de la vida, o bien ser la uveítis el primer síntoma por el que se llega al diagnóstico de estas enfermedades. De ahí, no sólo la importancia del tratamiento precoz para evitar las secuelas de la



uveítis, sino también la relevancia de realizar el estudio correspondiente para llegar al diagnóstico de otras enfermedades.

También es recomendable consultar y ser informados por nuestro médico si padecemos alguna de las enfermedades que se asocian a la uveítis, para poder identificar los síntomas y acudir con premura al Oftalmólogo.

Tratamiento

Es el oftalmólogo el que diagnóstica y trata las uveítis. El tratamiento inicial se realiza con tratamiento tópico (colirios) y en ocasiones con inyecciones periociulares. Pero, según la gravedad y la recurrencia de la uveítis, es necesario utilizar fármacos inmunosupresores (orales). Además, en determinados casos de uveítis que no responden a los inmunosupresores convencionales, y en los que existe riesgo de grave deterioro de la agudeza visual o de la calidad de vida del paciente, se requiere el uso de la denominada "terapia biológica", ampliamente utilizada en reumatología.

Por tanto, la colaboración con el reumatólogo es muy útil para participar en el diagnóstico de los procesos sistémicos y en la instauración de tratamiento a largo plazo para evitar nuevos episodios.

De esta progresiva relación entre oftalmólogos y reumatólogos surgen las unidades multidisciplinarias de uveítis, como la que desde hace 5 años funciona en el Hospital Universitario Miguel Servet, con el objetivo de regular y optimizar la asistencia de estos pacientes.

La microgimnasia

Una gran alternativa para la fibromialgia

María Guasch Sors. *Fisioterapeuta Col.nº 1132. Centro de Rehabilitación de Castejón de Sos*

La microgimnasia (MCG) es un método terapéutico englobado en el sistema ARC (Analítico Restaurador Corporal). Con la MCG se experimenta con el cuerpo de una forma consciente. Mediante posturas muy estudiadas, en las que se realizan micromovimientos sencillos se dirige la atención hacia el interior, con una respiración adecuada –siempre favoreciendo la expiración, momento en el cual se pueden soltar los músculos contraídos-, la persona practicante de la MCG investiga el funcionamiento del aparato locomotor.

La práctica de esta terapia proporciona la flexibilidad y el tono adecuados a las diferentes estructuras musculares y articulares gracias a que tiene en cuenta el funcionamiento solidario de las cadenas musculares rígidas y acortadas. El origen de la mayoría de patologías relacionadas con el aparato locomotor radican en el exceso de rigidez de la musculatura posterior del cuerpo, llamada CADENA MUSCULAR POSTERIOR, se trata de un conjunto de diversas capas musculares que recorren el cuerpo, desde la cabeza hasta los pies, que trabaja en forma de red o cadena solidaria como una UNIDAD.

Hábitos posturales beneficiosos

La MCG nos ofrece la posibilidad de revisar los hábitos posturales y de movimiento que realizamos diariamente y aprender a rechazar los que nos son perjudiciales para sustituirlos por otros que sean beneficiosos.

La finalidad es devolver al organismo la ARMONIA original para sentirse cómodo y saludable en el VIVIR de cada día.

Sabemos por la experiencia de muchos años, que en cualquier persona todos los traumas físicos, pero sobre todo los EMOCIONALES que haya vivido a lo largo de toda su vida, deforman las estructuras y la forma de su cuerpo, principalmente a nivel muscular.

La MCG al ser un trabajo que se realiza de forma consciente, permite entrar en contacto con las sensaciones para poder resolver conflictos, que de otra forma quedarían escondidos de por vida, aflorando en forma de patologías diversas.

"En el caso concreto de la fibromialgia ha quedado demostrado, después de numerosos estudios, como detonantes muy frecuentes tanto las operaciones quirúrgicas, como la pérdida de un ser querido o un duelo largo (aunque nunca se puedan contemplar como causas únicas).

Tanto el médico como el terapeuta, deben tener en cuenta, no sólo las dolencias corporales de su paciente, sino el entorno en el que vive y todas sus vivencias desde el principio de su vida. Si no es así, la curación de la persona o será muy limitada o estará condenada al fracaso.

Cualquier edad es apta para empezar la práctica/vivencia de la MCG, pues mientras el cuerpo esté vivo, es posible la mejora o incluso la curación" (Dra. Roser Munné Codorniu. Directora del Centre de Correcció y Condicionament Fisic de Barcelona).

Dejar de pensar y pasar a sentir

Tal como explica la Dra. Munné, la MCG consiste en trabajar el cuerpo de una forma consciente. La persona deja de pensar y pasa a sentir.

Esto se hace mediante posturas muy concretas, que intentan mantener siempre la simetría corporal y evitar las compensaciones que el cuerpo efectúa para protegerse del dolor y por incapacidad para estirar determinado músculo.

La respiración también desempeña un importante papel durante toda la sesión, se pone mucho énfasis a la hora de sacar el aire, puesto que, cuando exhalamos largamente, conseguimos soltar la musculatura.

Posturas para el trabajo microgimnástico

El trabajo microgimnástico puede realizarse partiendo de cuatro posturas, que son las más respetuosas con la anatomía corporal: estirados boca arriba con las piernas flexionadas, de pie, en posición fetal, o sentados en el suelo.

Los movimientos siempre son pequeños, lentos y sencillos, de modo que desaparece el riesgo de lesión y se accede a la musculatura profunda, la más cercana al hueso y la que más tensión acumula.

En la MCG se trata el cuerpo con mucho cariño. La gente se siente arropada y segura, algo fundamental en la fibromialgia.

Beneficios a todos los niveles

Hay que pensar que el componente de dolor en estas personas es tan exagerado y constante que les imposibilita llevar una vida normal, lo que puede derivar en ansiedad, depresión...

A través de un trabajo corporal adecuado, se obtienen beneficios a todos los niveles, también en el estado de ánimo. Cuando la persona con fibromialgia empieza a comprobar que puede moverse mejor y hacer cosas que antes le resultaban imposibles, le cambia hasta el humor y, poco a poco, adopta hábitos posturales más saludables, "la mejora es lenta, gradual y muy efectiva, si bien el riesgo de que aparezcan crisis de dolor sigue estando ahí. Eso sí, las crisis no vuelven a ser tan fuertes como antes" recalca la Dra. Munné.

¿Qué es la fibromialgia?

La fibromialgia no es una enfermedad de moda. Estudios recientes demuestran la existencia de un desorden bioquímico, y estas substancias afectan a todo el organismo, tanto a nivel muscular, como a nivel sistémico. Las causas de este desorden pueden ser muchas y muy diferentes.

"En varias ocasiones he tenido la oportunidad de reunirme con las componentes de una asociación de fibromialgia. En el curso de la conversación constaté, que una gran mayoría de ellas no querían cambiar sus hábitos y costumbres. Siendo personas permanentemente atormentadas por el dolor y la falta de movilidad, estaban inmersas en la paradoja de "quiero pero no".

Hacían muchas cosas para mejorar, aparte de sus obligaciones profesionales y domésticas. En cambio descuidaban o no sabían una serie de pequeñas acciones corporales en el dormir, en el deambular, en el sentarse, en el calzado, en tocarse el cuerpo, etc.

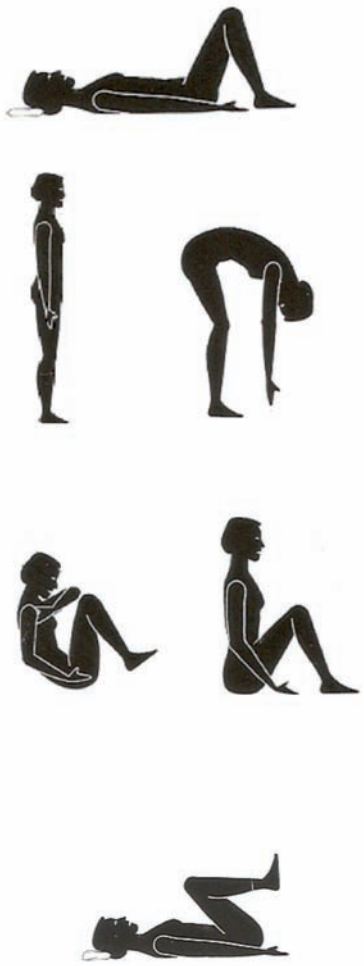
También pude corroborar que sus cuerpos estaban adueñados por una extensa rigidez muscular. Los tejidos musculares habían perdido su elasticidad y no había correspondencia miofascial.

Sabemos que todo el cuerpo sometido a la rigidez y acortamiento de las cadenas musculares, pierde eficacia de todos sus sistemas vitales, el cuerpo humano está gobernado por una cadena muscular principal y varias cadenas solidarias. La alteración siempre es global, por lo que también incide en el comportamiento de la persona –rigidez mental y rigidez de corazón y emocional-.

El endurecimiento y acortamiento muscular no viene sólo de los esfuerzos físicos. Inicialmente siempre hay unos sucesos emocionales negativos.

Es imprescindible devolver a todo el cuerpo la elasticidad y el tono natural del tejido conjuntivo que cubre los huesos, músculos, tendones, órganos, etc.

POSTURAS BÁSICAS



El premio es muy abundante: se va más ligero-a, desaparece el dolor de espalda y de las articulaciones, desaparecen las tensiones, se está más calmado-a, se tiene alegría y retornan las perdidas ganas de vivir.

En estas condiciones los sentidos quedan completamente alerta, la mente atenta, concentrada y serena y el cuerpo elástico, flexible, fluido, suave, gracioso y económico por lo que refleja calma, serenidad, equilibrio y bienestar, y su contacto es agradable, cálido y amoroso". (Antonio Munné, creador de la MCG).

Este método debe ser impartido por un terapeuta especializado, para enseñar respiración, movimientos, posturas correctas y tiempos, y conseguir el objetivo correcto.

No debemos olvidar que son pacientes muy sensibles a cualquier gesto o movimiento. Según va el paciente adquiriendo los nuevos hábitos, puede ir trabajando en casa, pero siempre bajo el asesoramiento de un titulado en el sistema Arc.

Envejecimiento no patológico.
Un acercamiento desde la Neurociencia

Jorge López
Psicólogo. Col. A-01685
Centro de Psicología Sanitaria Crespo Rospir. Sección Neuropsicología (Zaragoza).
Doctorando Dpto. Psicología Básica I. Universidad Nacional de Educación a Distancia (Madrid).

Los avances socio-sanitarios logrados en las últimas décadas, el descenso de la mortalidad infantil, la adquisición de hábitos saludables, entre otros factores, han contribuido a que el grupo de población de mayores de 60 años supere los nueve millones y medio de personas en España a finales del 2014.

En la actualidad la esperanza de vida en nuestro país se sitúa en los 79 y 85 años para hombres y mujeres respectivamente. Estos datos tan positivos están asociados a nuevos retos y demandas que, desde diferentes profesiones sanitarias, debemos afrontar para además de dotar de años a la vida, dotar de vida a los años.

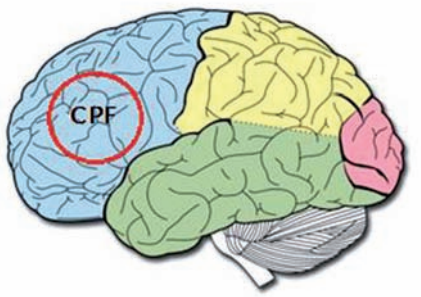
La demencia

Al aumento de la esperanza de vida también se le asocia aspectos menos positivos como el aumento de las enfermedades ligadas a la edad. Es decir, aquellas que tenemos más probabilidad de desarrollar en función de cumplir más años. Entre ellas, la demencia. La demencia es un síndrome caracterizado por el deterioro de la función cognitiva más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal o no patológico. De los múltiples tipos de demencia, la Enfermedad de Alzheimer es su forma de manifestación más habitual. Por tanto, podemos hacer una distinción básica: envejecimiento normal y envejecimiento patológico. En este artículo me centraré en el envejecimiento cerebral normal.

¿Qué le ocurre a nuestro cerebro según cumplimos años?

Desde un punto de vista de la estructura cerebral, la literatura científica señala que el lóbulo frontal y, en concreto, la Corteza Prefrontal (CPF, en adelante) es una de las estructuras más afectadas con el paso del tiempo (véase figura 1). Algunos estudios señalan una pérdida de volumen de la sustancia gris del lóbulo frontal que oscila entre 0,9-1,5% al año. Además, la pérdida de sustancia gris se ve acompañada de pérdida más acusada de la integridad de la sustancia blanca en la CPF. Tanto la pérdida de volumen de sustancia gris como la pérdida de integridad de la sustancia blanca contribuyen a la aparición de cambios cognitivos (véase figura 2).

Figura 1. Hemisferio izquierdo (lóbulo frontal en azul).



Desde un punto de vista funcional, las técnicas de neuroimagen funcional (Resonancia Magnética Funcional-RMf- o la Tomografía por Emisión de Positrones-TEP-) nos permiten observar la activación del cerebro mediante incrementos en el flujo sanguíneo y oxigenación en estructuras cerebrales específicas. Los cambios en el flujo sanguíneo en un momento dado mientras se está realizando una tarea (por ejemplo ver fotos) permiten observar qué actividad mental está ocurriendo en función de la demanda asociada a la tarea respecto a la situación previa de no tarea (reposo).

Un resultado intuitivo sería anticipar que puesto que existen disminuciones en el volumen de la sustancia gris y de la integridad de la sustancia blanca, las áreas cerebrales mostrarían una menor activación. Sin embargo, ocurre justamente lo contrario. Diversos estudios han constatado que existe activación de áreas específicas para realizar la tarea demandada pero además existe la participación extra de otras áreas. Cuando se compara la activación cerebral ante una misma tarea que requiere el uso de la memoria de trabajo verbal (participación de lóbulo frontal, parietal, etc.) y comparamos la activación entre un grupo de personas jóvenes con un grupo de personas adultas mayores, encontramos que este último grupo además de mostrar activación en las mismas áreas que los jóvenes,

Figura 2. Corte coronal del cerebro humano. Sustancia gris y blanca

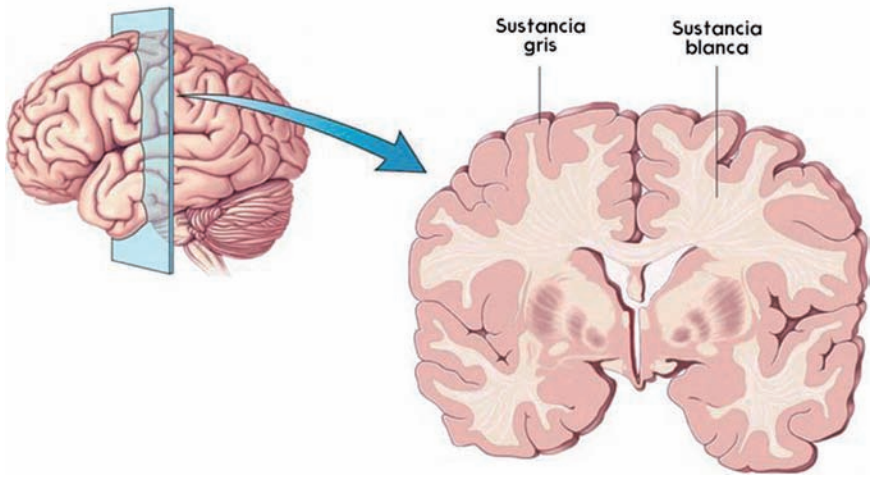
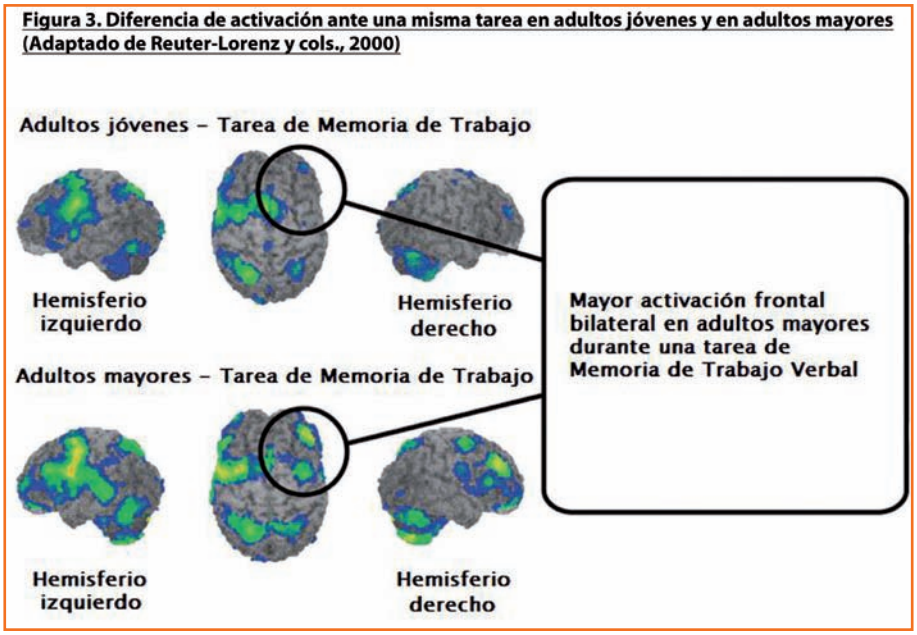


Figura 3. Diferencia de activación ante una misma tarea en adultos jóvenes y en adultos mayores (Adaptado de Reuter-Lorenz y cols., 2000)



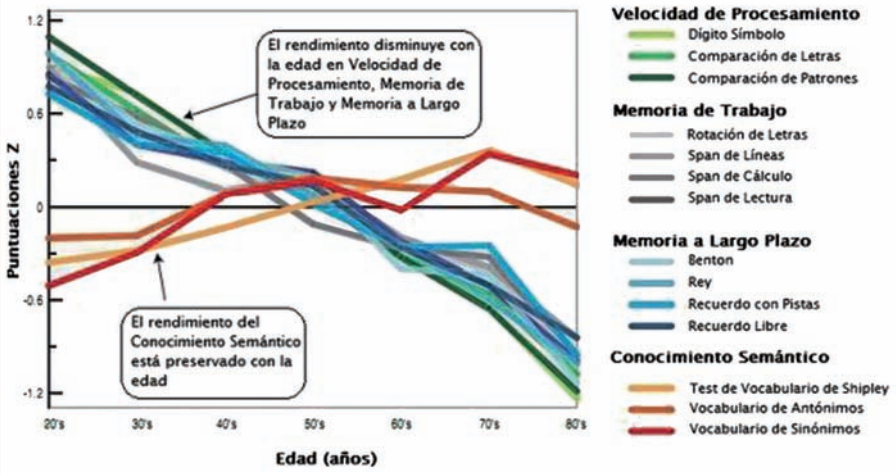
muestran mayor activación y participación de otras áreas (véase figura 3). Otros trabajos han encontrado patrones similares en el lóbulo frontal ante otras tareas que demandan otros procesos cognitivos. En general, se acepta la idea de que el cerebro del adulto mayor recluta áreas cerebrales complementarias para compensar y mantener su eficiencia.

Desde la neurociencia cognitiva del envejecimiento se ha propuesto la "hipótesis del lóbulo frontal" como explicación, al menos en parte, de los cambios asociados al envejecimiento normal. Concretamente, alteraciones en el control ejecutivo. Es decir, esa serie de procesos que nos permiten inhibir estímulos irrelevantes, dividir nuestra atención a varios focos, manipular la información con la que estamos trabajando o incluso adquirir y recuperar nuevas informaciones aprendidas recientemente.

¿Qué le ocurre a nuestras funciones cognitivas según cumplimos años en el de envejecimiento normal?

Para contestar a esta pregunta, haré referencia al trabajo publicado por Park y cols. en el 2002. En esta investigación, se realizó una evaluación neuropsicológica exhaustiva a 342 participantes divididos en siete grupos de edad (década de los 20, 30... 80 años). Tal y como puede verse en la Figura 4, los resultados muestran que, en función de la edad, existe una disminución en el rendimiento en velocidad de procesamiento de la información, memoria de trabajo (verbal y visual) y memoria a largo plazo (verbal y visual). Por el contrario, las habilidades verbales relacionadas con el conocimiento semántico aumentan con la edad. Park y cols. concluyen que la disminución del rendimiento en las funciones cognitivas señaladas comienza ya en la década de los 20 años y seguirá un curso inexorable.

Figura 4. Datos transversales sobre el envejecimiento (Adaptado de Park y cols., 2002)



Como hemos podido ver, el cerebro sufre cambios con la edad y estos se traducen en cambios en nuestros procesos cognitivos. Nuestro cerebro tiene capacidad para compensar y mantener la eficiencia en tareas como hemos visto desde la neuroimagen funcional. Existe un declive cognitivo que empieza muchos años atrás.

Para terminar, es importante señalar que, a pesar de estos cambios inevitables, el adulto mayor puede ser independiente en su vida diaria cuando se da un envejecimiento cerebral normal. Cuando las alteraciones en los procesos descritos u otros empiezan a interferir en la vida diaria, modificando un nivel de actividad previo y alertando a familiares, es importante consultar con diferentes tipos de especialistas que permitan descartar o confirmar un proceso de envejecimiento patológico. También es necesario apuntar que no todos los problemas cognitivos que puedan aparecer en el envejecimiento son señal de un curso neurodegenerativo. Los problemas del estado de ánimo, algunas alteraciones endocrinas y metabólicas, pueden cursar con problemas cognitivos.

Médicos y Enfermeras,

Zona Hospitalaria de Aragón nace con el objetivo de informar a la sociedad sobre cuestiones actuales de medicina y salud, escritas por expertos de cada materia.
Necesitamos de vuestra colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribáis artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos aconsejéis para mejorar nuestra calidad de vida. Para escribir, ver www.zonahospitalaria.com/colaboraciones

Ayuda psicológica para afrontar la enfermedad

Pilar Moros Borgoñón
Psicóloga Colegiada A-399. Gabinete de Psicología Clínica

La psicología clínica estudia las interacciones recíprocas entre procesos mentales y salud fisiológica, considera todos aquellos aspectos psicológicos que están presentes al enfermar, al recuperarse y cómo se adapta la persona a la enfermedad. El objetivo del apoyo psicológico es facilitar el proceso de cambio que supone padecer una enfermedad aguda y/o crónica, minimizando el impacto emocional para reducir posibles consecuencias psicopatológicas, cómo se pueden resolver los problemas y aprender técnicas psicológicas para abordar los procesos cognitivos y las reacciones emocionales adversas.

Cada persona puede vivir una serie de fases psicológicas que le pueden ayudar a adaptarse y a mejorar la calidad de vida, e incluso incidir en los procesos y en el curso de la enfermedad. Cada fase tendrá una duración e intensidad variable según la persona y estarán en función de su edad, las características de la enfermedad, las capacidades, los recursos, el significado que se le da, la actitud y los apoyos biopsicosociales disponibles.

I FASE: INCERTIDUMBRE Y CONFUSIÓN: La normalidad es intentar buscar información de cualquier fuente para saber lo que nos ocurre. Ahora bien, esto conlleva que pueda contribuir a generar más confusión y angustia, por ello, se trata de entrar en contacto con profesionales cualificados que ayudarán a mantener la calma.

II FASE: DESCONCIERTO: Los sentimientos de temor, angustia, desamparo y miedo es normal sentirlos. Es importante recibir información adecuada frente al desconocimiento u otras experiencias que se tengan de la enfermedad. Una buena comunicación y relación con los profesionales y la enfermedad, permitirá mantener la capacidad de decidir y colaborar.

III FASE: OPOSICIÓN Y NEGACIÓN: Aparece frente a la dificultad para aceptar el diagnóstico, la negación se realiza como una forma de amortiguar el impacto y darse un tiempo de respiro para mantener la esperanza y poder encajar la nueva realidad. Hay que intentar no adoptar posturas críticas e intolerantes con los que están en esta fase.

IV FASE: RABIA: La enfermedad puede evolucionar y también las dificultades y los cambios en el estilo de vida, en las capacidades físicas, a nivel escolar/laboral o familiar, influyendo en los roles, los hábitos, las relaciones, los sueños... Y ¿Qué ocurre? Se grita... Es necesario saber escuchar, para descubrir lo que se esconde en las quejas, en las reacciones violentas y el sentimiento de culpa que puede tener la persona.

V FASE: TRISTEZA: Si después del grito de la rabia, la enfermedad avanza, la voz queda silenciada por un estado de tristeza que ayudará para permitir asumir y aceptar las pérdidas. No es depresión, es un estado de tristeza, en el que la persona se aísla por un tiempo para elaborar e integrar lo que está ocurriendo. Es un estado que prepara para la adaptación.

VI FASE: ADAPTACIÓN: Nos encontramos con la serenidad en esta fase, significa haber conseguido equilibrar el cuerpo con el propio ser, y a través de ella, vivir cada momento cotidiano o pequeño detalle con optimismo, esperanza y desde el profundo valor de los afectos compartidos. Valorar lo que tenemos y no lo que nos falta, potenciando valores y actitudes positivas de nuestra propia vida.

Se piensa y se actúa como se siente, pero también se siente como se piensa y se actúa. Podemos trabajar sobre los pensamientos, de esta forma se puede conseguir variar las conductas, los sentimientos y el estado emocional.
Cuando este proceso es positivo incide de manera saludable sobre el organismo y al conjunto de su ser.

Hipotiroidismo y aumento de peso

Patricia de Diego García
Especialista en Endocrinología y Nutrición. Hospital San Jorge, Huesca

El hipotiroidismo es la situación clínica derivada de un déficit de hormona tiroidea, y la causa habitual es un fallo primario en el funcionamiento normal del tiroides. Es una enfermedad frecuente y muy especialmente en el sexo femenino, un 2% de las mujeres padecen hipotiroidismo clínicamente sintomático, mientras que esto solo ocurre en un 0,2% de los hombres.

Cuando hablamos de hipotiridismo subclínico la prevalencia se eleva al 11% en las mujeres y casi al 3% en los hombres.

¿Cuales son las causas de hipotiroidismo?

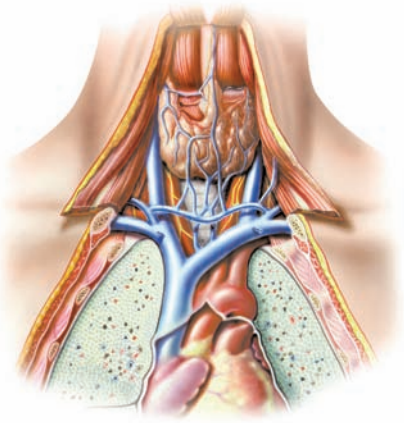
- Tiroiditis de Hashimoto: se trata de un fenómeno autoinmune que hace que la glándula se inflame y deje de funcionar progresivamente. Es la causa más común.
- Déficit de yodo, que hace que el tiroides no sea capaz de fabricar hormonas tiroideas en cantidad suficiente.
- Extirpación total o parcial de la glándula tiroidea mediante cirugía.
- La toma de ciertos medicamentos pueden afectar al funcionamiento normal de la glándula.
- Tratamiento previo con radiación en cabeza y cuello.
- Son más raros los hipotiroidismos secundarios, producidos por falta de secreción de la hormona estimulante del tiroides (TSH) por la hipófisis. En estos casos la falta de la hormona estimuladora hace que el tiroides no pueda funcionar.

¿Qué síntomas provoca el hipotiroidismo?

Las hormonas tiroideas son fundamentales para que se lleven a cabo la mayoría de las funciones del organismo. Cuando las hormonas tiroideas disminuyen, como ocurre en el hipotiroidismo, aparece una disminución global de la actividad metabólica, es decir, nuestro organismo funciona con lentitud, y aparecen los síntomas, generalmente de forma insidiosa por lo que al inicio pueden pasar desapercibidos para el paciente y la familia: cansancio, somnolencia, sensación de frío, disminución de la frecuencia cardíaca, piel gruesa, seca y a veces con coloración amarillenta, estreñimiento, disminución del apetito, pérdida de memoria y concentración, lentitud mental, depresión, indiferencia, irregularidades menstruales y aumento de peso.
Todos estos síntomas no son específicos de esta enfermedad y pueden aparecer por otras muchas causas no relacionadas con el hipotiroidismo, así que, ante la sospecha clínica, una analítica de sangre nos confirmará o descartara el diagnóstico.

¿Qué relación existe entre la obesidad y el hipotiroidismo?

La relación entre la obesidad y el hipotiroidismo es uno de los mitos más comunes, sin embargo la gran mayoría de los pacientes que padecen obesidad tienen una función tiroidea normal.



El aumento de peso causado por el hipotiroidismo se debe en parte a la retención de líquidos en los tejidos y no supera el 10% del peso corporal.
El aumento de peso es el mayor miedo de los pacientes que sufren hipotiroidismo. Pero la realidad es que el hipotiroidismo, aunque generalmente no desaparece, se puede controlar por completo en casi todos los casos. Este se trata reemplazando la cantidad de hormona tiroidea que el tiroides ya no puede producir, con comprimidos de tiroxina sintética que contienen hormona exactamente igual a la que produce la glándula tiroidea, y así, devolver los niveles hormonales a la normalidad y poder restablecer las funciones del organismo desapareciendo por tanto los síntomas, incluido el posible aumento de peso. Es decir, cuando el hipotiroidismo está controlado, unido a un estilo de vida saludable, ejercicio moderado y una dieta adecuada, la persona afectada mantendrá su peso y actividad normal.

Incontinencia urinaria en la mujer

Adib Reyes, Yumaira Hernández, Arlanza Tejero, Ramiro García, Patricia Serrano, María Jesús Gil Sanz.
Servicio de Urología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

La incapacidad para retener la orina se conoce como incontinencia urinaria. Es un problema común en las mujeres. En algunas mujeres ocurren pérdidas accidentales de pequeñas cantidades de orina, en otros casos, esta pérdida es frecuente e intensa.

Tipos de incontinencia urinaria

Hay distintos tipos de incontinencia urinaria. A veces, una mujer puede tener más de uno de los siguientes tipos:

- Incontinencia de esfuerzo: se caracteriza porque la mujer pierde accidentalmente orina cuando tose, se ríe o estornuda. También puede ocurrir cuando camina, corre o hace ejercicio. Esta incontinencia se debe a una debilidad en los tejidos sobre los que apoyan la vejiga o los músculos de la uretra.
- Incontinencia imperiosa: la mujer puede tener una necesidad repentina e intensa de orinar y pierde accidentalmente orina antes de llegar al baño. A veces se denomina vejiga hiperactiva y ocurre si los músculos de la vejiga están demasiado activos y se contraen muy a menudo.
- Incontinencia mixta: la mujer presenta síntomas tanto de incontinencia de esfuerzo como de incontinencia imperiosa. Esta combinación puede causar una mayor pérdida de orina que los otros tipos individualmente.
- Incontinencia por rebosamiento: la mujer tiene pérdidas accidentales constantes de pequeñas cantidades de orina. Ocurre cuando la vejiga no se vacía del todo al orinar.

¿Puedo presentar algún síntoma además de la pérdida de orina?

Además de la pérdida de orina, la mujer con incontinencia también puede presentar otros síntomas:

- Urgencia: necesidad urgente e intensa de orinar independientemente de si la vejiga está llena o no, a menudo con presión pélvica.
- Frecuencia: necesidad de orinar con más frecuencia.
- Nicturia: Necesidad de orinar durante las horas de sueño.
- Disuria: micción dolorosa.
- Enuresis: tendencia a orinarse en la cama o a una pérdida accidental de orina mientras duerme.

¿Cuál puede ser la causa?

Hay muchas causas que producen incontinencia urinaria. Algunas son a corto plazo y más fáciles de tratar que otras. A veces, pueden ser varias las causas de la incontinencia urinaria de la mujer.

Causas a corto plazo. Infección de las vías urinarias, fármacos y masas de tejido anormales: los pólipos, los cálculos en la vejiga, o con menos frecuencia, el cáncer de vejiga.

Causas a largo plazo.

- Problemas de apoyo del suelo pélvico: es la más común. Los tejidos y músculos pélvicos confieren apoyo a los órganos de dicha localización. El embarazo, el parto o la edad pueden debilitar o estirar estos sistemas de apoyo. Si los tejidos que apoyan la uretra, la vejiga, el útero o el recto se debilitan, estos órganos pueden descender y causar pérdidas accidentales de orina o dificultar la salida de la misma.
- Anormalidades congénitas o postoperatorias de las vías urinarias (fistula vésico-vaginal secundaria a cirugía genital, por ejemplo).
- Problemas neuromusculares.

¿Qué hago si lo padezco?

Es importante acudir a su médico. Es posible que sea necesario tomar algunas medidas para determinar la causa de la incontinencia urinaria.

1-Entrevista a la paciente, 2-Examen físico, 3-Exámenes de orina, 4-Urodinamia, 5-Cistoscopia.

¿Se puede tratar la incontinencia urinaria?

Las opciones para tratar la incontinencia son hacer cambios en el estilo de vida, el tratamiento de acondicionamiento del esfínter vesical, el uso de dispositivos que se colocan en la vagina, fármacos y la cirugía. Es importante saber que casi siempre se inicia con tratamiento conservador, o se puede realizar un tratamiento combinado.

Cambios en el estilo de vida: Bajar de peso. Evitar el estreñimiento. Beber menos líquido y limitar el consumo de cafeína. Procurar obtener tratamiento si se tose con frecuencia y dejar de fumar.

Acondicionamiento del esfínter vesical (Ejercicios del suelo pélvico). Se ha demostrado que el acondicionamiento del esfínter vesical es útil para tratar la incontinencia urinaria imperiosa. El objetivo de este tratamiento es aprender a controlar la necesidad de vaciar la vejiga y aumentar el tiempo entre

las micciones a intervalos normales (cada 3 a 4 horas durante el día y cada 4 a 8 horas por la noche). Al cabo de unas semanas de este tipo de acondicionamiento, mejorará la pérdida de orina.

Este acondicionamiento se realiza:

- vContraiga los músculos que usa para detener el flujo de orina.
- Sostenga esta contracción por 10 segundos, entonces relájese.
- Repita el ejercicio 10 a 20 veces por lo menos 3 veces al día.

Tratamiento con fármacos.

Hay diversidad de medicamentos para el tratamiento de la contracción vesical involuntaria, lo cual puede ayudar al tratamiento de la incontinencia urinaria. Son fármacos que relajan el músculo vesical, llamado músculo detrusor, permitiendo que se contraiga con menos frecuencia y así aumente la capacidad vesical. Son más eficaces en la incontinencia imperiosa. Estos pueden tener algún efecto secundario: Sequedad bucal, estreñimiento, náuseas, visión borrosa y cambio en los patrones de sueño.

Uso de Pesario. Un pesario es un aparato que se introduce en la vagina para tratar los problemas de apoyo pélvico y la incontinencia urinaria. Los pesarios apoyan las estructuras pélvicas y algunos comprimen la uretra. Tienen diferentes formas y tamaños. La mayoría de ellos están moldeados en forma de anillos o platos. También hay pesarios especialmente diseñados para la incontinencia urinaria. Éstos son útiles para las mujeres que no quieren o no pueden tener una cirugía para corregir la incontinencia.

Cirugía

Se puede usar la cirugía para tratar la incontinencia urinaria. Se indica en la incontinencia urinaria de esfuerzo, para reforzar el suelo pélvico. Según los síntomas que se padezca, el tipo de incontinencia y los resultados de los exámenes realizados se puede realizar diferentes tipos de cirugía.

Las técnicas quirúrgicas para corregir la incontinencia urinaria implican el uso de lo siguiente:

- Cabestrillos (son mallas que se comportan como hamacas dando soporte a la uretra o vejiga).
- Colposuspensión (diferentes técnicas que elevan la vejiga a su posición normal).

Por supuesto, si la incontinencia está provocada por una anomalía congénita o por una complicación postoperatoria ginecológica, la cirugía también está indicada para corregir dicha anomalía.

Por último...

La pérdida del control de la vejiga es un problema común y hay muchas opciones de tratamiento disponibles. Si los síntomas afectan su vida cotidiana, dígaselo a su médico de Atención Primaria. Se debe hacer un examen completo y detallado para determinar la causa del problema. Casi todos los casos de incontinencia urinaria pueden mejorar en gran medida con tratamiento.

| 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 aragón@zonahospitalaria.com

A flor de piel

Dra. Leticia Villanueva Alegría
Unidad de Neonatos. Hospital Materno Infantil Miguel Servet

El nacimiento de un bebe, viene acompañado de un sentimiento de incertidumbre por parte de los padres, y más aún si se trata de un bebé prematuro. Estos niños, son ingresados al momento del nacimiento, en unidades hospitalarias de acuerdo a su estado de salud general, debido a las complicaciones múltiples que pueden surgir por no haber completado su maduración uterina.

Este ingreso va a suponer una separación radical de sus padres, ya que ambos internarán en zonas diferentes del hospital, y algunas de ellas con estrictos horarios de visita, como ocurre en las UCIs y unidades de neonatos. Por todo ello, actualmente y dados los beneficios encontrados en la utilización del método canguro cada vez son más los hospitales que se están sumando a la práctica de esta iniciativa como complemento a la incubadora, ofreciendo mayor amplitud en los horarios de visita.

¿Qué es el método canguro?

El método canguro se inició en Colombia en 1978 como alternativa a los cuidados en incubadora. Más de tres décadas de aplicación e investigación, han dejado claro, constituye algo más que una alternativa a la incubadora ya que reporta abundantes beneficios tanto en el bebé como en los padres.

La técnica está inspirada en los marsupiales que nacen inmaduros y continúan su crecimiento fuera del útero, a resguardo de la madre hasta que están preparados para ingresar en su medio.

Es eficaz, natural, fácil de aplicar y económico. La atención a los niños, manteniéndolos en contacto piel con piel, es lo que contribuye a la humanización de la atención neonatal y a potenciar los vínculos afectivos entre padres e hijo. Consolidándose así como una técnica eficaz que permite cubrir las necesidades del bebe en materia de calor, lactancia materna, protección frente a infecciones, estimulación, seguridad y amor.

Todos los padres, y en especial las madres, independientemente de su edad, número de partos, educación, cultura y religión pueden aplicar el método madre canguro, y este debería ser el resultado de una decisión informada y en ningún caso percibirse como una obligación.

¿Cual es la posición adecuada?

Para la realización del método madre canguro (MMC) no es necesario la utilización de medios específicos, sería suficiente con proporcionarles a ambos un ambiente tranquilo, no ruidoso, con una temperatura ambiental adecuada (entre 22-24ºC). La madre se sentará en un sillón cómodo, que le permita apoyar los pies en el suelo y la espalda erguida, si fuera preciso se le proporcionaran almohadas o cojines que contribuyan a mejorar su confort y postura. El bebe se coloca entre los pechos de la madre, en posición vertical, de modo que el pecho del niño quede en contacto con la piel de la madre. Este está desnudo con pañal y gorrito y se cubre con

la propia ropa de los padres o un cobertor. La cabeza del bebe quedara vuelta hacia un lado y ligeramente extendida, permitiendo que este respire mejor y el contacto visual madre-hijo. Las caderas del niño quedarán flexionadas en posición de rana. Se habla de la posición con respecto a la madre, ya que es la que le puede proporcionar lactancia natural, pero la misma posición y obteniendo los mismos beneficios puede ofrecérsela el padre.

¿Qué beneficios le aporta al bebé el método madre canguro?

Los beneficios son múltiples aunque se podrían englobar en cuatro categorías principales:

- Beneficios emocionales: El método madre canguro, es vital para el pequeño, ya que encuentra en su madre su hábitat natural, le proporciona seguridad, tranquilidad y favorece el vínculo emocional del niño con sus padres, siempre roto al estar ingresado en una unidad de hospitalización.
- Beneficios neurológicos: Regula mejor el estrés con una mejor adaptación al medio y a los estímulos externos, incluso se ha comprobado que ayuda a aumentar la tolerancia al dolor de las intervenciones médicas. Recibe una mejor estimulación táctil, visual, olfativa y auditiva al encontrarse el niño más tranquilo, y las conexiones cerebrales crecen de manera apropiada y no determinadas por el estrés, favoreciendo en general la maduración del sistema nervioso.
- Mejora las constantes vitales: Al estar en contacto con el cuerpo de su madre regula mejor la temperatura corporal, produciéndose una especie de sincronización entre ambos, ya que si el bebe necesita calor, sube la temperatura corporal de la madre, y por el contrario, si tiene fiebre, la temperatura de la madre baja. Además estabiliza la frecuencia respiratoria y cardiaca y coordina mejor la succión- deglución, lo que contribuye a que gane peso más rápidamente.
- Mejorías generales: Favorece su desarrollo psicomotor y mejora el sistema inmunitario del bebé protegiéndolo de infecciones debido a que al niño se le ofrece una mayor accesibilidad a la lactancia materna, lo cual contribuye también a la ganancia de peso y a su recuperación general.

¿Y qué beneficios tiene esta técnica para los padres?

El beneficio fundamental, es que los padres se sienten partícipes de la recuperación de su bebé y con más fuerza para sobrellevar el largo y duro periodo hospitalario. Contribuye a disminuir el sentimiento de culpa y ansiedad que las madres de prematuros suelen tener, porque este método les permite sentir que están completando el tiempo de gestación.

Ayuda a la producción de leche materna: al estar cerca del bebé se segrega más oxitocina que permite a la madre estar más calmada y así producir leche más rápido.

Previene hemorragias postparto, la lactancia materna produce hormonas que ayudan a que el útero se contraiga.

¿Cuándo se puede comenzar a practicar?

El comienzo deberá demorarse hasta que el estado médico haya mejorado. El momento se valorará a nivel individual teniendo muy en cuenta la condición y el estado de cada bebé y su madre.

¿Cuánto debe durar la realización de este método?

El contacto piel con piel debería comenzar de forma gradual, de manera que el tránsito de la atención convencional en incubadora al método madre canguro sea imperceptible, debiendo evitarse sesiones de menos de 60 minutos, dado que los cambios frecuentes estresan demasiado a los bebés. Mientras la madre/padre y el bebé se encuentren cómodos, el contacto piel con piel podrá continuar y se suele prolongar hasta alcanzarse el plazo normal del parto a término, (40 semanas o 2500gramos). Alrededor de dicho plazo, el bebé ha crecido hasta tal punto que esta posición deja de ser necesaria; entonces, el bebé se retuerce, llora y se queja cada vez que la madre intenta ponerlo en contacto con su piel, y resultaría seguro recomendar a la madre que abandone la técnica gradualmente.

Intolerancia a la lactosa

Silvia Castaño Ferrer
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARA00163

Querido lector, seguro que este título le suena, ya que en la actualidad cada vez conocemos más casos de gente diagnosticada como intolerante a la lactosa, incluso personas que se "auto diagnostican" al sentir malestar al tomar leche, pero ¿realmente sabemos lo que es?

Se produce cuando no hay suficiente lactasa en el intestino delgado para romper toda la lactosa consumida. La lactosa pasará sin digerir al intestino grueso, y allí las bacterias la irán descomponiendo en distintos compuestos que nos provocarán los famosos síntomas que todos conocemos: hinchazón, dolores abdominales, diarreas, vómitos...

Para entender mejor este tema, explicaremos que es la lactosa y lactasa.

- **Lactosa:** es un azúcar que está presente en la leche y sus derivados.
- **Lactasa:** es un enzima que produce el intestino delgado y cuya función ayudarnos a digerir la lactosa.

¿Qué debemos hacer si sospechamos que podríamos ser intolerantes a la lactosa?

Debemos acudir a nuestro médico de cabecera para que pueda valorar si somos o no intolerantes con las pruebas pertinentes.

Si nos diagnostican la intolerancia no se sabe muy bien qué tomar y qué no, y se termina por descartar al completo alimentos que ni siquiera estamos seguros de si pueden tomarse o cómo pueden tomarse.

El Dietista-Nutricionista nos guiará en el tratamiento para la intolerancia, iniciando con la supresión total de la lactosa y reincorporándola progresivamente según se produzcan los síntomas, en ese momento habremos alcanzado la cantidad de tolerancia que es propia de cada uno.

La mayoría de pacientes suelen tolerar la ingesta de hasta 7gr de lactosa por ración, por ejemplo: 120ml de leche. Por ello, podemos ir repartiendo la cantidad tolerada de lactosa durante las tomas del día, asegurando una ingesta adecuada de calcio, sin que a la persona le siente mal.

En el mercado podemos encontrar diferentes marcas de leche sin lactosa, las cuales contienen menos de un 0,01% de lactosa. Por otro lado, las leches de bajo contenido en lactosa tienen un 1% de lactosa, ya que se ha reducido en un 80%.

Relacionado con el consumo de lácteos y derivados está el aporte de calcio, que principalmente se encuentra en estos alimentos. El calcio es muy importante porque estamos viendo que las personas con osteoporosis e intolerancia a la lactosa es cada vez mayor, así que debemos tener en cuenta qué alimentos nos pueden aportar este mineral.

¿Podemos encontrar alimentos que sean buena fuente de calcio y no contengan lactosa?

Pescados enlatados: Sardinas en lata, verduras: brécol, acelgas, espinacas y legumbres: judías blancas son unos buenos aliados para llegar al consumo de calcio recomendado sin aportar lactosa.

Otra opción es consumir alimentos con un bajo contenido en lactosa y gran aporte de calcio, como queso, yogur descremado o crema de leche.

Hay que tener en cuenta la cantidad de calcio que absorbemos de los alimentos, sobre todo en los vegetales, ya que contienen algunas sustancias que se unen al calcio e impiden su absorción en nuestro organismo.

Vamos a verlo con un ejemplo: un plato de espinacas nos proporciona unos 240mg de calcio, puede parecer mucho, pero si lo comparamos con lo que absorbemos al tomar un vaso de leche necesitaríamos comer ocho platos de espinacas para igualar su cantidad. ¿Sorprendidos?

¿Por qué los yogures son mejor tolerados que la leche?

Es debido a su contenido en fermentos vivos que fabrican una sustancia que degrada la lactosa, disminuyendo su contenido y haciendo más fácil su digestión.

Debemos prestar mucha atención a las etiquetas ya que la lactosa no siempre aparece con este nombre o similar, sino que aparece como jarabe de suero, fermentos lácteos, proteína de suero hidrolizada, caseína, lactoglobulina,...Por el contrario, podemos encontrar productos con ingredientes que no contienen lactosa pero pueden crear confusión como ácido láctico, lactato, lactilatos de estearol.

Un diagnóstico a tiempo, un buen asesoramiento y un cuidado en la elección de los alimentos equilibrarán tu bienestar digestivo.

Su piloto tiene depresión, puede usted volar tranquilo

Dra. Cristina Soler González. Especialista en Psiquiatría. Hospital Miguel Servet (Zaragoza)

Aproximadamente una de cada cuatro personas padecerá algún problema de salud mental en algún momento de su vida. Entre ellos, la depresión, es la cuarta enfermedad más común del mundo, afectando a más de 350 millones de personas. El 30-40% de muertes por suicidio son precedidas por intentos autolíticos.

La depresión es una enfermedad en la que la persistencia de sentimientos severos de tristeza o síntomas relacionados a esta, afectan a una persona a la hora de relacionarse con otros, trabajar, o simplemente, a afrontar el día a día. Predomina en casos de depresión severa enlentecimiento motor, que incluso puede llegar a la inhibición.

Las personas con esta patología presentan gran riesgo de exclusión social, bien porque no sean comprendidas o bien porque sean rechazadas por su entorno, a lo que se la añade la propia tendencia al aislamiento que acompaña a la sintomatología de la enfermedad.

Por otra parte, también la exclusión social por cualquier motivo a la que puede verse sometida una persona considerada como "sana", puede llevar a desarrollar un trastorno depresivo, por lo que la depresión no sólo es causa, si no que también puede ser consecuencia de la exclusión social.

En el peor de los casos, la enfermedad puede llevar al suicidio (generando aproximadamente un millón de muertes anuales), pero sólo el 3% de las personas con enfermedad mental cometen actos violentos, cifra que se asemeja a la de la población general. El suicidio en estos casos, suele ser un acto autoinfligido, que normalmente se realiza en la soledad de la desesperación.

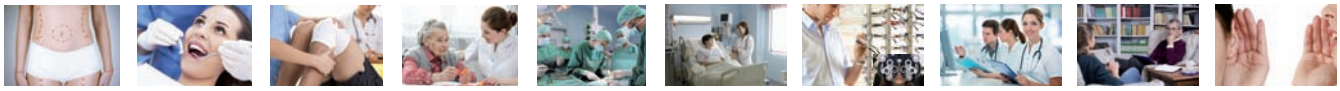
El enfermo mental es víctima de su propia situación

De esta manera hay que diferenciar a un enfermo mental de aquel que sufre un trastorno de la personalidad asociado con un estilo de vida socialmente desviado tendente a ignorar las normas sociales para satisfacer su propio déficit de estimulación, y que es consciente en todo momento de sus actos y del daño que estos pueden ocasionar. En estos casos, la detección de las ideas de muerte, son mucho mas complicadas por la preparación premeditada y la ocultación de su intencionalidad.

El enfermo mental sin embargo, es víctima de su propia situación. En la prevención del suicidio, a veces hay algunos indicios que nos pueden ayudar a advertir un posible riesgo, como pueden ser las notas de despido, cerrar asuntos pendientes, llamadas inusuales, cambios de carácter e incluso comentarios sobre la búsqueda del fin. La identificación de estas señales deberían poner a las familias sobre aviso e iniciar diferentes estrategias para minimizar el riesgo. Entre ellas podrían ser avisar a servicios de emergencia, limitar a la persona el acceso a posibles medios lesivos, no dejar solo a la persona (usar a los amigos si hiciera falta), hablar y preguntar sobre su ideas y sin juzgar plantearle una ayuda externa. El reto que plantea la desesperación del suicidio es encontrar otras maneras de resolver esos sentimientos intolerables. El apoyo de la familia y/o amigos, los tratamientos psicofarmacológicos y la psicoterapia constituyen factores muy valiosos para la prevención de la tentativa suicida y/o del suicidio consumado.

Mucho se ha especulado sobre lo que le ocurría al piloto que estrelló un avión, seguramente no sabremos que pensaba por esa cabeza cuando realizó ese acto atroz. Lo que está claro es que no es un acto típico que suelan realizar las personas con depresión. La pena es que estas circunstancias provocan mayor estigma y discriminación a personas vulnerables.

Así, si este verano planea irse de vacaciones, y piensa que quizá está en riesgo de morir porque la persona que está a su cargo en un avión, en un tren, en un barco... tiene depresión, no debe tener más miedo que el que le pueda generar el pensar morir por vivir su propia vida.



| 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 aragón@zonahospitalaria.com

Evolución del perfil del paciente atendido en un Hospital de día geriátrico en la ciudad de Teruel

Alba Vicente García. *Enfermera. Nº colegiada: 2182*

Los adelantos científicos y sociales, la mejora en el desarrollo de las condiciones de vida en nuestro entorno y el desarrollo de los sistemas sanitarios han permitido que la esperanza de vida se alargue de manera significativa. Lo que provoca también un desarrollo de problemas de salud crónicos, que en muchas ocasiones conducen a una situación de dependencia con una gran necesidad de recursos sanitarios y sociales. A medida que las personas envejecen, su autonomía puede verse afectada ante la imposibilidad de poder realizar correctamente las actividades de la vida diaria.

El hospital de día geriátrico (HDG) supone una alternativa asistencial a la hospitalización convencional, que favorece la continuidad de los cuidados y promueve una asistencia coordinada, ágil y ambulatoria sin los inconvenientes del ingreso ni la prolongación de la estancia hospitalaria.

El problema es que el número de HDG en nuestro país se encuentra muy por debajo de las necesidades reales, existiendo además una gran variabilidad territorial, y ante esta situación no debe ser el anciano quien se acomode, sino que debe ser el sistema sanitario el que se adapte a las necesidades de su principal cliente. Pero este grupo poblacional no es homogéneo, es decir, no todos los ancianos son iguales y las personas mayores pueden ser totalmente diferentes unas de otras, aunque estas presenten edades similares. Es por ello por lo que en la práctica clínica se diferencian distintos perfiles de ancianos. De ahí que sea imprescindible el estudio y conocimiento de dicho grupo poblacional en cuanto a su perfil sociodemográfico y sus características clínicas.

Objetivos

Describir la evolución del perfil de los pacientes atendidos en un HDG desde el año 2005 hasta el año 2012.

Material y métodos

Estudio retrospectivo que recoge información acerca del perfil de los pacientes atendidos en un HDG en Teruel. El periodo de estudio fue del 1 de Enero de 2005 hasta el 31 de Diciembre de 2012, tomando como objeto de estudio las siguientes variables: sexo, zona básica de salud, servicio de procedencia, diagnóstico, edad, duración del ingreso, Barthel al ingreso, Barthel al alta y diferencia de Barthel.

Resultados

Fueron atendidos 1.264 pacientes, con aumento progresivo en los 8 años de estudio, debido a la adecuada coordinación establecida entre el HDG y el resto de servicios. Esto nos hace pensar que sería interesante de cara al futuro, realizar un estudio sobre el índice de ocupación del hospital de día y la previsible evolución demográfica, de manera que nos

podamos plantear si es necesaria una ampliación en el tipo de servicios ofrecidos, o incluso la implantación de otro Hospital de día en otra ubicación del Sector.

La población evaluada es mayoritariamente del género femenino (60,7%), tal vez por la existencia de una mayor prevalencia de ciertas patologías en las mujeres, o por la mayor despreocupación por parte de los hombres a la hora de acudir a las consultas, al considerar que su estado de salud es óptimo. Predomina un rango de entre 62 y 90 años de edad (mediana, 76 años), lo que es concordante con el perfil del envejecimiento poblacional.

Aunque se trate de una unidad geriátrica, excepcionalmente y ante determinadas circunstancias y considerando los recursos que hay disponibles en el sector, se atienden a pacientes menores de 65 años, lo que nos hace pensar que sería interesante añadir otros recursos para pacientes no geriátricos.

En nuestro estudio las patologías más frecuentes son fracturas y prótesis (35,5%), ya que la prevalencia de estas patologías es mayor en mujeres mayores de 65 años, 14 característica que predomina en nuestra población de estudio. Los dos primeros años de estudio predominaron accidente cerebrovascular (25,5%) y demencia/deterioro cognitivo (24,5%), que han ido disminuyendo. Sería conveniente llevar a cabo programas de fortalecimiento muscular y reentrenamiento del equilibrio, así como una evaluación y modificación de los riesgos en el hogar. De esta manera se pueden evitar o reducir sucesos tales como caídas y golpes, que provocan mayoritariamente las fracturas en personas mayores.

Servicio geriátrico y de traumatología

El lugar de procedencia tiene un predominio en la zona urbana (75,6%), esto puede deberse a la mayor proximidad que existe con el HD o al mayor número de habitantes en la ciudad en comparación con sus municipios. Sería conveniente proporcionar facilidades para lograr una mayor accesibilidad desde el medio rural, equiparando así el número de accesos desde ambos medios.

Dentro del servicio de procedencia predominan el servicio de CCEE de geriatría (31,3%), que no es de extrañar ya que nuestro HD es un servicio geriátrico y está destinado a atender a este tipo de pacientes; y el servicio de traumatología (21,2%), que tras el establecimiento de una mayor conexión y colaboración con este servicio en el área de ortogeriatría, son cada vez más los pacientes que se derivan a HD.

Los dos primeros años de estudio predominaron Rehabilitación (30,9%) y el Hospital tras ingreso (30,9%), debido a que al inicio de la actividad el HDG atendía a pacientes ingresados en el Hospital, lugar donde se encuentra éste ubicado. La duración del ingreso ha disminuido considerablemente a lo largo de los años de estudio, pasando de una media de 70 días a una media de 30 días, debido al trabajo más estandarizado, protocolizado y multidisciplinar, y a la efectividad de las actividades llevadas a cabo.

En futuros estudios podría realizarse un análisis de las técnicas realizadas con cada paciente y sus costes, para comprobar si además de efectivas son eficientes, y hacer un análisis económico del HD.

Se obtiene, tras el ingreso, una ganancia funcional total de 15 puntos en el índice de Barthel, quedando así demostrada la eficiencia de la actividad llevada a cabo en nuestro HD. Sería interesante realizar en estudios posteriores un análisis del nivel funcional y la capacidad de marcha tras el alta. En otros estudios revisados, el nivel funcional se mantiene a los 6 meses de finalizar el tratamiento, pero la mejora en la capacidad de la marcha disminuye a lo largo del tiempo.

Conclusión

En este estudio, predomina el perfil clínico de paciente mujer de 76 años de edad, procedente de la zona urbana, que en los dos primeros años presenta un diagnóstico de ACV y demencia o deterioro cognitivo, derivado a través del Hospital tras un ingreso o a través de Rehabilitación, con una estancia media de 70 días. Tras los dos años, presenta un aumento de fracturas y prótesis, adquiriendo una mayor importancia los servicios de procedencia CCEE de geriatría y Traumatología, con una duración media del ingreso de 30 días, presentando un índice de Barthel al ingreso de 65 puntos y al alta de 85 puntos, con una clara ganancia funcional. En los años estudiados se ha producido un aumento progresivo de pacientes atendidos, por lo tanto podemos concluir que el HDG, es un recurso sanitario definitivamente implantado en nuestro Sector.

(Bibliografía en: www.zonahospitalaria.com)

La obesidad, un riesgo en aumento para la salud

Dra. María Teresa Carrasquer Pirla. Medicina Interna

La obesidad se debe a una ingesta alimenticia con aporte calórico superior al requerido para las necesidades energéticas de cada individuo.

Se trata de una enfermedad metabólica crónica de gran trascendencia sociosanitaria y económica que constituye un problema de salud pública. Además de un problema estético, altera la calidad de vida de quien la padece y aumenta la morbimortalidad de tal forma que, tanto el sobrepeso como la obesidad se consideran tan importantes como otros factores de riesgo clásico relacionados con la enfermedad coronaria.

Algunas personas tienen tendencia genética a ganar peso con más facilidad que otras porque queman calorías más lentamente, pero aunque los genes influyen sobre el tipo y el tamaño corporal, el ambiente también desempeña un papel fundamental.

En los últimos años ha habido un aumento en la incidencia de la obesidad, debido a los cambios en el estilo de vida con un aumento del sedentarismo y de la ingesta de alimentos hipercalóricos ricos en grasa, sal y azúcares pero pobres en vitaminas, minerales y otros micronutrientes.

¿Cómo realizamos el diagnóstico?

El diagnóstico se basa en la estimación del índice de masa corporal (IMC) que resulta del cociente entre el peso (kg) y la altura (m2). Es por lo tanto, variable a lo largo del tiempo y también con el sexo.

El valor obtenido en este índice se ajusta según unos intervalos que facilitó la organización mundial de la salud (OMS) para evaluar el estado nutricional de los individuos.

Si el IMC es igual o superior a 25 se considera sobrepeso, y si es igual o mayor a 30 estaríamos hablando de obesidad.

¿Qué tipo de obesidad es la más perjudicial desde el punto de vista cardiovascular?

Atendiendo a la distribución grasa, podemos clasificar la obesidad en abdominal o androide (acumulación de grasa en abdomen, tórax y cara); periférica o ginoide (acumulación de grasa en muslos y caderas) y obesidad homogénea (no predominancia de exceso de grasa en una zona localizada).

La obesidad que se relaciona con un aumento de riesgo cardiovascular es la abdominal, ya que el acumulo de tejido adiposo se da alrededor de algunos de los principales órganos, lo que puede provocar todo tipo de efectos, como alteraciones del colesterol total, aumento de triglicéridos, resistencia a insulina, incremento del riesgo de diabetes tipo 2, hipertensión, ciertas neoplasias y fenómenos proinflamatorios y protrombóticos. Por todo ello, el riesgo cardiovascular se multiplica.

¿Cuál es el principal mecanismo de daño?

El tejido adiposo además de actuar como almacén de moléculas grasas, sintetiza y libera a sangre hormonas relacionadas con el metabolismo de principios inmediatos perjudiciales para la salud y la regulación de la ingesta.

¿Cómo podemos reducir este riesgo cardiovascular?

Los pilares básicos del tratamiento de la obesidad siguen siendo las dietas hipocalóricas controladas y la práctica de ejercicio físico aeróbico regular durante unos 40 minutos al día, como caminar, bailar, natación, gimnasia de mantenimiento,...

El deporte consigue una reducción de la cantidad de grasa del cuerpo, sin influir tanto en el peso corporal como tal. Esto a priori puede parecer insuficiente, sin embargo el parámetro que interesa reducir es la masa grasa, de forma que evitamos la progresión de la placa de aterosclerosis y los eventos coronarios agudos en los sujetos obesos.

No hay que obsesionarse con perder peso rápidamente, hay que evitar dietas estrictas o deporte excesivo.

¿Quién debería fomentar estilos de vida saludables?

Es necesaria la participación activa de muchos colectivos como el gobierno, los profesionales de la salud, la industria alimenticia, los medios de comunicación y los propios consumidores. Es claramente necesario poner un mayor énfasis en los beneficios de la actividad física.

Depresión y disfunción sexual

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

La depresión es un trastorno afectivo de etiología múltiple que se manifiesta de muchas maneras. Los síntomas característicos de la depresión incluyen los sentimientos de tristeza y desesperación, la falta de interés por actividades placenteras (anhedonía), cambios en el apetito y en el sueño, fatiga e incapacidad de concentrarse. Por ello la depresión es un problema de salud muy importante.

¿Cómo se relaciona la depresión con la disfunción eréctil?

La falta de interés hacia las actividades placenteras incluye al sexo, siendo este hecho un criterio diagnóstico de depresión. Por este motivo, es frecuente diagnosticar disfunción sexual en los pacientes afectos de depresión. Dentro de las quejas sexuales de estos pacientes, la disminución de la libido es la más común, seguida por la dificultad orgásmica y la disfunción eréctil (que suele considerarse como un trastorno de la excitación). Estos pacientes también presentan una mala satisfacción sexual.

Existe una influencia bidireccional entre la depresión y la disfunción eréctil, reforzándose mutuamente ambas patologías. Las enfermedades cardiovasculares y el hipogonadismo (niveles bajos de testosterona) contribuirían a este círculo vicioso en estos pacientes. Otros factores como el estilo de vida, el contexto social, o enfermedades acompañantes también intervienen en esta interacción.

En el paciente con depresión la disfunción eréctil puede surgir por la pérdida de la libido, un menor disfrute de la relación sexual y una menor estimulación a pesar de ser hombres sexualmente funcionantes.

¿Cómo influyen los antidepresivos a la disfunción eréctil?

El tratamiento con antidepresivos es muy eficaz para tratar la depresión pero raramente mejora la función sexual (exceptuando la eyaculación precoz). Es más, a veces ocurre que el tratamiento antidepresivo, por sus efectos secundarios, desencadena una disfunción sexual de novo.

Lo efectos secundarios varían según el antidepresivo elegido, siendo los que más afectan la esfera sexual los ISRS (inhibidores de la recaptación de serotonina) convencionales (paroxetina, fluoxetina, sertralina).

¿Cómo se trata la disfunción eréctil asociada a antidepresivos?

Se realiza de dos maneras: Manipulando los propios fármacos antidepresivos y/o mediante tratamiento dirigido hacia la disfunción eréctil.

Las dosis elevadas de antidepresivos se asocian a mayor grado de disfunción sexual. Por tanto, la reducción de la dosis del fármaco es una estrategia posible, siempre supervisada por un psiquiatra, ya que los pacientes tienen riesgo de recaída o de síntomas de deprivación de antidepresivos. Otra opción sería optar por un cambio de antidepresivo, ya que los efectos secundarios sexuales difieren de unos a otros, estando sobre todo presentes en los ISRS.

No obstante, la actitud más utilizada es la adición de un segundo fármaco, como los ansiolíticos, cuando es la libido o la función orgásmica la que se ve afectada, o fundamentalmente, los inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (PDE-5i) (sildenafilo, tadalafilo, vardenafilo...), que son un complemento eficaz a los antidepresivos para tratar la disfunción eréctil, demostrando una elevada eficacia en hombres con disfunción eréctil y depresión concomitantes. Incluso en el caso del tratamiento con sildenafilo y vardenafilo, se ha observado que en monoterapia, podrían mejorar los síntomas depresivos leves.

Alimentación y diabetes

Lydia Aparicio Martínez
Enfermera, Residencia Juslibol

Gracias a la alimentación, el organismo recibe los nutrientes, sustancias imprescindibles para el correcto funcionamiento de nuestro cuerpo. Los llamados nutrientes básicos son: hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas, minerales y agua. Una alimentación adecuada es fundamental para todos, pero resulta de vital importancia en el caso de las personas diagnosticadas de diabetes tipo 2, frecuentemente asociada con sobrepeso, hipertensión, colesterol alto y triglicéridos elevados.

¿Qué es una alimentación saludable?

Seguir una alimentación variada y equilibrada, para lograr mantener un peso adecuado, en relación al sexo, actividad física y edad.
Grupos de nutrientes:

- **Hidratos de carbono:** Son las patatas, arroz, cereales, pan, legumbres, cereales y harina.

Conocidos también como hidratos de carbono complejos o lentos. Nos proporcionan energía para vivir. Las cantidades varían en función de las necesidades. Una persona joven necesita mayor aporte que una adulta o que lleve una vida sedentaria.
Las frutas son hidratos de carbono simples o rápidos. Contienen vitaminas, azúcar y minerales, y si las tomamos con piel, fibra. Son necesarias 2 o 3 raciones diarias. Las verduras y hortalizas no contienen azúcar.
Se deben tomar 2 o 3 raciones al día de lácteos o derivados, preferentemente desnatados o semidesnatados. Los quesos frescos son más saludables.

- **Proteínas:** Representan los cimientos de nuestro cuerpo, y las encontramos en la carne, huevos, pescados y mariscos. Los cereales y las legumbres también las contienen.

Se recomienda un consumo moderado, 2 o 3 veces por semana de carnes como ternera o cerdo, en raciones de 100 gramos. El pollo, pavo o conejo y pescados, se recomiendan de 3 a 5 veces por semana.

- **Grasas:** Nos ofrecen energía de reserva. El consumo tiene que ser moderado. Los alimentos precocinados y bollería industrial los contienen en mayor cantidad.
- **Agua:** Se recomienda beber aproximadamente 2 litros al día.

Recomendaciones a la hora de cocinar

- Use la báscula. Sirve para cuantificar el peso del alimento en crudo.
- Vaso medidor: Para que una vez cocinado el alimento, se puedan coger las medidas que nos hayan indicado.
- Cucharón o cazo: Método similar al anterior. Para tomar medidas indicadas.

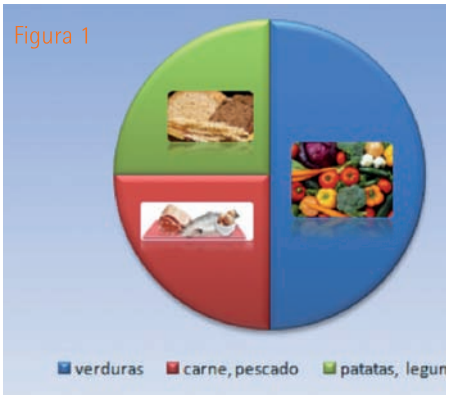
Existe una conocida recomendación, denominada el método del plato, que reparte la comida de la siguiente manera (Ver figura 1):
- ¼ plato para carne, pescado o huevo.
- ½ plato en verduras.
- ¼ plato para patatas, legumbres, arroz, etc.
- Unos 40 g de pan y una pieza de fruta.

Alimentos que debe evitar

- Bebidas refrescantes edulcoradas.
- Azúcar de mesa y derivados. Pasteles, helados, mermeladas, golosinas,... ya que pasan rápidamente a la sangre como glucosa, provocando una subida importante.
- Conservas en almíbar.

Debería tener en cuenta

Existen en el mercado los denominados alimentos de régimen, también conocidos como dietéticos, cuya composición ha sido modificada para variar alguno de sus ingredientes.



Hay que prestar especial atención a estos alimentos, y consultar siempre la etiqueta, para así comprobar el tipo de edulcorante que contiene, la cantidad de hidratos de carbono que nos aporta y el tipo de grasa.
Algunos ejemplos de estos alimentos, son los "light" con edulcorantes sintéticos. Éstos no elevan la glucemia, y tampoco aportan calorías. No están recomendados durante el embarazo, y un exceso de estos, pueden provocar diarreas. Los productos sin sal o bajos en sal resultan de gran utilidad en el manejo y control de la hipertensión.
El alcohol no está recomendado de manera general.
Realice ejercicio físico en la medida de sus posibilidades.

Recuerde que...

La alimentación que se recomienda a las personas que padecen diabetes no difiere significativamente de la que debería seguir la población en general. Simplemente, se basa en un reparto equilibrado de los distintos nutrientes y en una reducción calórica global, en aquellas personas que lo necesitan debido a su sobrepeso.

Nuestro **Camping - Bungalows - Hotel Escarra**, está situado en Escarrilla, en el Valle de Tena, rodeado de montañas y praderas, que hacen de su situación un entorno único, cerca de las estaciones de esquí de Formigal y Panticosa.

Abierto todo el año.

Ven y disfruta de las cuatro estaciones

Camping caravaning y Hotel Escarra | 22660 Escarrilla. Huesca
M 680 704 388 | F 974 487 246 | Restaurante 974 487 154
www.campingescarra.com | info@campingescarra.com

MERRELL BOREAL HellyHansen THE NORTH FACE salomon trangoworld HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

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