



AHORA, la Salud

Año 4 • Nº 20 • Julio de 2007 • Revista de distribución gratuita

OBESIDAD

Un futuro “redondo”

**En 2020, la mayoría de las personas serán gordas, según los especialistas.
Apuntes sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad.
Cómo frenar este flagelo**



Ante cualquier duda consulte a su médico y/o farmacéutico



ACCU-CHEK® Active

El medidor de glucemia

Más rápido. Más confiable. Más simple.



ACCU-CHEK es un marca registrada de Roche. © 2007 Roche Diagnostics
www.accu-chek.com.ar
Roche Diagnostics Argentina

Para mayor información por favor comuníquese con el Servicio de Atención al Cliente

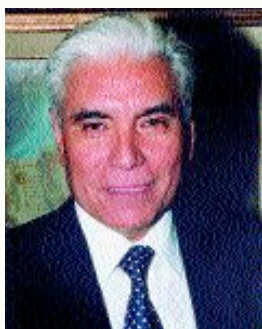
 **0800-333-8365**
Responde **0800-333-6081**

ACCU-CHEK®

Viví la vida. Libremente



PRESIDENTE
SR. RAMON FELIPE CARRERAS



AHORA, la Salud

LA REVISTA ES UNA PUBLICACION
DE LA FUNDACION ABC

DIRECTOR
SR. RAMON FELIPE CARRERAS

Fundación ABC:
Av. Jujuy 615, 1er piso (1229)
Ciudad de Buenos Aires - Argentina
Tel./fax: (54-11) 4941-1001
Página web: www.abcsalud.com.ar
fundacion@abcsalud.com.ar

Edita y comercializa:

eb
Editorial Biotecnológica S.R.L.

GERENTE:
FACUNDO LUGONES

DISEÑADORA:
MARIA VICTORIA XIMENES

EDITOR DE FOTOGRAFIA:
FERNANDO LUGONES

COLABORADOR PERIODISTICO:
LIC. JUAN CARLOS RIVERA

Editorial Biotecnológica S.R.L.:
Av. Asamblea 43 (C1424COA), Ciudad
de Buenos Aires. Tel./fax: (54-11)
4925-6600/0358/0394. E-mail:
administracion@editorialogica.com.ar

Obesidad infantil: la enfermedad del milenio



Tres de cada 10 escolares argentinos consumen más calorías que las que necesitan y tienen sobrepeso porque su dieta es rica en hidratos y pobre en lácteos, frutas y verduras.

Un niño de enormes ojos marrones camina junto a su madre. Se para frente a una "M" inmensa y sus ojos se agrandan aún más. La madre mira su reloj: "Tenemos poco tiempo, estoy apurada", dice, y ambos ingresan rápidamente al local de comidas rápidas en busca de la "Cajita".

Situaciones como éstas se viven diariamente en todos los países del mundo y la consecuencia de una mala alimentación es la obesidad infantil que, poco a poco, está afectando anualmente a más niños.

Particularmente, en nuestro país, ha crecido de manera preocupante el número de niños y adolescentes con problemas de sobrepeso y obesidad. Según un informe del Centro de Estudios sobre Nutrición Infantil (Cesni), tres de

cada 10 escolares argentinos consumen más calorías que las que necesitan y tienen sobrepeso porque su dieta es rica en hidratos y pobre en lácteos, frutas y verduras.

Factores de riesgo

En este nuevo milenio son varios los factores que conducen a la obesidad infantil. En primer lugar, una muy mala alimentación que ocurre cuando el consumo de alimentos energéticos supera al gasto de energía y, por consiguiente, se almacenan en el organismo como tejido graso.

En segundo lugar, la falta de ejercicio físico o sedentarismo es una actitud muy frecuente en los niños y jóvenes de hoy que pasan horas delante de la pantalla del televisor o del mo-



Los hábitos saludables en la alimentación y en la actividad física durante la niñez y la adolescencia, redundan en personas más sanas en la edad adulta

nitores de la PC. Incluso, el vertiginoso crecimiento de Internet, reemplazó los juegos y las actividades recreativas al aire libre por la insulsa virtualidad.

A estos dos factores se suman la realidad de que ambos padres deben salir a trabajar -ya no es como antes que la madre era sólo "ama de casa"-; el poco tiempo para preparar comida casera y elaborada con los nutrientes necesarios; los abuelos que cada vez son más jóvenes y continúan con sus trabajos diarios; los niños con actividades extra-escolares que los obligan a comer mal y poco y, por último, la influencia de las publicidades que presentan en primer plano sabrosos y calóricos platos de comida.

Cabe destacar que la obesidad no distingue clases sociales: en el caso de los niños obesos de familias pobres, inciden las dietas monótonas concentradas en hidratos de carbono y azúcares; en el caso de los chicos de clases media y alta, influye la ingesta de demasiadas grasas, jugos y bebidas azucaradas.

Lo que hay que tener en cuenta son las serias consecuencias que el sobrepeso y la obesidad causan en el niño e incluso en la etapa de adultez: aumenta el riesgo de padecer diabetes,

hipercolesterolemia, hipertensión arterial o enfermedades cardiovasculares y, en un mediano plazo, pueden aparecer alteraciones ortopédicas, respiratorias y cutáneas. También los cambios psicológicos que sufre el niño obeso, vinculados con una baja autoestima y, por lo tanto, dificultándose su relación con el entorno social.

De esta manera, el mayor riesgo de la obesidad infantil es el hecho de que mientras menor sea el niño obeso, mayor será el riesgo de desarrollar graves consecuencias para su salud en el futuro.

La alimentación también se enseña

Parte fundamental para prevenir la obesidad infantil es aprender a incorporar hábitos alimentarios saludables. Por supuesto que ésta no será una tarea que los niños puedan realizar solos, se trata de una actividad conjunta de padres, instituciones educativas y especialistas. Asimismo, el principal educador para la salud debe ser el Estado ya sea difundiendo normas para una sana alimentación o desaprobando publicidades promotoras de la obesidad.

Por este motivo, ni los padres ni los chicos deben sentirse solos en esta tarea. Es la comunidad toda quien debe velar por la salud de los niños y los adolescentes. Porque los hábitos saludables en la alimentación y en la actividad física durante la niñez y la adolescencia no sólo redundan en personas más sanas en la edad adulta, sino también en ciudadanos que se han ido acostumbrando a elegir lo que es mejor, para ellos y también para la sociedad.



Sumario

EDITORIAL

Obesidad infantil

3



OBESIDAD

Dr. Braguinsky: "En 2020 viviremos en un mundo de gordos"

6



HIPERTENSION ARTERIAL

Nueve millones de argentinos hipertensos

14



DIABETES

Guía de cocina saludable para pacientes

18

ARTRITIS REUMATOIDEA

Muchas zonas oscuras por investigar

24



ALERGIAS

Reacciones alérgicas agudas

30

INSEGURIDAD VIAL EN ARGENTINA

¿Asesinos por naturaleza?

32



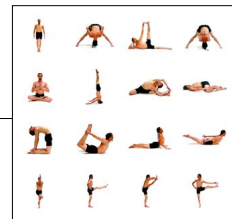
PLAN MATERNO INFANTIL DE FUNDACION ABC
Panzas: a comer sano y hacer gimnasia

36

AGENDA

Cursos de la Fundación ABC

39



DROGADICCION Y JUVENTUD

Vulnerables

40



EFEMERIDES DE JULIO Y AGOSTO

Campañas de vacunación y lactancia materna

42



Obesidad

“En el año 2020 viviremos en un mundo de gordos”

REFLEXIONES DEL DR. JORGE BRAGUINSKY, EXPERTO ARGENTINO EN NUTRICION Y OBESIDAD Y UNA DE LAS VOCES MAS AUTORIZADAS EN AMERICA LATINA PARA HABLAR SOBRE EL TEMA

Por el Lic. Juan Carlos Rivera Quintana

Para la Redacción de **AHORA, la Salud**



El Dr. Braguinsky se queja de que en las playas de la costa atlántica más o menos el 70 por ciento de las personas que están en malla, exhibe sobrepeso

En el año 2020 viviremos en un mundo de gordos y gordas, aunque el futuro ya llegó porque en muchos países ya se está viviendo ese momento”, dice con angustia Jorge Braguinsky, Doctor en Medicina y especialista en Nutrición, y calla por unos instantes como si hubiera dicho una herejía o cometido una infidencia. El entrevistado es una de las voces más acreditadas en América latina para hablar sobre nutrición y obesidad. Por sus méritos y experiencia es director del postgrado de Nutrición de la Universidad Favaloro; director de la Carrera de Especialistas en Nutrición y Obesidad de esa misma institución científica y codirector de la Carrera de Especialistas en Nutrición de la Universidad Nacional de Tucumán. Tras la persiana semiabierta de su consultorio privado, ubicado en Recoleta, en la Ciudad de Buenos Aires, donde dialogamos, se filtra la bruma húmeda y espesa del comienzo invernal.

¡Adiposidades a la vista!

El Dr. Braguinsky dice que la obesidad, según definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), apunta al exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución comprometen, en mayor o menor grado, la salud del paciente, o sea no es simplemente el exceso de grasa corporal, sino cuánto exceso hay y cómo está distribuida y explica que no es lo mismo una distribución central abdominal que una periférica en muslos y glúteos. Apunta que la primera es de apreciable riesgo y la segunda no.

“La distribución del tejido graso -acota el experto- parece hoy bastante más importante que el simple exceso, o sea no basta estar más gordo para tener más riesgo. Una mujer



La obesidad se refiere al exceso de grasa corporal, cuya magnitud y distribución comprometen, en mayor o menor grado la salud del paciente, según la Organización Mundial de la Salud

puede tener mayor tejido graso en la cola y en los muslos, y no tiene mayores problemas de salud, salvo psicológico porque está molesta con su figura. En cambio, una distribución preponderante en el abdomen implica riesgos metabólicos muy probables. Sabemos que hoy en día es más riesgosa la ubicación de grasa en tejidos no adiposos, como el exceso en músculos, hígado, en el corazón o en las células betas del páncreas”, explica pacientemente como si estuviera en su cátedra.

Posteriormente, recalca que la obesidad como trastorno frecuente en la infancia implica la presencia de dicha enfermedad en la adultez y complicaciones serias de salud, como las patologías cardiovasculares, cerebrovasculares, la hipertensión y la diabetes. “En este momento el problema de la pandemia de obesidad instalada ya es una situación terrible que está delante de nuestros ojos, pero la población, el cuerpo médico y las autoridades





“El sobrepeso no es igual a obesidad, es menor; se define el sobrepeso en la jerga técnica cuando el Índice de Masa Corporal es superior a 25, o sea $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$. En Estados Unidos es de alrededor de 74 % el sobrepeso”, dice Braguinsky

TRATAMIENTOS CON MEDICAMENTOS

Al preguntarle al Dr. Jorge Braguinsky, médico especialista en Nutrición, qué opina acerca del tratamiento con el fármaco orlistat (Xenical) para pacientes obesos nos dice que “es un medicamento que por lo menos en teoría es el fármaco ideal, después la práctica en medicina es siempre más compleja. Se acerca a lo ideal porque disminuye significativamente la grasa que se absorbe de la dieta, de lo ingerido. Si sabemos que la principal causa de obesidad es la ingestión excesiva de grasa en la dieta, tener un medicamento que la disminuya es muy importante. Además está comprobado que ofrece una descenso muy importante de peso y de problemas metabólicos. Personalmente lo recomendaría y lo uso bastante con mis pacientes porque les permite hacer dietas no muy restrictivas de grasas a largo plazo con muy buenos resultados”, plantea.

sanitarias no la ven, a pesar de tenerla a la vista. En ese tema el futuro ya llegó porque tenemos proyecciones de cómo y cuánto habrá de obesidad y sobrepeso en el año 2020, pero ya en la actualidad hay más de 10 países que tienen un sobrepeso superior al 90 por ciento de la población, como ocurre en muchas naciones del sudeste asiático.

“El sobrepeso no es igual a obesidad, es menor; se define el sobrepeso en la jerga técnica cuando el Índice de Masa Corporal es su-

perior a 25 o sea $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$. En Estados Unidos es de alrededor de 74 % el sobrepeso, en Argentina de 69 %. Norteamérica es el primer país occidental en sobrepeso y el nuestro ocupa la segunda posición, según la Revista Forbes en su lista de los 100 países más gordos del mundo”, confiesa.

De tardanzas y aceptaciones

-Muchos expertos plantean que el tratamiento de la obesidad no es fácil y en la mayoría de los casos conduce a resultados desalentadores. ¿Qué reflexión hace?

-El problema es enorme, pues la epidemia tiene cuatro características: es global, abarca prácticamente a todo el mundo; es progresiva; crece de manera acelerada y es imparable, pero además al hacer una estimación de la cantidad de adultos con obesidad médica (IMC superior a 30), que es estar bien gordo y enfermo, en Argentina, en estos momentos, hay 8 millones y medio de personas con esa patología. Entonces no sólo el tratamiento es difícil, sino que aunque juntáramos a todos los sistemas de salud, cosa imposible, a menos que hubiera un seguro nacional de salud, se destrozaría ese mecanismo si tuviéramos que atender esa gran cantidad de pacientes.

Todo ello nos lleva a valorar la importancia de la prevención. Existen alrededor de 16 proyectos de ley acerca del tema en nuestra nación, todos bienintencionados pero retóricos. Yo sería el primero en estar de acuerdo con una ley que diga que hay que atender mé-

dicamente a todos los obesos. En nuestro país con sobrepeso habría, actualmente, 16 millones de habitantes y 8 millones y medio con obesidad médica, lo que apunta a la imposibilidad de atención por más ley que hagamos.

Además no hay especialistas, no hay gente entrenada; tenemos en la Universidad Favaloro, bajo mi dirección, la primera Carrera de Especialistas en Nutrición, con orientación en Obesidad, donde estamos formando 60 expertos, pero recién empezamos. Hay muy pocos profesionales, que podríamos llamar ahora que son verdaderos expertos, aunque no tengan títulos. Los bien entrenados somos muy pocos en este país. A nosotros y a todo el mundo nos agarró tarde, porque la Carrera de Especialista de nuestro país es la única que hay en el mundo. En la comunidad europea hay una formación de expertos en Obesidad, equivalente a lo que estamos haciendo acá, por supuesto con muchos más fondos (este año tiene un millón de euros asignado), pero no tiene el nivel de rigurosidad que tenemos en Argentina, aunque tenemos cero peso asignado, salvo las cuotas de los que entran. Tampoco hay servicios hospitalarios y en las obras sociales y mutuales no aceptan la obesidad como enfermedad, ni tienen expertos trabajando en el tema. Entonces, ¿cómo vamos a enfrentar la pandemia, si empezamos por no aceptarla?

Hay que considerar, también, que la obesidad y la diabetes son patologías concomitantes; la diabetes sigue a la obesidad como la sombra al cuerpo. Debido a la epidemia de obesidad hay también una epidemia de diabetes, pero especialmente lo que más nos preocupa en este momento, que alimentará la pandemia dentro de 10 años, son la obesidad y la diabetes infanto-juvenil. Ahora donde el problema va a ser gravísimo en diabetes es en los países del sudeste asiático, donde llegará a cifras poblacionales de 40 ó 50 por ciento; esos son niveles impensados hace cinco años. En la Argentina tendremos como 10 ó 15 por ciento de diabéticos; algunos expertos ya califican esta patología como una enfermedad asiática, por el tipo de prevalencia que va a tener allí.



“Si fuera asesor de áreas de Gobierno, plantearía... un programa multifocal a desarrollar en varios años, en el que participen las multinacionales productoras de alimentos, porque la excesiva disponibilidad de alimentos probablemente sea la fundamental causa de la epidemia de obesidad en el mundo”

-¿Dónde está la solución, la salida? Se habla mucho de cambiar los hábitos y estilos de vida.

-Todo eso es verso, una formulación, un síndrome de deseo, porque cambiar el estilo de vida es transformar todo, somos nuestro estilo de vida y nos formamos dentro de él. Esa es una expresión un poco retórica, lo cual no quiere decir que no sea la solución, pero es infinitamente más compleja que la simple formulación. Tengo muchos pacientes que han bajado 30, 40 kilos porque, a nivel individual, han desplazado la comida como centro de su vida, pero estamos hablando a nivel poblacional y entonces es muy difícil cambiar hábitos y estilos de vida en ese horizonte. Además los más gordos tienen, también, las posibilidades de las cirugías (bypass o banda gástrica) que son muy buenas; a mí me gusta más la banda gástrica para obesos mórbidos, que no es gratuita, le cambia la vida al individuo, y lo salva.

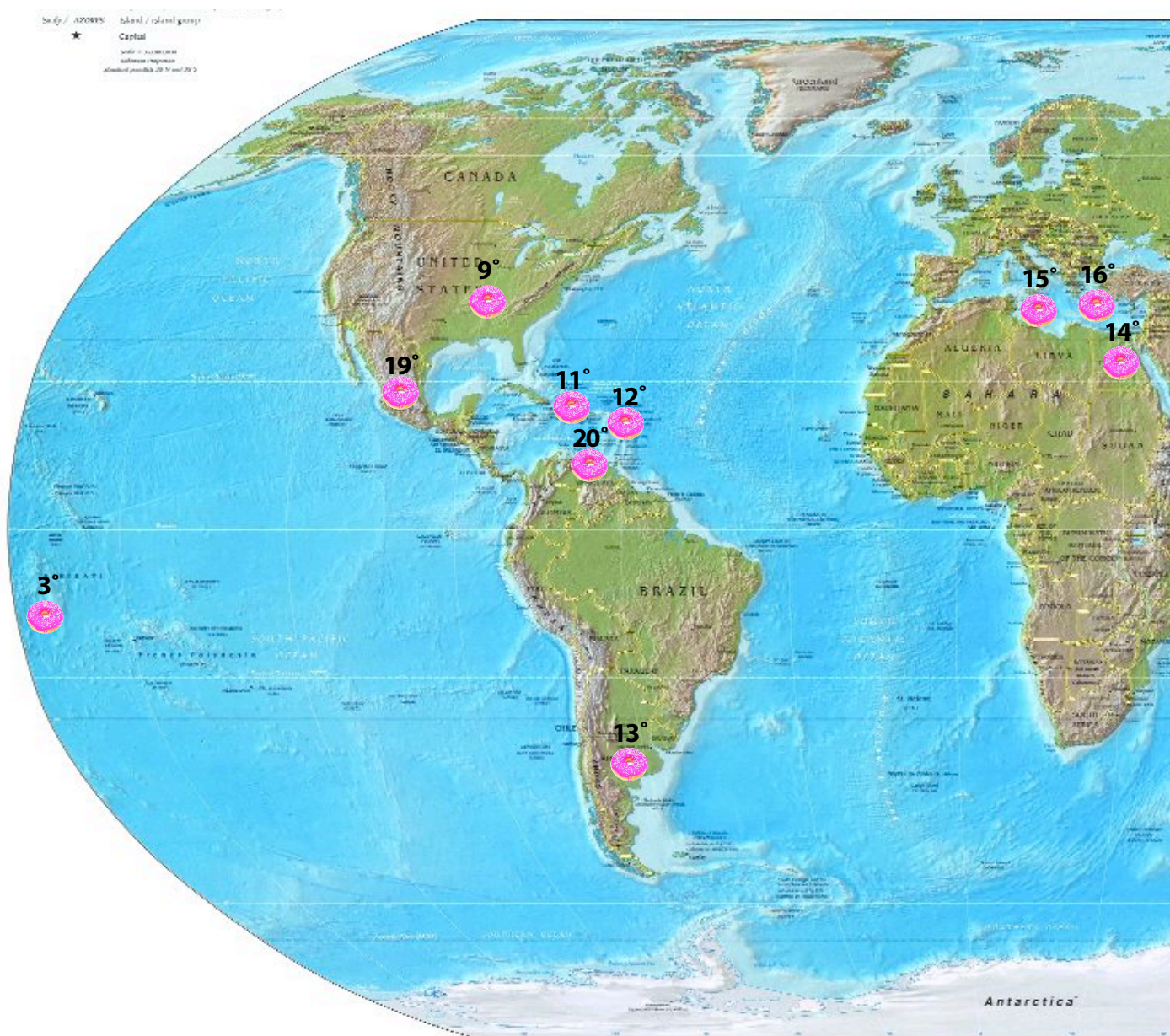
Lo que podemos hacer con la pandemia de



(Continúa en pág. 12)»

Mapa mundial de la

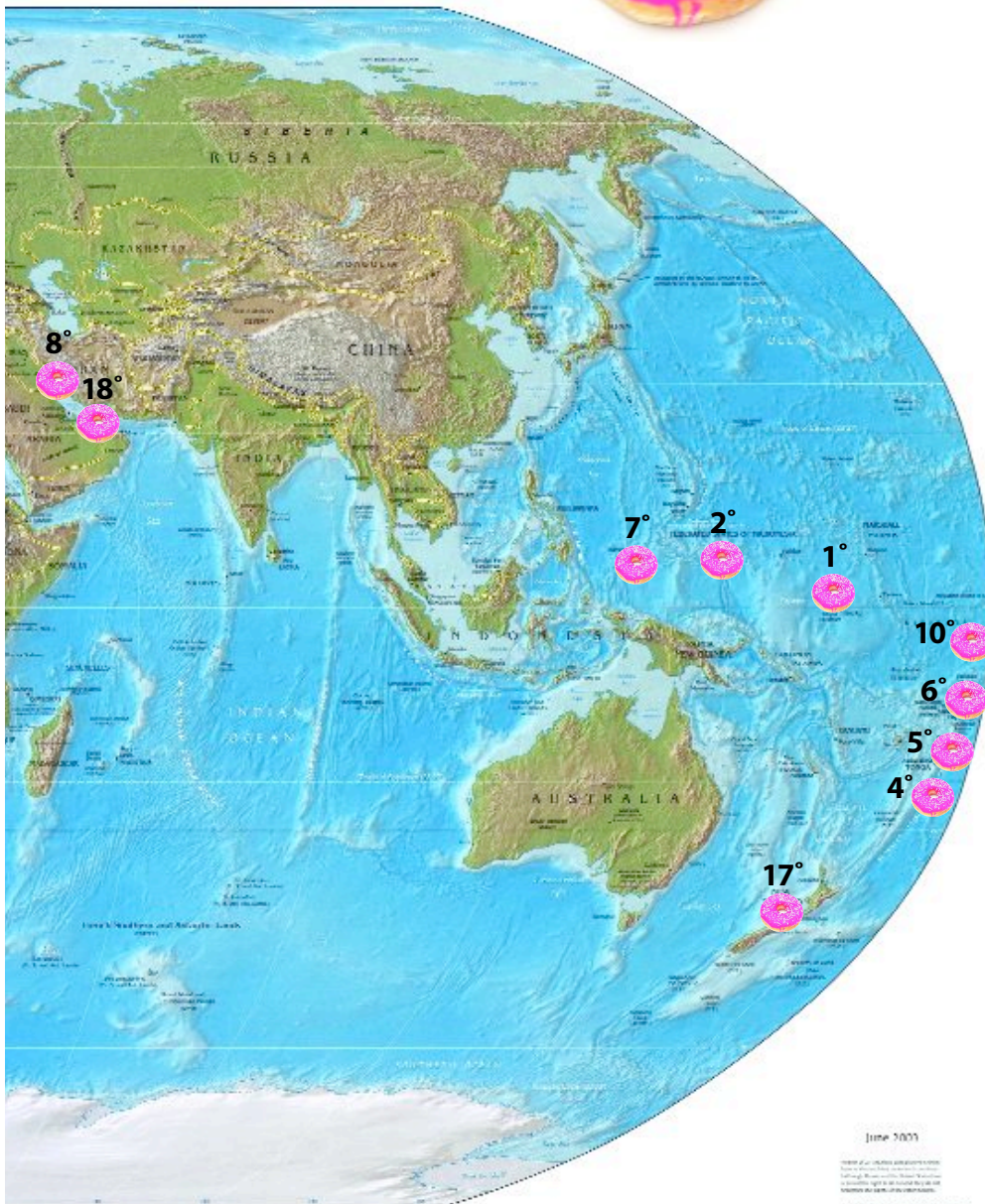
EN EL MUNDO EXISTEN HOY 1.6 BILLONES DE PERSONAS CON SOBREPESO, SEGUN LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. EN EL MAPA, SE INDICAN LOS 20 PAISES CUYOS CIUDADANOS (ADULTOS MAYORES DE 15 AÑOS) PRESENTAN LOS MAYORES PORCENTAJES DE SOBREPESO DEL MUNDO, BASANDOSE EN EL IMC > 25 KG/M2. ARGENTINA ESTA EN EL PUESTO NRO. 13



Fuente: Revista Forbes, 02-08-2007.

obesidad

Nro./Estado/% de sobrepeso



- 1° NAURU, AUSTRALIA: 94.5 %
- 2° ESTADOS FEDERADOS DE MICRONESIA: 91.1 %
- 3° ISLAS COOK: 90.9 %
- 4° TONGA: 90.8 %
- 5° NIUE: 81.7 %
- 6° SAMOA: 80.4 %
- 7° REPUBLICA DE PALAU: 78.4 %
- 8° ESTADO DE KUWAIT: 74.2 %
- 9° ESTADOS UNIDOS 74.1 %
- 10° REPUBLICA DE KIRIBATI: 73.6 %
- 11° REP. DOMINICANA: 71.0 %
- 12° BARBADOS: 69.7 %
- 13° ARGENTINA: 69.4 %
- 14° EGIPTO: 69.4 %
- 15° REPUBLICA DE MALTA: 68.7 %
- 16° GRECIA: 68.5 %
- 17° NUEVA ZELANDA 68.4 %
- 18° UNION DE EMIRATOS ARABES: 68.3 %
- 19° MEXICO: 68.1 %
- 20° REPUBLICA DE TRINIDAD Y TOBAGO: 67.9 %



¿CUESTION DE PESO?

Ramón R., cuyo apellido se mantiene en reserva, llegó a Buenos Aires, proveniente del interior del país, hace 11 años, con 72 kilos de peso y algunas canas menos. Su vida sedentaria en una oficina, una alimentación desbalanceada y poco ejercicio físico en su tiempo libre detuvieron su balanza, un mal día, en los 91 kilos. Para entonces ya la hipertensión comenzaba a hacerse sentir y precisó orientación especializada y prescripción médica.

En la actualidad, después de una larga dieta de casi año y medio, con sus idas y vueltas, ha conseguido bajar alrededor de 11 kilos. Pero el gran logro fue haber podido desplazar la comida del centro de su vida, aprender cómo alimentarse sanamente e incorporar las caminatas en su rutina habitual. "Ahora incorporé a mi dieta muchos más vegetales, camino dos veces por semana y voy al gimnasio cuando puedo. No es lo ideal pero algo es algo, aunque lo más difícil es mantener el nuevo peso", dice satisfecho de haber bajado una talla de pantalón y camisa, de sentirse más liviano y codiciado por las chicas de su edad.

Merlina estudia Psicología en la UBA. Me mira y sus ojos negros dejan traslucir el color de la tristeza. Pesa más de 30 kilos que su peso normal y se queja de que en las tiendas no hay ropas que le queden cómodas, sólo puede usar zapatillas y nunca se puede poner unos tacos altos. "Cuando se tiene mi altura (1.70) y se está obesa una no se reconcilia con los espejos y las fotografías y les escapa como a una peste", dice. "Voy al nutricionista con regularidad, estoy medicada pero presento problemas metabólicos serios. Hasta el agua me engorda", asegura justificándose. "Mi novio me dice, cuando me quiere levantar el ánimo, que no sabe que le han hecho mis ojos, que lo tienen 'engualichado'. Pero yo temo que algún día no quiera seguir mostrándose en público conmigo y ni al gimnasio quiera acompañarme, pues aunque tengo una linda cara cuando me miro para abajo y veo tanta grasa en mis muslos, caderas y cola me da mucha bronca, pero ya no sé qué hacer y hasta he pensado en la cirugía como solución más inmediata. Sólo espero que mi médico la autorice", apunta resignada.

Esto son sólo dos testimonios, recogidos al azar, en plena vía pública porteña. Ambos, como suele pasar con muchos en esta condición, piden conservar su anonimato y sólo dan su nombre de pila. Alegan que no son ejemplo de nada y que prefieren el bajo perfil. Al parecer, el programa televisivo "Cuestión de peso" y otros medios de comunicación han conseguido instalar el tema en la discusión social, pero no quitar los prejuicios y la discriminación que alrededor de la gordura existen en nuestro país. Sin dudas, quien esté libre de culpas que tire la primera piedra.

(Viene de pág. 9) » obesidad, a nivel mundial, no es frenarla, sino tratar de detener un poco su ritmo. Pero si fuera asesor de áreas de Gobierno, en este tema, plantearía no una ley con fines inmediatos, sino un programa multifocal a desarrollar en varios años, en los que participen las multinacionales productoras de alimentos, porque la excesiva disponibilidad de alimentos probablemente sea la fundamental causa de la epidemia de obesidad en el mundo. Ese programa debería intentar generar una cultura del movimiento y de la actividad física y difundiría permanentemente la necesidad de prestar atención a la composición de los alimentos que uno consume, hay que crear mecanismos que frenen la epidemia, que ahora es imparable. Entonces si vamos a hablar en la ley de que la obesidad es una enfermedad y todos los obesos deben ser atendidos esto se convierte en verso puro y la pandemia sigue creciendo y se descalabran todos los sistemas sanitarios. Por ello hay que hacer una política de fondo, no exitista, no inmediatista, sino que vaya al combate directo de los factores, sobre todo contra aquellos que no son genéticos y (contra los que) sí podemos luchar".

-¿Cuánta responsabilidad tiene en el crecimiento de la obesidad, la disminución de la actividad física, debido a las comodidades de la vida contemporánea y el bombardeo publicitario de las productoras alimentarias?

-En el año 2005, la disponibilidad calórica per cápita, en los Estados Unidos, fue de 3.800 calorías diarias; algunos habrán tenido 1.500 porque eran muy pobres y otros hasta 5 mil. Estas cifras implican cierto engaño, pero el requerimiento o necesidad calórica per cápita diaria no debe superar las 2.500 calorías o sea que en abstracto cada norteamericano disponía, cada día, más de mil calorías por encima de las necesitadas. Entonces, cómo no va a existir una epidemia de obesidad con esa disponibilidad calórica.

El gran departamento de una multinacional no es el de producción, sino el de marketing porque éste hace comprar todo lo que se produce, lo bueno y lo malo. En el año 2004 se introdujeron en los Estados Unidos 13 mil nuevos productos alimentarios, cuando la necesidad quizás era de 10 ó 20. Obviamente los departamentos de marketing de todas esas empresas trabajaron para hacernos saber la importancia que tenía consumir esos productos.





PROGRAMA LIDER EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES

La diabetes es un largo camino con subidas y bajadas, transítelo con esperanza y una mejor calidad de vida

El Programa Diabetes garantiza al Beneficiario:

- El acceso a medicamentos e insumos esenciales de alta calidad.
- Una Red de farmacias experta en atención de personas con Diabetes.
- Tratamientos con esquemas de reconocida validez científica.
- El estricto control y seguimiento evolutivo de su patología.
- Cursos gratuitos de Educación.

También garantiza a la Obra Social:

- Los controles de gestión del equipo de salud y del paciente.
- La eficiencia en la utilización de los recursos, eliminando los desvíos que el sistema posibilita.
- El financiamiento adecuado.

SIEMPRE CERCA DEL PACIENTE, TODOS LOS DÍAS

Ahora, Red de Farmacias ABC atiende los domingos de 9 a 18 hs. en las sucursales de Av. Cabildo 2675 y Honorio Pueyrredón 801.



www.abcsalud.com.ar

Hipertensión arterial

¿Es usted uno de los nueve millones de argentinos hipertensos?

LOS CONTROLES MEDICOS PERIODICOS SON FUNDAMENTALES PARA LA DETECCION PRECOZ DE ESTA ENFERMEDAD QUE AFECTA AL 30% DE LA POBLACION ACTIVA DE NUESTRO PAIS. LOS FACTORES DE RIESGO, ALGUNAS RECOMENDACIONES CON RESPECTO A LA ALIMENTACION DURANTE EL TRATAMIENTO Y EL CONTROL DEL CONSUMO DE SAL SON ASPECTOS FUNDAMENTALES



• Por el Dr. Horacio Pereyra*

• Para la Redacción de **AHORA, la Salud**

Es notorio que siendo sencillo la su medición y control, no se haya avanzado aún más en la detección precoz y el diagnóstico oportuno de esta enfermedad potencialmente invalidante. Por tal motivo se ins en la difusión preventiva de todas aquellas medidas científicas necesarias de diagnóstico y tratamiento



Se denomina “hipertensión arterial o tensión arterial alta”, a una elevación sostenida de los niveles de la presión sanguínea por encima de los valores considerados normales (presión sistólica igual o mayor a 140 mmHg, presión diastólica igual o mayor a 90 mmHg). En su origen, influyen tanto factores personales y ambientales (edad, hábitos alimentarios y estilo de vida) como genéticos. La tensión arterial tiende a elevarse con la edad. Es también frecuente que aparezca si la persona es obesa, lleva una dieta rica en sal y pobre en verduras, legumbres y frutas naturales; bebe elevadas cantidades de alcohol o sufre estrés psicológico y no realiza actividades físicas.

Prácticamente en el 90% de los casos la hipertensión arterial es primaria o de causa desconocida y en menos de un 10% es secundaria a otros procesos relacionados con alteraciones de origen renal, cardiovascular o del sistema endocrino. Hoy se considera que la hipertensión arterial es la manifestación de factores que alteran la dinámica arterial (resistencias vasculares periféricas).

La hipertensión arterial constituye un verdadero problema de Salud Pública porque es una enfermedad de evolución silenciosa que afecta aproximadamente a 9 millones de argentinos -el 30% de la población activa- con el agravante de que no todos los que la padecen han sido diagnosticados y correctamente tratados. Además están las complicaciones cardiovasculares (infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebrovasculares y fallo renal, entre las más importantes) que constituyen la principal causa de mortalidad en la República Argentina.

Es notorio que siendo sencillo lograr su medición y control, no se haya avanzado aún más en la detección precoz y el diagnóstico oportuno de esta enfermedad potencialmente tan invalidante. Por tal motivo se insiste en la difusión preventiva de todas aquellas medidas científicas necesarias de diagnóstico y tratamiento, como así también la promoción permanente de medidas higiénico-dietéticas tan importantes como la terapéutica misma.

Incluso, en estos momentos, se habla de la prevención primaria de la hipertensión arterial en niños y adolescentes, habiéndose detectado numerosos cuadros de prehipertensión arterial, que asociados a sobrepeso, obesidad



Se recomienda realizar actividad física adecuada, no menos de 4-5 veces por semana, durante 30 minutos; caminar diariamente es lo más sencillo y tiene un gran efecto antihipertensivo

y diabetes proyectan un futuro sombrío sobre la población que más deberíamos proteger.

El 13 de mayo, se celebró el Día Mundial de la Hipertensión Arterial. Esta fecha que debe activar nuestra memoria y conocimiento sobre las acciones preventivas que deben realizarse todos los días. Pero eso sólo es posible cuando se toma el compromiso formal de conocer y actuar en pos de una mejor calidad de vida.

Los factores de riesgo de la hipertensión arterial son los siguientes:

- **La herencia:** una persona cuyos padres han tenido hipertensión arterial es más susceptible de desarrollarla.
- **La raza:** las personas de raza negra tienen más posibilidades de desarrollar esta enfermedad que los blancos; incluso más temprano y de forma más severa.
- **Los varones** tienen mayor riesgo que las mujeres hasta la edad de 55 años; a partir de esta edad sus riesgos se igualan. A partir de los 65 años, ellas tienen más posibilidades de desarrollar complicaciones por hipertensión arterial.
- **La edad:** la presión arterial tiende a subir con la edad.



También es recomendable prescindir de la sal común de mesa y del exceso de la misma, tanto en la cocción de los alimentos como en el condimento de platos ya listos

- La sensibilidad a la sal: un consumo excesivo de sal causa hipertensión arterial en personas susceptibles.
- La obesidad y el sobrepeso.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Uso de anticonceptivos orales y otros medicamentos (esteroides anabolizantes, antiinflamatorios no esteroideos, descongestivos nasales, eritropoyetina, etc.)
- Sedentarismo.

Una sana alimentación

En el tratamiento de la hipertensión arterial es necesaria una dieta adecuada a las necesidades individuales, con una serie de recomendaciones que orienten a la persona hacia un estilo de vida más saludable, donde el control estricto de la ingesta de cloruro de sodio es primordial.

El consumo actual de sal (cloruro de sodio), en nuestro país, se encuentra por encima de las necesidades reales de este mineral, siendo de unos 10 gramos por día de promedio, cuando no se necesita consumir más de 3 gramos. El exceso de sodio se relaciona con diferentes mecanismos que tienden a incrementar la tensión y resistencia del vaso arterial. La dieta baja en sodio también beneficia a personas que padecen enfermedades cardiovasculares y/o hepáticas avanzadas con retención de líquidos.

Por otro lado, como se ha mencionado más arriba, la hipertensión arterial es considerada un factor de riesgo principal, determinante de enfermedades cardiovasculares y de diabetes. Por ello, las recomendaciones dietéticas también deben incluir orientaciones para la nor-

malización del peso (en caso de sobrepeso u obesidad), control de la calidad de la grasa y del colesterol, así como también asegurar una cantidad adecuada de fibra y antioxidantes naturales, relacionados con la prevención de estas enfermedades.

Se recomienda prescindir de la sal común de mesa y del exceso de la misma, tanto en la cocción de los alimentos como en el condimento de platos ya listos. También, realizar actividad física adecuada, no menos de 4-5 veces por semana, durante 30 minutos (caminar diariamente es lo más sencillo y tiene un gran efecto antihipertensivo); y alcanzar o mantener un peso equilibrado, mediante una ingesta adecuada de calorías.

Otras recomendaciones apuntan a reducir el consumo de grasas saturadas y colesterol como factor de prevención cardiovascular. Es importante tener en cuenta lo siguiente:

- Escoger las carnes más magras y quitar la grasa visible antes de su cocción: pollo (sin piel), conejo, lomo magro de ternera, solomillo de novillo, ternera o cerdo; y desgrasar los caldos de carne o de ave en frío.
- Aumentar el consumo semanal de pescado fresco a unas cuatro raciones.
- Se permiten de 4 a 6 huevos a la semana (si no existe contraindicación médica).
- Aliñar los platos con aceites vegetales (oliva, girasol) en vez de mantequilla o margarina. Rociar los alimentos después de cocinados para evitar excesos de grasa y colesterol.

El efecto del café en la tensión arterial es escaso y de breve duración. Por este motivo no es necesario suprimirlo, aunque se recomienda tomarlo con moderación.

Por otra parte, es importante ingerir cantidades adecuadas de calcio (la ración diaria necesaria la aportan 2 vasos de leche ó 1 vaso de leche más 2 yogures ó 60 gramos de queso bajo en sodio). Y preparar platos para luego congelarlos y así no tener que acudir a los precocidos que, en general, son ricos en cloruro de sodio.



* El Dr. Pereyra es Director Médico del Proyecto Saludable Sin Sodio.

¿Cuántas veces escuchó esta frase?:

PAREMOS CON LA SAL

Por eso, usted ya puede disfrutar la única sal con sólo 0,03% de sodio que realza verdaderamente el sabor de sus comidas.

Ahora sí lo sabroso es saludable.

- ⚡ 100% sabor con sólo el 0,03% de sodio.
- ⚡ Innovadora formulación que realza verdaderamente el sabor de las comidas.
- ⚡ No deja el sabor amargo residual de las sales modificadas.
- ⚡ Facilita la adhesión al tratamiento hiposódico.
- ⚡ Indicado en adultos, ancianos, niños y embarazadas.
- ⚡ Permite el tratamiento prolongado de pacientes con HTA, ICC, cardiopatías, enfermedad renal, sobrepeso y obesos.
- ⚡ Puede utilizarse antes, durante o después de la cocción.

Composición Iónica	(%)
Sulfato	20,40
Potasio	19,76
Cloruros	19,13
Magnesio	5,10
Calcio	1,60
Sodio	0,03

Para vivir el sabor!

100% sabor
0,03% de sodio



Diabetes

Guía de cocina saludable para pacientes

LINEAMIENTOS NUTRICIONALES Y RECURSOS PRACTICOS PARA MEJORAR LA PREPARACION DE LAS COMIDAS. EL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DEBE SER PERSONALIZADO Y DEPENDE DEL TIPO DE DIABETES (1 O 2). SIEMPRE SE DEBE CONSULTAR AL MEDICO Y AL NUTRICIONISTA

• Por la Lic. Adriana Bustingorry*

• Para la Redacción de **AHORA, la Salud**



La nutrición del paciente con diabetes, en general, consiste en una alimentación normal y variada, con ciertos lineamientos nutricionales que se relacionan con el tratamiento farmacológico

¿Qué rol cumple hoy la alimentación en la persona que tiene diabetes? La diabetes es una enfermedad que contempla varias vías de abordaje terapéutico para el control de las glucemias y, por ende, para lograr retrasar o evitar la aparición de las complicaciones. Estas vías se refieren a los llamados “pilares del tratamiento” como la medicación, la alimentación, la actividad física y el automonitoreo de las glucemias, recalcando el papel de la educación para todos ellos y el apoyo de contención psicológica en forma individual o a través de la participación en cursos reflexivos.

Pero, cuando nos cuestionamos sobre cuál de ellos es el más importante -para caer quizás en la pobre especulación de elegir uno u otro y evadir esfuerzos-, hay que enfatizar que todos los pilares del tratamiento de la diabetes actúan en forma sinérgica como un engranaje de una misma máquina, interrelacionándose directa e indirectamente y aportando un porcentaje equitativo para el buen funcionamiento del cuerpo. Entonces, debemos concluir que cada pilar antes mencionado, forma parte integral del tratamiento actual de la diabetes.

Dicha esta aclaración, es lógico encontrar la problemática del paciente frente a la comida, al tener que alimentarse cada día cuando desconoce cuáles son los lineamientos nutricionales pautados por el profesional de la nutrición. Esto seguramente deriva en conflictos e incertidumbres acerca de cómo llevar a la práctica cada ingesta y es frecuente escuchar la frase de “cómo lograr estar bien, comiendo con diabetes”, lo cual, me hace recordar otra que dice: “somos lo que comemos y cómo comemos”.

Entonces, ¿cuál es la forma de comer y los lineamientos nutricionales para la persona con diabetes? Para ir desarrollando esta temática, comencemos por cuestionarnos si la cocina light como “la cocina pobre en calorías” es saludable para una persona que tiene diabetes. Pues bien, la respuesta es relativa.

Esto se traduce a tener que diferenciar los tipos de Diabetes Mellitus (tipo 1: autoinmune o idiopática; y tipo 2: insulinoresistente/insulino-requiriente) y sumar las diferencias del estado nutricional que presenta cada persona teniendo en cuenta la edad biológica (niño, adolescente, adulto, adulto mayor, anciano) como el tipo de tratamiento que adopte (con o sin insulina,



Estas deliciosas pechugas rellenas con jamón y queso demuestran que comer sano no es igual a quedarse con hambre. No sólo hay que estar atentos a la cantidad y la calidad de los nutrientes, sino también seleccionar la manera más sana de manipular y cocinar los alimentos

con o sin ejercicio). En otras palabras, es muy importante aprender a puntualizar las diferencias y necesidades de cada grupo de diabetes y a personalizar el tratamiento nutricional.

Por ejemplo, para una persona con diabetes tipo 1, en la mayoría de los casos, las necesidades energéticas suelen ser más elevadas que para la diabetes tipo 2, dado que ésta última presenta en un 90% obesidad y sobrepeso. Entonces, una alimentación hipocalórica (cocina light) se ajusta más a los lineamientos nutricionales de una persona con diabetes tipo 2; mientras que una alimentación normocalórica o hipercalórica, al tipo 1.

Es cierto que pensar en una alimentación equilibrada y saludable es esencial para tener un adecuado control de la diabetes (tipo 1 y 2), pero no sólo debemos estar atentos a la cantidad y calidad de los nutrientes (grasas, hidratos de carbono, proteínas) que ingerimos, sino que debemos aprender a seleccionar la manera más sana de manipular y cocinar los alimentos. Aquí podemos hacer hincapié en otra diferencia de los lineamientos nutricionales y estará puntualizada en el concepto terapéutico del uso del Índice glucémico en los alimentos y en las preparaciones. Este índice se refiere a la característica que tienen los alimentos fuentes de hidratos de carbono, de elevar más rápido o

Un ejemplo de postre rico y saludable: mousse cremosa de frutillas. Se sugiere incorporar frutas frescas o desecadas y semillas en recetas de budines, galletas y tortas caseras



más lento las glucemias postprandiales una vez ingeridos. Es decir, es la forma en que se absorben los hidratos de carbono, al igual que las preparaciones con hidratos y que van a inferir en la respuesta postprandial. La combinación de los alimentos con aporte de hidratos de carbono con otros nutrientes (grasas, proteínas y fibra), es aplicable para obtener un menor índice glucémico.

Por otra parte, en la diabetes tipo 2, es donde se observan los mayores beneficios con la aplicación del índice glucémico en la planificación del plan de alimentación, contrarrestando la insulinoresistencia que presentan y beneficiando tanto el control de las glucemias entre las comidas como el descenso de peso.

De esta manera nuestra salud depende en gran medida de lo que comemos y cómo comemos. Es muy importante una adecuada educación nutricional para la elección de los alimentos y el conocimiento de los métodos más apropiados de su preparación y cocción.

Mitos y creencias

Otra cuestión, referida al rubro de los mitos y creencias populares, son los llamados “productos dietéticos o para diabéticos”, donde la falta de información clara confunde y parecieran ser alimentos totalmente inocuos o permitidos, por ser libres de grasa o azúcar o sodio.

Falso. Los “productos dietéticos o para diabéticos” se diferencian de los productos comunes por los cambios en su composición original y tradicional, ya sea por la adición, sustracción o sustitución de determinadas sustancias que lo componen (por ejemplo, azúcar por edulcorante). Pero estas modificaciones no siempre garantizan alimentos menos calóricos y muchas ve-

ces, el menor contenido en carbohidratos (azúcar) es a razón de un mayor contenido en grasas que el producto original, como ocurre con ciertos “chocolates para diabéticos”. Tengamos presente que un producto dietético no significa en todos los casos que sea light o que tenga menos calorías. En la actualidad, la denominación “diet” ya no se usa para los rotulados de alimentos (etiquetas nutricionales), puesto que no se ajusta al concepto que sí lo define la nueva reglamentación como por ejemplo “reducido, bajo o light”.

Entonces, volviendo al concepto de aprender la verdadera cocina que favorece la diabetes, es interesante partir del mito y creencia popular que la describe y resume como “aquella forma de preparación sin azúcar y donde sólo basta evitar todos los carbohidratos con la ‘letra P’, o bien los llamados almidones como papa, pastas, pan, harinas, cereales, legumbres; liberando el aporte de las proteínas y haciendo ‘vista gorda’ al aporte de las grasas”.

Falso. La nutrición del paciente con diabetes, en general, consiste en una alimentación normal y variada, con ciertos lineamientos nutricionales que se relacionan con el tratamiento farmacológico, donde la buena elección de los hidratos de carbono (calidad) y una distribución adecuada de la cantidad diaria (porciones), garantiza un nivel estable de las glucemias. Además, se debe considerar un aporte controlado en la ingesta de las proteínas (carnes, lácteos y derivados, etc.) como también, la cantidad y el tipo de grasas; es decir, aprender a seleccionar las grasas que nos benefician y consumirlas de la manera más sana.

Para concluir y en la necesidad de plasmar una cocina saludable para las personas que tienen diabetes, hay que recordar que no se debería encasillar como una “cocina especial”, disgregada del resto o sin inclusión social. Entonces, se pueden definir ciertas pautas saludables para el control de la diabetes en general, y los siguientes lineamientos nutricionales como una guía para estar mejor:

- Selección adecuada de grasas (mayor aporte de grasa monoinsaturada y poliinsaturada, en aceites vegetales, frutas secas, palta, semillas de lino, etc.) con una reducción de las grasas saturadas, transaturadas y colesterol (menor aporte de los productos industrializados y de la grasa animal, excepto: el pescado). Evite someter a calentamiento cualquier tipo de grasa (no consumir alimentos o preparados fritos).
- Adecuado contenido de calorías de las preparaciones según el tipo de diabetes.
- Control del contenido proteico a lo largo del



EN PREPARACIONES CON MAS DE DOS HUEVOS, REEMPLAZAR LAS YEMAS POR CLARAS

día, por ejemplo, no abusar de alimentos cárneos, quesos, etc.

- Garantizar el aporte de los hidratos de carbono en cada preparación, teniendo en cuenta la calidad (azúcares, almidones, fibra), la cantidad (manejo de porciones y reemplazos según equivalencias) y la forma de preparación (con aporte de alimentos ricos en fibra, etc).

Recursos prácticos para cocinar saludablemente

Con pequeñas modificaciones en el momento de cocinar, se logra mejorar nuestra alimentación diaria y nuestra salud en general. Los siguientes ítems son algunas pautas a considerar para mejorar las preparaciones de sus comidas:

- Reemplazar los lácteos enteros por descremados.
- Usar agua para rehogar en lugar de aceite o elegir los rocíos vegetales (se puede colocar el aceite en un vaporizador para rociar los utensilios de cocción).
- Elegir reemplazar las frituras por cocción al horno, con poco aceite. Pincelar con aceite, usar rocío vegetal, aceite en vaporizador o emplear el típico colchón de cebolla.
- Si se realiza una preparación a la cacerola, agregar el aceite al final de la preparación o al retirar del fuego.
- Elegir el aceite extra virgen de oliva o de canola, para realizar los saltados de alimentos o sellados. Colocar primero alimentos y luego el aceite (esta técnica evita que el aceite se oxide y se transforme en agresivo para sus arterias).
- En preparaciones con más de 2 huevos, reemplazar las yemas por claras.
- Reemplazar la manteca y la margarina común por aceites o margarinas 0% trans o con fitoestanoles, tanto para elaborar comidas como para el consumo diario.
- Reemplazar la mayonesa común por la denominada "sin colesterol" o light (2 a 3 cdas. en reemplazo de 1 cucharada de mayonesa común).
- Reemplazar la crema por la crema light o quesos untables descremados (preferentemente los 0% en grasa).
- Es conveniente que la cocción de las carnes sea a la plancha, horno, parrilla o hervidas. Deseche el agua de hervor de la carne y no la use para caldo o base de las sopas, guisos o esto-

fados.

- Reemplazar el queso rallado por el queso fresco descremado (se puede rallar después de congelarlo).
- Reemplazar el queso de rallar por el germen de trigo y/o el salvado de avena para gratinar, o agregarlos a sopas, ensaladas o en preparaciones como rellenos de tartas de verduras, en hamburguesas caseras o para preparar milanesas (el germen de trigo se puede conservar en la heladera).
- Utilizar verduras crudas para realzar el sabor y aumentar el consumo de fibra (por ejemplo en rellenos de tartas y empanadas, se agregan al final de la preparación del relleno).
- Cocinar las verduras preferentemente al vapor ó con cáscara, enteras, para conservar los nutrientes.
- Cocinar almidones (arroz, pastas, fideos para sopa, papa, polenta, etc.), "al dente" o con el menor tiempo de cocción. También alguno de ellos pueden cocinarse en leche (pastas, polenta).
- Realizar mezclas de harinas (refinadas con integrales o agregado de salvado).
- Aprender a combinar los almidones (pastas, arroz) con las verduras de hojas verdes.
- Reemplazar el azúcar por edulcorante, no nutritivo (incluso en preparaciones que lleven cocción). Elegir aquellos que sirven para cocinar.
- Incrementar el uso de condimentos y especias para disminuir el consumo de sal.
- Condimentar siempre las ensaladas con aceite vegetal, para la absorción de las vitaminas A, D, E, K y otros nutrientes (la vaselina no cumple este rol e impide la absorción de las vitaminas y minerales en general).
- Incorporar frutas frescas, frutas desecadas y semillas en recetas de budines, galletas, tortas caseras y ensaladas.
- Agregar semillas de sésamo, lino, amapola, girasol o chía en la panificación casera, ensaladas, pastas y sopas.
- Preferir la masa de las tartas, empanadas y pastas frescas en forma casera. También se puede usar el aceite como cuota de grasa y mezclar con otras harinas (integrales, salvado, soja).

** Integrante del equipo de profesionales del Servicio de Diabetes del Hospital Nacional de Clínicas "José de San Martín" y miembro de la Sociedad Argentina de Nutrición.*





Prevenir por la Salud

La Fundación ABC propone la necesidad de mejorar la calidad de vida de la gente y cumplimos nuestro objetivo basado en la educación para la salud del individuo. A través de los diversos talleres gratuitos que ofrecemos a la comunidad, desde la Fundación ABC trabajamos para optimizar la salud de cada uno en particular y de la sociedad en general. Para alcanzar esta meta, nuestras Farmacias son verdaderos Centros de Atención Primaria de Salud. La Fundación ABC y la Red de Farmacias ABC trabajan en conjunto promoviendo la prevención y la educación para la salud de todas las personas.



Diabetes

Taller orientado a la información sobre esta enfermedad, basado en la importancia del control y la alimentación. Tiene una duración de tres clases y se realiza durante todo el año en las diferentes sedes de las Farmacias ABC.

Plan Materno Infantil

Es un taller teórico-práctico donde se tratan todos los aspectos vinculados al embarazo y a los cuidados de la mamá y del recién nacido. Se dicta en las farmacias H. Pueyrredón y Jujuy.

Yoga

A través de esta disciplina se aprenden posturas, se reeducan músculos y articulaciones favoreciendo el bienestar del organismo en su totalidad. Se realiza en las farmacias Cabildo, Lavalle, H. Pueyrredón, San Martín y La Plata.

Nuevos cursos

Próximamente la Fundación ABC brindará a la comunidad charlas dictadas por profesionales de reconocida trayectoria médica y científica: Vivir sin Tabaco, Prevención del HIV, Anticoncepción para una Vida Saludable.



La salud es un derecho, su obligación es cuidarla



Red de Farmacias



Siempre cerca del paciente

Sucursales

Farmacia Jujuy
Av. Jujuy 601, Balvanera
4938-13367
Ciudad de Buenos Aires

Farmacia Mitre
Bartolomé Mitre 1902, Balvanera
4953 0004
Ciudad de Buenos Aires

Farmacia La Plata
Av. La Plata 140, Caballito
4983-5445
Ciudad de Buenos Aires

Farmacia Cabildo
Av. Cabildo 2675/85, Boigiano
4100-5100
Ciudad de Buenos Aires

Farmacia Diagonal
Bartolomé Mitre 613, San Nicolás
4177-4666
Ciudad de Buenos Aires

Farmacia Centro Galicia
Bartolomé Mitre 2542, Balvanera
4953 1717
Ciudad de Buenos Aires

Farmacia Rivadavia
Av. Rivadavia 6379/81, Flores
4633-7171
Ciudad de Buenos Aires

Farmacia San Martín
Av. San Martín 2721, Paternal
5779-0473
Ciudad de Buenos Aires

Farmacia Montes de Oca
Av. Montes de Oca 1109,
Barracas
4303-3636
Ciudad de Buenos Aires

Farmacia Garay
Av. Garay 4144, Boedo
4925 2800
Ciudad de Buenos Aires

Farmacia Lavalle
Lavalle, esq. Rodríguez Peña, San
Nicolás
4171-8017
Ciudad de Buenos Aires

Farmacia H. Pueyrredón
Av. Honorio Pueyrredón 801,
Caballito
4963-6093
Ciudad de Buenos Aires

Farmacia Azcuénaga
Azcuénaga 1009, Recoleta
5778-0577
Ciudad de Buenos Aires

Farmacia Santa Fe
Av. Santa Fe 4800, Palermo
5779 0073
Ciudad de Buenos Aires

Farmacia Bolívar
Bolívar 580, Montserrat
Ciudad de Buenos Aires

Farmacia Malabía
Malabía 598, Ramos Mejía
Pcia. de Buenos Aires

Farmacia Córdoba
Av. Alvear 298
Ciudad de Córdoba

Farmacia Garibaldi
Garibaldi 215
Ciudad de Mendoza



Farmacia ABC Cabildo.



Farmacia ABC Diagonal.



Farmacia Mitre

La farmacia es un centro de atención primaria de salud

ABC S.A. Av. Jujuy 570 (1229), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. www.abcsalud.com.ar

Artritis reumatoidea

“Todavía existen muchas zonas oscuras por investigar”



• Por el Lic. Juan Carlos Rivera Quintana

• Para la Redacción de **AHORA, la Salud**

EL DR. JUAN CARLOS BARREIRA, EXPERTO ARGENTINO EN ARTRITIS REUMATOIDEA, DE RECONOCIDO PRESTIGIO ACADEMICO, DIALOGO ACERCA DEL CURSO Y LAS REPERCUSIONES DE ESA ENFERMEDAD DISCAPACITANTE QUE PADECEN MAS DE 21 MILLONES DE PERSONAS EN TODO EL MUNDO

La artritis reumatoidea es una enfermedad articular que compromete las articulaciones que tienen membrana sinovial; es crónica, progresiva, potencialmente incapacitante, con elevada morbimortalidad y un pronóstico complejo. La prevalencia en nuestro país es elevada; entre 0,3 y 2,2 por ciento de la población la padece y frecuentemente se presenta entre los 30 y 40 años. También puede ocurrir antes de los 16 años y se le llama reumatoidea juvenil o bien puede aparecer después de los 60 años y se le denomina artritis reumatoidea del geronte. En este sentido puede afirmarse que la artritis reumatoidea no respeta edades ni clases sociales y tiene una predilección por el sexo femenino. Es una patología del sistema autoinmune y el mecanismo de daño es a través de no reconocer las estructuras que le son propias. Por ello el organismo termina atacándose a sí mismo. En el mundo, la padecen más de 21 millones de personas, según la OMS.

Al indagar por qué ocurre ese proceso tan autodestructivo en el organismo, el Dr. Juan Carlos Barreira, jefe del Servicio de Reumatología y del Departamento de Investigación y Docencia del Hospital Británico y director del postgrado de Reumatología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), explica que “todavía no queda claro, es decir no hay una única forma de explicar la razón por la que el organismo forma sustancias que lo agreden a sí mismo; todavía existen muchas zonas oscuras por investigar. Una vez desencadenada dicha patología hay un tiempo, que se le conoce como ventana terapéutica, en el cual la enfermedad puede frenarse o incluso detener su progresión. Esta situación ocurre dentro de los primeros meses. La idea es que se lleven adelante esquemas terapéuticos combinados

con diversos fármacos que contribuyen a detener su avance y controlar la enfermedad, que no puede curarse porque es un defecto del sistema inmunológico humano”.

La charla tiene lugar en el Hospital Británico, en la Ciudad de Buenos Aires, un sábado de mucho frío, a la mañana. La institución parece congelada en el click de una instantánea fotográfica, como si no albergara enfermos y sus pasillos están casi desiertos. El silencio matinal sólo es roto por el clásico ronroneo de la calefacción central del edificio.

Predecir la cronicidad, seguir evoluciones

El experto recalca que “hay una susceptibilidad genética de algunas personas que portan dentro de la patología un antígeno de histocompatibilidad HLADR-4, que son los que presentan la enfermedad más agresiva”. Después advierte que “no todos los pacientes tienen el mismo compromiso de la enfermedad a lo largo del tiempo. No todos los que tienen artritis presentan el mismo curso evolutivo, los hay que presentan un episodio monocíclico, que agota la enfermedad; otros que tienen cursos fluctuantes a lo largo del tiempo y otros que presentan la forma sostenida de la enfermedad. Quienes tienen curso fluctuante y aquellos con curso sostenido sin adecuado control son los que van a tener peor pronóstico. El 10 por ciento de la población presenta la forma progresiva, el 70 por ciento el curso fluctuante o policíclico y un 20 por ciento presenta el curso monocíclico”.

Después comenta que cotidianamente los especialistas siempre se preguntan cuáles son los factores que pueden orientarlos a predecir la cronicidad, cuándo la enfermedad está activa, cuándo decidir si el paciente es refractario a un tratamiento y cómo debemos eva-



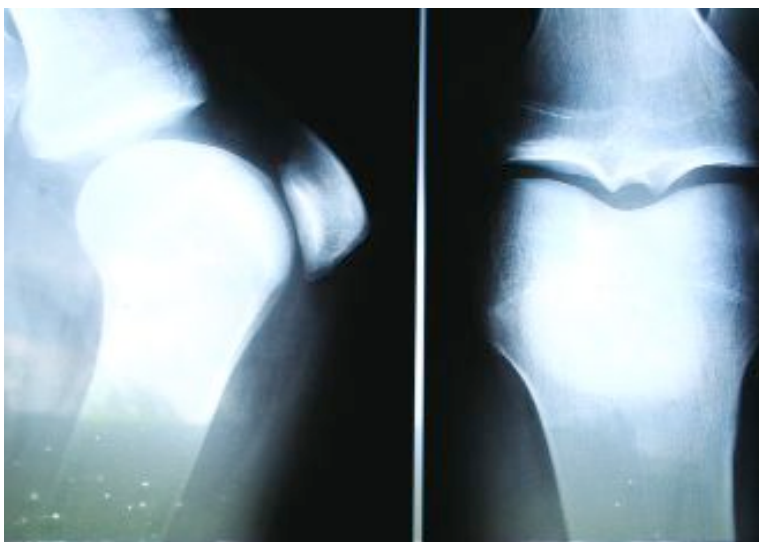
“La persistencia de la inflamación lleva, luego, a las deformaciones, que se instalan como consecuencia de un mal control de las enfermedades inflamatorias”, explica el Dr. Juan Carlos Barreira

luar la progresión de la enfermedad. “Es una práctica habitual -razona nuestro interlocutor sin cortapisas- no sólo evaluar el estado de la enfermedad, sino la capacidad de las funciones. Esta patología lleva a que tengan limitaciones funcionales para cosas cotidianas, como puede ser abrocharse el botón de una camisa o acordonarse los zapatos, abrocharse un corpiño y hasta asearse. Así que hay infinidad de situaciones y el dolor limita la calidad de los movimientos de nuestros pacientes.

“Si uno tuviera que expresarlo en porcentajes diría que a los seis meses de comenzada la enfermedad una tercera parte de los pacientes tienen una funcionalidad normal y el 10 por ciento tiene una discapacidad severa; a los cinco años de estar con dicha patología el 40 por ciento tiene una funcionalidad normal, pero el 16 por ciento tiene ya una discapacidad grave; a los 10 años de la artritis entre el 40 y el 60 por ciento tiene discapacidad grave. O sea que no sólo hay que ver que es una enfermedad progresiva, sino también



Radiografía de manos afectadas por artritis, enfermedad que compromete las articulaciones que tienen membrana sinovial



Otro síntoma es la rigidez matinal de las articulaciones o de una región, como las rodillas, durante 1 hora ó más

discapacitante, que condiciona un deterioro de la calidad de la vida”, acota.

Con respecto al tipo de tratamiento que reciben, el especialista apunta que “debe tener un enfoque integral, se deben utilizar todas las herramientas terapéuticas y los recursos que estén al alcance. Estos no sólo son farmacológicos, hay que contar con un buen equipo de terapeutas ocupacionales y físicos, un psicoterapeuta que ayude a la familia y al paciente a entender qué es la artritis reumatoidea, no con el fin de aceptarla, sino para que comprendan cómo deber ser tratado. Hay ciertas cosas que no tienen que ver con la farmacología, pero sí con el enfoque integral del tratamiento, donde el psicoterapeuta tiene un rol relevante, lo mismo que la terapia física y la ocupacional”.

De movimientos y síntomas

“Un terapeuta ocupacional -explica el Dr. Barreira- ayuda a que el enfermo tenga una mejor calidad de su función en su ámbito laboral y familiar. En realidad, los ejercicios cotidianos proporcionan una mejor calidad del movimiento y los diferentes tipos de manualidades contribuyen a la musculatura de la mano, que se ve comprometida secundariamente por este proceso inflamatorio, porque cuando se tiene dolor no se mueven los músculos y estos terminan hipotrofiándose. El objetivo es intentar recuperar la movilidad perdida. Esa disfuncionalidad no es rápida y objetivable por el enfermo, quien va lentamente perdiendo su capacidad y función a lo largo de las semanas y los meses”.

Según el médico, el síntoma principal de la artritis reumatoidea es el dolor en las articulaciones. Este tiene que estar acompañado de inflamación para ser calificado de artritis, de lo contrario sería considerado una artralgia inespecífica; es decir, una persona puede tener artralgias en infinidad de situaciones sin que sea provocada por un golpe. Si el dolor articular proviene de un traumatismo se debe ver a un traumatólogo, pero si aparece espontáneamente debe ser visto por un reumatólogo. Este es un concepto importante porque generalmente se consulta tardíamente al reumatólogo y

LOS EJERCICIOS COTIDIANOS PROPORCIONAN UNA MEJOR CALIDAD DEL MOVIMIENTO Y LOS DIFERENTES TIPOS DE MANUALIDADES CONTRIBUYEN A LA MUSCULATURA DE LA ZONA AFECTADA

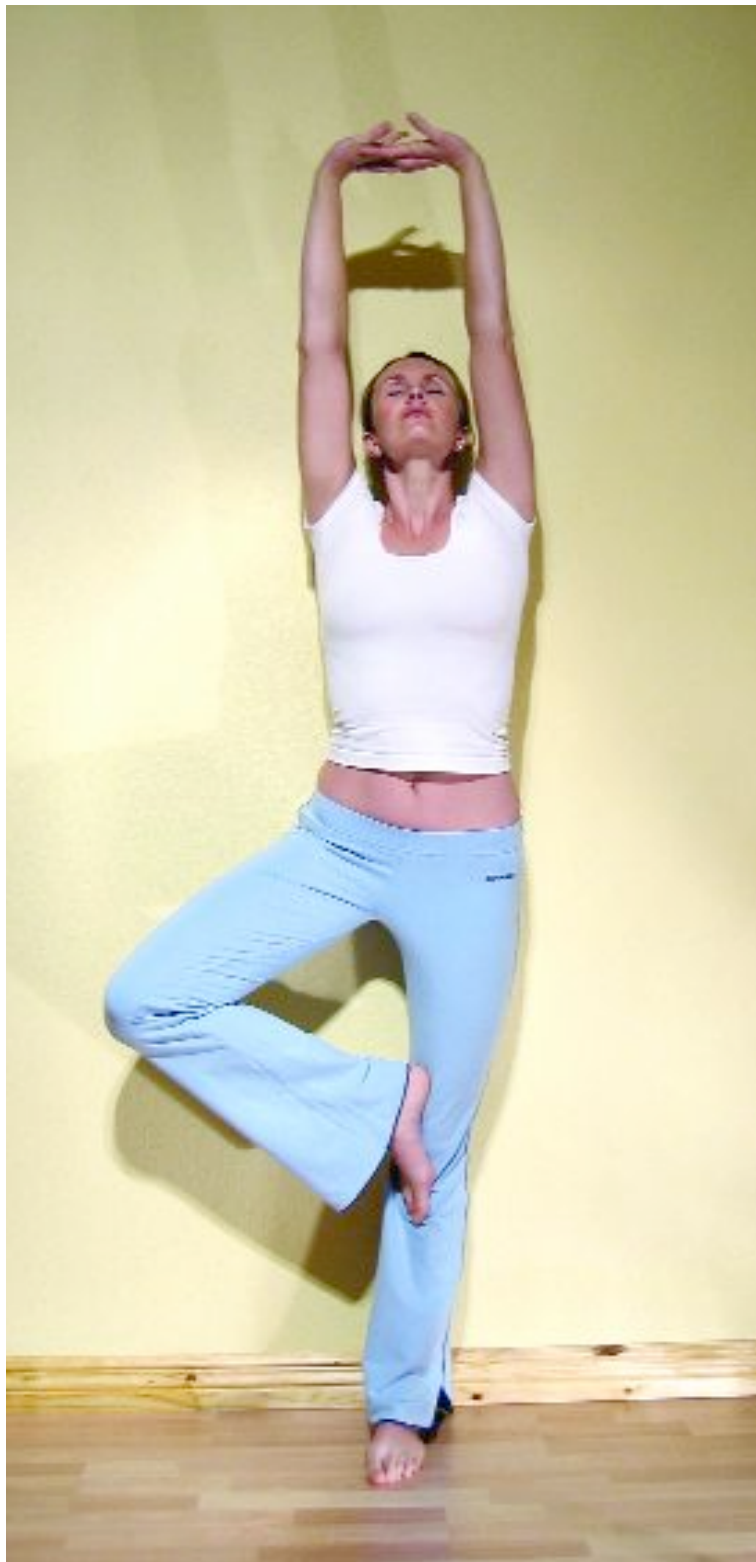
varios pacientes llevan mucho tiempo dando vueltas por diversos consultorios cuando padecen artritis. Si el dolor articular es espontáneo y no se puede relacionar con una actividad determinada se debería consultar entonces a un reumatólogo. “Es importante saber -dice el Dr. Barreira- que no sólo es el dolor, sino que se acompañan de ciertas sensaciones, que deben estar presentes cuando uno tiene dolor y piensa que es por inflamación. Una sería la rigidez matinal de la articulación o de las articulaciones o de una región, que puede ser las manos; después del descanso, usted se levanta a la mañana y le cuesta mover las manos o las rodillas, durante 1 hora o 45 minutos o más. A eso se le agrega que en ocasiones se nota aumento local de la temperatura de la articulación; el eritema (rojez). Estos síntomas pueden ayudar a que aprendamos a discriminar entre la artralgia y la artritis. Al aparecer el dolor, comienzan las limitaciones para las actividades cotidianas.

“La persistencia de la inflamación lleva, luego, a las deformaciones, que se instalan como consecuencia de un mal control de las enfermedades inflamatorias. Quienes presentan la enfermedad activa tienen síntomas generales, como expresión de enfermedad sistémica, que pueden ser: descenso del apetito, decaimiento general, falta de fuerzas. Ello demuestra que no es un problema sólo de las articulaciones, sino que involucra a todo el organismo.

“La enfermedad, si no se controla adecuadamente, tiene manifestaciones extrarticulares y la más frecuente es la presencia de unos nódulos en la piel, que aparecen en las zonas de apoyo, son nódulos subcutáneos. Quienes tienen una enfermedad nodular, generalmente, tienen una patología más agresiva y sostenida. Son quienes habitualmente hacen manifestaciones extrarticulares, que pueden ser hematológicas, respiratorias, cardíacas, neurológicas, etcétera”, apunta.

Tratamientos serios vs. mágicos

Durante la entrevista se comenta que la farmacología es un puntal vital, dirigido a reducir los síntomas agudos y retrasar el daño ar-





La rehabilitación con el terapeuta físico apunta a mejorar la calidad muscular del paciente


ticular; los otros pilares se relacionan con la educación del paciente, con la rehabilitación del terapeuta físico que debe mejorar la calidad muscular, también el terapeuta ocupacional que tiene que ayudar o reducir las limitaciones que genera esa patología. En los últimos 10 años ha habido una revolución en el tratamiento; todos los pacientes con artritis reumatoidea, desde el punto de vista farmacológico, reciben antiinflamatorios no esteroides que limitan la inflamación y reducen el dolor; corticoides en bajas dosis, en determinadas circunstancias, combinaciones de drogas inductoras de remisión. La combinación de estas drogas, de manera simultánea con antiinflamatorios y esteroides, vendría a ser el tratamiento inicial farmacológico. A los pacientes que no toleran este esquema de trata-

miento se les suministran otras drogas conocidas como “biológicas”.

Posteriormente, el experto analiza la contundencia terapéutica de un fármaco como el rituximab (Mabthera), “que es una molécula que actúa sobre las células y ellas son las que liberan las sustancias preinflamatorias. Esta droga interviene sobre las células B, que con las células T constituyen el enlace de la inflamación. Es una droga que fue originalmente diseñada para enfermedades hematológicas de las células B, es una molécula que actúa en la presentación antigénica del proceso inflamatorio, cuando se desencadena y no reconoce como propia una partícula. Su función es bloquear la producción de las células B y de esa manera interferir con el proceso de la inflamación y su persistencia a lo largo del tiempo, con el fin de detener la enfermedad, reducirla, evitar o lentificar el daño. Si logramos eso frenamos la progresión de la patología”.

Antes de finalizar sus consideraciones recalca que “existe una enorme cantidad de tratamientos mágicos que ofrecen páginas amarillas y provocan una pérdida de tiempo precioso en los enfermos. Es muy importante que el que tiene dolores sepa dónde tiene que concurrir. Generalmente, los pacientes con artritis llegan al reumatólogo dentro de los dos años de haber comenzado la enfermedad, es decir no concurren tempranamente, deambulan por consultorios de médicos internistas y traumatólogos. El conocer el diagnóstico tempranamente contribuye a mejorar el pronóstico y como es una patología que deteriora con lentitud hay una enorme cantidad de tratamientos mágicos que se ofrecen para el que tiene dolor, y quien tiene dolores busca cualquier tipo de tratamientos para mitigarlos, sin un criterio que unifique todos esos síntomas que hacen a la artritis reumatoidea”.





Verónica,
paciente con artritis
reumatoidea

Sensibilidad, para ver más allá de la ciencia.

En Roche investigamos para crear productos que mejoran la calidad de vida de la gente. Nuestra visión innovadora en oncología, virología, trasplante, artritis reumatoidea, sistema nervioso central, obesidad, cardiología, dermatología y diagnóstico nos permite responder por el presente y futuro de las personas. Aquí y en todo el mundo.



Innovación para la salud

Reacciones alérgicas agudas

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA CRISIS ANAFILACTICA, USUALMENTE PROVOCADA POR PICADURAS DE INSECTOS, EL CONSUMO DE ALGUNOS MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS, Y EL CONTACTO DE LA PIEL CON EL LATEX, ENTRE OTROS DESENCADENANTES

• Por el Dr. Jorge Labrut*

• Para la Redacción de **AHORA, la Salud**



Picaduras de abejas, avispas y hormigas coloradas, entre otros insectos, figuran entre los desencadenantes más comunes de la anafilaxis

El shock anafiláctico también conocido como reacción alérgica aguda o crisis anafiláctica, es un conjunto de signos y síntomas (síndrome) caracterizado por la liberación de mediadores químicos por los mastocitos (células sanguíneas responsables de la reacción alérgica aguda). Este mediador químico llamado histamina, produce alteraciones circulatorias periféricas graves y problemas respiratorios de los que el paciente puede recuperarse espontáneamente o con medicamentos o incluso terminar en muerte.

El cuadro clínico se presenta con disminución de la presión arterial, de una rapidez inusitada, que puede llegar a provocar la pérdida del estado de conciencia acompañada en general de prurito (picaazón), urticaria (rash) y/o angiodema generalizados, edema de glotis (edema en las vías respiratorias superiores), con sensación de opresión torácica, tos, disnea por espasmo (ahogo), escalofríos, náuseas, vómitos, dolor abdominal y relajación de esfínteres.

El descenso marcado de la tensión arterial es un fenómeno constante y su intensidad y rapidez reflejan la gravedad del shock. En ocasiones es tan fulminante que el paciente se desploma sin haber tenido ningún otro síntoma. El diagnóstico es fácil si se está en presencia del desencadenamiento del shock.

En los casos que comienzan con pocos síntomas es imprescindible el buen y completo interrogatorio del paciente por parte del profesional sobre la ingesta o inyección de algún medicamento o bien sobre la picadura de algún insecto.

El cuadro puede presentarse tardíamente provocado por alguna medicación de depósito o por vía oral. Dentro de los medicamentos que pueden provocar un evento alérgico agudo con mayor frecuencia, están los antibióticos beta-lactámicos (penicilinas y derivados), dipirona, sulfamidas, antiinflamatorios no esteroideos, las sustancias yodadas de contraste y el látex. También algunos alimentos como pescados, mariscos, nueces, huevos y el choco-



late. Muchas veces no puede precisarse la etiología (causa que provocó la crisis).

En los EE.UU. se calcula que ocurren 800 muertes por año debidas a los antibióticos con estructura beta-lactámica (penicilinas). Las picaduras de insectos causan la muerte de unas 50 personas por año y ocurre 1 muerte por cada millón de dosis de sustancias yodadas de contraste administradas a pacientes.

¿Cuales son los marcadores de riesgo para el paciente? En primer lugar, los antecedentes de manifestaciones alérgicas personales o familiares. También los medicamentos potencialmente alergénicos, por la frecuencia de su utilización: antibióticos beta-lactámicos, pirazonas y antiinflamatorios no esteroides; los antecedentes de cardiopatía (enfermedades cardíacas) y estar medicado con beta-bloqueantes.

Para el tratamiento de la crisis anafiláctica, los medicamentos de primera línea son la adrenalina, los antihistamínicos y los corticoides.

La adrenalina se presenta en ampollas de 1ml a la concentración de 1/1000. Por su efecto sobre los receptores alfa, produce vasoconstricción, la cual contribuye a mantener la tensión arterial; y por su acción beta-adrenérgica, ayuda a impedir el espasmo del músculo liso bronquial. El shock anafiláctico requiere una atención médica inmediata. Al primer signo de shock, se impone la administración de adrenalina por vía intramuscular, preferentemente en la cara externa del muslo en una dosis de 0,01 mg/kg de peso. Para un adulto mayor de 30 kg: EPIPEN® 0,3mg/ml. Y para un niño de entre 15 y 29 kg: EPIPEN Jr 0,15 mg/ml.

Con respecto a los antihistamínicos, el Benadryl® se presenta en ampollas de 10 ml con 100 mg de difenhidramina y se aplica a dosis de 1,25 mg/kg por vía endovenosa. En la práctica, de 5 a 10 ml de Benadryl® y cimetidina a la dosis de 300 mg endovenosa, lentamente entre 3 y 5 minutos.

Entre los corticoides, la hidrocortisona se aplica a la dosis de 5 mg/kg, término medio,



El consumo de algunos alimentos como mariscos, pescados, nueces, huevos y chocolate podría provocar anafilaxis, pero muchas veces no puede precisarse la causa de la crisis. En la foto, un plano detalle de una ostra

de 250 a 500 mg, endovenosa, o reemplazantes como la dexametasona o betametasona en dosis equivalentes.

Medidas de prevención

El mejor tratamiento es la prevención. Para ello es conveniente tomar las siguientes medidas:

- Evitar los fármacos o grupos de fármacos químicamente relacionados entre sí, que hayan causado anteriormente alguna reacción adversa al paciente.
- Si el paciente debe recibir en forma perentoria alguna medicación sospechosa de provocar una reacción adversa, administrarla preferentemente por vía bucal y medicar previamente con antihistamínicos.
- Mantener al paciente en observación, por lo menos durante una hora, después de la administración del medicamento.
- Instruir al paciente para que pueda evitar la exposición al agente causal.
- En el caso que un medicamento sea sospechoso de haber provocado una reacción adversa, se realizará la prueba de sensibilidad correspondiente.

This Topic was reviewed by Stuart Friedman, MD, FAAAAI Patients & Consumers Web Editor.

* Dr. Jorge Labrut, médico de la Unidad de Alergia del Hospital de Niños Pedro de Elizalde (ex Casa Cuna).



Inseguridad vial en Argentina

¿Asesinos por naturaleza?

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE UNA VERGÜENZA NACIONAL: ACCIDENTES DE TRANSITO. COMO PARAR EL CRECIMIENTO DE ESTA ENDEMIAS SOCIAL QUE MATA A 7.000 Y HIERE A 120.000 ARGENTINOS POR AÑO, SEGUN EL DEFENSOR DEL PUEBLO DE LA NACION, EDUARDO MONDINO, IMPULSOR DE UNO DE LOS POCOS PROYECTOS QUE INTENTA PONERLE FRENO AL ASUNTO

• Por Facundo Lugones

• Para la Redacción de **AHORA, la Salud**



Los accidentes de tránsito que provocan lesiones o muertes a personas, según datos que involucran a vehículos asegurados, pasaron de ser 70.137 en el año 2003 a 126.016 en 2006. ¡Una suba del 79,67%!

A principios de la década de 1980 había una publicidad televisiva oficial sobre seguridad vial que seguramente casi todos recordarán. Peinado a la gomina y vestido con un elegante ambo azul un hombre se acomodaba en el asiento de su auto y encendía el motor. Al tomar el volante, se le paraban todos los cabellos, se le transformaban las facciones de la cara y los botones de la camisa le estallaban como al increíble Hulk. Una bestia al volante.

Este personaje -que lejos de educar a los niños de mi generación, los aterraba- parece haberse perpetuado a lo largo de las últimas décadas como el modelo de conductor argentino. Los accidentes de tránsito que provocan lesiones o muertes a personas, según datos que involucran a vehículos asegurados, pasaron de ser 70.137 en el año 2003 a 126.016 en 2006. ¡Una suba del 79,67%! según la Asociación Argentina de Compañías de Seguros. Los resultados: más de 7.000 personas mueren y más de 120.000 resultan heridas de distinto grado por año, como informó pública y recientemente la Asociación Civil “Luchemos por la Vida”. Datos escalofriantes.

Resulta también aterradora la experiencia de tramitar o renovar el registro de conducir en la Ciudad de Buenos Aires, por la superficialidad de los exámenes prácticos, teóricos y médicos. Conducir en medio del caos de tránsito del microcentro porteño, un día de semana al mediodía, es ver directamente el ojo del huracán.

Hacia el centro de la ciudad nos dirigimos -obviamente en subte- para entrevistar, en sus oficinas, al Defensor del Pueblo de la Nación, Eduardo Mondino, coautor de “Porque la Vida Vale: Plan de Seguridad Vial”.

Este proyecto propone declarar la Emergencia Vial en todo el territorio de la Nación por el término de dos años; crear la Autoridad Nacional de Seguridad Vial; unificar criterios y requisitos para la expedición de licencias de conducir en todo el país; y establecer el Plan Nacional de Educación Vial, entre otros aspectos. Fue también elaborado por la Asociación Madres del Dolor, la Fundación sobre el Seguro y la Responsabilidad Civil, Ayuda al Accidentado Asociación



El tema de la inseguridad vial se debe a la “desidia de conducir sin controles, es decir, sin tener una cultura de educación vial acorde que vaya incorporándose desde períodos muy jóvenes. Esta es una deuda pendiente de la escuela formal argentina”, explica Mondino

Civil, la Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía del Trauma, etcétera.

Al cierre de esta edición, la iniciativa había sido firmada por más de 200.000 ciudadanos y sus autores planeaban presentarla en el Congreso, para su evaluación como proyecto de Ley, una vez alcanzadas las 400.000 adhesiones necesarias.

¿Por qué manejamos tan mal?

El tema de la inseguridad vial es complejo. “Para nosotros hay dos cuestiones centrales en el agrandamiento de la situación. La desidia de conducir sin controles, es decir, sin tener una cultura de educación vial acorde que vaya incorporándose desde períodos muy jóvenes. Esta es una deuda pendiente de la escuela formal argentina”, explica Mondino.

Y analiza que la segunda causa es “el abandono del Estado en políticas públicas de seguridad vial, que no son un aviso publicitario sino una acción de control, en algunos casos contundente y en otros preventivo, que permita disuadir al automovilista para que conduzca dentro de las normas. Si no, va a tener una sanción y si comete una falta grave va a correr el



“Hoy se entregan carnés (de conducir) sin las mínimas condiciones a cualquiera que demuestre que tiene un domicilio”, se queja Mondino. En la foto, un conductor en infracción

riesgo de ser sancionado penalmente. Cuando todo ese componente no aparece tenemos una epidemia social, con más de 20 muertos por día”.

-¿Qué cantidad de denuncias sobre siniestros de tránsito reciben periódicamente?

-En 2004-2005, iniciamos este trabajo porque hubo un número importante de denuncias. A partir de ahí, hicimos este informe que después se transformó en un proyecto de ley o iniciativa popular, porque creemos que las muertes por siniestros viales están vinculadas a los derechos humanos.

El derecho más fundamental es el de la vida, que está en riesgo en las calles y en las rutas argentinas en los últimos tiempos. No es solamente una cuestión de impacto porque el valor de la vida no es un problema de 1300, 3000, 6000 ó 20 muertes por día. Necesitamos un mecanismo para que los accidentes de tránsito vuelvan a ser hechos fortuitos, que ocurran de vez en cuando. Hoy lo que tenemos son siniestros viales: cada tragedia trae muertos, discapacidades. Esta es la inercia que hay que quebrar y por eso planteamos esta iniciativa.

-¿Cuáles son los aspectos fundamentales e innovadores del plan?

-Lo primero es declarar la emergencia para que el Estado pueda dictar normas extraordinarias durante dos años en función de los contro-

les y las leyes vigentes. Declarar la emergencia es reconocer el problema. Luego planteamos en ese esquema la creación de la autoridad nacional vial, que diseñe las políticas, que puede tener un componente federal, armado con las provincias. Creemos que hay que crear el registro de antecedentes de tránsito para saber a quién se le da un carné de conducir, qué antecedentes tiene. Hace 12 años que está la Ley de Registro de Antecedentes de Tránsito. El carné debe tener un criterio único en todo el país y la primera licencia debe ser provisoria por dos años. Aquel que cumpla con todas las normas y no cometa faltas podrá renovarlo automáticamente. El que cometa faltas en los primeros dos años tendrá que volver a hacer el instructivo como el primer día. Esto nos permitirá dos cosas: tener un chequeo de los que tramitan sus primeros carnés, y resolver un problema de educación: quien maneje bien los dos primeros años seguramente lo seguirá haciendo, ya que ha incorporado las normas.

Otro tema fundamental del plan es incorporar la currícula de educación vial en la educación pública obligatoria. Después definirá el Ministerio de Educación en qué etapa hay que hacerlo, en la primaria o en la secundaria, son tiempos pedagógicos.

Luego, hay que incluir todos los concesionarios viales en un programa de seguridad vial. Los peajes en vez de ser solo agentes de cobro deben tener infraestructura acorde a este plan: detener vehículos y controlarlos, tener lugares donde dejarlos en caso de que no puedan seguir circulando, permitir a la autoridad nacional disponer de un espacio, contar con ambulancias y equipos de accidentología para primeros auxilios. Es decir, tienen que ser instrumentos de una política de seguridad vial.

-¿Cómo estaría constituida esta autoridad nacional?

-La tendría que constituir el Poder Ejecutivo Nacional. Tiene que ser una unidad operativa que fije políticas, que busque vínculos para formar capacitadores. Hace falta invertir en seguridad vial, pero no sólo poner plata sino también formar recursos humanos técnicos capaces de hacer controles y disponer de elementos de auxilio. Hay que llevar adelante una política nacional pública de seguridad vial.

-¿Esta autoridad reemplazaría a la Dirección

de Vialidad Nacional?

-No, la Dirección de Vialidad se ocupa de controlar caminos y las obras que hacen los concesionarios. Acá lo que hace falta es una autoridad de seguridad vial, es decir, la presencia del Estado en las rutas y en las calles que a su vez sean capaces de articular con las provincias y los municipios. Un ente con autonomía, presupuesto propio y asistido por la autoridad pública policial.

-¿Qué aspectos fundamentales contemplaría el plan nacional de educación vial que ustedes proponen y qué diferencias tendría con respecto a los contenidos que se enseñan actualmente en las escuelas?

-Actualmente, salvo en algunos lugares, la educación vial no es obligatoria, está como accesoria. Habría que ponerla como una materia específica con clases semanales. Es un tema de especialistas, es imprescindible tenerla. El Ministerio de Educación diseñaría los contenidos.

-¿Por qué proponen la unificación de criterios y requisitos para la expedición de las licencias de conducir en el territorio nacional?

-Porque hoy hay una gran dispersión, se entregan carnés sin las mínimas condiciones a cualquiera que demuestre que tiene un domicilio. No hay un control estricto de la licencia. Quienes

quieran otorgar carnés tendrán que demostrar que tienen capacidad para tomar los exámenes.

-En la Capital, los exámenes para sacar o renovar el registro son totalmente superficiales. Haciendo ese trámite uno se da cuenta por qué los porteños manejamos tan mal.

-Por eso el criterio tiene que ser único. Sacar el carné en esta ciudad tiene que ser igual que sacarlo en cualquier otra del interior, que esté autorizada por la autoridad nacional.

-¿Cuáles son los pasos que planean seguir para concretar este proyecto en Ley?

-Estamos juntando firmas. Hemos llegado casi a la mitad. Necesitamos juntar 400 mil para presentar el proyecto en el Congreso. Este tiene la obligación de tratarlo durante el año en que ha sido presentado.

-¿Una reflexión final?

-La vida vale. Creemos profundamente que las sociedades que no la cuidan, tienen problemas. Cuando vemos más de 20 muertos por día y no hay una reflexión colectiva, evidentemente hay un deterioro de nuestros valores sociales. Queremos incentivar este debate.




Cuidamos y Curamos
En Novartis, tenemos el compromiso de salvar y mejorar millones de vidas...cada día.



Plan Materno Infantil de la Fundación ABC

Panzas: a comer sano y hacer gimnasia

APUNTES SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA DIETA RICA, EQUILIBRADA Y NO RESTRICTIVA EN CALORIAS; Y DE LA ACTIVIDAD FISICA DURANTE EL EMBARAZO

• Por la Dra. María Belén Piñero Martínez, la Lic. Cynthia Sánchez y Andrea Sirito*

• Para la Redacción de **AHORA, la Salud**



La dieta establecida debe ser personalizada, variada y distribuida en desayuno, almuerzo, merienda y cena, con dos colaciones a media mañana y media tarde. Hay que evitar los ayunos prolongados para que el bebé encuentre siempre sus reservas de nutrientes

Muchas son las dudas que la mujer embarazada enfrenta sobre la nutrición en este período de su vida: ¿Qué puedo comer? ¿Debo comer por dos? ¿El aumento de peso determinará el aumento de peso de mi bebé? A estas preguntas tradicionales se suman las exigencias de una época donde la mujer embarazada quiere mantenerse en forma, sin afectar su salud y la de su hijo. Por ello, presentamos a continuación algunas recomendaciones nutricionales para explicar por qué se necesita una dieta rica, equilibrada y no restrictiva en calorías.

El aumento de peso en una mujer embarazada varía según el trimestre de la gestación. En el primero, aumentará de 1 a 2 kg mensuales. En el segundo y tercero, alrededor de 400 gramos, con una ganancia de peso de aproximadamente 10 a 12 kg en total.

En el primer trimestre, pasada la etapa de náuseas y algunas intolerancias particulares (carne, fritos), en general la paciente quiere ver crecer su panza y así comienza a comer mayor cantidad de alimentos.

En el segundo y tercer período, el sobrepeso del útero la hace sentir pesada y por lo tanto se alimenta menos. He aquí un error ya que el crecimiento fetal y su engorde comienzan en el final del segundo trimestre (semana 25-26). Por lo tanto es allí donde la calidad de la ingesta materna tiene muchísima importancia para el desarrollo del bebé, no solo para su ganancia de peso.

Para establecer una correcta alimentación durante el embarazo deben conocerse la talla, el peso previo al embarazo, los hábitos laborales, la actividad física que está acostumbrada a desarrollar. Todos estos datos forman parte del primer control prenatal que la mujer realiza.



Por lo tanto, la dieta establecida debe ser personalizada, variada y distribuida en desayuno, almuerzo, merienda y cena, con dos colaciones a media mañana y media tarde. Hay que evitar los ayunos prolongados para que el bebé encuentre siempre sus reservas de nutrientes.

Una buena dieta incluirá buena calidad de proteínas (presentes en carne vacuna, pollo, pescado, leche, huevo, cereales y frutas secas), ya que en su estructura se hallan todos los aminoácidos que el cuerpo necesita. Si una madre es vegetariana se le incorporarán lácteos como fuente de proteína adicional, ya que la proteína vegetal posee inferior calidad nutricional que la de las carnes.

Para mantener una buena fuente de energía, hay que consumir hidratos de carbono, presentes en frutas, verduras, panes, pastas y dulces. Debemos evitar el consumo excesivo de gaseosas, golosinas, fiambres, embutidos, cremas, facturas y alimentos en general que tienen altos valores calóricos pero cero valor nutricional. Es lo que llamamos calorías vacías, mucho peso para la madre poco alimento para ella y su hijo.

Dentro de una dieta rica y variada se considera completa la provisión de minerales y vitaminas. Tanto la madre como el bebé nece-

Debemos evitar el consumo excesivo de gaseosas, golosinas, fiambres, embutidos, cremas, facturas y alimentos en general que tienen altos valores calóricos pero cero valor nutricional



Lograr el reconocimiento del cuerpo que pasará por muchas etapas de cambio físico-anímico, reforzar y reconocer grupos musculares, y aliviar tensiones en el área lumbar son algunos de los objetivos del trabajo corporal durante el embarazo

sitarán complementación de hierro más ácido fólico. Este último se suministra desde el comienzo de la gestación hasta las 20 semanas aproximadamente, su incorporación previene los defectos del cierre del tubo neural en el bebé. Con respecto al hierro, a partir del segundo trimestre el bebé comienza a consumir más para generar su propia reserva. Por lo tanto, es bueno suplementar a la madre para que no disminuyan sus reservas y ambos estén protegidos de la anemia, enfermedad con gran prevalencia en nuestro país, en embarazadas y niños de hasta dos años.

El mejor hierro natural se encuentra en la carne vacuna. Su absorción mejora con el consumo de jugos de cítricos (vitamina C). Inmediatamente después de la comida, se recomienda evitar tomar té o café.

Una dieta equilibrada se establece en un consumo de 1.600 a 2.000 calorías diarias. Más de la mitad del aumento de peso total corresponde a los tejidos maternos y a la reserva energética para la lactancia, que puede observarse por lo general en depósitos de grasa en espalda, abdomen y parte superior de los muslos.

** Coordinadoras del Curso de Preparación para la Maternidad de la Fundación ABC. La Dra. María Belén Piñeiro Martínez es médica obstetra; la Lic. Cynthia Sánchez, partera; y Andrea Sirito, enfermera.*

Para sentirse activa

Con respecto al trabajo corporal durante el embarazo, los principales objetivos son los siguientes:

- 1- Lograr el reconocimiento del cuerpo que pasará por muchas etapas de cambio físico-anímico.
- 2- Reforzar y reconocer grupos musculares.
- 3- Aliviar tensiones en el área lumbar.
- 4- Flexibilizar articulaciones.
- 5- Estimular el retorno venoso.
- 6- Disminuir el temor y la ansiedad, propios de este período.
- 7- Estimular y recordar la correcta respiración.
- 8- Conservar el peso adecuado.

¿Cuándo comenzar?

Si no hay ninguna limitante física y si el obstetra no indica reposo, el trabajo corporal puede realizarse a partir de las 15 semanas. Cada etapa tiene ejercicios que ayudan a superar los inconvenientes y reconocer los cambios corporales propios de la gestación. Así la embarazada va tomando confianza y control sobre su cuerpo y sus emociones.

Por otra parte, ¿qué no debe hacer una embarazada? En principio, su frecuencia cardíaca no debe elevarse más de 160 por minuto. Tampoco debe comenzar deportes que no haya practicado antes. Si practicaba natación, yoga, ciclismo u otra actividad física previa al embarazo, puede seguir realizándola mientras su obstetra no marque lo contrario.

En las clases se respetan los tiempos y los ritmos lentos, sin esfuerzos, casi como una actividad lúdica. La variedad y el aumento de frecuencias de realización de un ejercicio se realizan en forma progresiva; de allí la importancia de comenzar cuanto antes. La duración del entrenamiento no supera los 40 minutos.

Para finalizar se enseñan técnicas de relajación y respiración con los objetivos de economizar energía, calmar la mente, reconocer grupos musculares y lograr su acción-relajación, según se necesite en los períodos del nacimiento.

Las clases cuentan con la presencia del padre o de la persona elegida como acompañante del parto, ya que su preparación para el día del nacimiento es tan importante como la de la mamá.



Agenda de cursos de la Fundación ABC

DIABETES

A CARGO DE LA LIC. ADRIANA BUSTINGORRY.

- *Curso de julio (especial):* lunes 16. De 18 a 19 hs., en Lavalle, esquina Rodríguez Peña.
- *Curso de agosto:* lunes 6, 13 y 27. De 18 a 19 hs., en Lavalle, esquina Rodríguez Peña.
- *Curso de septiembre:* lunes 10, 17 y 24. De 18 a 19 hs., en Av. Cabildo 2675.
- *Curso de octubre:* lunes 8, 22 y 29. De 18 a 19 hs., en Av. La Plata 140.
- *Curso de noviembre:* lunes 12, 19 y 26. De 18 a 19 hs., en Av. Jujuy 615.
- *Curso de diciembre (especial):* lunes 17. De 18 a 19 hs., en Lavalle, esquina Rodríguez Peña.

CHARLAS MENSUALES SOBRE DIABETES, A CARGO DE MERCEDES URIBARE (EN CORDOBA).

- *En Tucumán 26, 2do piso, Mutual OSTAMA, Cdad. de Córdoba.*

PLAN MATERNO INFANTIL

A CARGO DE BELEN PIÑEIRO, CYNTHIA SANCHEZ Y ANDREA SIRITO.

- *Martes de 18 a 20 hs. En Av. Honorio Pueyrredón 801.*
- *Jueves de 18 a 20 hs. En Av. Jujuy 615.*
- *Viernes de 18 a 20 hs. En Av. Jujuy 615.*

A CARGO DEL DR. JORGE DOMINGUEZ (EN CORDOBA).

- *Jueves de 17 a 19 hs. En Tucumán 26, 2do piso, Mutual OSTAMA, Cdad. de Córdoba.*

YOGA

CLASES CON MARTA SPIAZZI.

- *Lunes y miércoles: 15.30 y 16.30 hs. En Av. Honorio Pueyrredón 801.*
- *Martes y jueves: 16 y 17 hs. En Av. La Plata 140.*
- *Martes y jueves: 10 y 11 hs. En Av. San Martín 2742.*

CLASES CON MARIA TOSCANO.

- *Martes: 17.15 / 18.30 / 19.30 hs. En Av. Cabildo 2675/85.*
- *Jueves: 17.15 / 18.30 / 19.30 hs. En Av. Cabildo 2675/85.*
- *Jueves: 10 / 11 hs. En Av. Cabildo 2675/85.*

CLASES CON GUSTAVO YANNICARI (EN CORDOBA).

- *Lunes y miércoles: 16 hs. En Tucumán 26, 2do piso, Mutual OSTAMA, Ciudad de Córdoba.*
- *Martes y jueves 10 hs. Idem.*

CLASES CON MABEL MASTRANGELO

- *Lunes: 17.15/ 18.30/ 19.30 hs. En Av. Cabildo 2675.*
- *Miércoles: 17.15/ 18.30/ 19.30 hs. En Av. Cabildo 2675.*
- *Sábados: 10 y 11 hs. En Av. Cabildo 2675.*

Para inscribirse sin cargo en cualquiera de los cursos, comunicarse al 4942-8690 ó por e-mail a: fundacion@abcsalud.com.ar



Drogadicción y juventud

Vulnerables

IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS, FAMILIARES Y SOCIALES DE LA DROGODEPENDENCIA. EL ROL DE LA ARGENTINA EN ESTE FENÓMENO: DE CORREDOR DE TRANSITO A MERCADO DE CONSUMO PRINCIPALMENTE ENTRE LOS JOVENES



Cuando indagamos las causas por las cuales los jóvenes adolescentes resultan el grupo más vulnerable, los psicólogos suelen referirse a lo difícil y crucial de esa etapa de la vida en que se está buscando una identidad

El término “adicción” ha pasado a ser un lugar común en el uso cotidiano del lenguaje actual. Es así como un hábito, una costumbre, una forma de darse un gusto, una preferencia exagerada que puede caer bajo el rótulo común de “adicciones”.

Estos son actos compulsivos con efectos narcotizantes, más allá de que exista o no un efecto químico. El fenómeno de la drogodependencia es considerado una adicción y tiene implicancias psicológicas, familiares, sociales y jurídicas, entre otras. Dicho fenómeno trasciende el ámbito local y se amplía a escala mundial. En los últimos años, Argentina ha dejado de ser un corredor de tránsito de la droga para convertirse en un mercado de consumo.

Las drogas de consumo habitual en nuestro país y entre los jóvenes son la marihuana (como droga de inicio) y la cocaína. Su uso se combina, generalmente, con la ingestión de bebidas alcohólicas. La mayor incidencia del fenómeno se observa en los grupos juveniles (entre 10 y 30 años), con mayor prevalencia entre los adolescentes (10 y 19 años).

Como ha expresado el experto Alain Ehrenberg: “Los productos agrupados bajo el rótulo de ‘drogas’, arrastran imaginarios de descomposición social y de decadencia física. Sin embargo, esta realidad no testimonia únicamente una disfunción social ni un malestar individual, y no se reduce al mero “cara a cara” entre un individuo y un producto al que dispositivos administrativos y técnicos cuidadosos podrían alguna vez eliminar. Si bien ‘la droga’, desde hace unos 20 años, es un flagelo social, ‘las drogas’, los productos psicotrópicos participan en ciertas relaciones con el mundo y en ciertos climas existenciales propios de nuestra sociedad”.

Cuando indagamos las causas por las cuales los jóvenes adolescentes resultan el grupo más vulnerable, los psicólogos suelen referirse a lo difícil y crucial de esa etapa de la

vida en que se está buscando una identidad y eligiendo el objeto de amor. Es una etapa en que se deja atrás la infancia, se buscan nuevos modelos y se intenta romper con la dependencia de los padres. De ahí que los adolescentes siempre cuestionen la autoridad y el lugar paterno, el orden legal, las normas y todo lo que huele a autoritarismo.

En nuestro país también es común entre pre-púberes, grupos sociales de alto riesgo, con necesidades básicas insatisfechas, la inhalación de pegamentos epóxicos y solventes volátiles que se ofertan de forme libre en comercios. Estos productos tienen efectos tóxicos severos y pueden conducir a cegueras, atrofia cerebral o muerte por paros respiratorios. También existen grupos fármacodependientes que acostumban a consumir, ligado al alcohol, antihistamínicos, descongestivos, colirios y broncodilatadores por vía oral o intravenosa.

Muchos especialistas al intentar explicar socialmente las drogodependencias mencionan no sólo la situación económica que atraviesa el país, las crisis de certezas y la falta de futuro que aquejan a los jóvenes argentinos, sino también la cultura consumista, dominada por los medios masivos de comunicación, que estimula a comprar compulsivamente.

Datos alarmantes

Según el Observatorio Argentino de Drogas, dependiente de la Secretaría de Programación para la prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, el consumo de sustancias psicoactivas por parte de la población escolarizada del nivel medio, es alarmante. En 2005-2006, el 48.1% consumió alcohol, el 27.4% fumó cigarrillos, el 3.4% consumió tranquilizantes sin prescripción médica y el 2.5% consumió estimulantes en esta misma modalidad. Un 2.3% inhaló solventes u otra sustancia inhalable, el 5.4% consumió marihuana, el 2.1% cocaína y el 1.4% pasta base.



Se observa un crecimiento de sectores adolescentes con problemas de adicción, provenientes de familias con altos ingresos pero abandonadas y disfuncionales, donde la violencia se ha entronizado

Si bien el grupo de mayor riesgo lo constituyen los adolescentes (un 14 por ciento de la población) también deben mencionarse las áreas con características marginales y necesidades básicas insatisfechas, asentamientos bajo autopistas, casas y fábricas tomadas, etc. Aunque ello no excluye que sectores de altos ingresos también se dediquen por "hobbie" a estas prácticas. En los últimos tiempos se ha observado un crecimiento de adolescentes de estos grupos sociales, principalmente provenientes de familias con altos ingresos pero abandonadas y disfuncionales, donde la violencia se ha entronizado en sus entornos familiares.

Hay una realidad incuestionable: los adictos, provengan del sector social que sea, suelen terminar engrosando las filas marginales a través del circuito consumo-tráfico. Este último en nuestro país se ha convertido en un ingreso económico familiar.



Calendario sanitario nacional e internacional

Campañas de vacunación y lactancia materna

JULIO Y AGOSTO SON MESES DEDICADOS A ESTOS DOS GRANDES PILARES DE LA SALUD

JULIO



1 Primera Aplicación de la Vacuna BCGE

El 1ero de julio de 1921 se aplicó por primera vez la vacuna contra la tuberculosis, desarrollada por los científicos franceses Albert Calmette y Camille Guérin, quienes la habían preparado con una forma atenuada del bacilo bovino. La vacuna BCG es actualmente la única capaz de prevenir esta grave enfermedad.

2 Día del Asistente Social

Esta fecha fue instituida en 1961 durante las Segundas Jornadas Nacionales de Servicio Social. En ese día se celebraba la Visitación de la Santísima Virgen.

6 Primera vacunación antirrábica

El 6 de julio de 1885 el Dr. Luis Pasteur (1822-1895), químico y bacteriólogo francés, creador de la vacunación antirrábica, aplicó por primera vez este tratamiento en un

niño mordido por un perro rabioso. Pasteur sentó las bases de la teoría microbiana de la enfermedad y estableció los grandes principios de la vacunación y la inmunología.

AGOSTO



1ª Semana Internacional de la Lactancia Materna

En agosto de 1990, se reunieron en Italia miembros de la Organización Mundial de la Salud y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, por el tema "La lactancia materna en el decenio de 1990: una iniciativa a nivel mundial". Se elaboró "La Declaración de Innocenti".

11 Día del Nutricionista

Se conmemora en toda América latina el nacimiento del Dr. Pedro Escudero, médico argentino pionero de la nutrición en el mundo, y fundador de la actual Escuela de Nutrición de la Universidad de Buenos Aires.

17 Creación del Protomedicato

En el Virreynato del Río de la Plata, el 17 de agosto de 1780, se fundó el Protomedicato, primera organización sanitaria que regulaba el ejercicio del arte de curar sobre bases éticas y jurídicas.



23 Último caso de poliomielitis en América

El 23 de agosto de 1991, en Perú, un niño de dos años manifestó síntomas de poliomielitis; fue el último caso denunciado en América. El Programa Ampliado de Inmunización de la OMS y UNICEF ha permitido tratar a más del 80% de los niños de todo el mundo con vacunas antipoliomielíticas.

31 Día de la Obstetricia y la madre embarazada

El 31 de Agosto de 1240 muere San Ramón Nonatto, quien debe su nombre al hecho de que fue extraído de las entrañas de su madre muerta. Fue elegido patrono de las obstétricas, parturientas y embarazadas.

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD.

Red de Farmacias



Siempre cerca del paciente

Nueva sucursal

Av. Santa Fe 4800



La farmacia es un centro de atención primaria de salud

ABC S.A. Av. Jujuy 570 (1229), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. www.abcaalud.com.ar

Red de Farmacias



Siempre cerca del paciente

Estamos convencidos que la excelencia en la atención farmacéutica, que día a día realizamos, se basa en priorizar la persona y sus necesidades terapéuticas

Sucursales

Farmacia Jujuy

Av. Jujuy 601, Balvanera, Ciudad de Buenos Aires. Tel.: 4932-1336/7

Farmacia Mitre

Bartolomé Mitre 1902, Balvanera, Cdad. de Bs. As. Tel.: 4953-0004

Farmacia La Plata

Av. La Plata 140, Caballito, Cdad. de Bs. As. Tel.: 4983-5445

Farmacia Cabildo

Av. Cabildo 2675/85, Belgrano, Cdad. de Bs. As. Tel.: 4100-5100

Farmacia Diagonal

Bartolomé Mitre 613, San Nicolás, Cdad. de Bs. As. Tel.: 4322-4666

Farmacia Centro Galicia

Bartolomé Mitre 2542, Balvanera, Cdad. de Bs. As. Tel.: 4953-1717

Farmacia Rivadavia

Av. Rivadavia 6379/81, Flores, Cdad. de Bs. As. Tel.: 4633-7171

Farmacia San Martín

Av. San Martín 2724, Paternal, Cdad. de Bs. As. Tel.: 5779-0423

Farmacia Montes de Oca

Av. Montes de Oca 1109, Barracas, Cdad. de Bs. As. Tel.: 4303-3636

Farmacia Garay

Av. Garay 4144, Boedo, Cdad. de Bs. As. Tel.: 4925-2800

Farmacia Lavalle

Lavalle, esq. Rodríguez Peña, San Nicolás, Cdad. de Bs. As. Tel.: 4371-8037

Farmacia H. Pueyrredón

Av. Honorio Pueyrredón 801, Caballito, Cdad. de Bs. As. Tel.: 4983-6093

Farmacia Azcuénaga

Azcúenaga 1009, Recoleta, Cdad. de Bs. As. Tel.: 5778-0577

Farmacia Santa Fe

Av. Santa Fe 4800, Palermo, Cdad. de Bs. As. Tel.: 5779-0073

Farmacia Bolívar

Bolívar 580, Montserrat, Cdad. de Bs. As.

Farmacia Malabia

Malabia 598, Ramos Mejía, Pcia. de Buenos Aires

Farmacia Córdoba

Av. Alvear 298, Ciudad de Córdoba. Tel.: 0351-4246205

Farmacia Garibaldi

Garibaldi 215, Ciudad de Mendoza



ABC S.A. Av. Jujuy 570 (1229), Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
Tel.: (54-11) 4941-1001. E-mail: abcsa@abcsalud.com.ar
www.abcsalud.com.ar