

SUMARIO

2 Editorial: Gracias

3 Ayudas visuales electrónicas
en pacientes con Baja Visión

4 Patología de columna.
¿Cuándo operarla? ¿Cuáles son
las técnicas?

6 ¿Qué es la gripe y por qué
las campañas de vacunación?

8 Alergia alimentaria: Las LTP

10 Pruebas de imagen para
el diagnóstico del dolor lumbar

12 Violencia, maltrato y abuso
en la vejez

15 Zumos detox

16 La Puerta verde de Panticosa

EJEMPLAR GRATUITO

Para recibir el pdf de la revista:
zonahospitalaria.com/suscripciones



Feliz Navidad

Gracias

Gracias a los **Médicos, Enfermeras y a todo el Profesional sanitario** que ha participado con sus artículos en estos 18 números (3 años) de **Zona Hospitalaria Aragón**.

Gracias a todas las **empresas** que nos han ayudado publicitándose.

Abandonamos la edición en papel, porque no encontramos financiación suficiente para su mantenimiento. Nosotros hemos invertido el beneficio obtenido con la edición de **Zona Hospitalaria Navarra**, (13 años y 74 números), pero no ha sido suficiente.

Seguiremos editando la revista, en **formato digital**, siempre que los profesionales de la medicina sigan regalándonos su conocimiento y consejos. La edición en papel y la digital tienen su ISSN. Volveremos al papel en cuanto nos sea posible.

Para acceder a los números editados te los puedes descargar en <https://www.zonahospitalaria.com/edicion-digital/> y para recibir el pdf de los futuros números de la revista hay que suscribirse a través de la web, enviándonos tu correo electrónico: <https://www.zonahospitalaria.com/suscripciones/>

La página web, según Google Analytics, ha superado las 200.000 visitas/mes y más de 2.500 personas se han suscrito en Aragón y reciben el pdf de cada número de la revista.

Por último, quiero agradecer a nuestros lectores todas las muestras de cariño manifestadas en sus correos electrónicos, donde nos felicitan por esta iniciativa y valoran la aportación de los profesionales.



Médicos y Profesional Sanitario

Zona Hospitalaria Aragón necesita de tu colaboración, -altruista y desinteresada-, para que escribas artículos desde el punto de vista de la Medicina Preventiva y nos ayudes a mejorar nuestra calidad de vida.

Nº caracteres: www.zonahospitalaria.com/colaboraciones

Enviar artículos a: aragon@zonahospitalaria.com

Ayudas visuales electrónicas en pacientes con Baja Visión

Ángel Yanguas Alfaro y Silvia de la Llama Celis

Optometristas especialistas en Baja Visión de Yanguas Ópticos

Pº María Agustín, 113 (Pza. Europa) | 50003 Zaragoza | T. 976 443 995



www.yanguasopticos.es
yanguasopticos@hotmail.com

Entendemos Baja Visión, como cualquier grado de discapacidad visual que limite significativamente lo que una persona ve y no pueda ser corregida con gafas convencionales, lentes de contacto, tratamiento médico, o cirugía.

Las principales patologías causantes son: Degeneración Macular asociada a la edad (DMAE), Retinopatía Diabética, Catarata no operable, Miopía Magna, Desprendimiento de Retina, Glaucoma, Retinosis Pigmentaria entre otras.

Son patologías con afección visual que conllevan, además de la pérdida de visión, una disminución de la calidad de vida: pérdida de movilidad, incapacidad para realizar tareas hasta ahora habituales, etc. Dependiendo de la patología tendrán pérdidas de visión en el campo central o en la periferia.

Cada una de ellas requiere un manejo optométrico ligeramente diferente.

¿Qué pasos debe seguir un paciente con Baja Visión?

Después de que su oftalmólogo le haya realizado el diagnóstico y tratamiento farmacológico y /o quirúrgico adecuado, ir a un centro especializado en Baja Visión.

YANGUAS ÓPTICOS dispone de Servicio en Baja Visión. Somos un equipo de optometristas especialistas en Baja Visión, capacitado para evaluar la ayuda óptica que pueda potenciar su resto visual y mejorar su calidad de vida.

Cuándo un paciente con una patología en retina no puede leer con sus gafas convencionales, existen ayudas ópticas y electrónicas

que producen magnificación. En función del deterioro de la retina necesitarán diferentes aumentos.

El equipo de especialistas de **YANGUAS ÓPTICOS** le realizará las siguientes pruebas: Valorará la máxima visión que pueda aprovechar, le prescribirá los aumentos necesarios para su caso, según sus necesidades y limitaciones visuales, los ejercicios para enseñarle a usar y sacar el máximo aprovechamiento de su visión y del uso de las Ayudas Visuales y programas para mejorar las habilidades de su vida diaria, con el fin de obtener la máxima autonomía personal.

En el caso de que el paciente sea una persona muy lectora y con ayudas ópticas de Baja Visión, no consiga leer con fluidez, se le puede prescribir una **ayuda electrónica**.

¿En que consiste una ayuda electrónica?

Cuándo un paciente necesita más de cuatro aumentos para poder leer, la ayuda electrónica es una buena herramienta. Podemos aumentar la imagen hasta 60 aumentos, se puede variar el contraste, se pueden invertir los colores del fondo... La ventaja de este tipo de ayudas es que se pueden emplear a una distancia de lectura cómoda, tienen una definición HD y son relativamente fáciles de manejar.

Las hay de diferentes tamaños y pueden ser portátiles o fijas.

Su uso no es sólo para lectura, se pueden emplear para escribir, ver fotografías, manicura... La falta de contraste en algunos textos como en el periódico se puede mejorar cambiando los colores de la letra o del fondo y aumentando la letra, especialmente indicado para pacientes con degeneración macular.



Para pacientes que no pueden ver sus facturas con otros tipos de ayudas de Baja Visión, son muy indicadas.



En **YANGUAS ÓPTICOS** le prescribiremos la Ayuda Visual más beneficiosa para su resto de visión y emplearemos varias sesiones para su entrenamiento visual.

Después de que el oftalmólogo le haya realizado el diagnóstico y tratamiento, consulte la posibilidad de utilizar una **Ayuda para Baja Visión**. Es muy importante que sepa si tiene resto visual y, para ello, el optometrista especialista en Baja Visión le examinará. La figura del psicólogo es importante para que le acompañe durante la adaptación a esta nueva situación.

Como se puede comprobar, estamos ante un problema de salud complejo, que precisa de una ayuda multidisciplinar especializada (oftalmólogos, optometristas especialistas en Baja Visión, psicólogos...) para obtener los resultados de una buena terapia.



Patología de columna. ¿Cuándo operarla? ¿Cuáles son las técnicas?

Dra. A. Santamaría Torroba. Rehabilitación

Dr. I. Ortiz Pérez Traumatología

Dra. C. Bono Ariño. Anestesia

Dr. F. Romero Cuenca. Admisión. Documentación Clínica. Hospital Royo Villanova

La columna vertebral es un tallo longitudinal óseo y flexible, desde la cabeza a la cual sostiene, hasta la pelvis, que la soporta. Envuelve y protege la médula espinal. La intervención quirúrgica sobre la columna intenta conseguir dos objetivos, los mismos que se buscan desde hace un siglo: la descompresión o liberación de los elementos atrapados por las estructuras que intervienen en la estática de la columna o la fusión de estas mismas estructuras para estabilizar la columna.

La valoración quirúrgica son los casos en que existe una lesión estructural que no responde al tratamiento médico y rehabilitador y que producen una impotencia funcional significativa o bien cuando produce déficit neurológico. Actualmente la tendencia más generalizada es asociar laminectomía descompresiva y la artrodesis con tornillos pediculados e injerto de cresta iliaca.

La patología de columna con indicación quirúrgica

- Deformidades: Escoliosis, Cifosis.
- Síndrome de compresión nerviosa: Hernia discal. Espondiloartrosis o patología degenerativa. Tumores. Infecciones. Patología congénita.
- Patología que origina dolor lumbar con o sin síntomas neurológicos. Espondilolistesis. Estenosis del canal lumbar. Discopatía degenerativa.

Las técnicas quirúrgicas de la columna

1. Descompresión. Indicada si compromiso de la raíz de un nervio. Disminuye la presión física sobre el nervio y en algunos casos, también la irritación química. Tipos de técnicas: con cirugía abierta y con técnica percutánea.

Cirugía abierta

- Laminectomía o discectomía clásica. Consiste en retirar por completo el hueso de la base de la apófisis espinosa y la carilla articular, aunque lo que realmente se hace es una laminotomía, es decir, una escotadura de la lámina. La discectomía es la retirada completa del disco.
- Laminectomía descompresiva. Retirada parcial de las carillas articulares junto con el ensanchamiento del orificio de salida caudal al pedículo adyacente, incluyendo la resección de la porción anterior de la parte interauricular.
- Microdiscectomía: discectomía con el uso del microscopio. En lesiones compresivas muy localizadas.

Técnicas percutáneas

- Discectomía percutánea. Se realiza la discectomía con un endoscopio de fibra óptica bajo control radioscópico. Sus indicaciones son similares a la microdiscectomía.
- Quimionucleolisis. Son inyecciones de quimiopapaina que degradan el núcleo pulposo reemplazándolo por tejido fibroso. Las técnicas quirúrgicas abiertas son las que mejores resultados han conseguido.

2. Artrodesis. Conlleva una pérdida de la movilidad de un segmento espinal con el estrés que ello transmite a los segmentos adyacentes. Entre las indicaciones Traumatismos. Tumores. Infecciones. Espondilolistesis ístmica y degenerativa. Inestabilidad espinal. Déficit neurológico.

- **Acceso posterior.** Fusión posterolateral instrumental. Método más empleado en artrodesis, aporta rigidez y permite la corrección de las deformidades en los tres planos. Habitualmente se usan tornillos óseos pediculares y en los cuerpos vertebrales.
- Fusión posterior intersomática. Evita la inestabilidad de la columna anterior producida por la fusión posterior puramente instrumental. Se insertan entre los cuerpos vertebrales hueso autógeno, sustituto de hueso o metal, tras la extracción del disco.
- **Acceso anterior.** Indicada en los colapsos discales, acortamiento de la columna anterior y pérdida de la lordosis lumbar y en el fallo de la fusión posterior. Evita el inevitable daño de los músculos paraespinales.
- Fusión anterior instrumental. Se realiza una discectomía con eliminación del espacio discal mediante injerto autólogo de cresta iliaca, injerto femoral. La formación ósea para la fusión vertebral se estimula con el injerto de hueso iliaco.
- Fusión anterior. Se suele usar una jaula metálica rellena de hueso autógeno colocada paralela a las vértebras adyacentes para aprovechar la alta densidad del hueso subcondral.
- Artrodesis laparoscópica.



• Fusión de 360 grados. Las indicaciones de la fusión anterior y posterior combinadas.

Escoliosis. Indicación de cirugía son las curvas superiores a 40°. La más utilizada es la artrodesis posterior con instrumentación, se debe añadir una artrodesis anterior para evitar que se produzca un crecimiento anterior. La artrodesis debe apoyarse con un sistema de osteosíntesis que mantenga la corrección obtenida y evite el colapso vertebral. Es muy importante artrodesar la extensión correcta para evitar rigideces excesivas o dolor lumbar. La incidencia de dolor lumbar aumenta si la artrodesis se extiende por debajo de L3. Por tanto, se tiende a conseguir la corrección ver-

tebral y la estabilidad utilizando una artrodesis lo menos extensa posible, pero llegando al menos a las vértebras límites de la curva. Las curvas lumbares se corrigen con una artrodesis anterior corta seguida de osteosíntesis. Los nuevos sistemas de instrumentación permiten que el paciente pueda caminar a partir de las 24h de cirugía, vuelta a la actividad escolar en 2-3 semanas y actividad física entre 9 y 12 mes.

Protrusión Discal. La degeneración del disco intervertebral es progresiva a lo largo de la vida y universal en la columna de ancianos. Las zonas más afectadas son la región cervical y la lumbar. Las personas de edad media son las más afectadas por la patología de origen discal, debido a que el núcleo del disco intervertebral aún posee la capacidad de expandirse y el anillo discal presenta desgarros y fisuras. Cuando el disco se mueve en dirección posterolateral contacta con la raíz nerviosa. La hernia es central puede involucrar a más de una raíz y en casos de hernias grandes producir un síndrome de cauda equina (con parálisis vesical e intestinal). En las hernias discales cervicales se realiza discectomía con

abordaje anterior y una artrodesis entre los dos cuerpos vertebrales. Las indicaciones absolutas quirúrgicas de la hernia discal lumbar son síndrome de cauda equina y déficit motor. En el caso de la cirugía lumbar la discectomía es más efectiva que la quimionucleolisis en pacientes cuidadosamente seleccionados con ciática producida por hernia discal en la que falla el tratamiento conservador.

Infecciones. Si falla la inmovilización y antibiótico o si déficit neurológico, indicación de cirugía que será urgente en absceso epidural o riesgo de fractura vertebral por osteomielitis o mielopatía.

Estenosis espinal. Estrechamiento congénito o adquirido (patología degenerativa) del canal medular. Se realiza cirugía laminectomía descompresiva con artrodesis posterolateral, para aliviar el dolor, resolver el déficit neurológico y mejorar la calidad de vida.

Espondilolistesis. Desplazamiento anterior de un cuerpo vertebral sobre otro. Es cirugía de la estenosis espinal.

Seguro de Automóvil

DESCUBRA NUESTRAS
**COBERTURAS
EXCLUSIVAS**
 PENSADAS
 PARA USTED
 Y SU COCHE

Hasta un

60%*

bonificación en su seguro de Automóvil

A.M.A. HUESCA
 Zaragoza, 5; bajo
 Tel. 974 22 33 54
 huesca@amaseguros.com

A.M.A. TERUEL
 Joaquín Arnau, 2; 1º
 Tel. 978 61 72 10
 teruel@amaseguros.com

A.M.A. ZARAGOZA
 José María Lacarra de Miguel, 8; bajo
 Tel. 976 22 37 38
 zaragoza@amaseguros.com

www.amaseguros.com
913 43 47 00 / 902 30 30 10

Síganos en

y en nuestra APP.

A.M.A. agrupación mutual aseguradora
 LA MUTUA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

(*) Promoción válida para presupuestos de nueva contratación. No acumulable a otras ofertas. Consulte fechas de la promoción y condiciones en su oficina provincial A.M.A.



¿Qué es la gripe y por qué las campañas de vacunación?

Ignacio García Ascaso (a), Dra. Mónica López Campos (b), Héctor Reinao Cegoñino (a), David Abad Hernández (a), Carmen Viñas Viamonte (c). Centro de Salud Actur Norte, Zaragoza. Juan Lorente Riverola (a). Centro de Salud Actur Oeste, Zaragoza.

(a) Graduado en Enfermería, (b) Especialista en Pediatría, (c) Coordinadora de Enfermería

La gripe es una enfermedad viral muy contagiosa que afecta a las vías respiratorias. Se transmite muy fácilmente a través del aire, así como por contacto físico, lo que propicia su aparición como epidemia durante los meses de invierno, afectando cada año a cerca de 3-5 millones de personas en todo el mundo y causando entre 250.000-500.000 fallecimientos.

¿Cuáles son sus síntomas y cómo la combatimos?

Los síntomas que se presentan son fiebre, tos, dolor de garganta, aumento de mucosidad, dolor muscular y de articulaciones, cefalea y malestar.

Aunque el tratamiento para un episodio de gripe común suele centrarse en reducir los síntomas, puede llegar a requerir hospitalización en los casos más severos. Por ello, la medida más eficaz es prevenir la gripe mediante la vacunación, especialmente en aquellos pacientes susceptibles de presentar complicaciones por tener otras enfermedades que interactúen con ella o en pacientes de edad avanzada.

¿En qué consiste la vacuna?

Las vacunas son un procedimiento de prevención de enfermedades que proporciona inmunidad a nuestro organismo, "entrenándole" para hacer frente a una determinada enfermedad.

En el caso del virus de la gripe es algo más complejo que en otras enfermedades, ya que el virus reaparece cada año presentando numerosas mutaciones genéticas, que son causa de que la enfermedad presente una duración e intensidad variables cada vez. Es por esto que, cada año, se realiza una nueva campaña de vacunación en la que todos los pacientes considerados de riesgo deben vacunarse nuevamente ante esta enfermedad.

Para que dichas campañas sean lo más efectivas posibles, la Organización Mundial de la Salud publica anualmente la composición recomendada para la vacuna, debiendo ser aprobada por las autoridades sanitarias de cada país o región.

¿Puede la vacuna hacer que enferme?

Esta pregunta fue realizada dentro de una encuesta a los pacientes de dos Centros de Salud del Sector Zaragoza I durante la campaña de vacunación del año 2017, hallándose cerca de un 20% de pacientes que creían que la vacuna sí puede producir la enfermedad.

Sin embargo, la auténtica respuesta es NO. La vacuna de la gripe se prepara con cepas inactivadas (muertas) del virus, por lo que es una creencia falsa que pueda transmitir la enfermedad. Además, tiene muy buen perfil de seguridad, con efectos secundarios frecuentes a nivel local de la inyección (escozor y/o dolor), y poco frecuentes generales (fiebre, malestar o dolores musculares), siendo más

habitual encontrar estos últimos en menores de 12 años y en vacunados por primera vez.

¿Cómo sé si debo vacunarme?

Los costes que supone realizar esta campaña cada año hace imposible que el programa de vacunación alcance a toda la población, es por ello que dichas campañas van dirigidas fundamentalmente a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones graves o a aquellas que puedan transmitir la enfermedad a estas primeras.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud define cuáles son los grupos considerados de más riesgo. Para la campaña del año 2017 el Gobierno de Aragón, basándose en dicha definición, consideró como prioritarios los siguientes: (Ver Figura 1)

En cuanto a las personas más susceptibles de transmitir la enfermedad a estos grupos que acabamos de nombrar, el Gobierno de Aragón identifica al personal de centros sanitarios, de residencias y de centros de atención a personas mayores o enfermos crónicos. También incluye a los cuidadores principales de estas personas y los profesionales de servicios esenciales a la comunidad.

Las fechas en las cuales se realiza la campaña de vacunación coinciden con el último trimestre del año. Durante ese periodo, los pacientes susceptibles de ser vacunados son informados de su disponibilidad, beneficios y/o riesgos mediante distintos métodos de promoción

Figura 1

Fuente: Propia

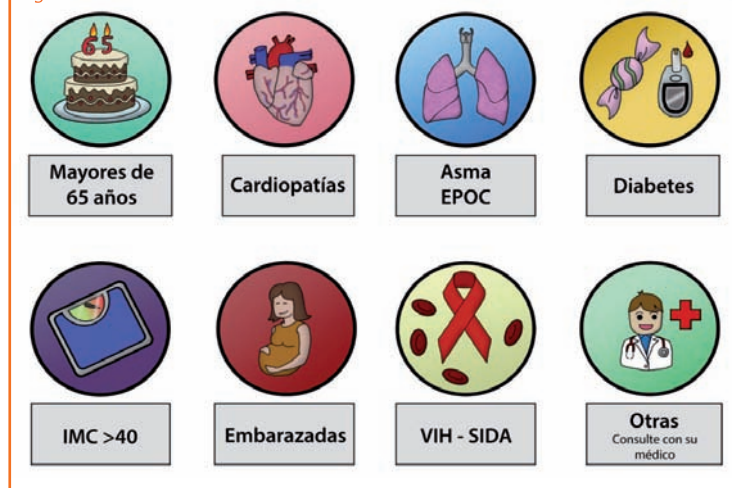
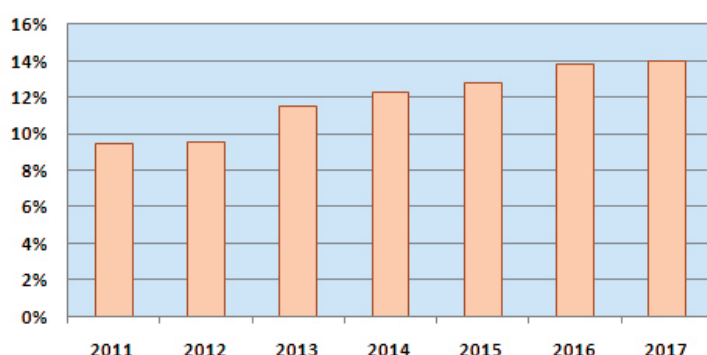


Figura 2

Porcentaje de vacunados respecto a población total



con el fin de que acudan a sus respectivos centros de referencia para que les sea administrada la dosis correspondiente.

Dos de estos centros son los centros urbanos de Actur Norte (AN) y Actur Oeste (AO), pertenecientes al Sector Zaragoza I, que fueron sometidos a estudio analizando sus tasas de vacunación durante las campañas realizadas entre los años 2011 y 2017. Los datos valorados evidencian un incremento de un 6,1% y 2,6% respectivamente del porcentaje de pacientes vacunados con el paso de los años, lo que permite pensar en una efectividad cada vez mayor de estas campañas. (Ver Figura 2).

Centrándonos sólo en los pacientes de riesgo, se analizó el índice de vacunación agrupando todos los años y se obtuvo un porcentaje de

con cardiopatías (35,96%). El grupo que peor cobertura demuestra es el de las embarazadas (3,91%).

La realización de este estudio también tenía como objetivo conocer la satisfacción de los usuarios sobre la campaña y los métodos de captación empleados. Para ello, se entregó una encuesta a todos los pacientes que acudieron a vacunarse durante esta campaña a los dos centros ya citados.

La edad media de los encuestados fue de 61,89 años, perteneciendo más de la mitad (58,8%) al grupo de mayores de 65 años. La edad media de los restantes pacientes (menores de 65) fue de 44,81 años. La distribución en cuanto a sexo fue muy similar, habiendo respondido un 52,1% de hombres y un 47,9% de mujeres.

vacunados del 35,9%, lo que significa que más de la mitad de la población de riesgo sigue sin vacunarse a día de hoy.

De estos grupos, los que más se vacunan son los mayores de 65 años (48,72% entre todos los años estudiados), seguidos por los pacientes con EPOC (39,42%), los inmunodeprimidos (37,6%) y los pacientes

Los pacientes de ambos centros demostraron una satisfacción general con el funcionamiento de su centro y los tiempos de espera, siendo un 85,3% los que contestaron positivamente. De igual manera, los pacientes afirmaron en su mayoría no tener dificultades a la hora de solicitar la cita, únicamente un 8,3% refirieron haber tenido problemas para ello.

Otra pregunta que se planteó fue si los pacientes habían sufrido alguna vez alguna reacción adversa tras recibir la vacuna. El resultado fue que sólo un 6,8% reconocieron haberlas tenido, demostrando el buen perfil de seguridad de la vacuna que se ha mencionado previamente en este artículo.

En conclusión

La gripe es una enfermedad que puede afectar de manera importante a la calidad de vida de las personas que la sufren. Los intentos actuales de combatirla mediante la promoción de la salud y las campañas de vacunación han demostrado un progreso en la lucha contra esta enfermedad, con una buena aceptación general por parte de los usuarios; si bien es cierto que se deben seguir buscando nuevos métodos que mejoren aún más su efectividad, con el objetivo de llegar a un número aún mayor de pacientes de riesgo.

Además, el desconocimiento sobre la enfermedad y la vacuna puede llevarnos a tener creencias erróneas con respecto a estas, como por ejemplo el pensamiento de que por vacunarnos podemos enfermarnos. Por ello, es responsabilidad tanto de los propios pacientes como de los profesionales sanitarios el asegurarse que se comprenden todos los aspectos relativos a este tema: tanto la importancia de la vacunación, como los riesgos que entraña o las consecuencias de no realizarla.

medicina salud
zonahospitalaria

www.zonahospitalaria.com

SUSCRIPCIÓN GRATUITA A ZONA HOSPITALARIA ARAGÓN

Para recibir el pdf de cada número de la revista, entre en la web

www.zonahospitalaria.com/suscripciones/ y envíenos su correo electrónico



Alergia alimentaria: Las LTP

Dr. Lluís Alandete Germán. R2 MIR MFyC. CS Centro, Teruel

Dr. Rubén Ferrer Sorolla. R2 MIR MFyC. CS Centro, Teruel

Dr. Daniel Ferrer Sorolla. R2 MIR MFyC. CS Actur Sur, Zaragoza

Entendemos como reacción alérgica toda respuesta inmune exagerada del organismo al entrar en contacto con el alérgeno ("sustancia extraña"). Hay una gran variedad de sustancias que pueden desencadenar la aparición de síntomas alérgicos, entre los cuales encontramos: polen, medicamentos, cosméticos, alimentos...

Es en esta última, las alergias alimentarias, donde se ha producido una mayor repercusión en los últimos años.

Se estima que la prevalencia mundial de las alergias alimentarias en los adultos es del 1 % al 3 %, y del 4 % al 6 % en los niños, según datos estadísticos de la OMS.

En España, de acuerdo con el Informe Alergológico elaborado por la SEAIC, las alergias alimentarias están aumentando, duplicándose el número de diagnósticos en una década; pasando del 3,6 % en 1992 a afectar al 7,4 % en 2005. Suelen afectar con más frecuencia a los adolescentes y adultos jóvenes. Dentro de este incremento, nos encontramos con un aumento de brotes alérgicos a una proteína encontrada en numerosas frutas y verduras, las LTP (proteínas transportadoras de lípidos). Se ha calculado que unos 40.000 aragoneses aproximadamente podrían ser

sensibles a ella en diferentes grados, aunque por ahora hay muy pocos diagnosticados.

¿Qué son las LTP?

Las LTP son proteínas defensivas, distribuidas ampliamente por el reino vegetal. Estas proteínas presentan una estructura muy estable, facilitando su labor defensiva, ya que su estructura compacta hace que sean resistentes a los tratamientos térmicos (calor) y a la digestión. Es por ese motivo, que estas proteínas se sitúan en la capa externa de los vegetales (hojas, piel, cáscara); por ello la piel de las frutas (sobre todo las Rosáceas, como melocotón, albaricoque, ciruela, etc.) suele resultar más alérgica que la pulpa.

Existen diferentes LTP, pero pueden ser muy parecidas en su estructura, lo que provoca la aparición de reactividad cruzada. Quiere decir que aunque no esté sensibilizado a una determinada LTP, el sistema inmune se confunde, reaccionando frente a alimentos a los cuales no se tiene alergia. La LTP del melocotón (Pru p3) se considera el prototipo de esta familia de alérgenos (el resto de LTP presentarían similitud del 45-92% con respecto a ella). Esta similitud explicaría la reactividad cruzada hallada.

¿Dónde están las LTPs?

1. Alimentos vegetales:

- Frutas: Albaricoque, cereza, ciruela, fresa, limón, manzana, melocotón, naranja, pera, y uva.
- Hortalizas: Col, espárrago, lechuga, tomate y zanahoria.
- Cereales: Cebada, maíz y trigo.
- Frutos secos: Almendra, avellana, cacahuete, castaña y nuez.

2. Pólenes:

- Malezas: Artemisia, Parietaria y Ambrosia.
- Árboles: Olivo y Plátano de sombra.

3. Otras fuentes vegetales: Látex.

Debido a su presencia en pólenes, se les ha conferido un papel como "panalérgenos". Se ha visto que las LTP presentes en los pólenes son responsables de la sensibilización cruzada a alimentos, y por ende, de las alergias alimentarias.

Manifestaciones clínicas

La ingesta de LTP en pacientes alérgicos a estas suele desencadenar síntomas de aparición inmediata, casi siempre en menos de 1 hora de la ingestión y en clara relación con ella. Las manifestaciones clínicas pueden ser locales o bien generales, apareciendo cuadros clínicos graves. Su estabilidad facilita que sean absorbidas a través de las mucosas y puedan alcanzar múltiples órganos diana produciendo síntomas más severos.



REACCIONES LOCALES (limitadas al sitio de contacto del alimento):

- Orofaringe: Prurito oral u orofaríngeo tras la ingestión. Puede acompañarse de disfonía o edema de labios, lengua, úvula...
- Tracto gastrointestinal: Náuseas, vómitos, dolor abdominal y/o diarrea.
- Piel: Urticaria, eritema, prurito.
- Tracto respiratorio: Rinoconjuntivitis, asma: tras la exposición a sus productos volátiles o como expresión de una sensibilización a un polen con reactividad cruzada.

REACCIONES GENERALES: Son más frecuentes en los alérgicos a la pulpa.

- Leves-moderadas: Principalmente involucra la piel y el tracto gastrointestinal. Menos frecuente es la afectación del tracto respiratorio o de otros aparatos y sistemas.

Urticaria generalizada: Lesiones urticariales agudas de intenso prurito que pueden acompañarse incluso de un edema de glotis. A veces los habones urticariales no son evidentes y sólo se observa prurito intenso y sensación de calor con eritema.

- Graves: Condicionando la aparición de edema de glotis, e incluso anafilaxia.

Anafilaxia: Afecta a múltiples órganos y sistemas, pudiendo manifestarse con: dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, disnea, dolor torácico, urticaria, hipotensión, pérdida

de consciencia e incluso shock. Suele aparecer dentro de los primeros 30 minutos tras la ingesta, aunque se han comunicado casos tras horas.

Anafilaxia inducida por el ejercicio: La ingestión del alimento desencadena cuadros anafilácticos graves cuando es seguida de un ejercicio físico intenso. La ingestión del alimento relacionado o el ejercicio, por separado, no producen síntomas.

Anafilaxia inducida por alimentos y AINE: La ingestión del alimento junto o precedido por la toma de un AINE, puede también desencadenar cuadros anafilácticos graves. Incluso la ingesta de alcohol o una situación hormonal concreta (por ejemplo, en periodo premensual) podría acarrear un empeoramiento clínico.

Diagnóstico

Lo realiza el especialista mediante la historia clínica, pruebas cutáneas con la técnica PrickTest, pruebas serológicas (IgE específica) e incluso pruebas de tolerancia oral.

En el caso de estos alimentos por su importante reactividad cruzada con pólenes, se producen frecuentes falsos positivos, por lo que puede ser necesaria una prueba de exposición con el alimento, siempre en condiciones controladas.

También puede ayudar la nueva técnica de diagnóstico molecular (microarrays), pues ayuda a conocer exactamente a qué molécula es alérgico el paciente, y, por tanto, a qué tratamiento puede responder mejor.

Medidas terapéuticas

1) Dieta de evitación: En función del grado de tolerancia.

1º Probar la fruta de distintas formas: pelada, lavada, zumo...

2º Si aún persistieran los síntomas, habría que: a). Evitar otras frutas de la familia de "las rosáceas".

b). Limitar el consumo de productos industriales: Yogures, lácteos, zumos, macedonias, mermeladas, cereales, chocolates, tartas, helados, gelatinas.

2) Tratamiento sintomático: Tratamiento pautado en caso de presentar un episodio de alergia alimentaria. En casos graves, podría estar indicado el llevar adrenalina en caso necesario.

3) Inmunoterapia:

a). Vacunación con extracto de melocotón que reduce significativamente la reactividad.

b). Los tratamientos con vacunas para la alergia a pólenes pueden mejorar la clínica alérgica alimentaria por alérgenos homólogos.

Pruebas de imagen para el diagnóstico del dolor lumbar

Ana Martínez González. F.E.A. Medicina Física y Rehabilitación. Hospital de Barbastro, Huesca
Javier Moreno Díaz. F.E.A. Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza
Ana Lucía Figueredo Cacacho. Neumología. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza
José Andrés Guirola Ortiz. Radiología Intervencionista. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

El dolor lumbar inespecífico se puede atribuir a alteraciones estructurales o sobrecarga funcional de los elementos que conforman la columna lumbar. A pesar de que estas alteraciones puedan estar implicadas en la génesis de una lumbalgia, no existe una correlación clara entre la clínica referida por el paciente y la alteración anatómica visualizada por las técnicas de imagen, radiología simple, TC o resonancia magnética.

Por otra parte, los hallazgos patológicos encontrados tras la realización de estas pruebas son tan frecuentes en los sujetos con lumbalgia como en los asintomáticos. Hay que tener en cuenta que no hay que solicitar de forma rutinaria pruebas de imagen puesto que no mejora la respuesta clínica. Además, contribuye a "etiquetar" a los pacientes, lo cual puede empeorar los resultados y aumentar el riesgo de cronicidad, les expone a radiaciones ionizantes innecesarias y aumenta los costes asociados. En consecuencia, las guías de práctica clínica sólo recomiendan realizar pruebas de imagen a aquellas lumbalgias en las que existan signos o síntomas de alerta clínica de compresión radicular o enfermedad sistémica.

Radiografía simple

La radiografía simple (RX) es el paso inicial en la valoración mediante pruebas de imagen de la columna lumbosacra, debido a su disponibilidad y rapidez.

La RX de columna puede ser muy útil en la lumbalgia con sospecha de patología grave, cuando en la anamnesis los pacientes presentan signos de alarma para detectar anomalías específicas (tumores, lesiones óseas blásticas o fracturas) que pueden relacionarse directamente con los síntomas y signos del paciente. Las RX convencionales ofrecen buena resolución espacial y contraste de las estructuras óseas pero, por otra parte, definen mal las estructuras blandas. El bajo costo y su fácil disponibilidad hacen de la RX, la prueba de imagen más común de la columna. Es por ello, una prueba diagnóstica ampliamente utilizada en las consultas de atención primaria a pesar de que con frecuencia, no está indicada y tiene escasa validez diagnóstica en el dolor lumbar. Su solicitud tampoco está justificada si se busca la mejora del pronóstico y la disminución en la utilización de recursos. Con una alta frecuencia, los hallazgos radiológicos no tienen una correlación directa con la clínica referida por los pacientes. Este hecho va a suponer una perpetuación de la idea de "enfermedad" y por lo tanto de cronicidad ante hallazgos radiológicos casuales.

La presencia de cambios degenerativos en la columna lumbar se asocia con la edad y puede hallarse en personas sintomáticas y

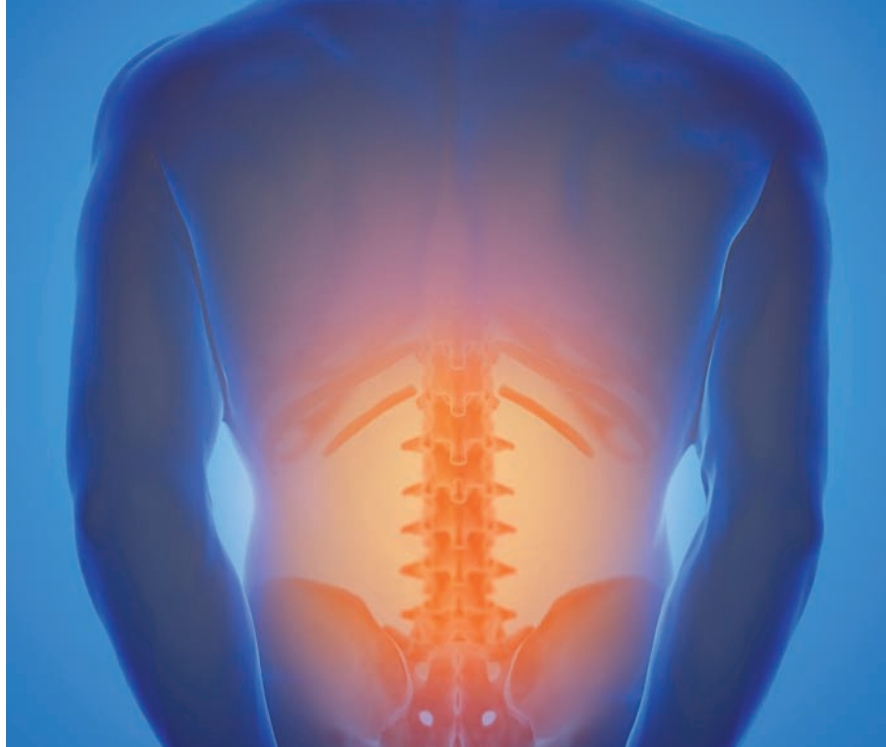
asintomáticas. Por ello, no se puede establecer que exista relación entre estos hallazgos y la presencia de síntomas.

Tomografía computerizada

La tomografía computerizada (TC) es una técnica muy útil para evaluar las anomalías anatómicas de la columna lumbosacra. Ofrece imágenes de diferentes cortes de las estructuras internas de la columna a diferentes niveles. Visualiza la configuración ósea, los tejidos blandos como los ligamentos, raíces nerviosas, protrusiones de los discos intervertebrales y los tejidos blandos paraespinales. La TC es un método diagnóstico de gran valor, si se interpreta junto con los datos clínicos y exploración física del paciente. Tiene la ventaja de no ser un método invasivo. También es útil para el diagnóstico y valoración de los traumatismos agudos, ya que el paciente está en reposo durante su realización.

Igual que sucede con las radiografías simples, un alto porcentaje de imágenes patológicas de TC no se corresponden con la sintomatología del paciente, por eso es importante valorar los resultados junto con los datos clínicos y exploración del paciente.





prevalencia de anomalías encontradas incluso en sujetos sanos. La RM estaría indicada como "Gold-Estándar" en todos los casos de déficit neurológico constatado mediante exploración física o un dolor radicular intenso. Por el contrario, la RM no está indicada en el resto de los casos, ya que el 30 % de los pacientes sanos presentan protrusiones o hernias discales irrelevantes, y su detección casual en lumbalgias debido a otro motivo, puede inducir la prescripción inadecuada de la cirugía, lo que constituye el principal motivo del síndrome de fracaso quirúrgico(5).

Gammagrafía ósea

Las imágenes obtenidas mediante isótopos valoran la función y el metabolismo tisular de órganos mediante la liberación de cantidades muy pequeñas de material radiactivo. Estos estudios son mínimamente invasivos y no presentan alto riesgo, pero son costosos. En el paciente con dolor lumbar está indicada ante la sospecha de patología específica grave (neoplasia o infección vertebral) sugerida por la anamnesis, la exploración física o la analítica y la radiografía es normal o poco evidente.

Resonancia magnética

La resonancia magnética (RM) es el método de elección para evaluar la morfología del disco intervertebral, con una sensibilidad entre el 60-100% y una especificidad entre el 43-97%. La baja especificidad puede atribuirse a la alta prevalencia de los cambios degenerativos (46-93%) y protrusiones (20-80%) en adultos asintomáticos.

En la mayoría de los casos, es muy difícil co-

rrrelacionar los hallazgos de la RM y los síntomas de los pacientes con dolor lumbar. Por otra parte, los hallazgos encontrados en la RM no predicen la aparición de síntomas, si bien, una vez que estos han aparecido pueden confirmar las sospechas diagnósticas.

Igual que ocurre con las pruebas de imagen anteriores, el realizar RM en los pacientes que no cumplan los criterios específicos podría tener un impacto psicológico negativo al ser etiquetados de una u otra lesión, dada la alta



Este texto que ahora lees podría ser un anuncio de tu clínica o negocio y estar viéndolo un futuro paciente/cliente tuyo. Aprovecha la oportunidad que te ofrece **Zona Hospitalaria Aragón** y anúnciate en la revista y/o web para llegar a ellos.

.....

- Revista escrita por los médicos y profesional sanitario de Aragón.
- Distribución de 10.000 ejemplares en los Centros de Salud y Hospitales de Aragón.
- El pdf de la revista lo reciben 2.000 suscriptores + Colegios Oficiales, Sociedades, Fundaciones y Asociaciones de Aragón vinculados con la medicina y la salud.
- La página web **www.zonahospitalaria.com**, según Google Analytics, superó en el mes de junio los 170.000 usuarios/mes) con más de 1.600 artículos publicados.

Solicita tarifas: aragon@zonahospitalaria.com **T 948 276 445**



Violencia, maltrato y abuso en la vejez

Marta González. Médico geriatra del Hospital San José de Teruel

El objeto de este artículo es poner de manifiesto que existe una sensibilización general del maltrato en la vejez. Los poderes públicos conscientes de la envergadura del problema están impulsando estrategias tendentes a impulsar el envejecimiento activo y a prevenir los malos tratos.

La Organización Mundial de la Salud financió una investigación que fue publicada en la revista *The Lancet Global Health*, basada en los mejores datos procedentes de 52 estudios realizados en 28 países, 12 de los cuales tenían ingresos medianos o bajos y donde se concluía que el 16% de las personas de más de 60 años han sido víctimas de maltrato psicológico (11,6%), abuso económico (6,8%) negligencia (4,2%), maltrato físico (2,6%) y agresiones sexuales (0,9%).

Aragón es una de las Comunidades Autónomas con la población más envejecida de España, concentrada en los municipios urbanos, si bien la proporción de per-

sonas mayores en el ámbito rural es mucho mayor. Veamos unos datos básicos del Padrón Municipal de habitantes de 2017 elaborado por el IAESE. La población aragonesa en el año 2017 asciende a 1.308.750 habitantes, de los que el 21,4% (280.365 h.) son personas mayores y dentro de ese grupo, el 63,20% (177.201 h.) tienen más de 65 años y las de edad igual o superior a 80 años representan el 28,21% (177.201 h.). El índice de sobre envejecimiento (% de personas con 84 y más años sobre la población de 65 o más años) es de un 19,1% en relación al 16% de España. El sexo predominante es el femenino.

Tipología de ancianos

En cuanto a la tipología de los ancianos es de tres tipos, anciano sano, anciano frágil y paciente geriátrico.

Modalidades de abuso

Las modalidades de este tipo de abusos y maltrato los podemos clasificar en maltrato físico, maltrato emocional, abuso sexual,

negligencia, expoliación o abuso material y abandono. Las características de quienes lo sufren son de forma destacada mujeres, mayores de 75 años, elevada dependencia del cuidador principal, alteración de la movilidad, deterioro cognitivo con trastornos mentales, dificultades para comunicarse, patología crónica, incontinencia, aislamiento social, historia previa de maltrato, comportamiento provocativo, problema de alcoholismo.

Cambios experimentados en la sociedad

Los cambios que está experimentando la sociedad a saber, familias más reducidas, incorporación de la mujer al trabajo, incremento de la supervivencia de ancianos con dependencia, aumento del tiempo preciso para los cuidados junto con aquellos otros socioculturales como la menor capacidad de contención en el medio urbano, el descrédito de los valores asociados a la ancianidad y las actitudes generalizadas de discriminación en razón de la edad ageims, son caldo de cultivo que

pueden propiciar la proliferación de los malos tratos al anciano.

La negligencia se asocia a la ausencia de una acción con consecuencias físicas y/o psíquicas para la persona mayor. El abuso se asocia a una acción intencionada que puede tener consecuencias o no tenerlas por ejemplo el trato infantilizado que al que nos referiremos más adelante.

Maltrato físico

El maltrato físico es el uso no accidental de la fuerza física que puede producir lesiones corporales, dolor físico o deterioro funcional. Incluye la restricción inadecuada física o farmacológica y la omisión de cuidados médicos vitales para la supervivencia del paciente a sabiendas de sus consecuencias. Su forma extrema es el asesinato. Signos que evidencian que el anciano los está sufriendo son, entre otros, múltiples hematomas incluso en zonas bien protegidas y en fases evolutivas diferentes; marcas de dedos o contusiones; quemaduras; fracturas inexplicables; úlceras por decúbito o heridas no tratadas. Es habitual que el paciente intente ocultar parte de su cuerpo a la exploración.

Maltrato emocional

El maltrato emocional consiste en la provocación intencionada de angustia, miedo o temor mediante acciones verbales o no verbales y pudiendo incluir manifestaciones ocasionales de afecto que avivan la esperanza de la finalización del maltrato. Está en todas las formas de abandono pero es más difícil de cuantificar que la anterior. Se caracteriza por proferir burlas o insultos y vejar y humillar al anciano. Es habitual que se amenace de forma reiterada por parte del cuidador de abandono y se verifiquen conductas de acoso, manipulación y chantaje que generan una enorme ansiedad en él. Aislarlo, restringirle la movilidad, impedir la recepción de visitas y manipular su correspondencia junto con la vulneración o prohibición sistemática de los hábitos de la esfera privada del anciano (asistir a la Iglesia, votar en determinado sentido) son las maneras más presentes que están identificadas.

Abuso sexual

El abuso sexual es detectable por presentar el mayor síntomas físicos como son enfermedades venéreas o infecciones genitales inexplica-

bles, hemorragia vaginal o anal, lesiones en el área genital, ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada, dificultad al sentarse o caminar, hematomas u otras señales de restricción y pérdida de peso.

La negligencia puede ser activa que implica la privación deliberada de libertad, de higiene o de alimentos y líquidos o pasiva que está determinada por causas como el olvido, el confinamiento, descuido del tratamiento y de cuidados higiénicos y una llamativa ausencia de estimulación.

Una de las formas que más conocidas por ser las más habitualmente dadas o conocer por los medios de comunicación es el abuso económico y material, es decir el uso o apropiación indebida de dinero o propiedades del anciano, el robo sistemático la inducción engañosa a firma de documentos con trascendencia económica.

Actores y emplazamiento

Enumeradas las diversas formas de maltrato vamos a determinar los actores que lo llevan a cabo y el emplazamiento donde tiene lugar.

(Sigue en página 14)

PubliSic ESTUDIO DE COMUNICACIÓN

30 años asesorando a empresas vinculadas con la salud de las personas

gota a gota
cumplimos
los objetivos

liderazgo

planificación

estrategia

gestión

venta

calidad

acciones

marca

Alfredo Erroz (COMUNICACIÓN'86 IESE'05 ESIC'06) | M 695 480 160 | www.publisic.com
ZARAGOZA: Padre Consolación, 19 | PAMPLONA: Benjamín de Tudela, 35



Así en **entorno familiar** es el **cuidador principal** y cuando el anciano está atendido por **alguna institución**, es el **cuidador informal**. Existen **situaciones especiales**, que son aquellas en las que concurren diversas formas de maltrato y no se pueden encuadrar en ninguna de las dos anteriores.

El maltratador en domicilio

Los rasgos característicos del maltratador en domicilio son la inexperiencia en los cuidados, el estrés, cansancio en el papel de cuidador, falta de empatía y comprensión de la situación del anciano, problemas económicos y consiguientemente necesidad y dependencia de los recursos del anciano, interrupción de los procesos familiares que conduce al deterioro en el mantenimiento del hogar y al manejo inefectivo del régimen familiar, ausencia de contactos con el exterior de la casa y deterioro de la interacción social, déficit de actividades recreativas, sentimiento de culpa, expectativas no realistas. Antecedentes de maltrato en la infancia, enfermedad mental o emocional, consumo de alcohol o drogas y riesgo de violencia autodirigida.

El maltrato institucional

El maltrato institucional se asocia con un mayor índice de estrés profesional y también con mayor insatisfacción profesional y/o situaciones personales de tensión y ansiedad. El riesgo se incrementa cuanto más tiempo de contacto se tiene con el paciente (auxiliar-enfermera-médico-trabajador social).

Kaiser-Jones, J. en el año 1990 agrupó en cuatro conceptos los rasgos principales identificados en el maltrato y abuso institucional,

- **Infantilización.** Tratar al anciano como a un niño irresponsable no depositando confianza en él.
- **Despersonalización.** Proporcionar servicios de acuerdo con criterios generales sin atender a las necesidades particulares de cada usuario.
- **Deshumanización.** Ignorar al anciano, despojarle de su intimidad y negarle la posibilidad de asumir decisiones sobre su vida.

- **Victimización.** Ataques a la integridad física o moral con amenazas, intimidación, insultos, chantaje, robo o castigos corporales.

De entre los tipos de negligencia que se puede dar en el ámbito institucional cabe destacar la omisión de una valoración del paciente, el uso indebido de medios de contención, el uso innecesario de pañales o bien no cambiarlos con la debida frecuencia, no hacer los cambios posturales necesarios, no vigilar y controlar la alimentación, no controlar la prescripción de medicamentos y no prestar la atención médica suficiente.

Abusos

En cuanto a los abusos podemos encontrarnos con los que se manifiestan en el trato y que ya hemos descrito en la clasificación que realizó Kaiser-Jones. En lo que respecta a las acciones referidas a la salud se perciben cuando existen derivaciones hospitalarias reiterada para cubrir responsabilidades, prescripción excesiva de Neurolépticos o Benzodiacepinas, negativa a dispensar un tratamiento basándose únicamente en la edad del paciente, realizar prescripciones sin ver al paciente. Cabe señalar la incidencia que tiene el incumplimiento de las normas de trabajo en el abuso ; ejemplos de ello serían exigir al paciente más allá de sus capacidades, el incumplimiento de horarios, de normas de atención (p.e. ausencia de timbres), desidia intencionada (P.e. dejadez en vestimenta del anciano).

No es fácil dar una solución pronta y definitiva al problema pero si que se están poniendo en marcha **estrategias** que pueden ayudar a ir concienciar a todos los implicados y de esa manera, mitigar el maltrato y abuso del anciano. A saber:

- Estrategias dirigidas al anciano y a la familia o los cuidadores.
- Estrategias en la atención comunitaria.
- Estrategias sociopolíticas e institucionales.

En cuanto a como prevenirlos:

- **Prevención primaria.** Se trata de actuar antes de la que persona se convierta en víc-

tima de cualquier tipo de maltrato. La vía es divulgar los derechos de los mayores, concienciar y sensibilizar a la sociedad con campañas ad hoc, impulsar la formación de los profesionales, fomentar la atención a cuidadores, promover la coordinación entre todos los sistemas implicados, puesta en marcha de proyectos educativos con niños y jóvenes que les sensibilicen sobre el problema.

- **Prevención secundaria.** Su objetivo es detectar lo antes posible aquellos casos donde se aprecia factores de riesgo que pueden materializarse en cualquier forma de maltrato. En esta prevención tienen especial importancia los recursos legales de protección

- **Prevención terciaria.** Se trata de neutralizar las consecuencias de malos tratos ya existentes, minimizando las secuelas y los sufrimientos causados. Para ello hay que prestar especial atención a los aspectos que puedan advertir que el mayor puede ser víctima de malos tratos. Obligatoriedad de la notificación de los mismos, a las autoridades.

En cuanto a detectarlos:

- Testimonio de la persona mayor.
- Técnicas de observación, entrevistas, historial médico.
- Identificar indicadores de señales de alerta. Factores de riesgo.
- Importancia de los profesionales de los servicios sociales.

En cuanto a cómo actuar una vez detectados:

- **En domicilio** (es donde suceden más a menudo). Quien tenga conocimiento de la situación debe realizar denuncia al Juzgado, Fiscalía o Fuerzas de Seguridad. Canalización del problema los Centros de Servicios Sociales
- **En medio institucional.** Estos malos tratos son los que se sufren en instituciones públicas o privadas de servicios sociales o sociosanitarios de salud. Se puede actuar ante el Juzgado Fiscalía o Fuerzas de Seguridad. También se debe planterar la situación ante la Administración Autonómica a través de "Quejas y sugerencias" o denuncia ante la Inspección de Centros y Servicios Sociales.

Es importante para ayudar a resolver la situación diseñar Flujogramas cuyo objetivo principal sea unificar criterios y proporcionar pautas de actuación a los profesionales y cuyo objetivo general es prevenir, detectar e intervenir en las situaciones de malos tratos a personas mayores.



Zumos detox



Yoana Teres Castel
Dietista-Nutricionista
Nº Col. ARA00105

Si realizamos una búsqueda en Internet de las palabras “zumos detox” el buscador nos ofrece más de un millón de resultados, pero este número aumenta si escribimos “plan detox”, “dietas detox” o algo similar.

Planes de alimentación basados en zumos

Todos ellos son planes de alimentación basados en zumos que contienen básicamente frutas, verduras, hortalizas y algún que otro ingrediente que en ese momento esté de moda (jengibre, semillas, algas, carbón activado...).

Quieren hacernos creer que son zumos especiales, pero en nada difieren a los que podemos hacer nosotros mismos en casa.

Con estas mezclas, aquellos que los venden, prometen mejorar nuestro cuerpo realizando una limpieza depurativa máxima. Algo innecesario ya que el organismo tiene diferentes órganos (riñón e hígado) que realizan funciones tales como eliminar sustancias, día y noche, que si se acumularan serían peligrosas para la vida. Además, normalmente son planes bastante caros para el bolsillo, desde los 30€ diarios en adelante.

Puede ser que alguien se pregunte “¿pero si ayudo al cuerpo con estos zumos mejor que mejor, verdad? Pues no, y explicamos varios porqués. Como hemos dicho, estos zumos están hechos con ingredientes vegetales en su mayoría, y los que normalmente suelen utilizarse son las espinacas, la remolacha, las acelgas, el perejil y el puerro, entre otros, por lo que son ricos en ácido oxálico.

De detoxificar a tóxico

Todos ellos en un consumo adecuado no presentan problema alguno. Ahora bien, cuando el consumo de estos productos es excesivo (una sola ración de 250 ml puede exceder la cantidad recomendada de este ácido) se incrementa el riesgo de padecer cálculos renales de ácido oxálico. La incoherencia es máxima, pues venden algo supuestamente para detoxificar cuando al final su consumo puede llegar a ser tóxico.

Algunos alimentos contienen sustancias que dificultan la asimilación de ciertos nutrientes, y en este caso el ácido oxálico interviene en la absorción del calcio ingerido en la dieta, es decir a mayor cantidad de oxalatos mayor es la pérdida de este mineral. Tampoco hay que obsesionarse con ello, pues estas sustancias se inactivan o destruyen por el calor, y si se sigue

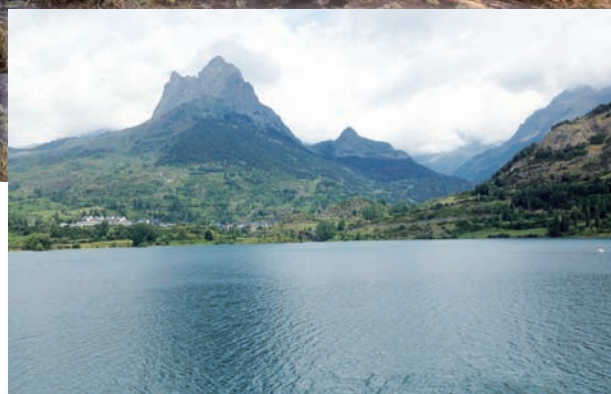
una dieta variada y equilibrada (algo que no ocurre con estos planes detox) no supone ningún problema.

Al tomar una ensalada, cualquier fruta fresca, plato o guarnición de verdura no se pierde su fibra, algo que sí pasa cuando después de realizar estos zumos los colamos. Al desechar gran parte de la pulpa, no se mastica por lo que no nos saciamos tanto, y además debido a la inexistencia de la fibra la absorción del azúcar que contiene dicho zumo es mucho más rápido.

Conclusión

Todos estos planes de alimentación que podemos encontrar no son completos ya que basan únicamente la dieta en zumos de vegetales, por lo que faltan otros nutrientes como proteínas y grasas.

Así pues, dejemos a un lado todo este loco mundo que ha surgido de zumos detox y volvamos a la vida real, ya que hay varias razones para evitar estos planes alimenticios: no realizan la detoxificación de la que se enorgullecen, tienen un precio desorbitado, pueden llegar a producir cálculos renales, dificultan la asimilación del calcio, producen una absorción más exacerbada del azúcar y no son para nada completos nutricionalmente.



MERRELL®

BOREAL®

HH®
Helly Hansen

THE
NORTH
FACE

S
salomon

trangoworld

H
HAGLÖFS

La mejor salud, con el deporte

Visita nuestra tienda online
Para estar más cerca de ti



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

www.lapuertaverdepanticosa.com