

INTRODUCCIÓN.

Los hábitos alimentarios varían enormemente de unos individuos o culturas a otros. Esta variabilidad no radica solo en los alimentos, sino que también existen diferencias en cuanto a la frecuencia e importancia social de las comidas. Para muchas personas, poder comer en familia compaginándolo con el trabajo, las actividades escolares y el ocio es un logro excepcional.

MODOS DE COMER DE LAS PERSONAS.

En nuestro entorno geográfico, el sur de Europa, las horas de las comidas son mucho más que el momento adecuado para realizar esta función biológica. Con frecuencia se convierten en ritos sociales con sobremesa que pueden prolongarse varias horas. Esta escena, sin embargo, es cada vez más rara, dado lo difícil que es compaginar esta práctica con los compromisos laborales y las actividades de ocio.

Las comidas en restaurantes forman parte de la vida social en casi todos los países. No obstante, la mayoría de las familias no disponen de los ingresos necesarios ni les apetece salir a cenar todas las noches.

Según algunos estudios realizados con personas que iban a hacer la compra, alrededor de la cuarta parte de los encuestados afirmaron que la facilidad y rapidez de preparación eran las consideraciones más importantes al hacer sus compras. Más de un tercio de los encuestados manifestaron que rara vez disponían de más de media hora para preparar sus comidas.

Al final de un día de trabajo agotador, la cena ideal sería aquella que fuera nutritiva y apetitosa, y que además fuera rápida y fácil de preparar.

HÁBITOS ALIMENTARIOS.

Los pueblos primitivos dedicaban muchas horas del día a buscar frutas, raíces, bayas, frutos secos, vegetales y pequeños pájaros o animalillos que les servían de alimento. Los antropólogos han descubierto que estos hombres comían en cualquier momento; siempre que tenían algo para comer. En ocasiones pasaban largos periodos sin poder comer nada. El hombre primitivo subsistía básicamente de pequeñas cantidades de alimentos bajos en calorías y, en raras ocasiones, se reunían para darse un festín después de una jornada de caza exitosa.

Algunos nutriólogos creen que nuestro metabolismo ha evolucionado después de miles de años de estilo de vida para adaptarse a la escasez de alimentos. Lo cierto es que el estómago tiene capacidad de almacenamiento y que, si bien una comida puede ser masticada e ingerida en sólo unos minutos, su digestión puede prolongarse por espacio de varias horas.

A este respecto, algunas personas se parecen más a los animales carnívoros, como los leones o los lobos, que a los hervíboros, como los conejos, las vacas o los chimpancés, que pasan gran parte del día comiendo regularmente una gran variedad de vegetales.

Actualmente se considera que comer pequeñas cantidades de alimentos varias veces al día, es el mejor sistema para controlar el peso, ya que de este modo es menos probable sentir hambre que en los periodos más prolongados que quedan entre grandes comidas.

En un estudio estadounidense reciente se advierte que el consumo de pequeñas cantidades de alimentos varias veces al día tiene un efecto reductor sobre los niveles de colesterol en sangre, en comparación con los niveles observados en individuos que realizaban tres grandes comidas al día. Según se desprende de estos estudios,

realizar varias comidas frugales al día puede ser beneficioso para la salud, con tal que los alimentos tengan un valor nutritivo elevado y que no aporten en conjunto demasiadas calorías.

Conservación de la energía.

Debido a que en los tiempos primitivos el aporte de alimentos era realmente escaso, nuestro organismo desarrolló sistemas para conservar la energía. Tomar una o dos comidas al día puede desencadenar este mecanismo de conservación. Siempre que hay un intervalo prolongado entre las comidas, el organismo recibe una señal de que falta alimento. En respuesta a esta señal, el organismo se hace más eficaz en la conservación de energía, lo que puede dar lugar a problemas de peso.

En cambio, si se consume la misma cantidad de calorías repartida a lo largo del día dejando cortos intervalos entre las comidas, el organismo no tiene necesidad de conservar energía, ya que recibe un aporte continuo de alimentos.

Las investigaciones han demostrado que el organismo emite más energía de los alimentos en forma de calor si se realizan varias comidas frugales a lo largo del día que si la misma cantidad de energía es ingerida solo en una o dos grandes comidas. Este mecanismo del organismo explica también, por qué el ayuno no produce la espectacular pérdida de peso que cabría esperar de una ingesta tan gravemente escasa de calorías.

COCINA RÁPIDA.

Actualmete comemos más que nunca en restaurantes de comida rápida. ¿ Por qué?. Las razones estan claras: rapidez de servicio, comodidad y poder elegir lo que se va a comer. Sin embargo en un momento en el que cada vez existe una mayor preocupación acerca del valor nutritivo de los alimentos, es bueno saber lo que comemos cuando vamos a un restaurante de comida rápida.

La mayoría de las comidas rápidas contienen algunos de los nutrientes necesarios, sobre todo proteínas y algunas vitaminas y minerales. Lo que no suele aportar, sin embargo, es vitamina A, vitamina C y calcio. Otro de sus inconvenientes es su elevado contenido de grasas, sodio y calorías, en relación a los nutrientes que proporcionan. Su bajo contenido en fibra también es otro aspecto preocupante que conviene tener en cuenta.

Muchos establecimientos de comida rápida ofrecen otros platos como ensaladas o macedonias de frutas. Si se desea mantener un contenido nutricional elevado pero bajo en grasas, se recomienda que las salsas se tomen con moderación.

Si para comer se elige una hamburguesa, es mejor seleccionar una sencilla que una "de lujo", ya que esta última suele contener el doble de carne y con frecuencia está aderezada con salsas y quesos muchísimo más ricos en grasas y calorías.

Generalmente el pescado y el pollo en forma de comida rápida se toman fritos y por tanto son más ricos en grasas y calorías que una hamburguesa pequeña. Es mejor optar por establecimientos donde se pueda tomar, por ejemplo, una pechuga de pollo (o cualquier otra carne magra) con pan integral acompañada de una ensalada verde.

Los alimentos de conveniencia han dejado atrás su imagen inicial de ser comidas poco nutritivas y ricas en grasas y sal. Actualmente existe en el mercado una gran oferta de artículos de preparación rápida que son perfectamente sanos. El pollo, el pescado o la carne magra son mejores preparados a la plancha o la parrilla. Sin embargo, es conveniente leer siempre las etiquetas para conocer su contenido en sal y grasas. En realidad no es difícil seleccionar bien si se siguen las mismas pautas que para los alimentos frescos.

COCINAR NO TIENE PORQUE LLEVAR MUCHO TIEMPO...

"¿Y ahora que hago yo para cenar?". Si usted, como tantas personas, se hace esta pregunta con frecuencia, considere los métodos, considere los métodos que le ofrecemos a continuación para preparar y servir comidas nutritivas.

Quizá lo más importante sea disponer de una buena despensa. Es conveniente tener la alacena, la nevera y el congelador bien abastecidos de alimentos frescos y de productos empaquetados, como arroz y legumbres, que ofrecen una amplia gama de posibilidades culinarias.

No hay necesidad de dedicar demasiado tiempo a cada componente de la comida. Si el plato principal requiere mucho tiempo de preparación, unas zanahorias cortadas en rodajas y una simple ensalada son un buen acompañamiento.

Para descongelar las carnes, lo mejor es hacerlo con el microondas o dejándolas desde la noche anterior en la nevera. La preparación de verduras en el microondas ahorra tiempo y preserva los nutrientes ya que se necesita muy poca agua y el exceso de cocción es poco probable. El microondas es también muy útil para calentar las sobras.

Cuando disponga de tiempo para cocinar, cocine para todo un ejército y congele las sobras. Las sopas y las pastas, por ejemplo, se congelan perfectamente, e incluso a veces mejoran de sabor tras ese proceso de congelación-calentamiento. Los estofados y otras viandas pueden dividirse en raciones y congelarse hasta que se precisen.

Sus comidas, por tanto, pueden girar alrededor de estos alimentos que se preparan de antemano. Descongelar unas verduras o calentar una barra de pan para acompañar una buena sopa no es lo mismo que empezar a cocinar desde el principio.

COMER ANDANDO.

Aunque en nuestro país no es tan frecuente, si se puede darse en algún caso. En países como E.E.U.U., por ejemplo, es muy frecuente observar gente que come mientras se desplaza por la calle. ¿Es aconsejable comer mientras se anda?. Ciertamente, el cuerpo se adapta a todo; los alimentos pueden ser masticados y deglutidos en cualquier circunstancia. Sin embargo, si se realiza una actividad muscular intensa mientras se come, la sangre es desviada desde el estómago y los intestinos a los músculos, por lo que la digestión de los alimentos puede quedar temporalmente interrumpida o ser incompleta.

Los médicos que tratan a pacientes con molestias gástricas descubren que muchos de ellos comen deprisa y generalmente lo primero que encuentran. Muchos de estos casos se solucionan simplemente si el individuo se acostumbra a comer de forma relajada.

LA ALIMENTACIÓN EN EL NIÑO.

Cuando cumple su primer año de vida, por regla general, el niño triplica su peso y aumenta de talla en un cincuenta por ciento respecto al momento del nacimiento, y su cerebro alcanza las dos terceras partes del que será su volumen definitivo. Para llevar a buen término este extraordinario proceso, que no se vuelve a repetir en ningún otro momento de su vida, la alimentación desempeña un papel primordial.

La alimentación debe ser equilibrada, aportando al organismo la cantidad y variedad de nutrientes necesarios. Por ello es importante que los diferentes tipos de alimentos se introduzcan de forma paulatina en la dieta del pequeño, obedeciendo a la madurez que irá adquiriendo su delicado aparato digestivo.

Las primeras papillas

Las grandes novedades en la dieta del niño están marcadas por las primeras paillas. El paso del biberón a un alimento sólido se inicia también con una alimentación variada, de nuevos sabores y texturas. A partir de los 4 meses, dependiendo siempre del consejo del pdiatra, se incluyen en su alimentación las papillas instantaneas elaboradas a partir de las harinas de cereales. Constituyen una importante fuente energética para el niño porque son ricas en hidratos de carbono, hierro y vitaminas.

En el mercado están disponibles diversas marcas de harina y las hay de dos tipos: las lacteadas (contienen leche en fórmula), que se preparan disolviéndolas en agua, y las no lacteadas, que se disuelven en leche o leches de fórmula. Las primeras papillas, hasta los 6 meses, deben ser a base de cereales sin gluten. A partir de los 6 meses se pueden incluir las que contienen cereales con gluten.

La cuchara y yo

Con las primeras papillas aparece otra gran novedad para el bebé: la cuchara, que usará naturalmente a medida que incorpore en su dieta diversos tipos de papillas.

Ahora se entra en la llamada fase del destete, porque gradualmente pasará de alimentarse con líquidos, succionando do pecho o del biberón, a tomar alimentos sólidosm, con nuevos saboresy con un elemento agragado, la cuchara.

Convertirla en un objeto de juego facilitará su adaptación y no le resultará traumático comprender que es la portadora de un nuevo alimento, que debe aprender a tragar y que, como la leche, tambien sacia su apetito.

Conviene que el niño tenga su propia cuchara mientras come para que juegue y se familiarice con ella. Los mas grandecitos probablemente golpearán con ella la mesa o la bandeja de la sillita o la trona y tratarán de introducirla en el plato.

Es importante permitirle que chupe de la cuchara que tiene la papilla, cualquiera que sea su tipo, porque chupar sigue siendo una forma de exploración y de conocimiento. También se puede probar con diferentes tipos y formas de cucharas (ligeras y de colores) hasta que el niño encuentre la que se adapta a sus necesidades y gustos.

Ya come solido

Las papillas de harinas de cereales representan laprimera alimentación complementaria y el primer contancto con un alimento más sólido que la leche. Se acerca el momento de los platos con otro tipo de productos, de texturas mas sólidas y que incluyen condimentos como la sal.

Por lo general, al mismo tiempo que se incia con las papillas de cereales, el peditra suele recomendar que se incluyan en la dieta del bebé unas cucharadas de zumo de fruta natural (preferentemente naranja). Es el primer paso que conducirá a las papillas de frutas naturales. Así, comenzará a tomar la fruta triturada entre los siete y los nueve meses.

A continuación están als papillas de verduras y horatlaizas, preparadas en forma de purés caseros. También los cereales y productos con gluten (pan, galletas, bastones). Poco a poco el peditra indicará agregar a estas papillas diferentes tipos de carnes. Hasta los 9 meses no se incluyen el pescado y los huevos. Sobre el dinal del año se pueden mezclar en las papillas alimentos en trocitos que masticará o se las ingeniará para deshacerlos mientras chupa.

Las papillas caseras de frutas, verduras o carnes, tienen su versión envasada en los tarritos. Siempre que no haya contraindicación del médico, a la medida que se introduce al niño en la alimentación complementaria, puede comer los más adecuados para su edad, la calidad de su elaboración está garantizada por los controles

en el proceso de fabricación, pero no es conveniente reemplazar con frecuencia la comida casera, elaborada con productos frescos, por la de tarritos.

¡Marchando un tarrito, mamá!

Creados por los laboratorios dedicados a la nutrición infantil, los tarritos están elaborados a partir de productos naturales sometidos a procesos que permiten que el delicado aparato digestivo de los niños asimile sin problemas.

Por lo general, los niños aceptan con gusto los tarritos y sólo en casos excepcionales podría desaconsejarse su suministro. Los tarritos no contienen colorantes ni conservantes y su aporte de nutrientes está equilibrado, así como la cantidad de azúcar y de sal que incorporan. La mayoría no contienen gluten.

Los tarritos resultan el recurso mas cómodo y práctico cuando por diversas razones no se puede tener la comida del niño a punto o se está fuera de casa. Así, pueden actuar para ayudar a los niños a adaptarse a los primeros alimentos sólidos.

Su conservación, hasta la fecha de caducidad, está garantizada por el envasado al vacío y su cierre hermético. Antes de comprarlos conviene controlar la fecha de caducidad y comprobar que cuando se abre el tarro se produzca un pequeño ruido.

Nuevos menús, nuevos horarios.

Una mayor cantidad de horas de sueño nocturnos continuados, y la incorporación de la alimentación complementaria provoca un reajuste en los horarios de las comidas del bebé. Las seis tomas diarias de los 3 primeros meses, entre el tercero y el quinto mes se reducen a cinco. Este cambio obedece a que se despierta más tarde, puede entretener su apetito con las primeras cucharaditas de zumo y la gran novedad de las papillas de cereales y de frutas naturales, que suelen reemplazar la toma del mediodía.

De los 5 a los 6 meses mantendrá el ritmo de cinco comidas. El proceso de crecimiento está en pleno desarrollo, el organismo del niño necesita alimentos más ricos en calorías, que le aporten proteínas, hidratos de carbono y grasas, como las papillas de verduras con carne. Lo más probable es que el pediatra indique reemplazar la última toma por estas papillas.

Entre los 6 y los 8 meses, por regla general hará 4 comidas, de las cuales tres serán papillas que aporten proteínas, vitaminas y hierro adicionales necesarios para el crecimiento, en papillas de carne y ave, con incorporación de yogur, queso y pan seco.

De los 8 meses a los 12 también hará cuatro comidas, de las cuales la comida y la cena serán las principales. En esta fase comienza a comer yema cocida de huevo, pastas, pan tierno y galletas.

Los suplementos vitamínicos.

Una dieta variada es la mejor fuente de vitaminas. Durante los primeros meses de la vida, cuando la dieta se compone exclusivamente de leche, las cantidades de hierro y vitamina D no son suficientes para cubrir las necesidades del niño. Por eso, algunos pediatras recomiendan suplementos vitamínicos, aunque en países soleados es posible que no sea imprescindible suplementar la vitamina D. Por otra parte, las leches para biberones ya llevan el suplemento incorporado. Más adelante, cuando el niño ya consume una dieta variada, no existe ninguna razón científicamente demostrada para administrar suplementos vitamínicos.

¿Qué es la diabetes?

La diabetes azucarada (mellitus) es una alteración del metabolismo caracterizada por el aumento de los niveles de azúcar en sangre (hiperglucemia) , causada por un defecto (completo o no) de la secreción o acción, de una hormona: la insulina. La **insulina se produce** en unas formaciones especiales que se encuentran en el páncreas: **los islotes de Langerhans.**

Los niveles del azúcar en la sangre se mantienen, en las personas no diabéticas, dentro de unos límites normales muy estrechos, sobrepasando muy rara vez los 130 mgrs por dl, incluso cuando se han tomado alimentos muy ricos en azúcares.

Esta estabilidad de la glucemia se debe a la existencia de un mecanismo regulador extraordinariamente fino y sensible.

Cuando una persona no diabética ingiere alimentos, los azúcares que estos contienen se absorben desde el intestino y pasan a la sangre, tendiendo a elevar los niveles de azúcar en esta. Tal tendencia a la elevación es inmediatamente detectada por las células productoras de insulina que responden con una secreción rápida de esta hormona.

La insulina, a su vez, actúa como una llave que abre las puertas de las células en los músculos, el tejido graso y el hígado, permitiendo entrar al azúcar y disminuyendo por tanto su nivel en la sangre. Todo este mecanismo es muy rápido, no dando tiempo a que la glucemia se eleve.

Una vez que el azúcar ha entrado en los tejidos, es quemado (metabolizado) y produce energía que es utilizada para mantener las funciones de los órganos y su estructura.

En una persona con diabetes, la producción de la insulina está tan disminuida que se altera todo el mecanismo regulador: las elevaciones del azúcar sanguíneo no son seguidas por un aumento suficiente de la insulina, el azúcar no puede penetrar en las células y su cantidad continua elevándose.

Como consecuencia, las células, faltas de combustible, no producen energía suficiente y alteran sus funciones. Esta falta de energía es la razón de que un diabético mal controlado pueda sentirse flojo, sin fuerza (**astenia**). Por el mismo motivo, las células se encuentran hambrientas, siendo esta la razón de que una persona con diabetes no controlada pueda sentir hambre (**polifagia**).

Puesto que no puede recibirse energía de los azúcares, el organismo intenta obtenerla a partir de las grasas, produciéndose una movilización de las que se encuentran almacenadas en el tejido adiposo. Esta es la razón del posible **adelgazamiento** del diabético no controlado.

Debido a los altos niveles del azúcar en la sangre el riñón, que actúa como un filtro para esta, recibe una notable sobrecarga de azúcar. Como la capacidad del riñón para concentrarla es limitada, se ve obligado a diluirla utilizando agua del organismo. Esta situación conduce a una cierta deshidratación que se percibe por el diabético como un aumento de la sensación de sed (**polidipsia**). Por otra parte, el aumento de la eliminación de agua hace que las personas con diabetes no controlada puedan orinar más de lo normal (**poliuria**).

De este modo, vemos como el aumento del azúcar en la sangre, debido a la falta de insulina, conduce a los que se consideran como **síntomas cardinales** de la diabetes: **poliuria, polidipsia, polifagia, adelgazamiento y astenia.**

Tipos de diabetes

Pese a que las consideraciones generales que hemos apuntado en el apartado anterior son aplicables a cualquier forma de diabetes, las causas por las que se produce , la forma en que se presenta y aquella en que evoluciona, hacen que se distingan **algunos tipos bien diferenciados de diabetes:**

- **La diabetes tipo 1.**
- **La diabetes tipo 2.**
- **La diabetes gestacional**
- **Otras formas específicas de diabetes**

(Según la nueva clasificación aprobada por el comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes y publicada en la revista Diabetes Care , vol 20, nº7, pág. 1183. La nueva clasificación, hace desaparecer los términos de insulino dependientes y no insulino dependientes con que previamente se aludía a la diabetes tipo 1 y tipo 2.).

Diabetes tipo 1

Esta forma de diabetes que aparece sobretodo en niños, adolescentes y adultos de menos de 30 años, es debida a una destrucción completa o casi completa de las células productoras de insulina, como consecuencia de un proceso autoinmunitario.

Este tipo de procesos consisten en que el sistema de defensa del organismo frente a las agresiones externas (sistema inmunitario), "confunde" con un elemento agresor a alguna sustancia que, en realidad, es un constituyente del organismo, lo ataca y lo destruye. En el caso de la diabetes tipo 1, la sustancia en cuestión sería alguno de los constituyentes de las células productoras de insulina en el páncreas.

Además de la edad de aparición, que ya hemos comentado, la diabetes tipo 1 se caracteriza por:

- Un comienzo relativamente brusco, acompañado de todos o la mayoría de los síntomas cardinales de la dolencia (ver apartado anterior).
- Una necesidad absoluta, vital de insulina para el tratamiento. De no utilizarse la insulina, los diabéticos de este tipo sufrirían un rápido agravamiento, hasta caer en un "coma diabético"
- Desde el punto de vista del laboratorio, los diabéticos tipo 1 presentan alteraciones características (ausencia de secreción de insulina, anticuerpos contra las células productoras de insulina,..). Tales análisis son utilizados, a veces, con fines de investigación, pero no tienen utilidad en la rutina del tratamiento.

Cuando, en una diabetes con las características clínicas de la tipo 1, no pueden demostrarse ningún tipo de marcadores de la existencia de un proceso autoinmunitario , se la califica de idiopática (de causa desconocida). Esta forma de diabetes , introducida con las últimas modificaciones de la clasificación, es de muy baja frecuencia.

Diabetes tipo 2:

Esta forma de la diabetes aparece habitualmente en personas mayores de 40 años, siendo tanto más frecuente cuanto más avanzada sea la edad. Sus causas son una combinación de factores genéticos y ambientales, aunque no se conoce con exactitud cual es el rasgo que se hereda. Lo más probable es que lo heredado sea un conjunto de rasgos, frecuente cada uno de ellos en las personas, pero agrupados en una combinación relativamente poco frecuente.

Además de la edad de aparición, son caracteres importantes de la diabetes tipo 2:

- La aparición solapada, con muy pocos o ningún síntoma. Muchas veces se descubre casualmente.
- La frecuente asociación con el sobrepeso, la tensión arterial alta y las alteraciones del colesterol y otras grasas sanguíneas.
- La frecuente respuesta, al menos inicialmente, a la dieta, el ejercicio y los medicamentos en forma de pastillas. La insulina es, en ocasiones, necesaria para conseguir un control adecuado, pero no es vital.
- La ausencia, en los análisis, de aquellas alteraciones que caracterizan a la diabetes tipo 1,

(mantenimiento de la producción de insulina, ausencia de anticuerpos, etc..)

La diabetes tipo 2 es, con mucho, la más frecuente de las formas de diabetes en las sociedades de nuestro entorno, constituyendo más del 80 por ciento del total de las diabetes.

El hecho de que, muchas veces, carezca de síntomas, hace especialmente importante la búsqueda de su diagnóstico entre las personas de mayor riesgo: familiares directos de diabéticos tipo 2, obesos, hipertensos, etc.., puesto que ignorada y no tratada, puede conducir a complicaciones, a medio y largo plazo, tan importantes como las de la tipo 1.

Diabetes gestacional:

La diabetes gestacional es aquella que aparece durante el embarazo en una mujer que previamente no la padecía. No debe confundirse con la situación de una diabética (tipo 1 o tipo 2) que, en un momento dado, queda embarazada.

Se trata de una situación que se produce con una frecuencia relativamente alta y, por ello, debería de buscarse en todas las embarazadas, especialmente si presentan algún riesgo especial (diabetes gestacional previa, antecedentes familiares, alteraciones previas de la curva de glucemia, etc..).

La detección de la diabetes gestacional es de gran importancia, dadas las consecuencias que, de pasar inadvertida, puede tener para el fruto del embarazo. Su tratamiento correcto, hasta conseguir la casi-normalización de los niveles de azúcar, es primordial.

Otras formas específicas de diabetes:

En este apartado, también recién incluido en la clasificación, se sitúan un buen número de las antes llamadas diabetes secundarias, junto con una serie de síndromes genéticos definidos en los últimos años. Entre ellas se cuentan:

- Defectos genéticos de la función de las células beta
- Defectos genéticos de la acción de la insulina
- Enfermedades del páncreas exocrino
- Endocrinopatías
- Inducida por fármacos o de origen químico
- Infecciones
- Formas infrecuentes de origen inmune
- Otros síndromes genéticos relacionados con diabetes

Alteración de la tolerancia a la glucosa:

Dentro de esta categoría de alteraciones del metabolismo de los azúcares, se incluyen aquellas personas cuyos niveles de glucosa no son lo bastante altos como para considerarlas diabéticas pero que, cuando se les somete a una sobrecarga de 75 grs de glucosa pura, responden de un modo intermedio entre la normalidad y la diabetes franca.

Concretamente se considera incluidas en esta categoría a quienes presentan niveles de glucosa en sangre, dos horas después de la sobrecarga, situados entre 140 y 200 mgrs por cien.

Cuando esta situación se produce durante un embarazo, se conoce como alteración de la tolerancia a la glucosa gestacional y requiere cuidados similares a los de la diabetes aparecida durante la gestación.

La alteración de la tolerancia a la glucosa es extraordinariamente frecuente (aproximadamente el doble que la diabetes misma) y puede constituir un estadio previo en la historia natural de la diabetes, precediendo a esta. En el 40 % de las ocasiones, la alteración detectada con una prueba de sobrecarga, revierte a lo normal cuando la prueba se repite.

Alteración de la glucemia en ayunas

El mismo comité a que aludíamos al principio del apartado sobre la clasificación de la diabetes, acaba de introducir este nuevo concepto, relacionado con la modificación aprobada para el criterio de normalidad de las cifras de glucosa en sangre.

El comité considera como normales los valores iguales o inferiores a 110 mgrs por ciento, en tanto que los iguales o superiores a 126 se consideran como definitivamente anormales, siempre que la determinación se haya hecho en plasma venenoso y por un laboratorio de garantía.

Como consecuencia, se considera como alteración de la glucemia en ayunas a los valores comprendidos entre 110 y 126 mgrs por ciento.

Tratamiento de la diabetes.

El tratamiento de la diabetes, dirigido a la consecución de un buen control, se basa en **tres pilares: la alimentación, el ejercicio y la medicación.**

Los dos primeros son siempre necesarios, en tanto que la medicación solamente lo es cuando la alimentación y el ejercicio no resultan suficientes para lograr los objetivos de control.

Por supuesto, en el caso de la diabetes tipo 1 o insulino-dependiente, a la dieta y el ejercicio deberá sumarse, obligatoriamente, la insulina. Ya vimos, al examinar los diferentes tipos de diabetes, que la utilización de la insulina resultaba vital en este tipo de diabetes.

Además, y en cualquier caso, el tratamiento de la diabetes debe incluir a la **educación diabetológica.**

La educación sanitaria es un elemento importante para el tratamiento de cualquier dolencia crónica, pero **en el caso de la diabetes es** mucho más que eso: puede considerarse como la base sobre la que deben asentarse los otros tres pilares que hemos mencionado.

Pasemos a examinar cada uno de estos aspectos del tratamiento.

Alimentación:

Una alimentación correcta es, seguramente el aspecto más importante del tratamiento en cualquier tipo de diabetes.

Conviene decir desde el principio que "alimentación correcta" no debe tomarse en el sentido que habitualmente se le da a la palabra dieta. Este término se asocia, en la mente de las personas con diabetes, con limitaciones importantes de la comida, en una palabra, con "hambre".

En realidad, **el objetivo de la alimentación de una persona con diabetes es, además de conseguir el control de la dolencia, el alcanzar o mantener el peso correcto.** Por lo tanto, solamente **tendrá ciertas restricciones en el caso de las personas con sobrepeso u obesidad.** Las personas **con un peso normal, deberán comer en la misma forma que se aconseja para la población general** de la misma edad y condiciones. Ni siquiera la prohibición de los "dulces" puede considerarse como absoluta.

Unas pocas **palabras clave** **personalizada, variada y equilibrada, bien distribuida y regular.**

El régimen de alimentación debe procurarse que **toda la familia utilice el mismo modo de alimentación**, variando, de sus hábitos anteriores, solamente lo imprescindible. De nada serviría una alimentación "ideal" que, por forzar demasiado las costumbres familiares, no fuera aceptada ni seguida.

Por **dieta equilibrada se entiende aquella que contiene los principios inmediatos (azúcares, proteínas y grasas) en la cantidad y proporciones adecuadas, obtenidos a partir de los alimentos adecuados** (verduras, carnes, pescados, leche, aceites, frutas, féculas y harinas). **El hecho de ser equilibrada, la hace automáticamente variada.**

La **distribución de los alimentos a lo largo del día**, especialmente de los azúcares (hidratos de carbono), **es crucial para una persona con diabetes, especialmente si se inyecta insulina**. Debe tenerse en cuenta que las tomas de alimentos tienen que coincidir con los momentos en que la insulina que se inyecta tiene su acción más intensa. **En general debería distribuirse en al menos cinco tomas** : desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena, con el añadido, en ocasiones, de una última toma antes de acostarse.

Finalmente, **regularidad (nunca monotonía)**. Los horarios, composición de los alimentos y sus cantidades, deben de ser suficientemente estables, sin grandes variaciones de un día a otro. De lo contrario, la dosis y horario de los medicamentos o de la insulina, tendrían también que variar, haciendo muy difícil el control adecuado de los niveles de azúcar.

La mayor parte de los especialistas utilizan, para conseguir estas premisas, algún **sistema de equivalencias en forma de "raciones"**. Se trata de tablas, muy sencillas, donde se indica, para cada alimento concreto, la cantidad que contiene 10 gramos de hidratos de carbono (azúcares), de modo que pueda elegirse cualquier alimento, sabiendo siempre la medida en que debe tomarse.

Las **ocasiones especiales** (celebraciones, Navidad, etc.), **pueden ser "pactadas"** entre la persona con diabetes y su médico, permitiéndose algún extra por parte de este último y aceptándose algunas limitaciones, por parte del primero.

En definitiva, la alimentación de una persona con diabetes debe ser la que corresponde a su edad y situación. Quienes suelen comer mal, los raros, son los demás.

Para el caso de **la persona obesa**, o con sobrepeso importante, la **situación es algo diferente. La pérdida de peso**, hasta alcanzar el correcto, **es la medida de tratamiento más importante** en este tipo de personas. **Mediante ella**, no solamente **se consigue un mejor control** de los niveles de azúcar mientras se hace la dieta, sino que **se mejora también la índole misma de la dolencia**, produciéndose una mejoría de la tolerancia a los azúcares, de forma definitiva.

El único modo de perder peso, de forma segura, es la realización de una **dieta hipocalórica, es decir que contenga menos calorías de las necesarios para mantenerlo**. Ello impone limitaciones en la cantidad y calidad de los alimentos, manteniendo, sin embargo, las **condiciones de equilibrio, variedad y personalización** que antes mencionábamos.

Además, la alimentación de una persona con diabetes **deberá contemplar también la corrección de otras alteraciones que, con frecuencia, coinciden con la diabetes**: aumento del colesterol, de los triglicéridos, de la tensión arterial, etc... En estos casos, la alimentación deberá experimentar algunas limitaciones más que para los sujetos en que no se presenten estas coincidencias.

Algunos aspectos de especial interés práctico:

- **"Alimentos para diabéticos".**

Existen en el mercado, una multitud de alimentos que se han etiquetado como "para diabéticos" o "tolerados para los diabéticos". En principio, tales alimentos no son aconsejables para las personas con diabetes. Esta afirmación se debe a varias razones:

- La composición de los alimentos para diabéticos no suele estar suficientemente detallada en la etiqueta. Con frecuencia es imposible saber que clase de grasa y cuanta contienen o cual es la sustancia que se ha usado para prestarles sabor dulce (edulcorante).
- Estos alimentos no suelen contener azúcar comercial (sacarosa), pero, muchos de ellos, contienen fructosa o sorbitol, sustancias con contenido calórico y que son realmente azúcares o se convierten en azúcar una vez ingeridas.
- El etiquetado "para diabéticos" hace que las personas que las utilizan piensen que pueden tomar la cantidad que quieran, sin limitaciones. En cualquier caso, esto sería falso, por las razones de composición que antes hemos visto.

Como hemos dicho antes, **es preferible que las personas con diabetes "pacten" con su médico la toma de algunos alimentos** teóricamente prohibidos, **en ocasiones especiales**, a que consuman sin discriminación alimentos supuestamente diseñados para ellos.

- **Edulcorantes:**

En el apartado anterior hemos mencionado, de pasada, la existencia de sustancias utilizadas para dar sabor dulce a los alimentos: los edulcorantes.

En principio, suele aconsejarse a las personas con diabetes que no utilicen el más común de los edulcorantes: el azúcar comercial (sacarosa).

Como alternativas, se les ofrecen varios tipos de sustancias que tienen la propiedad de tener un sabor mucho más dulce que el de la sacarosa, por lo que pueden agregarse en cantidades mucho más pequeñas, consiguiendo igual intensidad del sabor.

En general, los edulcorantes pueden ser de dos tipos: calóricos y acalóricos, según que proporcionen una cantidad significativa de energía (calorías) o no lo hagan.

Los edulcorantes calóricos son fundamentalmente la fructosa y el sorbitol, en tanto que los no calóricos están representados por la sacarina.

En general son más aconsejables los edulcorantes que no contienen calorías, del tipo de la sacarina.

- **Bebidas refrescantes, vino, licores.**

Las infusiones, el agua y las gaseosas blancas, no contienen azúcar y son aconsejables como bebida para personas con diabetes.

La existencia actual de numerosas bebidas refrescantes calificadas de "light", ha ampliado enormemente las posibilidades de las personas con diabetes en este aspecto. Todas ellas están exentas de azúcar comercial y suelen utilizar edulcorantes acalóricos, puesto que están diseñadas para personas con sobrepeso o que desean perder peso.

El vino puede formar parte de la alimentación de una persona con diabetes, siempre en cantidades moderadas y previo acuerdo con su médico.

Los licores no deberían, en general, ser usados por personas con diabetes, dado su alto contenido en alcohol.

- **Ejercicio físico:**

Es evidente que los beneficios generales de la realización regular de ejercicio, son también adecuados para las personas con diabetes. Trataremos aquí, por tanto de aquellos que puedan estar más directamente relacionados con el tratamiento de la diabetes.

Desde este punto de vista, **el ejercicio tiende a bajar los niveles del azúcar sanguíneo, por aumento de la utilización de la glucosa en el músculo.**

Este efecto del ejercicio se produce **tanto en la diabetes tipo 1 como en la tipo 2** y es utilizado como parte del tratamiento, para conseguir el descenso de la glucemia en determinados momentos del día. En esta forma, el ejercicio no sería sino un **complemento del efecto de la alimentación y de la medicación sobre los niveles de azúcar.**

Vivir con diabetes.

Algunos aspectos prácticos.

La diabetes no debería, en términos generales, suponer ninguna clase de limitación para las actividades de la vida diaria. Sin embargo, hacer compatible el mantenimiento de un buen control con la realización de una vida normal, integrada en las actividades sociales, laborales y de esparcimiento habituales, requiere el conocimiento de algunas normas esenciales. En este apartado vamos a tratar de algunas de tales normas prácticas.

- **VIAJES Y VACACIONES.**

Una persona con diabetes puede realizar cualquier tipo de viaje y escoger cualquier ambiente para sus vacaciones. No existen prohibiciones en este aspecto ni tampoco recomendaciones especiales.

Durante los periodos de vacaciones, es habitual que se produzca un **cambio en los horarios y en el ejercicio físico** que pueden requerir **pequeños ajustes en el tratamiento**, especialmente en la dosis y horarios de la insulina.

Un buen ejemplo de tales ajustes es el debido al **cambio de la hora de levantarse**. No se puede pretender que una persona con diabetes que, durante su tiempo de trabajo se levanta a las 7 de la mañana continúe haciéndolo durante las vacaciones. El cambio no representa **ningún problema para personas tratadas solo con dieta o con pastillas**. Para la **persona que se inyecta insulina**, será necesario un **ajuste del horario de sus comidas** que permita mantener la coincidencia entre estas y el momento en que la insulina tiene su acción máxima. Conviene **consultar con el médico, antes de la partida**, el tipo de ajustes necesarios para un caso particular, ya que, debido a la individualización del tratamiento, **no existen normas generales.**

Cuando se hagan necesarios cambios, la persona con diabetes debería **aumentar la frecuencia del autoanálisis**, con el fin de comprobar el resultado de los ajustes y de corregirlos en caso necesario.

Durante los viajes, algunas normas resultan esenciales:

- **Llevar siempre a mano el material necesario para la inyección de insulina y la determinación del azúcar en sangre.**
- **Nunca debe dejarse la insulina y demás materiales en la maleta, sino que deben ir con el equipaje de mano, dentro de un "maletín básico" que después describiremos.** Los compartimentos de equipajes de

los aviones pueden alcanzar temperaturas muy bajas.

- Si se prevé que la insulina puede ser sometida a temperaturas altas, introducirla en un termo previamente enfriado.
- Llevar siempre azúcar y alimentos extra (frutas), por la posibilidad de una hipoglucemia.
- En caso de viajes largos por carretera, parar y tomar algún alimento cada 2 horas. Si la persona con diabetes es el conductor, esta precaución será especialmente importante. Parar inmediatamente al menor síntoma sospechoso de hipoglucemia.
- En caso de excursiones a pie, nunca estrenar calzado el día de la excursión.
- Los viajes transoceánicos en avión, pueden obligar a cambios del tratamiento con insulina, como consecuencia de los cambios de horario. Cada caso debe consultarse con el médico quién realizará los ajustes necesarios, dependientes de los horarios de vuelo y de los cambios de zona.

Maletín básico de viaje:

De acuerdo con lo que venimos diciendo, la persona con diabetes debería preparar para sus viajes un maletín que contenga:

- Insulina en cantidad suficiente (especialmente si viaja a un país en el que no sabe con seguridad si podrá adquirirla).
- Dispositivo para inyección (jeringa, plumas).
- Tiras reactivas para la determinación del azúcar en sangre.
- Medidor de la glucemia.
- Lancetas u otro dispositivo para la punción en el dedo.
- Tiras reactivas para acetona en orina.
- Azúcar y/o alimentos de absorción rápida (galletas, frutas, zumos..)
- Glucagón.

• CONSERVACIÓN DE LA INSULINA.

Para el caso de jeringa precargada, puede conservarse a temperatura ambiente durante 4 semanas la que esté en uso, el resto deberá mantenerse en nevera entre 4 y 8° C, hasta el momento de su utilización. En el caso de los viales estos deben permanecer en la nevera.

La insulina no debe ser sometida a temperaturas extremas tanto por frío como por calor. Nunca debe dejarse, por tanto en la guantera de un coche, sobre un radiador u otra fuente de calor. Tampoco debe quedar expuesta a la luz directa del sol, independientemente de la temperatura.

• TRABAJO Y DIABETES.

En general, las personas con diabetes **no deben ser discriminadas** a la hora de tomar un empleo. La diabetes no supone limitación alguna para la mayoría de los trabajos. Algunos estudios parecen incluso demostrar que el absentismo laboral es inferior en las personas con diabetes que en los no diabéticos.

Algunos trabajos, sin embargo, no son aconsejables para personas con diabetes y **otros están explícitamente prohibidos**.

No son aconsejables aquellos trabajos que impliquen una notable irregularidad en los horarios y en la alimentación, por la dificultad que suponen para un buen ajuste del tratamiento.

Por la misma razón, **las personas con diabetes no deberían realizar trabajos que impliquen turnos cambiantes** (una semana por la mañana, otra por la tarde y la tercera por la noche). Para quienes estén en este caso, debería intentarse un cambio a turno fijo, siempre que sea posible.

Tampoco son aconsejables, aunque no estén prohibidos, aquellos trabajos que impliquen un **riesgo físico grave, en caso de hipoglucemia**. Como ejemplo, esta situación se daría en personas obligadas a trabajar a grandes alturas.

Los trabajos prohibidos a las personas con diabetes incluyen:

- Las fuerzas armadas. (La diabetes es, incluso, eximente para el cumplimiento del servicio militar).
- Trabajos en los que una hipoglucemia pudiera significar riesgos graves para otras personas. Pilotos, conductores profesionales, etc..

• **PERMISO DE CONDUCIR.**

Las personas con diabetes **no pueden obtener los permisos de conducir de aquellas clases que implican profesionalidad (B2, C1, C2, E).**

Para la obtención y renovación del **permiso habitual para particulares (A1, A2 y B1)**, se requiere la **presentación de un certificado médico** que mencione el tipo de tratamiento. Este permiso **está vedado a personas con diabetes que se inyecten 40 o más unidades de insulina, de una sola vez.**

CORAZÓN.

LA ANEMIA

–DEFINICIÓN:

Es la disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre. Este parámetro no es un valor fijo, sino que depende de varios factores tales como la edad, sexo y ciertas circunstancias especiales tales como el embarazo. Decimos por tanto, que la anemia es una disminución del nivel de hemoglobina (Hb) o valor hematócrito (Hcto) por debajo de la media.

Consideramos que un paciente es anémico, cuando su masa eritrocitaria está lo suficiente disminuida como para no aportar el oxígeno necesario a las células. De cualquier manera, una caída brusca del Hb desde un valor previo también puede indicar la existencia de anemia, a pesar de no alcanzar los límites establecidos por debajo de los cuales es habitualmente considerado este diagnóstico.

Existen determinadas situaciones (gestación, insuficiencia cardiaca, etc...), donde podemos observar un incremento del volumen plasmático, y aparecer entonces una anemia dilucional, debido a una expansión plasmática. Existen múltiples clasificaciones de las anemias, dependiendo del volumen de las hematíes, de la existencia de pérdidas hemáticas, de la existencia de efectos eritrocitarios, y así un fin de datos más, que complican desde un punto de vista docente la aproximación al estudio y a la exposición del síndrome anémico. Nos centraremos en el análisis de la anemia desde un punto de vista global.

–SÍNDROME ANÉMICO:

Con respecto a la sintomatología que puede presentar el enfermo con anemia, ésta puede ser muy variado, dependiendo fundamentalmente del proceso etiológico y también de la velocidad de instauración.

Una hemorragia masiva desencadenará un cuadro de disnea, palidez masiva, taquicardia y shock, pudiendo acabar con la vida del enfermo en muy poco tiempo; mientras que pequeños sangrados de manera crónica (hemorroides), pueden instaurarse progresivamente y ser muy tolerados por los enfermos que tan sólo mostrarán una astenia moderada pero progresiva y una intolerancia al esfuerzo

los síntomas más frecuentes que se han encontrado son. la astenia, cansancio e intolerancia al esfuerzo, que se hace cada vez más patente, apareciendo con mayor prontitud y ante menores esfuerzos. En ocasiones podemos observar cambios en el humor, disminución de la capacidad de concentración, irritabilidad e insomnio, relacionados con la falta de adecuada oxigenación cerebral.

La anemia produce en el organismo una serie de trastornos de tipo general que no coinciden con una enfermedad concreta y que se podrían resumir en la siguiente tabla:

- Manifestaciones generales: cansancio, disminución del deseo sexual.
- Manifestaciones cardio-circulatorias: palpitaciones, fatiga tras el esfuerzo, tensión baja, inflamación en los tobillos.
- Manifestaciones neurológicas: dolor de cabeza, mareo, vértigo, somnolencia, confusión, irritabilidad. Ruidos en los oídos.
- Manifestaciones ginecológicas: alteraciones menstruales.
- Manifestaciones en la piel: palidez, fragilidad en las uñas, caída del cabello.
- En casos graves y agudos: piel fría y húmeda, disminución del volumen de orina, dolor en el pecho (ángor).

– CLASIFICACIÓN:

la anemia puede ser debida a diferentes causas y estas se relacionan muy bien con las variaciones de forma y tamaño de los glóbulos rojos (G.R.) . Este tamaño es diferente según la causa productora de la anemia. El tamaño de los glóbulos rojos viene determinado por un parámetro analítico llamado Volumen Corpuscular Medio (VCM), y que permite clasificar a las anemias en:

a) Anemia microcítica (VCM < 80FL) !Suelen implicar una síntesis anormal de Hb, habitualmente debido a fallos en la síntesis de globina (Talasemias) o del grupo hemo (anemias sideroblásticas) o en la incorporación del hierro a la molécula bien por falta de hierro (anemias ferropénicas) o en la existencia de problemas en la utilización del hierro, cuando no existe una diferencia de este metal pero si una mala utilización del mismo (anemia de los procesos crónicos).

b) Anemia macrocitos (VCM >100FL)! Pueden ser megaloblásticas, en cuyo caso puede hallarse afectado la producción de la serie blanca y de los trombocitos además de la serie roja. Se deben a déficit de vit.B12 o de ácido fólico; y no megaloblásticas, donde existe un aumento de VCM pero debido a causas que dependen de la formación de la membrana de los hematíes exclusivamente.

c) Anemia normocítica (VCM 80–100FL)! Este es un grupo complejo, que supone el paso inicial de muchos procesos que posteriormente se decantarán hacia la microcitosis o la macrocitosis. Así sucede cuando existe un fallo primario de médula ósea (anemias Hiporregenerativas: Anemias que tienen su origen en la médula ósea y la anemia aparece cuando se halla infiltrado en la médula algún proceso tumoral, una hemopatía maligna, etc...) o bien un fallo secundario debido a uremia, calagenosis, hepatopatía, deficiencia moderada del hierro, infección por VIH, etc.

También están las anemias hiperregenerativas (periféricas): La médula trata de compensar la pérdida hemática , aumentando o acelerando la producción de hematíes. Aparece cuando se producen grandes pérdidas hemáticas por hemorragia o hemólisis, también debido al hierro.

– PRINCIPALES ANEMIAS:

- Anemias ferropénicas! Anemia por falta de hierro. Estas pueden ser originadas por:
 - Aumento de la pérdidas de sangre: Regla abundante, sangrado digestivo, sangre en orina.
 - Aumento de la necesidades: Hay momentos en los que se necesita un mayor aporte de hierro y, sin embargo, éste no aumenta en la dieta: embarazo, crecimiento, lactancia,...
 - Disminución en la absorción intestinal: Operados de estómago, diarrea y otras enfermedades del aparato digestivo.
 - Alimentación escasa: Leche sin suplementos, dieta pobre en proteínas (carnes, pescados).
- Talasemias (hemoglobinopatías) ! Anemia originada porque la hemoglobina es defectuosa y, por tanto, no cumple su función que es la de transportar el oxígeno. Enfermedad hereditaria y se debe a un trastorno genético.
- Anemia secundaria o enfermedad crónica! Está provocada por una enfermedad preexistente de tipo crónico a nivel digestivo, renal,...
- Anemia hemolítica! Producida por un trastorno inmunológico que da como resultado la creación de células semejantes a los glóbulos rojos que compiten con estos, bien destruyéndolos o bien suplantando su función. Ej.: Trasfusiones de sangre no compatible,...
- Aplasia medular ! Trastorno de la médula que origina una alteración en el proceso de formación de los glóbulos rojos, haciendo que estos presenten formas inmaduras y tengan, por tanto, su función alterada.
- Anemia megaloblástica ! Se produce por falta de uno o dos de los elementos que intervienen en la formación de los glóbulos rojos: el ácido fólico y la vitamina B12.

-PREVENCIÓN:

.Diagnóstico urgente:

- Anemia aguda: Alteraciones circulatorias, sangrado agudo con dificultad para el control de la hemorragia y crisis aguda de hemólisis.
- Anemia crónica: Mala tolerancia clínica por una aguda enfermedad de base o por factores de agravamiento.

.Diagnóstico no urgente (pero con necesidad de ir al especialista):

- Anemias microcíticas: Anemias sideroblásticas y anemias por enfermedad crónica.
- Anemias macrocíticas: Anemias megaloblásticas para el estudio etiológico e inicio del tratamiento específico.
- Anemias normocíticas: Anemia hemolítica, toda anemia con sospecha de afectación de médula ósea y anemia por enfermedad crónica.

-ANEMIAS DEL RECIÉN NACIDO:

La hemoglobina es el pigmento férrico que lleva dentro los glóbulos rojos, mediante el cual distribuyen el oxígeno en los tejidos del organismo. Los glóbulos rojos en condiciones normales viven unos 3 meses,

después de los cuales son destruidos en el bazo. Una **anemia** es la situación en la que el número de glóbulos rojos, está disminuido.

Hay muchas causas de anemia en los recién nacidos:

–Anemia fisiológica de lactante!Durante los 2 o 3 primeros meses de vida, la hemoglobina circulante disminuye gradualmente, ya que los glóbulos rojos del recién nacido tienen una esperanza de vida menor (90 días, en vez de 120 días de vida en el adulto). Esta situación es normal y no necesita tratamiento.

–Anemia de la prematuridad!La velocidad de descenso de la hemoglobina y su punto más bajo son más pronunciados en los prematuros. Este cuadro se debe fundamentalmente a la elevadísima velocidad del crecimiento de los prematuros. El valor más bajo de concentración de la hemoglobina suele alcanzarse al cabo de unas 6 semanas en los prematuros. No hay estudios que demuestren que las transfusiones, ni el tratamiento con hierro, resulten beneficiosos en la anemia de la prematuridad.

–Anemia ferropénica del lactante!Se debe a una deficiencia de hierro, sin el cual no se puede fabricar la hemoglobina de los glóbulos rojos. Los recién nacidos que reciben fórmulas artificiales deben recibir suplementos de hierro (2 mg de hierro elemental/ kg/ día). De lo contrario, utilizarán sus reservas de hierro y las agotarán al cabo de 10 a 14 semanas, si son prematuros, y después de unos 5 meses si fueron a término.

–INCOMPATIBILIDAD CON EL GRUPO SANGINEO (ABO):

Ocurre cuando el grupo sanguíneo de la madre es O y el del recién nacido es A o B. Se produce la llamada *enfermedad hemolítica*: los glóbulos rojos del recién nacido se destruyen rápidamente y se produce una anemia.

El problema clínico principal es el desarrollo de una hiperbilirrubinemia significativa después del nacimiento, ya que la hemoglobina liberada de los glóbulos rojos destruidos se convierte en bilirrubina. Habitualmente, se encuentran anticuerpos en el suero del recién nacido.

–IMCOMPATIBILIDAD RHEUS (RH):

Ocurre cuando una mujer Rh–negativa tiene un feto Rh–positivo. Algunos hematíes fetales (incompatibles) atraviesan la placenta e inducen una respuesta inmunológica de anticuerpos maternos, que posteriormente cruzan la placenta y pasan al feto, en el que provocan *enfermedad hemolítica*: los glóbulos rojos del recién nacido se destruyen rápidamente y se produce una anemia.

la primera inmunización puede ocurrir por un aborto o un embarazo con feto Rh–positivo. La gravedad aumenta en los embarazos siguientes y cada uno de los recién nacidos posteriores tiene más probabilidades de estar afectado. Los fetos más gravemente afectados desarrollan una anemia intensa, con muerte fetal intrauterina, o nacen con una hidropesía fetal (hinchazón generalizada). Poco después del nacimiento, los pacientes suelen desarrollar una grave hiperbilirrubinemia debida al efecto hemolítico continuo de los anticuerpos anti–Rh que atravesaron la placenta.

–PREVENCIÓN:

–Antes del parto:

–Determinación en sangre FETAL de glóbulos rojos y hemoglobina y del tipo sanguíneo, así como una prueba de Coombs directa.

–Transfusiones intrauterinas en los fetos gravemente afectados (en una unidad de cuidados intensivos

perinatal).

–Durante el parto:

– Hay que monitorizar los latidos del feto y, si aparecen signos de sufrimiento fetal o el niño está gravemente afectado, se procederá a realizar una cesárea.

–Después del parto:

– En todos los recién nacidos de madre Rh–negativa debe hacerse un análisis inmediato de la sangre del cordón, con objeto de determinar el tipo sanguíneo del feto, y una prueba de Coombs directa. Si el recién nacido es Rh–positivo y la prueba de Coombs directa es positiva, se determinará si existe anemia y se medirá el nivel de bilirrubina en la sangre del cordón.

En el caso de intensa anemia por enfermedad hemolítica grave, puede estar indicada una **exanguinotransfusión** con volumen doble (es decir, utilizando el doble del volumen sanguíneo calculado para el recién nacido, con lo que se elimina el 85% de su sangre, incluidos los anticuerpos circulantes, los glóbulos rojos sensibilizados y la bilirrubina acumulada) y utilizando sangre Rh–negativa.

ANOREXIA.

Anorexia quiere decir literalmente falta de apetito, y es un término habitual para designar un síntoma que aparece en muchos otros trastornos y enfermedades, como la depresión o la gripe. Sin embargo, cuando hablamos de anorexia nerviosa nos encontramos en un caso en el que la persona, lejos de carecer de apetito, se comporta como un organismo hambriento (Bruch, 1973); no come, pero no deja de pensar en cuáles son los alimentos idóneos que debe ingerir para no estar gorda, y es ahí donde radica precisamente su psicopatología: el deseo irrefrenable de seguir adelgazando, incluso aunque ya haya perdido gran porcentaje de peso.

Las tres características esenciales de la anorexia nerviosa (AN), a juicio de una autora clásica (Bruch, 1973), son las distorsiones en la percepción de la imagen corporal, sin que la persona reconozca el progreso de su delgadez; la percepción distorsionada de los estímulos propioceptivos; y un sentimiento general de ineficacia personal.

Etiopatogenia

Durante las últimas décadas la teoría de un único factor causal ha sido reemplazada por hipótesis multifactoriales. Las manifestaciones sintomáticas representan una vía final común, resultado de la interacción de tres grandes clases de factores predisponentes. El papel de estos factores individuales(biológicos y psicológicos), familiares y culturales varían en una heterogénea población clínica. Los factores precipitantes son menos claros y verificables. , Excepto realización de dietas, que invariablemente es un elemento central. Quizás los mayores avances han venido de la confirmación de la importancia del hambre e inanición, como factor básico en la perpetración del cuadro por sus consecuencias psicológicas, emocionales y físicas

Epidemiología.

En los estudios epidemiológicos es donde mejor se aprecia la importancia de los factores socioculturales en el desarrollo y la incidencia de los trastornos alimentarios. Afecta fundamentalmente a mujeres (alrededor del 95 por 100 de pacientes son mujeres) entre 10 y 30 años (edad de inicio entre los 13 y 18) la prevalencia de la anorexia en la población general probablemente sea menos del 1 por 100, pero hay unas poblaciones más sensibles que otras, en concreto aquellas que viven en los llamados países desarrollados y que poseen un alto estatus económico, aunque también se ha observado un desplazamiento hacia las clases bajas. Este trastorno también se encuentra muy extendido entre ciertas profesiones, tales como la gimnasia y modelos.

Factores de vulnerabilidad y población de riesgo.

Factores de vulnerabilidad:

–Biológicos/ genéticos.

- Mujer adolescente
- Pubertad
- Hermanos de enfermos

–Rasgos personales.

* baja autoestima

- perfeccionistas
- elevado rendimiento escolar
- trastornos afectivos

–Familiares..

- Historia familiar.
- trastornos afectivos
- abuso de alcohol (en bulimia)

Población de riesgo:

– bailarinas, modelos, gimnastas, atletas...

– homosexualidad en varones

– problemas médicos crónicos que afectan a la auto imagen: diabetes, fibrosis, escoliosis, obesidad...

Complicaciones físicas.

Los efectos de la demacración se manifiestan en una amplia gama de signos, como hipotermia, bradicardia, hipotensión, edema, lanugo, estreñimiento y una variedad de cambios metabólicos. En la mayor parte de los casos, la amenorrea sigue a la pérdida de peso debido a un hipogonadismo hipogonadotrófico, pero también la puede anteceder. Si la anorexia se produce antes de la menarquía, la interrupción del desarrollo puberal puede producir deterioros irreversibles.

La mayoría de las características fisiopatológicas desaparecen a medida que se recupera el peso. En los escasos estudios que hay sobre las complicaciones físicas asociadas a mortalidad, aparecen principalmente la tuberculosis y los trastornos gastrointestinales. Otras consecuencias irreversibles de la demacración son la osteoporosis, fracturas, cifosis –encorvatura de la columna vertebral– y otras deformaciones, así como prolapsos de la válvula mitral.

Criterios diagnósticos.

–Rechazo a mantener un peso corporal normal o por encima del mínimo normal para su edad y talla (ejemplo perdida de peso que conlleva a mantenerlo por debajo del 85% del peso ideal, o ganancia ponderal menor de lo esperada durante el periodo de crecimiento, que lleva a mantenerlo por debajo del 85% de su peso ideal.

- Terror a la ganancia ponderal o a engordar, aun estando por debajo del peso ideal.
- Distorsión en la percepción del peso y de la imagen corporal, influencia inadecuada del peso o de la imagen en la autoevaluación, o negación de la gravedad en el peso actual.
- En mujeres postmenopáusicas, amenorrea (ausencia al menos de tres ciclos menstruales consecutivos). Una mujer se considera que tiene amenorrea si sus ciclos menstruales aparecen tan solo tras la administración de hormonas (estrógenos)

Tipos de anorexia

- Restrictivo: Durante el episodio de la anorexia nerviosa, la persona no se ve implicada regularmente en un comportamiento purgativo o de atracones (vómitos, laxantes y diuréticos)
- Purgativo: durante el episodio de la anorexia nerviosa, la persona se ve implicada de forma regular en comportamientos de atracones o purgativos (Vómitos, laxantes y diuréticos).

Historia clínica.

En los pacientes con sospecha de padecer un trastorno del comportamiento alimentario se debe realizar una historia clínica completa, tanto individual como familiar, teniendo en consideración varios aspectos fundamentales:

- Actitud del clínico ante el enfermo y su familia
- Información específica a obtener en la historia clínica
- Conducta del paciente
- Evaluación del estado mental.
- Actitud del clínico ante el enfermo y su familia: La actitud es muy importante, ya que en ella se juega el acceso a una información fiable, una colaboración adecuada y la continuidad del proceso terapéutico, condicionándose con ello en ocasiones, el pronóstico de la enfermedad en los primeros contactos.

Es aconsejable que la disposición del clínico sea receptiva, de escucha del paciente y su familia (normalmente padres); juntos y por separado, hay que recabar la información de la manera más tranquila posible y evitando todo comentario crítico, innecesario o peyorativo.

Desde el inicio del contacto, el clínico debe demostrarle al paciente que su interés es ayudarlo, y no juzgar su conducta.

Con su gesto, debe transmitir que sé esta ante una situación clínica grave, donde no caben precipitaciones sino una rigurosa aproximación.

- Información específica: Los datos específicos a recoger serán los siguientes: Cuando y como empezó el problema y hasta donde fue, en sus inicios, un acto voluntario. Algunos pacientes recuerdan situaciones que hipotéticamente lo desencadenaron.

Si ha existido pérdida de peso, su magnitud, los kilos y oscilaciones desde el inicio de su cuadro. Además es importante saber si quieren seguir adelgazando y si se ven gordos total o parcialmente.

Conocer su ingesta y el tipo de alimentos que consume o que evita, horarios de comida y forma de comer. Se ha de saber si ha utilizado otras dietas especiales y el tiempo que lleva con estos regímenes dietéticos anómalos.

Los métodos utilizados para perder peso, (laxantes, vómitos provocados, ejercicio excesivo...)

Historia menstrual: Aparición de la menarquia y su actitud ante ella, posible existencia de amenorrea primaria o secundaria, irregularidades en el ciclo menstrual, existencia de tratamiento de las alteraciones menstruales, actividad sexual.

Historia psicosocial del paciente (relación con padres y amigos). La pérdida de alegría, de autoestima, de amistades, de respeto familiar y el enorme sufrimiento del paciente.

Repercusión social: La disminución o pérdida de la escolarización, actividad laboral, actividades de la vida diaria y capacidad de concentración, conducen a un progresivo aislamiento y a una imposibilidad de mantener relaciones interpersonales y sentimentales.

- **Conducta del paciente:** Este punto tiene tres aspectos distintos uno respecto **a la comida:** Aunque tiene gran conocimiento sobre dietas, y contenido calórico de los alimentos, son incapaces de alimentarse correctamente. Restricción voluntaria de los alimentos que engordan, en general alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono al inicio y posteriormente, de otro tipo. Utilización de dietas que consideran seguras evitando el consumo de alimentos prohibidos. Preparación de alimentos cocidos o a la plancha. Ritualización de la conducta alimentaria: comen despacio, cortan la comida en trozos muy pequeños, esparciéndolos por el plato, quitan la grasa de los alimentos, comen de pie, y en continua actividad. Esconden o tiran la comida. Negación del hambre: autocontrol del impulso a comer, y búsqueda de excusas constantes para no comer. Restricción de líquidos o consumo en grandes cantidades. La motivación del paciente para estas conductas es: disminuir la sensación de hambre y ansiedad, por motivos destructivos, o con motivo de engañar al clínico con su peso. Con respecto **a su peso:** Negación de la enfermedad y sus signos, y de la necesidad de incrementar su peso. Alegría con la pérdida de peso Nunca alcanza el peso con el que se considerarían delgadas. Siempre creen que les sobra. Debemos explorar cual es el peso ideal para la paciente, y su grado de preocupación. Asimismo es importante saber si existen rituales para su control. Persecución infatigable de la delgadez extrema. A diferencia de otras enfermedades orgánicas, el paciente puede informarnos de la voluntariedad de su pérdida de peso, la fecha de cuando empezó con su dieta y la pérdida de peso, incluso a veces también el factor precipitante que lo origina.
- **Evaluación del estado mental:** Hay que analizarlo desde distintos puntos de vista: Grado de conciencia de la enfermedad, estos trastornos se caracterizan por la negación de la enfermedad o una aceptación parcial de la misma. Las alteraciones del pensamiento, los pacientes presentan varias distorsiones cognitivas. En algún momento de su enfermedad coinciden con una mayor gravedad. La distorsión de la imagen corporal, caracterizado por una percepción alterada en la mayoría de los casos. En algunos puede alcanzar una gran intensidad. También hay alteraciones en el estado de ánimo de la persona. Dos de las terceras partes de los pacientes presentan una sintomatología depresiva, en una parte de ellos de carácter melancólico. Los síntomas desaparecerán con la realimentación y el resto con un tratamiento específico.

Síntomas mentales.

Trastorno severo de la imagen corporal

Terror a subir de peso

Negación total o parcial de la enfermedad

Dificultad de concentración

Desinterés sexual

Desinterés por actividades lúdicas o recreativas

Dificultad en reconocer sus emociones

Temor a perder el autocontrol

Sensación delirante de lucha interna

Sintomatología depresiva

Síntomas deducibles de la anorexia nerviosa.

Disminución significativa de peso; mas del veinticinco por ciento del peso previo o su equivalente en adolescentes en crecimiento.

Disminución de reservas de grasa subcutánea.

Amenorrea (desaparición por tres veces consecutivas del ciclo menstrual)

Estreñimiento.

Vaciamiento gástrico lento.

Hipotermia.

Bradicardia. Arritmias.

Oliguria(orinan escasa cantidad) esto esta provocado por una deshidratación.

Alteraciones dentales y gingivales.

Piel seca y descamada. Pelo quebradizo y abundante lanugo.

Signo de Rusell. (lesiones en la mano por vomito autoprovocado)

Programa de tratamiento y seguimiento.

1-Los objetivos globales del tratamiento son: *evitar la muerte del paciente*, ya que la anorexia tiene una mortalidad temprana cercana al 4-5 % cifra que se eleva la 20% en seguimientos a 20-30 años. *Evitar la cronicación*. Iniciar la *recuperación física y mental* del paciente.

2-Los aspectos médicos: en primer lugar hay que determinar el estado del paciente para saber si el tratamiento se llevará a cabo de forma ambulatoria o ingresándolo en el hospital. Si el grado de desnutrición lo permite y si se detecta la enfermedad en fase precoz se pude iniciar el tratamiento en u ambulatorio; si no es así, habrá que hospitalizar al paciente.

3- criterios de ingreso en anorexia nerviosa: perdida de peso persistente, en menos de tres meses un porcentaje mayor de forma progresiva. trastornos hidroelectrolíticos severos. Fallo del tratamiento ambulatorio. Rechazo manifiesto a alimentarse. Incompetencia familiar manifestada ante un cuadro de evolución. Intervenciones en crisis y Urgencias psiquiátricas.

4- Renutrición y realimentación. Es el primer objetivo. El peso alrededor del cual de debe mantener el paciente se puede obtener de la s tablas de percentiles para su edad y sexo aunque hay que tener en cuenta las variaciones de cada uno.

Dado que el paciente tiene un comportamiento alimentario anormal, acompañado de una alteración de la situación familiar, el médico decide hacerse cargo de su alimentación con el consentimiento del paciente. Para poder comenzar la realimentación es necesario una alianza terapéutica indicándole que no se le va a engordar, sino que se va a intentar conseguir una nutrición adecuada.

La confección de la dieta será cosa de la madre, el paciente no podrá entrar en la cocina, ni acompañarla cuando va a la compra. Asimismo el paciente deberá permanecer sentado en la mesa a las horas regulares, con toda la familia y con tres platos.

Es importante conocer el ejercicio físico que suele realizar, suspendiéndolo al principio del tratamiento, para reiniciarlo posteriormente según la evolución del paciente.

5- Seguimiento médico.

BULIMIA.

La etimología del vocablo *bulimia* proviene de las raíces griegas *bus* --buey-- y *limos* --hambre--, significando, por tanto, hambre desmesurada. En el ámbito clínico se aplica a aquellos episodios caracterizados por una necesidad imperiosa, irrefrenable, de ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico. Como consecuencia, la persona se ve invadida por fuertes sentimientos de autorrepulsa y culpa, y tiene la necesidad de mitigar los efectos de su orgía, por ejemplo produciéndose el vómito.

Siempre se había tenido conocimiento de la existencia de episodios de comer incontrolado en algunas pacientes diagnosticadas de anorexia, pero también en adolescentes cuyo peso era normal e incluso en personas obesas. De hecho, antes de su formulación como síndrome oficial, este trastorno ha recibido varios nombres: el síndrome del delgado – gordo (Bruch, 1973); bulimarexia (Boskind – Lodhal, 1976); síndrome del caos dietético y finalmente bulimia nerviosa (Russell, 1979). El DSM-III lo reconoce como una entidad diagnóstica diferenciada, y el DSM-III-R corrige algunos de los criterios que lo hacían incompatible con la anorexia y le añade el calificativo de nerviosa. Según Casper (1983), la bulimia, como síndrome se ha convertido en algo frecuente sólo a partir de la década de los cuarenta. El aumento en la incidencia de los comportamientos bulímicos sería la consecuencia de los valores socioculturales que han elevado la delgadez al estatus de valor ético y ha propiciado una población de alto riesgo entre las mujeres que condenan a la gordura.

Las tres características esenciales de este cuadro serían: la pérdida subjetiva del control sobre la ingesta y los episodios bulímicos asociados, las conductas destinadas al control del peso corporal, y una preocupación extrema por la figura y el peso corporales.

La etimología del vocablo *bulimia* proviene de las raíces griegas *bus* --buey-- y *limos* --hambre--, significando, por tanto, hambre desmesurada. En el ámbito clínico se aplica a aquellos episodios caracterizados por una necesidad imperiosa, irrefrenable, de ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico. Como consecuencia, la persona se ve invadida por fuertes sentimientos de autorrepulsa y culpa, y tiene la necesidad de mitigar los efectos de su orgía, por ejemplo produciéndose el vómito.

Siempre se había tenido conocimiento de la existencia de episodios de comer incontrolado en algunas pacientes diagnosticadas de anorexia, pero también en adolescentes cuyo peso era normal e incluso en personas obesas. De hecho, antes de su formulación como síndrome oficial, este trastorno ha recibido varios nombres: el síndrome del delgado – gordo (Bruch, 1973); bulimarexia (Boskind – Lodhal, 1976); síndrome del caos dietético y finalmente bulimia nerviosa (Russell, 1979). El DSM-III lo reconoce como una entidad diagnóstica diferenciada, y el DSM-III-R corrige algunos de los criterios que lo hacían incompatible con la

anorexia y le añade el calificativo de nerviosa. Según Casper (1983), la bulimia, como síndrome se ha convertido en algo frecuente sólo a partir de la década de los cuarenta. El aumento en la incidencia de los comportamientos bulímicos sería la consecuencia de los valores socioculturales que han elevado la delgadez al estatus de valor ético y ha propiciado una población de alto riesgo entre las mujeres que condenan a la gordura.

Las tres características esenciales de este cuadro serían: la pérdida subjetiva del control sobre la ingesta y los episodios bulímicos asociados, las conductas destinadas al control del peso corporal, y una preocupación extrema por la figura y el peso corporales.

Factores de vulnerabilidad y población de riesgo.

Factores de vulnerabilidad:

–Biológicos/ genéticos.

- Mujer adolescente
- Pubertad
- Hermanos de enfermos

–Rasgos personales.

* baja autoestima

- perfeccionistas
- elevado rendimiento escolar
- trastornos afectivos

–Familiares..

- Historia familiar.
- trastornos afectivos
- abuso de alcohol (en bulimia)

Población de riesgo:

– bailarinas, modelos, gimnastas, atletas...

– homosexualidad en varones

– problemas médicos crónicos que afectan a la auto imagen: diabetes, fibrosis, escoliosis, obesidad...

Criterios diagnosticos.

–Epsisodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por: comer en n periodo de tiempo una cantidad de comida, que es claramente mayor a lo que la mayoría de la gente comeria en un período similar de tiempo y en las mismas circunstancias. Sentimiento de perdida de control sobre el acto de comer durante el episodio (sentimientos de no poder parar de comer o de controlar qué o cuánto está comiendo).

–Comportamiento recurrente e inapropiado compensatorio, para prevenir la ganancia ponderal, como vómitos autoinducidos, uso de laxantes, diuréticos u otras medicaciones; ayuno o ejercicio excesivo.

- Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados ocurren ambos, al menos, dos veces por semana durante tres meses.
- La autoevaluación está indebidamente influenciada por la figura corporal y el peso.
- Las alteraciones no ocurren exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Tipos específicos:

- Purgativos: la persona se ve implicada en vómitos autoinducidos, uso de laxantes o diuréticos.
- No purgativos: la persona utiliza otros comportamientos compensatorios inadecuados, como períodos de ayuno, o ejercicio excesivo, pero no se implica regularmente en vómitos autoinducidos, uso de laxantes o diuréticos.

Historia clínica.

En los pacientes con sospecha de padecer un trastorno del comportamiento alimentario se debe realizar una historia clínica completa, tanto individual como familiar, teniendo en consideración varios aspectos fundamentales:

- Actitud del clínico ante el enfermo y su familia
- Información específica a obtener en la historia clínica
- Conducta del paciente
- Evaluación del estado mental.
- Actitud del clínico ante el enfermo y su familia: La actitud es muy importante, ya que en ella se juega el acceso a una información fiable, una colaboración adecuada y la continuidad del proceso terapéutico, condicionándose con ello en ocasiones, el pronóstico de la enfermedad en los primeros contactos.

Es aconsejable que la disposición del clínico sea receptiva, de escucha del paciente y su familia (normalmente padres); juntos y por separado, hay que recabar la información de la manera más tranquila posible y evitando todo comentario crítico, innecesario o peyorativo.

Desde el inicio del contacto, el clínico debe demostrarle al paciente que su interés es ayudarlo, y no juzgar su conducta.

Con su gesto, debe transmitir que sé esta ante una situación clínica grave, donde no caben precipitaciones sino una rigurosa aproximación.

- Información específica: Los datos específicos a recoger serán los siguientes: Cuando y como empezó el problema y hasta donde fue, en sus inicios, un acto voluntario. Algunos pacientes recuerdan situaciones que hipotéticamente lo desencadenaron.

Si ha existido pérdida de peso, su magnitud, los kilos y oscilaciones desde el inicio de su cuadro. Además es importante saber si quieren seguir adelgazando y si se ven gordos total o parcialmente.

Conocer su ingesta y el tipo de alimentos que consume o que evita, horarios de comida y forma de comer. Se ha de saber si ha utilizado otras dietas especiales y el tiempo que lleva con estos regímenes dietéticos anómalos.

Los métodos utilizados para perder peso, (laxantes, vómitos provocados, ejercicio excesivo...)

Historia menstrual: Aparición de la menarquia y su actitud ante ella, posible existencia de amenorrea primaria o secundaria, irregularidades en el ciclo menstrual, existencia de tratamiento de las alteraciones menstruales, actividad sexual.

Historia psicosocial del paciente (relación con padres y amigos). La pérdida de alegría, de autoestima, de amistades, de respeto familiar y el enorme sufrimiento del paciente.

Repercusión social: La disminución o pérdida de la escolarización, actividad laboral, actividades de la vida diaria y capacidad de concentración, conducen a un progresivo aislamiento y a una imposibilidad de mantener relaciones interpersonales y sentimentales.

- **Conducta del paciente:** Este punto tiene tres aspectos distintos uno respecto **a la comida:** Aunque tiene gran conocimiento sobre dietas, y contenido calórico de los alimentos, son incapaces de alimentarse correctamente. Restricción voluntaria de los alimentos que engordan, en general alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono al inicio y posteriormente, de otro tipo. Utilización de dietas que consideran seguras evitando el consumo de alimentos prohibidos. Preparación de alimentos cocidos o a la plancha. Ritualización de la conducta alimentaria: comen despacio, cortan la comida en trozos muy pequeños, esparciéndolos por el plato, quitan la grasa de los alimentos, comen de pie, y en continua actividad. Esconden o tiran la comida. Negación del hambre: autocontrol del impulso a comer, y búsqueda de excusas constantes para no comer. Restricción de líquidos o consumo en grandes cantidades. La motivación del paciente para estas conductas es: disminuir la sensación de hambre y ansiedad, por motivos destructivos, o con motivo de engañar al clínico con su peso. Con respecto **a su peso:** Negación de la enfermedad y sus signos, y de la necesidad de incrementar su peso. Alegría con la pérdida de peso Nunca alcanza el peso con el que se considerarían delgadas. Siempre creen que les sobra. Debemos explorar cual es el peso ideal para la paciente, y su grado de preocupación. Asimismo es importante saber si existen rituales para su control. Persecución infatigable de la delgadez extrema. A diferencia de otras enfermedades orgánicas, el paciente puede informarnos de la voluntariedad de su pérdida de peso, la fecha de cuando empezó con su dieta y la pérdida de peso, incluso a veces también el factor precipitante que lo origino.
- **Evaluación del estado mental:** Hay que analizarlo desde distintos puntos de vista: Grado de conciencia de la enfermedad, estos trastornos se caracterizan por la negación de la enfermedad o una aceptación parcial de la misma. Las alteraciones del pensamiento, los pacientes presentan varias distorsiones cognitivas. En algún momento de su enfermedad coinciden con una mayor gravedad. La distorsión de la imagen corporal, caracterizado por una percepción alterada en la mayoría de los casos. En algunos puede alcanzar una gran intensidad. También hay alteraciones en el estado de animo de la persona. Dos de las terceras partes de los pacientes presentan una sintomatología depresiva, en una parte de ellos de carácter melancólico. Los síntomas desaparecerán con la realimentación y el resto con un tratamiento específico.

Complicaciones psíquicas.

- Terror a subir de peso y/o deseo compulsivo de perderlo.
- Trastorno severo de la imagen corporal.
- Negación total o parcial de la enfermedad.
- Persistente sensación de apetito voraz (ansiedad por la comida).
- Sueños sobre atracones.
- Dificultad de concentración y aprendizaje.
- Razonamiento empobrecido, por su elección de todo o nada.
- Temor al descontrol y dejarse llevar por los impulsos.
- Sensación de ansiedad difusa y envolvente.
- Sentimientos e ideaciones depresivas con fuerte componente autolítico.
- Sensación constante de culpa y facilidad para inculpar a otros.
- Baja autoestima personal, física y a veces moral.
- Persistente sensación de vacío, inutilidad y alejamiento.

- Egocentrismo agudo, donde el otro desaparece o es un instrumento.
- Fijación de metas por encima de su capacidad actual.
- Dificultad para captar las claves de interacción personal.
- Intensa desconfianza, seguida de acercamiento pueril.
- Confusión de sensaciones, emociones y sentimientos.
- Oscilaciones rápidas de humor y estado de ánimo.
- Intensa lucha interna entre aspectos buenos y malos de la personalidad.

La etimología del vocablo *bulimia* proviene de las raíces griegas *bus* --buey-- y *limos* --hambre--, significando, por tanto, hambre desmesurada. En el ámbito clínico se aplica a aquellos episodios caracterizados por una necesidad imperiosa, irrefrenable, de ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico. Como consecuencia, la persona se ve invadida por fuertes sentimientos de autorrepulsa y culpa, y tiene la necesidad de mitigar los efectos de su orgía, por ejemplo produciéndose el vómito.

Siempre se había tenido conocimiento de la existencia de episodios de comer incontrolado en algunas pacientes diagnosticadas de anorexia, pero también en adolescentes cuyo peso era normal e incluso en personas obesas. De hecho, antes de su formulación como síndrome oficial, este trastorno ha recibido varios nombres: el síndrome del delgado – gordo (Bruch, 1973); bulimarexia (Boskind – Lodhal, 1976); síndrome del caos dietético y finalmente bulimia nerviosa (Russell, 1979). El DSM-III lo reconoce como una entidad diagnóstica diferenciada, y el DSM-III-R corrige algunos de los criterios que lo hacían incompatible con la anorexia y le añade el calificativo de nerviosa. Según Casper (1983), la bulimia, como síndrome se ha convertido en algo frecuente sólo a partir de la década de los cuarenta. El aumento en la incidencia de los comportamientos bulímicos sería la consecuencia de los valores socioculturales que han elevado la delgadez al estatus de valor ético y ha propiciado una población de alto riesgo entre las mujeres que condenan a la gordura.

Las tres características esenciales de este cuadro serían: la pérdida subjetiva del control sobre la ingesta y los episodios bulímicos asociados, las conductas destinadas al control del peso corporal, y una preocupación extrema por la figura y el peso corporales.

Síntomas comportamentales.

Conducta alimentaria:

- ◆ Atracones de comida a escondidas, al menos dos veces a la semana, durante un período no inferior a tres meses.
- ◆ Restricción dietética en comidas normales.
- ◆ Almacenamiento de comida en diversos lugares de la casa.
- ◆ Ingestión de comidas de otros, sin preocupación aparente y negando la evidencia.
- ◆ Ingestión de grandes cantidades de agua, leche, café y bebidas de cola light.
- ◆ Consumo intensivo de chicles sin azúcar.
- ◆ Consumo indiscriminado de tabaco para disminuir la ansiedad de comer.
- ◆ Consumo impulsivo de alimentos congelados, desechados de la basura o de los destinados a animales de compañía.
- ◆ Rechazo de las comidas sociales.

Conducta destinada a compensar atracones y perder peso:

- ◆ Vómitos autoprovocados.
- ◆ Rechazo a tragar la comida, escupiéndola.
- ◆ Uso masivo de diuréticos, anorexígenos, laxantes y a veces enemas.

- ◆ Aumento del ejercicio físico para aumentar el gasto energético.

Estudios y trabajo:

- ◆ Aumento aparente de las horas de actividades útiles y de estudio.
- ◆ Disminución del rendimiento escolar o laboral.
- ◆ Absentimiento escolar o laboral.

Disminución de las horas de sueño y dificultad para levantarse.

Vida familiar:

- ◆ Irritabilidad y cambios bruscos de humor
- ◆ Rechazo a compartir la vida familiar, saliendo de casa sin limitación alguna.
- ◆ Desorden en su habitación, ropa e higiene.
- ◆ Mentira evitativa y también innecesaria.
- ◆ Robo de comidas, dinero y objetos inútiles (cleptomanía).

Vida social:

- ◆ Intensa e indiscriminada vida social, con intervalos de aislamiento.
- ◆ Vida sentimental intensa, inestable o ausente.
- ◆ Vida sexual que puede fructuar de ninguna a cierta promiscuidad.
- ◆ Sucesivos cambios y/o problemas con amistades.

Consumo de tóxicos:

- ◆ Consumo de alcohol, en ocasiones sin medida.
- ◆ Consumo de otras drogas en situaciones sociales

Tratamiento y seguimiento

1–Los objetivos globales del tratamiento son: *evitar la muerte del paciente*, ya que la anorexia tiene una mortalidad temprana cercana al 4–5 % cifra que se eleva la 20% en seguimientos a 20–30 años. *Evitar la cronificación*. Iniciar la *recuperación física y mental* del paciente.

2–Los aspectos médicos: en primer lugar hay que determinar el estado del paciente para saber si el tratamiento se llevará a cabo de forma ambulatoria o ingresándolo en el hospital. Si el grado de desnutrición lo permite y si se detecta la enfermedad en fase precoz se puede iniciar el tratamiento en un ambulatorio; si no es así, habrá que hospitalizar al paciente.

3– criterios de ingreso en anorexia nerviosa: pérdida de peso persistente, en menos de tres meses un porcentaje mayor de forma progresiva. trastornos hidroelectrolíticos severos. Fallo del tratamiento ambulatorio. Rechazo manifiesto a alimentarse. Incompetencia familiar manifestada ante un cuadro de evolución. Intervenciones en crisis y Urgencias psiquiátricas.

4– Renutrición y realimentación. Es el primer objetivo. El peso alrededor del cual debe mantener el paciente se puede obtener de las tablas de percentiles para su edad y sexo aunque hay que tener en cuenta las variaciones de cada uno.

Dado que el paciente tiene un comportamiento alimentario anormal, acompañado de una alteración de la situación familiar, el médico decide hacerse cargo de su alimentación con el consentimiento del paciente. para

poder comenzar la realimentación es necesario una alianza terapéutica indicándole que no se le va a engordar, sino que se va a intentar conseguir una nutrición adecuada.

La confección de la dieta será cosa de la madre, el paciente no podrá entrar en la cocina, ni acompañarla cuando va a la compra. Asimismo el paciente deberá permanecer sentado en la mesa a las horas regulares, con toda la familia y con tres platos.

Es importante conocer el ejercicio físico que suele realizar, suspendiéndolo al principio del tratamiento, para reiniciarlo posteriormente según la evolución del paciente.

5- Seguimiento médico.

LA OBESIDAD.

La obesidad es una enfermedad que acarrea muchísimos problemas y que predispone al que la padece a desarrollar otras enfermedades graves. La obesidad, un importante problema de salud, no es necesariamente sobrepeso aunque por lo general se presente; es un exceso en la grasa corporal de un individuo, el cual se deduce a partir de porcentajes considerados como saludables y de la estimación que puede hacerse en cualquier persona.

La grasa en el cuerpo cumple con una gran cantidad de funciones, entre las que podemos destacar las siguientes: sirve como amortiguante contra impactos, como termo para conservar el calor, protege a los órganos blandos y es constituyente de todas las células del organismo. La grasa, por lo mencionado, no es perjudicial por sí misma; lo perjudicial es el exceso, y el exceso entra por la boca.

Existen muchos factores que participan en el desarrollo de la obesidad, pero hay uno que sin duda es el más importante, tanto por lo perjudicial de su efecto como porque es susceptible de intervención: los hábitos alimentarios. La obesidad es por lo general, consecuencia del tipo de alimentación del individuo que la padece. Los hábitos alimentarios son modificables y adaptables, la cultura evoluciona. Todos podemos alimentarnos correctamente, comer inadecuadamente es algo susceptible de corregirse. Tal vez para las personas que padecen de obesidad, y en general para todos, la modificación de los hábitos alimentarios, sea un camino un poco más difícil para reducir de peso, o para mantenernos saludables, pero es mucho más seguro y confiable.

La obesidad es una enfermedad que debe tratarse y controlarse antes de que repercuta irreversiblemente en el organismo, antes de que afecte a los órganos de nuestro cuerpo, antes de que nos conduzca a desarrollar diabetes o hipertensión o un infarto.

La obesidad es un problema de salud que puede y debe corregirse a través de prácticas de alimentación adecuadas y de una vigilancia nutricional.

CONCEPTOS BÁSICOS.

Definición: exceso de tejido graso corporal. La grasa corporal total no debe ser mayor de 15% en hombres y 30% en mujeres; cuando el porcentaje es mayor se pronostica obesidad.

Epidemiología en México: considerando como método de diagnóstico el índice de masa corporal, puede afirmarse que al rededor del 60% de la población Mexicana presenta algún sobrepeso.

Diagnóstico: de acuerdo a su definición, el diagnóstico de la obesidad debe hacerse midiendo el porcentaje de grasa corporal total; a falta de técnicas de medición confiables y accesibles, el porcentaje de grasa se estima a través de la mediación de los pliegues cutáneos o bien se diagnostica la obesidad en función del sobrepeso

considerando la relación talla/peso. Un indicador sencillo y confiable es el índice de Masa Corporal, que es la relación entre el peso en kilos sobre la estatura en metros elevada al cuadrado. El IMC ideal en hombres es de 23 y en mujeres de 21.5. Cifras por arriba de 25 se consideran sobrepeso y mayores a 30, obesidad.

Clasificación: existen diversas formas de clasificar a la obesidad, unas de las más usuales son las siguientes: obesidad endógena cuando se desarrolla en etapas tempranas de la vida, se caracteriza por **hiperplasia**, es decir, un incremento en el número de células grasas del organismo, y obesidad exógena cuando se desarrolla en la edad adulta y se caracteriza por **hipertrofia**, es decir, un incremento en el tamaño de las células grasas. La obesidad también se clasifica como **ginecoide** cuando la grasa se acumula más en las caderas, y **androide** cuando la distribución de la grasa es principalmente en el abdomen. La obesidad exógena es de tratamiento más sencillo. La obesidad androide es de un mayor riesgo cardiovascular.

Etiología: como toda enfermedad crónica no transmisible, la obesidad es de origen multifactorial. Sin embargo, destacan por su potencial modificación los hábitos alimentarios. De hecho, por lo general, la obesidad es una enfermedad ocasionada por un desbalance entre la cantidad que se ingiere de energía y la que efectivamente se utiliza. La obesidad no se hereda, lo que se hereda son los hábitos alimentarios y la predisposición.

Riesgos: la obesidad es un factor de riesgo asociado a la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes mellitus, hipertensión arterial, accidentes vasculares y padecimientos del corazón. Las enfermedades del corazón son la principal causa de muerte en México.

Prevención: la obesidad debe prevenirse desde la infancia enseñando hábitos alimentarios adecuados. Es muy importante terminar con la creencia de que un bebé gordo es un bebé sano, en realidad los niños obesos suelen ser en un futuro obesos. La dieta en la infancia va determinando las preferencias y por tanto los hábitos. Los hábitos se aprenden en la familia, en la escuela y en los medios masivos. En general la prevención es alimentarse correctamente: pocas grasas y mucha fibra.

Tratamiento: la modificación de los hábitos de alimentación hacia una dieta sana junto con el hábito del ejercicio son el tratamiento ideal. Una dieta de reducción debe ser específica para cada persona según su peso, talla, edad, sexo, actividad física y características fisiológicas.

Las dietas: dieta es la alimentación cotidiana de una persona. Dieta de reducción es aquella que busca reducir el peso de quien la ingiere. Hay de diversos tipos, efectividades y nocividades. Por lo general, las dietas se manejan sin conocimiento sobre el metabolismo del cuerpo humano, y por lo tanto pueden ocasionar serios problemas. Las dietas elaboradas sin conocimientos nutriólogicos tienden a clasificar a los alimentos en buenos y malos, engordantes o desengordantes. Los alimentos en sí mismos solo contienen nutrimentos, y del empleo que les demos son sus efectos. las dietas de un solo alimento o de unos pocos carecen de muchos nutrimentos importantes y ocasionan descompensaciones importantes en el organismo. Las dietas de hambre o de ayuno además de que también pueden provocar carencias de vitaminas y elementos minerales, ocasionan un efecto contrario al deseado: el organismo se adapta a un bajo aporte de energía y es más difícil de disminuir de peso.

LA OBESIDAD Y LAS DIETAS.

Una dieta, desde el punto de vista de la nutrición, es la alimentación cotidiana de una persona y hay de tantos tipos como diversidad de hábitos alimentarios existen. Cuando una persona necesita (y desea) reducir de peso el plan de alimentación que se le diseña para conseguirlo se denomina dieta de reducción, y también de esta hay de diversos tipos, de todos colores y sabores, según el fundamento y conocimientos de quien la diseña.

El diseño de un plan de alimentación para reducir el peso exige el conocimiento de los fundamentos bioquímicos de metabolismo de los alimentos y la capacidad para realizar una valoración y una historia

nutricional del paciente, así como de la ética profesional para no proponerle al paciente un plan de reducción que pueda ser nocivo para la salud.

Debe de ser planeada según las particularidades de cada persona, de sus características físicas, psicológicas y culturales. Un tratamiento diseñado de otro modo es poco probable que funcione y si aparenta dar resultados es a costa de arriesgar la salud del paciente.

En la nutrición no hay alimentos maravillosos ni una respuesta única. Cada paciente es un individuo diferente y como tal debe tratarse. Hay, eso sí, normas generales, principios en común: el conocimiento de que es lo que ocurre dentro del organismo a partir de que el alimento entra por la boca y el conocimiento de qué es lo que motiva, de cómo se construye la alimentación de la persona, incluyendo los aspectos sociales y culturales.

Las dietas de reducción publicadas en revistas o transmitidas oralmente o las diseñadas por individuos sin los estudios necesarios para hacerlo adolecen de varios errores, dentro de los cuales podemos destacar los siguientes:

–Olvidan que independientemente del problema que se trata (la obesidad en este caso) la alimentación debe ser agradable para el que la consume puesto que debe partir de modificar hábitos de alimentación y no reducirse a ser un tratamiento de corto alcance y por un periodo corto de tiempo. La obesidad no es un problema que se soluciona y uno se olvida de ella, es una enfermedad que debe tratarse y vigilarse constantemente y el objetivo de su tratamiento nutricional debe ser necesariamente la modificación de hábitos alimentarios.

–Suelen ser dietas con carencias en uno o varios nutrimentos. Por ejemplo muchas suprimen las grasas, las cuales si bien en exceso son nocivas para la salud, su ingestión en cantidades moderadas es de suma importancia para el buen funcionamiento del organismo, además que si se suprimen se suprimen con ellas las proteínas liposolubles, que se encuentran asociadas necesariamente a grasas (vitaminas A, D, E, K). Otro tipo de dietas, por el contrario suprimen o reducen significativamente los hidratos de carbono y basan la alimentación en carnes (proteínas y grasas); este tipo de dietas además de que pueden ocasionarle al individuo un coma cetónico exigen un mayor trabajo de hígado y riñones lo que a la larga puede ocasionarle daños irreversibles.

–Otro tipo de dietas suman los dos puntos anteriores. Son las que se basan en un solo alimento. Este tipo de dieta son multicarenciales y no pueden mantenerse por tiempo indefinido: todo les falta, no hay ningún alimento que por si solo sea suficiente para cubrir los requerimientos de un individuo.

Una dieta de reducción debe ser el principio de una nueva forma de alimentarse para vivir mejor, para estar más sanos. El objetivo no es tan solo reducir de peso, es conseguir mantener un peso adecuado.

DIETAS DE REDUCCIÓN.

El que la prevalencia de obesidad esté aumentando progresivamente en nuestro país, a dado lugar a que cualquiera pretenda manejar sin ton ni son esta enfermedad y su tratamiento, sobre todo el dietético. Además de las complicaciones que la obesidad trae por sí misma, las personas que la padecen se ven expuestas a todo el bombardeo publicitario de productos y clínicas "especializados" en la reducción de peso.

Desgraciadamente no existe un organismo rector que se encargue de estudiar y comprobar la veracidad de los tratamientos dietéticos para después autorizar su publicación y empleo en la población. Contrariamente a lo que podría pensar mucha gente, un tratamiento dietético es de empleo delicado y si no se maneja adecuadamente y bajo la vigilancia de un profesional puede conducir incluso a la muerte.

La única manera de perder peso es modificando la relación entre la ingestión de energía y su utilización, es decir, reduciendo la ingestión de alimentos e incrementando la actividad física, a través del ejercicio; estas

modificaciones, para que su efecto sea permanente, deben de ir acompañadas de la modificación de hábitos alimentarios y de la conducta.

Lo importante de bajar peso no es bajar por bajar, sino perder grasa, no músculo. No tiene sentido perder peso con una dieta y quedar con el cuerpo flácido, con alteraciones del carácter y con otras enfermedades. Las dietas deben ser balanceadas y variadas.

¿TRES COMIDAS AL DÍA?

Para muchas personas uno de los métodos preferidos para " conservar la línea" o para disminuir de peso es dejar de comer en alguno de los tiempos, por lo general en la cena aunque también hay muchos que evitan el desayuno. Independientemente de que el realizar tres comidas al día es una nueva convención, lo cierto es que al saltarse algún tiempo de comida, rara vez se obtienen los resultados esperados o buscados.

Los alimentos nos proporcionan energía para desempeñar todas las actividades que realizamos, pero si en algún momento nos falta energía el organismo disminuye el ritmo, es decir, nuestro metabolismo se va haciendo más eficiente y aprovechamos mejor lo que comemos. Además es muy frecuente que al saltarnos una comida, a la siguiente comamos lo que nos faltó; solo que como no vamos a usar esa energía esta se va a almacenar, y el cuerpo la almacena como grasa.

Así, el típico caso de los que desayunan mucho y no cenan nada, les va resultando contraproducente a la larga. En la mañana les sobra energía, y la almacenan; en la noche les falta, entonces gastan menos.

Para nuestro cuerpo, si todos los días a una hora falta energía, entonces hay que economizar; y si todos los días a otra hora sobra, los resultados se ven alrededor del abdomen.

Cuando se necesita bajar de peso, una de las medidas recomendadas no es disminuir los tiempos de comida, sino al contrario, aumentarlos. Si vamos distribuyendo la energía a lo largo del día para que se vaya usando conforme ingresa, el metabolismo se mantiene estable y además no hay excesos de almacenar.

Eso además, claro de una dieta sana, un tema del que ya hemos hablado ampliamente: basar la alimentación en productos de origen natural, incrementar el consumo de frutas, verduras y cereales integrales – que son ricos en fibra–, así como disminuir el consumo de alimentos ricos en grasa, en especial la saturada que contienen las carnes, la manteca y la mantequilla.

La alimentación, como conclusión, forma parte de unas de las funciones básicas para la vida, la nutrición; por ello no debemos " jugar" con nuestro organismo. Comer tres veces al día es una convención, pero una convención adecuada por lo general para todos nosotros. Es mejor disminuir la cantidad de alimentos que se comen en una sentada, que evitar sentarse a la mesa.

RIESGOS DE LA OBESIDAD.

En general, las personas con sobrepeso no viven tanto como las personas que se conservan en un peso ideal. Este aumento de la tasa de mortalidad entre los obesos se debe principalmente a tres grupos de enfermedades: las del sistema circulatorio, como la hipertensión, la cardiopatía coronaria y el infarto cerebral; la diabetes, que predispone a aterosclerosis, y las enfermedades digestivas, especialmente las de vesícula. Además de estos riesgos, las personas con sobrepeso son propensas a otras enfermedades.

Cardiopatía coronaria.

Los hombres con sobrepeso que tienen un exceso de grasa en el abdomen tienen un mayor riesgo de desarrollar cardiopatía coronaria que los hombres que tienen la grasa localizada en otras zonas. Cuando el

sobrepeso excede del 15 al 25%, el riesgo de morir por esta causa es de un 30% superior al normal. Si el sobrepeso es superior al 50%, el riesgo de morir por un infarto de miocardio duplica al normal, y en hombres con un sobrepeso de más del 60%, el riesgo es de un 80% superior al normal.

Disnea.

La obesidad puede causar disnea debido a que dificulta el movimiento del diafragma y sobrecarga el corazón.

Cálculos biliares.

La obesidad se asocia a un aumento de las síntesis de colesterol en el hígado y de la cantidad de colesterol que es excretada por la bilis. Esto aumenta la precipitación de sales de colesterol en forma de cálculos biliares.

Osteoartritis.

El exceso de peso en una persona con osteoartritis significa que las articulaciones enfermas deben soportar más peso. No se ha podido establecer una relación causal entre la obesidad y dicha enfermedad.

Cáncer.

Numerosos estudios de población han demostrado una correlación entre la obesidad y una mayor incidencia de cáncer de colon, mama, útero, vesícula y estómago. Sin embargo estos estudios necesitan ser confirmados.

Venas varicosas.

La inmovilidad que suele asociarse a la obesidad puede agravar a estas venas.

Dolores de espalda.

Si la parte superior del cuerpo es muy pesada y carece del tono muscular adecuado, la presión recae sobre la región baja de la columna, y el resultado son dolores de espalda.

Hipertensión.

El aumento de la mortalidad por hipertensión en hombres con un 5 a un 15% de sobrepeso es de un 70% que en los hombres de su misma edad y peso normal, si el sobrepeso excede del 15%, el índice de mortalidad es dos veces y media mayor. La reducción de peso por modesta que sea tiene un efecto significativo en la reducción de la presión arterial.

Intertrigo.

La obesidad determina un contacto piel con piel (intertrigo) en zonas como las mamas y el pecho, el abdomen y la parte superior de los muslos. La fricción que se produce durante la actividad, sobre todo en épocas calurosas, puede causar rozaduras y sobreinfecciones por hongos.

Diabetes.

La mortalidad entre los diabéticos con un 5 a un 15% de sobrepeso supera a un 25% a la normal para este tipo de enfermos. Este porcentaje se duplica en individuos con un 15 a un 25% de sobrepeso. Los diabéticos con más de un 25% de sobrepeso tienen un riesgo de morir cinco veces superior.

CLÍNICAS DE REDUCCIÓN DE PESO.

Las personas que sufren las enfermedades crónicas transmisibles, llamadas también enfermedades del desarrollo (diabetes mellitus, hipertensión arterial...), en su mayoría presentan sobrepeso o son obesas y esto ocurre porque consumen más energía de la que necesitan. Este desequilibrio energético tiene generalmente dos causas: o comen más de lo que necesitan, o realizan muy poca actividad física, es decir, son sedentarias. Estos dos factores son los desencadenantes de la obesidad y, con el paso del tiempo, las enfermedades antes mencionadas.

Es así como un sinnúmero de clínicas de reducción de peso abren sus puertas a los gorditos para resolverles el problema, además de prometerles una gran figura y una nueva vida. Antes de acudir a una clínica hay que tener mucho cuidado, pues en ocasiones el personal que labora en ellas no son especialistas en el tratamiento de la obesidad, pudiendo correr un gran riesgo. Es importante que la clínica a la que se acuda ofrezca una reducción de peso en un tiempo razonable, ya que es un proceso, por lo que de ninguna manera es un problema que pueda resolverse de la noche a la mañana y que si no va acompañado de un cambio de hábitos alimentarios va a ser muy fácil que se regrese al peso inicial en corto tiempo. Este es el punto inicial que se debe considerar antes de hacer un tratamiento.

En ocasiones, también es necesario que a la clínica que se vaya proporcione apoyo psicológico o que la canalicemos con el especialista en materia. Debemos de tener en cuenta que en ocasiones comemos más de lo que uno debe porque no sabe como comer y es necesaria una asesoría nutricional, pero también hay personas que están deprimidas y tienen problemas y se refugian en los alimentos para evadirse. Lo único que hacen es aumentar de peso y ocasionan un problema más por el que llorar. De ahí la importancia del apoyo psicológico. Por último decir, que se debe de crear el hábito de realizar una actividad física, ya que el ejercicio es indispensable para la utilización de la grasa como energía, y por lo tanto para disminuir su almacenamiento.

PREGUNTAS AL MÉDICO.

PMi médico me ha aconsejado que adelgace, pero en mi familia todos somos corpulentos. ¿Podré modificar la tendencia a la corpulencia que parece existe en mi familia si hago dieta?

RCuando en una familia todos sus miembros tienen sobrepeso, la causa suele radicar en que todos comparten unos malos hábitos alimentarios; por ejemplo, grandes desayunos por la mañana y postres dulces por la noche. Además, es posible que usted comparta con ellos la falta de atracción por el ejercicio, la vida sedentaria o una tasa metabólica basal muy baja, que puede ser hereditaria. Cualesquiera de estos factores puede conducir a la obesidad. El control de la dieta, o el aumento de actividad, o mejor ambas cosas, pueden contribuir a bajar el peso, y a mantener el peso normal.

PMi hermano está convencido de que es obeso debido a un trastorno glandular. ¿Podría estar en lo cierto?

RSí, aunque es poco probable. Sólo el trastorno glandular relativamente frecuente, el hipotiroidismo, hace que el organismo trabaje a un ritmo más lento y da lugar a un aumento de peso aun cuando se reduzca la ingesta calórica. El hipotiroidismo rara vez es la causa de la obesidad.

PEstoy embarazada por primera vez. ¿Es inevitable que gane peso para siempre?

RLa grasa que se acumula durante el embarazo no tiene porque persistir indefinidamente, sobre todo si la mujer amanta a su hijo, ya que en este caso la producción de leche contribuye a consumir más calorías. Cuando la grasa no desaparece se debe normalmente a que la mujer toma más calorías de las que su cuerpo necesita o que engordó excesivamente durante el embarazo. Sin embargo, con el control de la ingesta calórica y la práctica de ejercicio con regularidad, la mayoría de las mujeres consiguen normalizar el peso en pocos meses.

CASO CLÍNICO.

UN ADOLESCENTE CON SOBREPESO.

Cuando a Javier le salieron unas verrugas en las manos, su madre lo llevó al médico de cabecera. Pero la doctora se mostró mucho más preocupada por lo que pesaba Javier, unos 75 Kg., un peso excesivo para sus 1,60 metros de estatura. Puesto que la madre también tenía un serio problema de peso, la doctora se dió cuenta enseguida del peligro que corría el niño de ser un obeso durante toda su vida si no modificaba radicalmente sus hábitos alimentarios y de ejercicio.

–Historial médico.

Javier ha pasado las enfermedades propias de la infancia. La tendencia al sobrepeso es una característica familiar, su madre pesa 90 Kg. y su padre 120.

–En la consulta.

Al interrogar a Javier y a su madre, la doctora se entera de que Javier tiene " poco apetito" y de que come poco a las horas de las comidas, pero que acostumbra a comer hamburguesas, patatas chips y dulces entre las comidas. Aún así, Javier asegura que no come más que el resto de sus amigos de tamaño " normal". La madre dice a la doctora que el único ejercicio que hace realmente el niño es el de la clase de gimnasia de la escuela.

–Exploración.

El grosor de los pliegues cutáneos de Javier supera varias veces al normal, incluso en la espalda. Además tiene la piel de las zonas en que las superficies cutáneas entran en contacto macerada e irritada. La doctora observa el comienzo de una infección en la región inguinal.

–Diagnóstico.

La doctora explica a la madre que Javier está experimentando los efectos de la OBESIDAD, e insiste en que tales efectos carecen de importancia en comparación de los riesgos que correrá en el futuro si no adelgaza. La madre afirma que no ve demasiadas posibilidades de que Javier adelgace si no modifica sus hábitos de vida.

–Tratamiento.

La doctora, que sabe que es poco probable que la causa de la obesidad del chico sea que su tasa metabólica es baja, acepta que Javier quizá no ha comido excesivamente para estar tan grueso. Recomienda a Javier que haga mucho más ejercicio; y al poco tiempo Javier se ha aficionado mucho a la natación. Además va andando a la escuela en lugar de coger el autobús. La madre le ofrece manzanas, palomitas y vegetales crudos como tentempiés y rebaja drásticamente el contenido en grasas de las comidas de toda la familia. Como consecuencia, la ingesta calórica de Javier ha descendido a 1200 Kilocalorías diarias, alrededor de una tercera parte de sus necesidades reales.

–Resultado.

A sus 14 años, Javier asiste dos veces a la semana a una clase organizada por la escuela sobre aspectos dietéticos. La escuela organizada también un programa de ejercicio especial además de la clase habitual de gimnasia. Cuando llega a los 16 años Javier está en forma y sano. Las modificaciones en su estilo de vida podrán ayudarle a mantenerse en forma cuando sea adulto.

DIETA Y ENFERMEDADES CARDIACAS.

En los países desarrollados, la mayoría de las enfermedades cardíacas relacionadas con la dieta son causadas por malnutrición, que incluye déficit de nutrientes específicos. Sin embargo, en estos países tiene mucho más trascendencia la elevada incidencia de enfermedades coronarias relacionadas con el sedentarismo, la ingesta habitual de excesivas calorías y la dieta rica en grasas y pobre en fibra. Además la nutrición insuficiente (como es el caso de anorexia nerviosa) puede dar lugar también a otras enfermedades cardíacas y a la muerte súbita. Por otro lado, los déficit de potasio y magnesio puede dar lugar a irregularidades de la actividad cardíaca, aunque este tipo de déficit suele ser consecuencia de enfermedades graves más que de dietas inadecuadas.

EL EXCESO DE GRASA EN EL CORAZÓN.

En los países desarrollados, uno de los principales problemas de salud es la enfermedad cardíaca secundaria a un estrechamiento de las arterias coronarias por la aterosclerosis. El papel de los factores dietéticos, sobre todo el colesterol y las grasas saturadas, en la progresión de la aterosclerosis es objeto de intensas investigaciones.

El que una persona tenga el nivel bajo o alto de colesterol en sangre depende de la interacción entre lo que come, el ejercicio que realiza y sus características genéticas. Parece que un nivel de colesterol en sangre elevado, es uno de los factores de riesgo más importantes de desarrollo de enfermedad coronaria. En general, las personas con altos niveles de colesterol tienen también más aterosclerosis que las personas con los niveles normales. Un nivel de colesterol elevado implica casi siempre los niveles elevados de colesterol lipoproteína de baja densidad.

Grasas dietéticas y nivel de colesterol en sangre.

El tabaquismo, la obesidad, la hipertensión y otros factores, incluyendo los hereditarios, se asocian a lesiones de las paredes arteriales. El riesgo de enfermedad aumenta aún más si el nivel de colesterol en sangre es elevado. Mantenerse en buena forma física es un aspecto al que cada vez se presta mayor atención ya que incluso un elevado nivel de forma física protege contra las enfermedades cardíacas.

Regulación del nivel de colesterol.

1. Todas las células incorporan colesterol en sus membranas. Se cree que el colesterol llega a las células por las lipoproteínas de baja densidad, que lo pasan a las células a través de receptores especiales.
2. El colesterol que no es utilizado por las células permanece en la sangre, donde puede acabar acumulándose sobre todo si la ingesta de grasas saturadas es elevada, ya que las grasas saturadas pueden reducir el número de receptores e impedir que las células puedan captar cantidades normales de colesterol.
3. Las proteínas de elevada intensidad captan el exceso de colesterol de las células y lo transportan al hígado. Aquí, es oxidado para formar ácidos biliares que son excretados a través del conducto biliar hacia el intestino.

MECANISMOS POR LOS QUE LA DIETA PUEDE INFLUIR EN EL RIESGO DE ENFERMEDAD CARDÍACA.

1. Grasas saturadas → Una ingesta excesiva de grasas saturadas puede aumentar la concentración de LDL (lipoproteínas de baja densidad) en sangre y disminuir el número de receptores celulares del colesterol. Combinados, estos dos factores hacen que el nivel de colesterol total en sangre sea elevado.
2. Grasas poliinsaturadas → Si son consumidas en lugar de las grasas saturadas, no, además, las grasas saturadas reducen los niveles de LDL sin afectar a los receptores celulares del colesterol. Además algunos

ácidos grasos poliinsaturados parece que reducen la tendencia de la sangre a formar coágulos, un factor que puede ayudar a prevenir el potencialmente fatal ataque de corazón.

3. Grasas monoinsaturadas—> Mientras que la ingesta elevada de grasas poliinsaturadas puede reducir ligeramente los niveles de las beneficiosas HDL, las grasas monoinsaturadas reducen los niveles de LDL sin alterar el HDL. El aceite de oliva y el de cacahuete son fuentes de grasas monoinsaturadas. La incidencia de enfermedad coronaria es menor en las regiones en las que se utiliza más el aceite de oliva que en las que se utilizan las grasas saturadas de origen vegetal.

71

1