



Red Española de Atención Primaria

Apartado de Correos 1207
28800 Alcalá de Henares (Madrid)
correo-e: secretario@reap.es

Abril - Junio 2005

volumen **3**
número **6**

I.S.S.N.: 1130 - 1023

Redacción: Borja García de Bikuña Landa y José Antonio Barbero González



sumario
Monográfico de las X Jornadas de la REAP

Vitoria - Gasteiz, del 27 y 28 de mayo de 2005

Conclusiones de las X Jornadas de la REAP

Comité Organizador y Científico de las X Jornadas de la REAP

Una nutrición correcta se basa en una alimentación variada, equilibrada y apetecible. La dieta tiene un papel modulador de distintas funciones corporales, con influencia positiva o negativa en algunas enfermedades. La dieta saludable constituye uno de los aspectos, pero no el único, a tener en cuenta en el enfoque global para un buen estado de salud, así por ejemplo:

1. Los alimentos funcionales son el resultado de la aplicación a la nutrición de conocimientos científicos acumulados en las últimas décadas. Actualmente son objeto de intensa actividad y promoción. Los alimentos o ingredientes funcionales no son píldoras mágicas ni panaceas útiles para subsanar los efectos de malos hábitos alimentarios. Cuando se prometen determinados resultados positivos sobre el organismo con estos alimentos, se les deben exigir pruebas científicas similares a las pedidas para otros productos (medicamentos).
2. La evaluación europea de los alimentos transgénicos es de las más rigurosas y exigentes del mundo. Las plantas transgénicas autorizadas en Europa han pasado todas las pruebas de toxicidad y alergenicidad, y no llevan marcadores de resistencia a antibióticos.
3. La seguridad alimentaria es el valor máximo de riesgos consentido desde la perspectivas sanitaria e industrial (inocuidad, alterabilidad), nutricional, informativa (idoneidad, autenticidad, cumplimiento de las especificaciones caracterizantes reglamentarias o recomendadas) y comercial, aplicable a los ámbitos de la elaboración, conservación, distribución, venta, expedición y consumo de alimentos para el colectivo consumidor definido por especificaciones globales o para los colectivos vulnerables, en su caso.

4. Dada la importancia terapéutica de la alimentación en el tratamiento de la diabetes, un objetivo fundamental de la educación diabetológica es facilitar el proceso de aprendizaje dietético y la personalización del plan de alimentación.
5. Frente al paciente oncológico, convendría hacer un diagnóstico nutricional, prácticamente coincidente con el diagnóstico del cáncer. Ese diagnóstico nutricional se deberá evaluar de forma continua durante todo el proceso neoplásico, pues los objetivos variarán dependiendo del momento evolutivo del mismo.
6. En la dieta de los pacientes con riesgo cardiovascular se desaconsejan las grasas saturadas, sustituyéndolos por carbohidratos, y se recomienda aquellos con poder antioxidantes. Para conseguirlo hay que llegar a acuerdos negociados con el paciente.
7. Las diferentes alteraciones y problemas que se asocian a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) complican la respuesta clínica y el pronóstico. Asimismo, estas alteraciones van a servir para sugerir la existencia de un TCA. De cara al tratamiento es tan importante la atención a los problemas de la alimentación como a toda la morbilidad acompañante. Las tareas del médico de atención primaria ante un paciente con trastornos del comportamiento alimentario son: 1) descubrirlo, captarlo y hacer el diagnóstico de sospecha, 2) valoración clínica inicial, 3) derivarle al equipo de atención especializada, y 4) estar a su disposición durante el seguimiento.



8. Las **dismorfias corporales** incluyen la **anorexia**, **bulimia**, la **ortorexia** y la **vigorexia**. Consisten en una mala adaptación de la conducta humana (nutricional y del ejercicio físico) por una percepción alterada de la propia imagen corporal, que origina un trastorno obsesivo-compulsivo que puede llevar a la autodestrucción.
9. El **sobrepeso** y la **obesidad esencial** constituyen trastornos crónicos del metabolismo energético, cuyo control exige cambios permanentes en el estilo de vida, mediante la adquisición de conductas saludables que posibiliten corregir la ingestión excesiva de energía alimentaria y eliminar el sedentarismo. La obesidad es un

trastorno crónico, no se debe dar de alta, aunque se pueden espaciar las visitas, porque el trato y el tiempo con el paciente son fundamentales. Las calorías de las dietas no son tan importantes, lo mejor es educar nutricionalmente al paciente.

10. Las dietas milagro pretenden dar esperanza al paciente obeso: "sin dietas", "coma de todo", "de manera natural", etc. Se trata de verdades a medias y con un claro intento de engañar, por eso es necesario un comportamiento precavido, tanto por parte de los profesionales de la salud como de la población en general.

CONFERENCIA INAUGURAL

Seguridad alimentaria: ¿sabemos lo que comemos?

Dr. Rafael Urrialde de Andrés • Salud y Seguridad Alimentaria. Puleva Food SL

Como bien recoge la propia definición de seguridad alimentaria del Prof. Carlos Barros: "Se entiende por Seguridad Alimentaria el valor máximo de riesgos consentido desde la perspectivas sanitaria e industrial (inocuidad, alterabilidad), nutricional, informativa (idoneidad, autenticidad, cumplimiento de las especificaciones caracterizantes reglamentarias o recomendadas) y comercial, aplicable a los ámbitos de la elaboración, conservación, distribución, venta, expedición y consumo de alimentos para el colectivo consumidor definido por especificaciones globales o para los colectivos vulnerables, en su caso", claramente el control, supervisión y consumo de los productos alimenticios, en cualquier etapa o situación, depende de la interacción de múltiples factores, siendo uno de ellos y de máximo nivel e importancia, la información.



denominada horizontal, en materia de información, se ha aprobado un Real Decreto (noviembre 2004), trasposición de una Directiva del año 2003, para ampliar la información sobre el origen de determinados ingredientes, ya que cada vez existen más ciudadanos que presentan problemas de intolerancia o alergenidad a determinados compuestos o componentes o ingredientes alimentarios.

Nos encontramos con todo un cuerpo legislativo que establece los requisitos, no sólo en materia de condiciones técnico-sanitarias sino también en información, que deben cumplir los productos alimenticios que se comercializan en el territorio de la Unión Europea. Este cuerpo legislativo está en continuo cambio, en la actualidad la tendencia conlleva la aprobación de normativa horizontal y no desarrollar tanta normativa vertical como hasta la actualidad existe, ejemplo claro es el Reglamento de Higiene de los productos alimenticios. También en el caso de la información, hasta ahora, en el cuerpo legislativo se contemplaba como voluntario de información nutricional (Real Decreto 930/1992) pero en estos momentos se está desarrollando el nuevo borrador de Directiva que quiere imponer la información nutricional como obligatoria, es un paso muy importante para dar mayor información al consumidor.

Uno de los parámetros que tenemos que tener en cuenta a la hora de la información es la normativa vigente, cada vez más desde las administraciones, no sólo nacionales sino incluso ya desde la Europea, se está contemplando en la regulación alimentaria los aspectos legales que pueden servir de base para establecer los contenidos de los medios educativos en esta materias. Recientemente se ha llegado a dar un paso muy significativo en la normativa,



Mesa 1 NUEVOS ALIMENTOS

Moderadora: **Marta Arroyo**

Alimentos transgénicos, alimentos tradicionales. Inocuidad alimentaria

Mertxe de Renobales Scheffler • Dpto. de Bioquímica y Biología Molecular -- Facultad de Farmacia • UPV/EHU

El término 'inocuidad alimentaria' (food safety) hace referencia a la certeza razonable de que los alimentos disponibles sean sanos, no sean tóxicos ni causen problemas al consumidor, mientras que el término 'seguridad alimentaria'

(food security) se refiere a la certeza razonable de poder conseguir alimentos variados y en cantidad suficiente. La terminología en español es, pues, confusa: nos referiremos a 'inocuidad' aunque utilicemos la palabra 'seguridad'.

Entendemos por 'planta o cosecha transgénica' aquella cuyo genoma se ha modificado por técnicas de ingeniería genética en el laboratorio, introduciendo uno o varios genes provenientes de otros organismos. Por el contrario, una cosecha o planta 'tradicional' es aquella cuyo genoma ha sido modificado por alguna de las técnicas tradicionales (mutagénesis por radiación o tratamientos con productos químicos mutagénicos, inducción de poliploidías por tratamiento con ciertos compuestos químicos, mediante cruzamientos clásicos tanto entre especies relacionadas como distantes, o por variaciones somaclonales en cultivos in vitro).

Las cosechas tradicionales no son objeto de evaluación de inocuidad en ningún país del mundo.

El objetivo de la evaluación de la inocuidad alimentaria de las cosechas transgénicas es determinar su grado de inocuidad en comparación con la planta parental (sin modificar en el laboratorio). La evaluación no proporciona valores absolutos sobre la inocuidad de la planta transgénica, sino siempre relativos a la cosecha sin modificar. Se evalúa

el producto final, la cosecha que se comercializará, no el procedimiento por el que se ha obtenido. Después de determinar analíticamente cuál(es) es la diferencia(s) entre la planta transgénica y la convencional, se evalúa(n) la(s) diferencia(s) encontrada(s) desde el punto de vista toxicológico y alergénico, y finalmente se evalúan los aspectos nutricionales de la planta entera. En caso de no encontrar diferencias nutricionales entre la cosecha transgénica y la convencional, se considera que la transgénica es sustancialmente equivalente a la convencional.

El procedimiento de evaluación de la Unión Europea es de los más rigurosos del mundo. Todas las plantas/cosechas transgénicas aprobadas en la Unión Europea han pasado las pruebas de toxicidad y alergenicidad de manera que ninguna es tóxica ni alergénica. Todas las plantas/cosechas transgénicas aprobadas son tan seguras (inocuas) como las convencionales. Desde 2004 no pueden llevar marcadores de resistencia a antibióticos.

Alimentos funcionales

Dra. Rosaura Farré Rovira • Catedrática de Nutrición y Bromatología. Universidad de Valencia.

Los cambios experimentados en el concepto de alimentación en las últimas décadas desde una alimentación suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales hacia una "alimentación óptima" para la prevención del riesgo de enfermedad ha sido, en parte la responsable de la comercialización en primer lugar de alimentos "sin" y a continuación de los funcionales.

Un alimento funcional es aquél que además de satisfacer las necesidades nutricionales proporciona beneficios adicionales. Este tipo de alimentos nació en Japón, ha sido y sigue siendo objeto de estudio (desarrollo y legislativo) en los EE.UU. y también en Europa. En ésta es importante la labor realizada por el proyecto "Ciencia de los alimentos funcionales en Europa" (FUFOSE), que junto a la definición indica las características que debe reunir un alimento para que pueda calificarse de funcional y sus distintas categorías.

Dada la imposibilidad de comentar con el detalle que se merecen las principales aplicaciones de los alimentos funcionales, se enumeran y se proponen algunos ejemplos de alimentos o ingredientes funcionales habituales en el comercio.

Puesto que, los consumidores conocen los beneficios de los alimentos funciones a través de las alegaciones de salud, se revisan las definiciones de los distintos tipos, y tras indicar la necesidad de que se basen en pruebas sólidas, se comenta la alegación relativa al aceite de oliva.

Finalmente, se recuerda la importancia de una dieta suficiente variada y equilibrada, pues a pesar del indudable interés de los alimentos funcionales no se trata de píldoras mágicas o panaceas para subsanar malos hábitos alimentarios.

El consumidor ante los alimentos funcionales

Inmaculada García • Directora Asociada en Research International

Los Alimentos Funcionales llegaron a España en los años noventa y se espera que en 2005 supongan un tercio del mercado de la alimentación. La percepción de una menor calidad en los alimentos, la falta de tiempo para seguir una dieta equilibrada y la consecuente sensación de tener ciertas carencias nutricionales han formado un caldo de cultivo ideal para que los Alimentos Funcionales (desde los productos light hasta los más modernos ingredientes) encuentren un hueco en el mercado.

Los consumidores se sienten abrumados por la cuantía de nuevos productos y la falta de información concreta sobre sus bondades. Su consumo se produce a veces cargado de dudas, contradicciones y suposiciones muchas veces falsas. Pero, a pesar de ello, confían en los fabricantes y sienten que tomándolos compensan las carencias derivadas de una

alimentación poco equilibrada, al tiempo que reducen su mala conciencia.

La motivación básica de consumo –la salud– es a veces una coartada para degustar unos productos que, en muchos casos, han sido capaces de mejorar o variar sabores y gustos de sus equivalentes no funcionales, lo que permite al consumidor no caer en la saturación y el aburrimiento: en muchas ocasiones son las motivaciones reales de consumo.

A futuro, los consumidores de estos productos esperan la extensión de beneficios para la salud y una mayor información. Los organismos reguladores deberán ser los encargados de poner en sus manos una información clara y fehaciente de los usos y bondades de estos alimentos.



Mesa 2

NUTRICION EN LA PERSONA ENFERMA

Moderador: **Raimundo Pastor**

Nutrición en el paciente diabético

Esmeralda Martín González • Enfermera. Hospital Severo Ochoa (Madrid)

Los síndromes hiperglucémicos son pluriformes y, por tanto, el tratamiento dietético es diverso, pero mantiene una estructura común. Debido a las diferentes situaciones vitales, metabólicas, nutricionales etc... de las personas con diabetes, se ha ido liberalizando la prescripción dietética en la diabetes en lo que respecta a hidratos de carbono y grasa monoinsaturada

Los objetivos "clásicos" de la dieta en la diabetes son:

- Ser nutricionalmente completa (dieta equilibrada)
- Mantener o acercar el peso al ideal
- Contribuir a normalizar los niveles de glucemia
- Atenuar el riesgo cardiovascular (niveles de lípidos y tensión arterial)
- Contribuir a mejorar el curso de las complicaciones metabólicas si existen
- Adaptarse a los gustos de los pacientes
- Favorecer la aceptación de la misma, al mantener su función placentera e incluso, "compensatoria"

Para aprovecharse de los beneficios de una dieta correcta en la diabetes, es imprescindible tener unos conocimientos básicos de nutrición, ya que la dieta en la diabetes debe ser, ante todo, una dieta equilibrada que contenga todos los nutrientes imprescindibles para la vida.

Ahora bien, en el caso de la persona con diabetes, las recomendaciones nutricionales han variado a lo largo del tiempo, en función de los conocimientos sobre la enfermedad, los avances en nutrición y las posibilidades de tratamiento. En una primera época se limitaba muchísimo el aporte de carbohidratos, ya que las posibilidades terapéuticas eran escasas y de esa manera se pretendía atenuar a la hiperglucemia. Por el contrario, después se propugnaron las dietas muy ricas en carbohidratos, sobre todo complejos y con gran aporte de fibra. En el momento actual, la A.D.A. (American Diabetes Association) recomienda personalizar el aporte de hidratos de carbono dependiendo del tipo de diabetes, el estado nutricional, y el perfil lipídi-

co, sobre todo los niveles de triglicéridos, recomendando incluso un mayor aporte de grasa, siempre que éste se haga en forma de ácidos grasos monoinsaturados (ácido oleico).

Los objetivos educativos que ha de alcanzar un programa de aprendizaje dietético diabético según la A.D.A. son los siguientes:

1. Reconocer la alimentación como una parte fundamental del tratamiento
2. Conocer los grupos de alimentos, en especial los ricos en hidratos de carbono, qué normas sobre alimentos hay que respetar y cuáles pueden ser más flexibles
3. Aprender qué alimentos y bebidas previenen o controlan la hipoglucemia
4. Conocer los alimentos ricos en grasa, especialmente los ricos en grasa saturada y colesterol
5. Saber escoger los tipos de cocción o elaboración más apropiados
6. Aprender a cuantificar e intercambiar de forma equivalente los distintos alimentos de cada grupo con la ayuda de la balanza y/o las medidas de referencia por volumen
7. Entender el plan de alimentación por unidades de intercambio de 10 gramos de hidratos de carbono y su adaptación a volúmenes de referencia, prescrito y pactado en cada caso
8. Poder integrar el plan de alimentación recomendado al menú familiar, escolar o laboral adaptándolo a situaciones especiales, fiestas imprevistos y enfermedades intercurrentes
9. Relacionar los valores de glucemia capilar con aporte de azúcares y el grado de actividad física y sobre todo que el paciente con diabetes disfrute de la comida.

Nutrición en el paciente con riesgo cardiovascular

M^a Teresa Eyaralar Riera • Farmacéutica de Carbayin Alto. Asturias

¿Qué relación hay entre la dieta, ejercicio y el RCV?

Hay aspectos dietéticos que aumentan el RCV como ingesta de grasa saturada y el aporte calórico excesivo.

Estudio EPIC para mayores de 60 años: se observó que la dieta mediterránea disminuía hasta un 7% la mortalidad.

Los individuos con IMC alto tienen mayor RCV por tener aumentada la síntesis de colesterol.

Un aumento del 1% de c-HDL supone una disminución de la mortalidad coronaria del 3.5%.

En un estudio en EEUU sobre 84.000 mujeres y 42.000 hombres 1 pieza de fruta o verdura más al día disminuyó un 4% el RCV

Servicio que se oferta desde la farmacia

El farmacéutico realiza una valoración de los hábitos alimentarios y ejercicio mediante el recuerdo de 24 horas y consumo semanal de los distintos grupos de alimentos. No se hace una valoración médica del paciente sobre RCV, órganos diana afectados, causas secundarias de HTA ni diagnóstico de HTA o diagnóstico de hiperlipemias.

En aquellos pacientes en los que su médico ha realizado el diagnóstico pautando dieta y medicamentos se trabaja con la dieta prescrita y se realizará seguimiento farmacoterapéutico para detectar y resolver los problemas relacionados con medicamentos (PRM) que se puedan presentar para colaborar en la consecución de los objetivos de dicho tratamiento.

DIETA

Si el IMC es mayor de 25 es necesario disminuir el aporte calórico de la dieta.

Las dietas hipercalóricas estimulan producción TG y c-VLDL. Estas dietas favorecen la obesidad lo cual se asocia a hiperinsulinismo, resistencia periférica a la insulina y aumento de la TA (factores de RCV).

- Aporte calórico
 - Hidratos de carbono 55- 60% Kcal. HC de absorción lenta o complejo. Evitar los de absorción rápida.
 - Proteínas aporte calórico 15-20%

- Grasas aporte 25-30% Kcal/dieta (baja en grasas saturadas y rica en monoinsaturados como el ácido oleico y omega 3).

Alimentos que aumentan HDL: aceite de oliva, frutos secos, y 30 g vino tinto

Alimentos que interfieren en la absorción y síntesis de Colesterol: aceites de oliva y poliinsaturados, fibra insoluble de verduras frutas cereales y saponinas de las legumbres. Componentes sulfurados de las plantas (puerro, cebolla, ajo)

Alimentos antioxidantes: frutas, verduras, té, aceite de oliva, té, frutos secos, vino

Alimentos que reducen homocisteinemia: ricos en ácido fólico (hígado, garbanzos, espinacas, almendra, remolacha, cereales enriquecidos)

Alimentos precursores del factor relajante del endotelio: nueces

Alimentos que inhiben agregación plaquetaria y formación trombos: W 3 de pescados, frutos secos (nueces)

Nutrición en el paciente oncológico

Pilar Etxabarri Pérez • Médico del C.S. de Villabona (Gipuzkoa)

Ya en el momento del diagnóstico del cáncer, la malnutrición es un problema frecuente en los pacientes, lo cual produce un aumento de su morbi-mortalidad, disminuyendo su calidad de vida y constituyendo además una dificultad añadida para afrontar el tratamiento antineoplásico (cirugía, radio y quimioterapia), aumentando la incidencia de los efectos secundarios y su gravedad.

Así, frente al paciente oncológico, conviene hacer un diagnóstico nutricional, prácticamente coincidente con el diagnóstico del cáncer. Ese diagnóstico nutricional se deberá evaluar de forma continua durante todo el proceso neoplásico, pues los objetivos, variarán dependiendo del momento evolutivo del mismo.

En la práctica clínica, un método de valoración del estado nutricional del paciente, rápido, sencillo, reproducible y

con poca variación interobservador, es la Valoración Subjetiva Global Generada por el Paciente (VSG-GP) constituida por una primera serie de preguntas a responder por el paciente, seguida de otra serie a cumplimentar por el personal clínico que lo atiende. Con la información obtenida en la encuesta, se clasifica a los pacientes en A: bien nutridos, B: moderadamente desnutridos, C: mal nutridos

Una vez evaluadas las causas de la malnutrición, se procede a:

- 1º Tratamiento de la sintomatología que está dificultando la alimentación del paciente.
- 2º Actuación sobre la nutrición propiamente dicha.



Mesa 3

TRANSTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO (TCA)

Moderador: Arturo López

TCA en Atención Primaria

Juan José Sagarzazu Goenaga • Médico. Centro de Salud de Oñate. Gipuzkoa

Introducción

En los últimos años vemos más casos de TCA no especificada, que no cumplen todos los criterios DSM-IV de anorexia y bulimia.

Tareas del Médico de Atención Primaria

- Sospechar
- Estudio inicial
- Derivación
- Seguimiento

Diagnóstico de sospecha

Los TCA no son frecuentes: aproximadamente dos pacientes por cupo. En los meses previos al diagnóstico nos consultan con más frecuencia pero sólo diagnosticamos a la mitad.

Factores de riesgo:

- Antecedentes familiares de TCA
- Diabetes tipo 1
- Obesidad previa
- Chicas adolescentes y jóvenes
- Profesión: atletas, modelos, danza.

Motivos de consulta:

- Madre preocupada, hija no reconoce el problema y no viene.
- Hija traída por su madre
- Dispepsia
- Síntomas ginecológicos: amenorrea.
- Ansiedad, depresión, TOC.
- Preocupación excesiva por su peso o imagen corporal.

Descubrir un TCA es difícil por: ambivalencia, vergüenza o negación de la paciente, conflicto con sus padres, no cumplimiento de los criterios diagnósticos de anorexia o bulimia y escasez de signos objetivos.

Cómo superar la dificultad:

- Alto índice de sospecha.
- Escuchar a todas.
- La enfermedad nos engaña a todos.
- Entrevista motivacional

Tratamiento y manejo de los Transtornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Izaskun Marañon • Psicóloga y Jorge Grijalvo in memoriam

Quiero que esta presentación sea un homenaje a Jorge Grijalvo. El objetivo de esta presentación es intentar transmitirles como entendía Jorge a los pacientes con un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) y su tratamiento; así como la importancia de los profesionales de Atención Primaria (AP).

Para Jorge los pacientes con un TCA eran en primer lugar personas, personas que sufrían y que expresaban ese sufrimiento en un trastorno concreto. Para él decir que alguien "tiene un TCA" era no decir nada, era hablar con palabras huecas, era dar significantes sin significado. Siempre decía: "ante todo hay que ver a la persona y qué es lo que la hace sufrir".

En otras palabras, el TCA puede estar expresando muy

diferentes cosas. Por eso el primer paso para el tratamiento es conocer el sufrimiento de esa persona, conocer el funcionamiento cada una de las áreas de su vida y centrarse en los puntos de acuerdo sobre lo que le está pasando para poder ir poco a poco llegando a acuerdos mayores y lograr un equilibrio de salud global.

Para hacer ese trabajo, Jorge consideraba absolutamente indispensable la colaboración entre los distintos eslabones del servicio asistencial: cada uno desde su nivel y competencia contribuyendo a la mejora global de la persona enferma.

En definitiva es importante para el tratamiento de los TCA la continuidad de cuidados, en la cual todos somos necesarios y ninguno, por separado, suficiente.

Vigorexia

Sabino Padilla • Médico deportivo del ATHLETIC CLUB. Bilbao

Término médico que hace referencia a un desorden emocional de la percepción de la propia imagen. Es evidente que es una alteración que genera controversia en el área de la patología médica.

Harrison O. Pope, psiquiatra de la Universidad de Belmont lo ha definido como una situación o estado creado a partir de una excesiva práctica de ejercicio físico como medio para obtener la belleza física corporal. Podemos afirmar, a tenor de los conocimientos médicos actuales que es una mala adaptación de la conducta humana en cuya base subyace una alteración de la propia imagen corporal que conlleva a un trastorno obsesivo-compulsivo. Este hecho hace que la comunidad médica la incluya dentro del grupo de las dismorfias corporales (siendo ésta de tipo muscular),

donde se incluyen otros como la anorexia, bulimia o la ortorexia. Hay algunos autores que le han denominado como el "complejo de Adonis". Ver su imagen corporal como endeble, no musculoso, delgado y sin atractivo físico les llevan a poner en marcha, comportamientos encaminados a modificar dicha percepción modificando su conducta en dos aspectos: nutrición y actividad física.

El valor de la imagen en nuestra sociedad, como una vía de éxito social, puede contribuir de forma determinante en el desarrollo de éste tipo de conductas.

Terapia psicológica, tratamiento con antidepresivos y apoyo psicológico son las armas propuestas para "sacar del pozo" a este tipo de pacientes que pueden llegar a su propia autodestrucción.



Mesa 4 OBESIDAD

Moderador: Joseba Pérez de Arriba

Tratamiento dietético de la obesidad

Ainhoa Sáez de Vicuña Ortueta • Farmacéutica. Vitoria - Gasteiz

La obesidad constituye la epidemia del XXI y está sustituyendo en prevalencia al tabaquismo.

Cualquier pauta de tratamiento dietético puede condicionar pérdidas de peso, por ejemplo restringir bebidas alco-

hólicas, eliminar algunos alimentos macronutrientes, o separar en el tiempo el consumo de los mismos como en las dietas disociadas. Pero no todas las pautas dietéticas son seguras desde el punto de vista sanitario y logran

mantener en el tiempo el deseado descenso ponderal. Un abordaje factible y seguro es el que describo a continuación, en sus primeros pasos.

Primer contacto con el paciente: Se le da una cita acordada de una hora de duración, para la evaluación del estado nutricional, historia dietética y actividad física. A continuación se prescribe una dieta con aporte calórico individualizado, la distribución de macronutrientes y el reparto de la energía durante el día.

La segunda visita se hace a la semana para valorar el ritmo de descenso de peso de la primera semana. Esta segunda visita aporta mucha información pronóstica y nos indicará el grado de cumplimiento.

El empleo de complementos nutricionales para perder peso sólo debe de usarse como tratamiento coadyuvante a una dieta personalizada, no como tratamiento aislado en un caso de exceso de peso. Además, debe de acompañarse de un incremento de la actividad física y de cambios en los hábitos alimentarios y de conducta, y en este sentido, la figura del dietista-nutricionista se perfila como el profesional mejor cualificado.

Complementos nutricionales: plantas ricas en mucílagos (pectina, glucomanano, opuntia, zaragatona, de ciruela, ispágula, fucus...), alcachofa, complementos vitamínicos, chitosan, te verde, esteroides vegetales, microorganismos vivos probióticos (Bifidobacterias y Lactobacillus) e ingredientes alimentarios no digeribles como los llamados prebióticos (inulina y oligofruktosa)

CONCLUSIONES

Efectividad general del tratamiento dietético en adultos sanos: al mes: 4-6 kg, a los 3 meses: 10-15kg, a los 6 meses: mantenimiento

Las calorías de las dietas no son tan importantes, lo mejor es educar nutricionalmente al paciente

El trato y el tiempo empleado con el paciente son fundamentales.

La obesidad es un trastorno crónico, no se puede dar de alta, se pueden espaciar las visitas.

Evaluación de la obesidad y criterios de intervención terapéutica

Dr. Juan José Arrizabalaga • Coordinador de la Unidad de Nutrición. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz

La obesidad es una enfermedad crónica que condiciona un aumento importante de la morbilidad por su asociación a enfermedades que afectan a la mayoría de los sistemas del organismo. El riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular está aumentado en las personas obesas, al igual que el riesgo relativo de muerte por cualquier causa.

La reducción intencionada de peso puede ayudar a controlar las enfermedades que empeoran con la obesidad, así como a disminuir la probabilidad de desarrollo de esas enfermedades en los individuos con sobrepeso y obesidad. El adelgazamiento intencionado de $\geq 5-10\%$ del peso corporal tiene grandes efectos beneficiosos sobre la salud en la persona con sobrepeso u obesidad porque disminuye la presión arterial, mejora el perfil lipídico (reduce el coleste-

rol total, el c-LDL y los triglicéridos y aumenta el c-HDL), previene la aparición de diabetes mellitus (DM) tipo 2 y mejora el control metabólico de la DM tipo 2, reduce el dolor en las articulaciones de carga y mejora la calidad de vida.

Esta exposición persigue dos objetivos: 1) definir la evaluación clínica que se debe llevar a cabo para la identificación de las personas que necesitan tratamiento para reducir peso corporal y 2) establecer los criterios de intervención terapéutica mediante el tratamiento básico (alimentación hipocalórica, actividad física y modificación de conducta), el tratamiento farmacológico (en la actualidad, orlistat y sibutramina) y el tratamiento quirúrgico.

Dietas milagro: mitos y falacias*

Dra. Ana Rocandio Pablo • Dpto. Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universidad del País Vasco (UPV/EHU)

La sociedad del bienestar se caracteriza por una oferta ilimitada de alimentos, que va en aumento, asociada a una cultura que estimula el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad.

Por otra parte, la importancia de la imagen corporal, está adquiriendo gran preponderancia en la sociedad, influida por los mensajes enviados, constantemente, por los medios de comunicación, por el entorno y por la publicidad.

La sociedad actual, es un campo fértil para la proliferación de "ofertas" que permitan mejorar la imagen corporal. Entre dichas ofertas, se encuentran las "dietas", con las cuales se puede perder peso sin renunciar al privilegio de comer hasta estar saciado.

La gran mayoría de tales recomendaciones dietéticas están basadas en mitos y creencias irracionales.

Las "dietas milagro" son tan populares, entre la población, porque ofrecen: resultados rápidos, ingesta de alimentos

atractivos, que conllevan un mínimo esfuerzo personal, ofreciendo además, resultados inmediatos.

La oferta de dietas (revistas, reportajes...) y la venta de productos relacionados con estas dietas, implican importantes beneficios económicos

Existen diferentes tipos de dietas con estas características: vegetarianas (basadas en alimentos naturales, biológicos o ecológicos), macrobióticas, disociadas, hipergrasas, hiperproteicas y dietas absurdas con nombres estrafalarios (Rastafari, Beverly Hills...)

A veces, estas dietas se acompañan de fitofármacos (unos son potentes diuréticos, otros son laxantes, sedantes y estimulantes).

Por lo tanto hay que advertir a las autoridades sanitarias y a la opinión pública en general, que hay mucho "engaño", "fraude" y a veces "peligro" en estos procedimientos mágicos de adelgazamiento y sin planteamiento médico riguroso.

* Esta ponencia tuvo que suspenderse por un problema de última hora de la Dra. Rocandio

DOLMEN

El analgésico,
antitérmico y
antiinflamatorio de
alto rendimiento



Un clásico de confianza financiable por la Seguridad Social

COMPOSICIÓN. Compresión por comprimido efervescente: ácido acetilsalicílico, 500 mg; codeína fosfato (hemihidrato), 10 mg; ácido ascórbico (DCL) (vitamina C), 250 mg. Excipientes: ácido cítrico anhidro, benzoato de sodio (E211), bicarbonato sódico, citrato mercáptico anhidro, manaral nucleosoma 324.1, povidona K-30, sacarina sódica. **INDICACIONES.** Tratamiento o alivio sintomático del dolor (dolor de cabeza, dentales, menstruales). Tratamiento de la fiebre. Sin todas estas indicaciones la administración del preparado está sujeta a la aparición de los síntomas dolorosos o febriles. A medida que éstos desaparezcan debe suspenderse la medicación. Tratamiento de la inflamación no reumática: dolor musculoesquelético, lesiones deportivas, bursitis, capsulitis, tendinitis y tenosinovitis aguda no específica. Tratamiento de la artritis reumatoide, artritis juvenil, sarcoidosis y fiebre reumática. En base a su efecto antiagregante plaquetario está indicado en la profilaxis de infarto o accidente de circulación en pacientes con historia previa del evento o con angina de pecho inestable. Prevención de la obtusión del tri-plex aorto-carotíneo. Tromboembolismo post-operatorio en pacientes con prótesis vasculares biológicas o shunts arteriovenosos. Tromboflebitis, flebotrombosis y riesgo de trombosis arteriales. Tratamiento de los ataques isquémicos transitorios en varones con isquemia cerebral transitoria para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular. Las indicaciones requieren siempre un control médico. **POSOLÓGICA.** Dosis media recomendada: Adultos y niños mayores de 12 años: 1 comprimido cada 4 ó 6 horas. Niños de 6 a 12 años: 1/2 a 3/4 de comprimido por toma. Niños de 4 a 6 años: 1/4 a 1/2 comprimido por toma. Niños de 2 a 4 años: 1/8 de comprimido por toma. En niños, hasta un máximo de 4 tomas en 24 horas. La administración del preparado está sujeta a la aparición de los síntomas dolorosos o febriles. A medida que éstos desaparezcan debe suspenderse este medicamento. **CONTRAINDICACIONES.** Úlcera gástrico-duodenal, gastritis. Hipersensibilidad a salicilatos. Hemofilia o problemas de coagulación sanguínea. Terapia conjunta con anticoagulantes orales, insulina o heparina. No administrar durante los últimos tres meses de embarazo, ya que puede provocar el parto y aumentar el riesgo de hemorragia. **PRECAUCIONES.** En caso de administración continuada, prevenir al médico u odontólogo ante posibles intervenciones quirúrgicas. No administrar indiscriminadamente como preventivo de las posibles molestias originadas por vacunaciones. Se evita con la leche materna. Atravesa la barrera placentaria. En condiciones normales no es preciso administrar durante el embarazo: dosis superiores a 100 mg de vitamina C al día y en cualquier caso, siempre por indicación del médico. Aunque no hay evidencia de efectos perjudiciales, no se ha establecido la seguridad fetal cuando se administra a dosis altas. Sin diabetes, por su contenido en vitamina C, pueden producirse resultados erróneos en la determinación de glucosa en orina, incluyendo las pruebas por tira reactiva. Administrar con precaución en pacientes debilitados, ancianos, o con lesiones intracerebrales, hipotensión, insuficiencia suprarrenal, hiperplasia prostática, asma y otras enfermedades obstructivas pulmonares. Debe tenerse precaución al conducir vehículos, manejar maquinaria peligrosa y en general, en aquellas actividades donde la falta de atención suponga un riesgo. **INTERACCIONES.** Puede potenciar el efecto de los anticoagulantes orales y antidiabéticos orales. No administrar con fármacos potencialmente ulcerogénicos (alcohol, corticoides, antiinflamatorios no esteroideos). Evitar administrar junto con profármacos. Administrado junto con metotrexato puede producir una depresión intensa de la médula ósea. El uso simultáneo de anticolinérgicos y codeína puede ocasionar obstrucción intestinal. Puede potenciar el efecto sedante de los depresores de S.N.C. como ansiolíticos, antipsicóticos, aminofenólicos y alcohol. La utilización de antiepilépticos (fenitoína o MAO) junto con codeína puede ocasionar un aumento de los efectos de ambos. **ADVERTENCIAS:** Uso en deportistas. Se informa a los deportistas que este medicamento contiene un componente que puede establecer un resultado positivo de control del doping como positivo. Advertencia sobre expirantes: Este medicamento por contener 100 mg/comprimido efervescente de benzoato de sodio puede irritar ligeramente los ojos, la piel y las mucosas y aumentar el riesgo de coloración amarillenta de la piel (porfiria) en recién nacidos. **EFECCIONES ADVERSAS:** Irritación gastrointestinal. Erupciones cutáneas. Dificultad respiratoria. Somnolencia. Vértigos. Hepatitis por salicilatos después de administrar dosis terapéuticas a pacientes con artritis reumatoide. La ingestión del ácido acetilsalicílico, entre otros tóxicos, se ha relacionado con el Síndrome de Reye, enfermedad muy poco frecuente, pero grave. Es por ello que se recomienda consultar con su médico antes de administrarlo a niños y adolescentes en casos de procesos febriles, gripo o varicela. Si se presentan vómitos o heces de sangre interrumpir el tratamiento y consultar inmediatamente al médico. **INDICACIÓN Y SU TRATAMIENTO.** La sintomatología de sobredosisación incluye: náuseas, mareos, zumbido de oídos, visión borrosa, somnolencia, sudoración, náuseas, vómitos y ocasionalmente diarrea. El tratamiento es sintomático, incluyendo: estómago provocado, lavado gástrico y administración de carbon activado. En casos graves administración de cantidades adecuadas de líquidos intravenosos. Hemodilisis en adultos y niños mayores y diálisis peritoneal en lactantes. En caso de sobredosis o toxicidad asociada consultar con el Servicio de Información Toxicológica. Teléfono 01.562.0420. **PRESENTACIÓN Y PVP IVA.** DOLMEN, envase de 10 comprimidos efervescentes, 1,77 €, envase de 20 comprimidos efervescentes, 2,86 €. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Con receta médica. Financiable por el Sistema Nacional de Salud. J Uriach & Cia, S.A. Pol. Ind. Pons de Cadres, Avda. Carl Plant 51-57. 08184 Palau-solità i Plagueras (Barcelona).  Envase de 10 y 20 comprimidos efervescentes.  Grupo Uriach www.uriach.com

RED ESPAÑOLA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Junta directiva

Presidente: Luis Miguel Palomo Cobos
Vicepresidente y Tesorero: J. Antonio Barbero González
Secretario: Raimundo Pastor Sánchez
Vocal de Medicina: Francisco Abal Ferrer
Vocal Farmacia: Teresa Eyaralar Riera

notas de la redacción

Se encuentran a disposición de todos aquellos socios, números sueltos del boletín en la Secretaría de Madrid, para repartirlos entre todos aquellos que considereis oportuno.

cómo escribir en el boletín

Las colaboraciones las podéis enviar a:

Farmacia García de Bikuña • Avda. Lehendakari Aguirre, 61 • 48014, BILBAO - BIZKAIA • E-mail: borjagv@farmacia.euskalnet.net