

NUTRIGUÍA PARA TODOS

Nutriguía
Conocer más para alimentarse mejor

Nº 20

FI

FONDOS DE
INCENTIVO
CULTURAL

- ENTREVISTA -
CONSUMO DE
LECHE
MITOS Y EVIDENCIA
CIENTÍFICA

**CALZADO
PARA HACER
EJERCICIO**

**ALIMENTOS
DE LA DIETA
MEDITERRÁNEA**

**BENEFICIOS
DEL USO DEL
CHUPETE**

**RECETAS
DE RISOTTOS
VARIADOS**

los nietitos®

Receta Tradicional

Intensamente fruta

*Somos la suma de tradiciones
que juntas hicieron una nueva*



Sin
Conservantes

Sin
Colorantes

Libre
de Gluten

Más
Fruta*

Menos
Azúcar*

*Comparada con nuestra mermelada Regular

índice

- 02 Consumo de leche: mitos y evidencia científica**
Entrevista con Lic. en Nutrición Rafael Comes
- 08 Infecciones urinarias en la mujer: un mal de muchas**
Dr. Rodrigo Melogno
- 12 Las cicatrices, marcas en la piel que desafían a la dermatología**
Dra. Lidice Dufrechou, Dra. Alejandra Larre Borges
- 16 Qué calzado elegir para hacer ejercicio: lo que es moda, a veces incomoda**
Dr. Mateo Gamarra
- 22 El uso de chupete: más beneficios que contraindicaciones**
Dra. Lorena Spatakis Argimón
- 28 Osteoporosis**
Dra. Diana Wiluzanski
- 32 Caída del pelo: un problema diverso con múltiples causas**
Dras. Paula Abelenda, Lidice Dufrechou y Alejandra Larre Borges
- 42 Claves para la buena nutrición del adulto mayor**
Lic. en Nutrición Lucía Alba
- 48 Alimentos de la dieta mediterránea para la prevención de enfermedades cardiovasculares**
Lic. en Nutrición Daniel Prendez
- 52 Tender la mesa: un rito que evoca nuestro lugar en el mundo**
Periodista Cristina Canoura
- 58 Arte | El emporio de las artes escénicas**
Periodista Javier Alfonso
- 62 Libros | Esta mujer mata**
Milton Fornaro
- 66 Risottos variados**
Lic. en Nutrición Andrea Gamarra

editorial

¡Cuidemos a nuestros niños!

El pasado 30 de mayo, en el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), se expusieron los primeros resultados de la segunda ronda de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) 2015-2016. Esta relevó 2611 niños y niñas entre 2 y 6 años de edad. Tiene como objetivo conocer cuál es el estado nutricional, el desarrollo y la salud de la población infantil, a fin de implementar las políticas de primera infancia.

De las conclusiones destacamos: uno de cada tres niños tiene un peso superior a lo esperado, en su alimentación habitual no se incluyen los alimentos necesarios y recomendados para su edad y etapa, y existe un consumo elevado de alimentos ricos en grasa, sal y azúcar. Uno de cada 5 niños ingiere, en lugar de agua, refrescos o jugos azucarados para saciar la sed. La mayoría realiza 4 comidas al día. Sin embargo, aunque persisten desigualdades socioeconómicas, Uruguay está comparativamente mejor que otros países de la región respecto a prácticas de crianza y desarrollo infantil.

En esta edición de Nutriguía para Todos, recorreremos una selección de temas que forman parte de las preocupaciones e intereses de una buena parte de la población. Así, iniciamos la revista con una entrevista al licenciado en Nutrición Rafael Cornes, especializado en consumo de lácteos de origen animal. Cornes da su opinión acerca de los mitos que se tejen alrededor de la incorporación de la leche de vaca a la alimentación de grandes y chicos.

¡Una muy buena noticia! En el mes de junio Nutriguía para Todos ha sido seleccionada como Proyecto del Fondo de Incentivo Cultural lo cual nos llena de orgullo.

Lic. en Nutrición
Lucía Pérez Castells

Alexandra
Golovchenko

Lic. en Nutrición
Paula Antes

Dirección y Coordinación: Lic. en Nutrición Lucía Pérez Castells, Alexandra Golovchenko, Lic. en Nutrición Paula Antes | **Comité Editorial:** Lic. en Nutrición: Luciana Lasus, Sonia Nigro, Nora Villalba, Dra. Gabriela Parallada M.Sc., Dra. Silvia Lissmann | **Colaboración en Edición:** Cristina Canoura | **Diseño:** Gendiseño - gendiseño.com | **Ilustraciones:** Carolina Díaz para Gendiseño - carodiazilustra.com

Impreso en Uruguay, en Julio de 2018
Edición Bianaual Gráfica Mosca
Depósito Legal N° 361894
Edición Amparada en Decreto 218/96

Copyright by L&M Ltda. / Florida 1520/302 - Montevideo, Uruguay / (00598) 2901 0159. Nutriguía para Todos es una revista de Nutriguía. No está permitida su venta ni la reproducción total o parcial de la información que contiene por ningún método, sin la autorización expresa de L&M Ltda. Fotografías © shutterstock.com
Todas las ediciones de nuestra Revista Online: www.nutriguia.com.uy

Nutriguía no se hace responsable por la información contenida en los espacios publicitarios contratados. Las opiniones vertidas en los artículos son responsabilidad de sus autores.



Consumo de leche: mitos y evidencia científica

Entrevista con Rafael Cornes

Licenciado en Nutrición y profesor adjunto en la Escuela de Nutrición de la Universidad de la República, Rafael Cornes es el coordinador de la campaña panamericana de consumo de lácteos “Sí a la leche”, impulsada desde la Federación Panamericana de la Lechería (FEPAL).

El siguiente es un resumen de la entrevista concedida a la revista NutriGuía para Todos.

— En la actualidad, con fundamentos o sin ellos, la leche se ha transformado en un alimento cuestionado y no son pocas las personas que abandonan su consumo.

Los argumentos que esgrimen quienes la retiran de su dieta son variados: que el ser humano pertenece a otra especie y es antinatural que se alimente con la leche vacuna hasta la adultez; que su consumo está relacionado con alergias diversas y procesos inflamatorios; que se puede garantizar el consumo de calcio al organismo humano con otros lácteos y granos.

—¿Cuál es su opinión al respecto? ¿Dónde están los mitos y cuál es la realidad?

—Más que mitos, yo le llamo desinformación. Hay muchas afirmaciones que son falsas o no son ve-

rídicas y limitan con la pseudociencia. Lamentablemente, es lo que más se lee. Es mucho más fácil leer un artículo, un blog, aunque no se sepa nada de su autor ni su consistencia científica que hacer una búsqueda bibliográfica de investigaciones serias.

—¿Tiene justificación científica la afirmación de que es absurdo que el ser humano, como mamífero que es, se alimente desde los 2 años y hasta la vejez, si así lo decide, con leche de otro mamífero?

—Es el más divulgado en el ranking de errores. Se repite en todos los países. No solo ese hábito nos distingue a los humanos del resto de los mamíferos; el raciocinio, en primer lugar, nos hace diferentes. Muchos otros hábitos muestran las diferencias que indican nuestra adaptación como especie al ambiente: somos omnívoros, a diferencia de los otros mamíferos. Nuestro organismo se adaptó y es capaz de consumir alimentos de todas las especies. El resto de los mamíferos, no. Nuestro cerebro se desarrolló hasta permitirnos adoptar un lenguaje oral



y formas de cultura que marcan la vida en sociedad. Otros ejemplares del reino animal consumen leche de otras especies luego de los dos años, los ratones, por ejemplo. Los terneros dejan de tomarla debido al destete forzado, entre otros aspectos, para que comiencen a alimentarse de pasturas, lo que los forma más rápido como rumiantes.

El ser humano necesita consumir nutrientes de otras especies, pues su organismo no logra sintetizarlos, entre ellos los aminoácidos esenciales provenientes de la degradación de proteínas animales como las de la leche.

Evidencias científicas y legados arqueológicos indican que hace 10 mil años los humanos ya consumían leche para su supervivencia.

—A su entender, si el ser humano consume leche hace miles de años, ¿a qué obedece la intolerancia a la lactosa? ¿Siempre existió y no se había diagnosticado?

—Ese es otro de los mitos más fuertes actuales y en ello influye mucho el autodiagnóstico. Cualquier persona, ante cualquier malestar digestivo o distensión abdominal los adjudica a la leche. Así, o bien elimina la leche definitivamente o comienza a consumir leche deslactosada, un producto de los que más ha aumentado su venta en el mundo en los últimos tiempos. Continúa consumiendo todos los nutrientes de la leche, menos el azúcar que es la lactosa. Por lo general también es descremada, por lo que pierde junto a la grasa, vitaminas liposolubles como la A, D, E y K. El calcio, magnesio, y fósforo, y otros minerales se mantienen.

Es cierto que también los profesionales de la salud, desinformamos a la población. Ante cualquier malestar digestivo, muchos médicos y hasta gastroenterólogos o nutricionistas, sin hacer estudios específicos, como el hidrógeno espirado (medición de hidrógeno en el aire que respiramos tras la administración de un azúcar, que nos sirve como sustrato). Es un test rápido que puede hacerse en policlínica que mide la presencia de ese gas en los pulmones cuando la lactosa no puede desdoblarse y diagnóstica intolerancia a la lactosa a nivel intestinal.

El segundo error es que, si la persona llega a ser efectivamente intolerante a la lactosa, no tiene por qué dejar de consumir otros lácteos, como quesos y yogures, que contienen muy poco o casi nulo contenido de lactosa, ya que durante el proceso de maduración o fermentación se produce la transformación de la lactosa en ácido láctico. Inclusive, algunas

personas intolerantes a la lactosa, logran consumir pequeñas cantidades de lactosa al día equivalentes a unos 200-250 cc de lácteos. Todo dependerá del nivel de intolerancia que presente cada individuo.

Sin embargo, lo que suele ocurrir es que ante el menor síntoma de malestar digestivo se eliminan todos los lácteos. Y, la familia entera, incluidos los niños, dejan de consumir lácteos, sustituyéndolos por otras bebidas, lo que de hecho incide en que se dejen de recibir nutrientes básicos como proteínas, calcio, magnesio, potasio, vitaminas del complejo B y liposolubles. Y eso en los niños es preocupante.

En la década de 1979, el arqueólogo Peter Bogucki, de la Universidad de Princeton, en Estados Unidos descubrió que la gente que vivía hace 7 mil años en las llanuras de Polonia utilizaba piezas de alfarería similares a las que se usan en la actualidad para fabricar quesos.

En 2011, la geoquímica Melanie Roffet-Salque, de la Universidad de Bristol en el Reino Unido concluyó que con esos utensilios se separaban los sólidos de la leche del suero líquido.

También se han encontrado vestigios de pinturas rupestres en algunas cuevas obtenidas con mezcla de azufre con caseína.

Todo eso demuestra que las poblaciones de entonces optaron por domesticar animales en lugar de cazarlos. Al principio, el consumo de la leche animal produjo seguramente una intolerancia a la lactosa. Hace unos 7.500 años los pobladores del Medio Oriente migraron a Europa del Este. Los cazadores se transformaron en agricultores y comenzaron a consumir leche de cabra, de oveja, de vaca que los alimentaba e hidrataba a la vez, pues posee un alto porcentaje de agua y electrolitos. Se produjo una mutación genética que se expresó en la tolerancia a la lactosa y determinó que los europeos la toleraran mejor; luego migraron y colonizaron otras regiones del mundo. Esta tolerancia es menor en regiones como África y Asia, donde se ve un mayor porcentaje de intolerancia a ese azúcar.

—¿Cuál es su opinión respecto a que el consumo de leche tiene una fuerte vinculación con el desarrollo del cáncer?

—Creo que hoy en día hay muchas modas de dietas y también muchos abordajes de la salud y enfermedad como la homeopatía, el naturismo. Dietas vegetarianas, veganas, raw food o alimentos crudos. Y parte de la población que busca incorporar



hábitos saludables tiende a eliminar los productos que se anuncian como perjudiciales, entre ellos la leche. Se ha dicho también que produce alergias, que estimula procesos inflamatorios. Pero, este tipo de corrientes ha representado una oportunidad. En efecto, la leche se ha transformado en el alimento más estudiado en los últimos años y, por suerte, la ciencia está de nuestro lado.

Estudios científicos muy serios han demostrado que el consumo de leche no tiene ninguna relación ni con la obesidad, ni la diabetes, ni enfermedades cardiovasculares ni cáncer.

Por el contrario, se ha demostrado su efecto protector en la diabetes tipo II, la hipertensión arterial, el cáncer de colon y mama. Y, los trabajos se están haciendo con leche entera, no descremada, lo cual evidencia el factor protector de las grasas lácteas.

También, investigaciones efectuadas con leche entera han mostrado que esta beneficia las dietas hipocalóricas y promueve un mayor descenso de peso.

Metaanálisis de los últimos dos años concluyen que no existe comprobación científica de que el consumo de leche entera esté asociado con un mayor riesgo cardiovascular o de incremento de colesterol malo.

Las guías alimentarias han cambiado a nivel mundial e incorporan el consumo de leche entera.

En mi opinión, hay muchos detractores y mucho fanatismo. Está comprobado que las malas noticias se leen un 70% más que las buenas noticias.

NUEVO

Conaprole

YOGUR DESCREMADO NATURAL

RICO EN CALCIO

COMPLEMENTA TU MEJOR NUTRICIÓN

0% GRASAS Y COLESTEROL

SIN AZÚCARES AGREGADOS*

NO CONTIENE GLUTEN

CONTIENE PROTEÍNAS DE ALTA CALIDAD, FIBRA Y VITAMINAS

YOGUR DESCREMADO

SABOR NATURAL

500g



Infecciones urinarias en la mujer:

Un mal de muchas

Dr. Rodrigo Melogno - Urólogo

Las infecciones del tracto urinario (ITU) suponen una de las enfermedades infecciosas más prevalentes, con mayor carga sanitaria y económica sobre los sistemas de salud. Afectan con frecuencia a pacientes sanas, sin anomalías estructurales ni funcionales del aparato urinario.

La cistitis aguda infecciosa de la mujer afecta significativamente la calidad de vida de quien la padece; la mitad de las mujeres sufrirán un episodio durante su vida.

Son factores de riesgo: tener una madre con episodios de ITU, haber tenido ITU en la infancia, la constipación, las relaciones sexuales y tener una nueva pareja sexual.

Dolor al orinar, micciones frecuentes y urgentes, sensación de vejiga llena u ocupada, sin secreción e irritación vaginal, son los principales síntomas.

El examen de orina puede mostrar glóbulos blancos, glóbulos rojos, estearasas y nitritos positivos como indicativos, mientras se reserva el urocultivo para casos de sospecha de infección renal, o síntomas que no se resuelven o reaparecen 2-4 semanas después de finalizar un tratamiento.

Ante la presencia de síntomas atípicos, sospecha de infección renal o falta de respuesta a un antibiótico adecuado, suele indicarse la realización de estudios adicionales, fundamentalmente de imagen.

¿Cómo se producen?

La infección urinaria implica una relación desfavorable entre los factores de agresividad bacteriana y los mecanismos de defensa de la paciente.

La vía más común para la llegada de gérmenes al aparato urinario es el ascenso a través de la uretra. Un paso inicial es la contaminación del periné (región entre el ano y los genitales) con la defecación. Esto explica que las mujeres tengan más frecuencia de infecciones del tracto urinario que los hombres, dado la proximidad de la vagina, la uretra y el ano.

Por eso, los gérmenes vinculados son residentes propios del intestino como *Escherichia coli* en 70-95% de los casos, y *Staphylococcus saprophyticus* entre otras bacterias intestinales como *Proteus*, *Klebsiella*, *enterococcus*.

Biótica pro cran

**PROBIÓTICOS
+ ARÁNDANOS ROJOS
+ VITAMINA C**

Las defensas para tus defensas

- Fortalecen el Sistema Inmunitario
- Estabilizan la Flora Microbiana
- Favorecen nuestras defensas naturales



Indicado en prevención y tratamiento de las Infecciones Urinarias. Con arándano rojo y vitamina C.

Defensas para tus defensas

LABORATORIOS HAYMANN S.A.

Tel: 2924 5000 - www.haymann.com.uy

Los mecanismos de defensa naturales implican, en primer lugar hábitos.

- La ingesta abundante de líquidos promueve un flujo urinario mayor y por tanto impide la adherencia de gérmenes a las paredes de la vejiga.
- Evitar la constipación disminuye la concentración de gérmenes del intestino.
- Orinar después del acto sexual limita la contaminación de la uretra y vejiga, que se desencadena por el coito.

Bacteriuria asintomática

El crecimiento bacteriano en pacientes asintomáticas es común. Se estima su presencia en 1-5% de mujeres premenopáusicas, hasta 20% en postmenopáusicas, e incluso se presentan cifras más acusadas en pacientes institucionalizados en casas de cuidados.

No se considera una infección sino una colonización del tracto urinario que protege contra gérmenes infectantes. El tratarlas con antibióticos no sólo no evita una ITU sintomática, sino que incluso aumenta su incidencia.

Diferente es el caso de mujeres embarazadas, donde pese a algunas consideraciones, se está de acuerdo en el tratamiento de la bacteriuria asintomática dado que disminuye los episodios de ITU febril en este contexto y partos de pretérmino. Siendo así, el urocultivo es parte de las rutinas del embarazo.

Tratamiento

La ingesta hídrica es un pilar del tratamiento, y esta medida logra por sí sola tasas de resolución de hasta 50%. Igualmente, debe complementarse con antibióticos, ya que en conjunto logran mayor eficacia.

La elección del antibiótico empírico ha de estar guiada por:

- Patrones de sensibilidad de las bacterias usuales.
- Eficacia.
- Tolerabilidad.
- Efectos adversos.

Existen varias pautas disponibles en nuestro medio, con plazos de tratamiento de entre 1 y 5 días según el fármaco elegido, para cuya indicación nos asesoraremos con el profesional a cargo. El seguimiento es clínico y no está pautado estudios de laboratorio para control si la evolución es la esperada.

Remarcamos aquí que el manejo de la cistitis en embarazadas siempre requiere urocultivo, y que las pautas antibióticas son similares salvo precauciones para algunos grupos de antibióticos, dependiendo del trimestre que se esté cursando.

Infecciones no complicadas pero recurrentes

Las ITU recurrentes son motivo de frustración en muchas mujeres, con múltiples consultas previas, múltiples planes antibióticos y una considerable afectación de la calidad de vida previo a la llegada al consultorio urológico.

Sufrir una ITU es un factor de riesgo de recurrencia y muchas mujeres pueden cursar episodios reiterados que se resuelven durante largos períodos, para retomar infecciones recurrentes años más tarde.

Se recomienda urocultivo en la etapa diagnóstica, y no se recomienda en forma sistemática la realización de urografías, tomografías, cistografías ni cistoscopías, salvo la repetición de infecciones renales descriptas, o sospecha de obstrucción urinaria o patología de cálculos renales.

Afecta tanto a mujeres jóvenes premenopáusicas, como postmenopáusicas y/o pacientes de edad avanzada. La ITU recurrente tiene una lógica de evolución crónica, así los esfuerzos terapéuticos deben enfocarse en el mismo sentido.

Incluye:

- Modificaciones de comportamiento y hábitos que detallamos previamente.
- Tratamientos no antibióticos.
- Tratamientos antibióticos de mantenimiento o poscoital.

Es aconsejable que las intervenciones terapéuticas se manejen en este orden.

Medidas farmacológicas no antibióticas

Restitución hormonal

En pacientes seleccionadas, existe cada vez mayor evidencia sobre el efecto preventivo de la restitución de estrógenos vía intravaginal y no con estrógenos orales en la prevención de ITU. La restitución estrogénica recompone el pH y la flora de *Lactobacillus* que protegen contra la colonización e infección bacteriana.

Prevención inmunoactiva

OM-89 (Uro-Vaxom), vacuna oral de 18 cepas de *E. coli*, promueve la respuesta inmunitaria en la vía urinaria y tiene un rol en la prevención de infecciones recurrentes bajas no complicadas. Como otra opción, la vacuna intravaginal UroVac ha mostrado resultados favorables.

Prevención con probióticos

Los probióticos son organismos vivos, generalmente bacterias que ayudan al buen funcionamiento de diversos órganos y sistemas. Están formulados en suplementos nutricionales, yogures, incluso comprimidos, cremas y supositorios. La eficacia clínica en ITU se ha demostrado sólo con algunas cepas de *Lactobacillus*, para competir con los patógenos genitourinarios y prevenir la vaginosis bacteriana, enfermedad relacionada con ITU. A su vez, la adición de prebióticos que son polisacáridos u oligosacáridos no digeribles (azúcares), que estimulan el desarrollo de algunas cepas de la flora intestinal con funciones favorables, potenciarían el efecto de los primeros.

Se está a la espera de estudios que ratifiquen los buenos resultados de experiencias iniciales.

Prevención con arándanos

La proantocianidina A, principio activo del *Vaccinium macrocarpon* o arándano rojo, ha demostrado actividad biológica en orina. Evita la adherencia del pili o pelo bacteriano a las paredes de la vejiga. Varios estudios muestran que su uso ha sido beneficioso en el tratamiento de ITU recurrente, principalmente en mujeres premenopáusicas, y han adquirido un rol cada vez más importante en la prevención.

Profilaxis con D-manosa

La prevención con D-manosa ha demostrado beneficios similares a la profilaxis antibiótica en estudios iniciales. Es promisorio su función al bloquear las estructuras de adherencia bacteriana a la pared de

la vejiga, y se está a la espera de trabajos a mayor escala para formalizar su indicación.

Acido ascórbico

Contenido en la vitamina C, ha sido recomendado para acidificar la orina y reducir la reincidencia de ITU. Si bien en estudios de laboratorio la acción preventiva sería mediada por otros mecanismos independientes del pH, en la reducción de episodios de ITU no cuenta con evidencia científica que ratifique su indicación.

Instilaciones intravesicales

Consiste en introducir medicamentos en la vejiga, como ácido hialurónico y condroitín sulfato con el fin de restituir la capa de glicosaminoglicanos. Es una cubierta con la que cuenta la mucosa o capa interna de la vejiga, que se daña en procesos inflamatorios o infecciosos, y permite la agresión de los gérmenes a las capas más profundas con la consiguiente sintomatología.

Profilaxis antibiótica

Sólo debe recomendarse el uso de antibióticos prolongado, tras haber intentado el asesoramiento y cumplimiento de hábitos de prevención.

Una vez logrado un urocultivo esteril 1 a 2 semanas posterior a un tratamiento antibiótico adecuado, debe comenzarse con este esquema que consiste básicamente en dosis baja de antibiótico en forma nocturna, diaria o tres veces por semana.

Es la medida más efectiva de prevención de ITU. Las opciones más comunes son: Nitrofurantoina, Trimetoprim-Sulfametoxazol o Cefradina.

Otra opción, fundamentalmente en mujeres que relacionen fuertemente la recurrencia de cistitis a las relaciones sexuales, es el tratamiento con 1 comprimido postcoital.

Con estas pautas se prevé 0,15 a 1,5 infecciones urinarias al año.

Los tratamientos de antibióticos sea en ciclo corto o prolongado en quimioprofilaxis, han demostrado disminuir o retrasar la recurrencia pero no la predisposición a nuevas infecciones en el futuro. 

Las cicatrices, marcas en la piel que desafían a la dermatología

Dra. Lidice Dufrechou, Dra. Alejandra Larre Borges - Dermatólogas

Las cicatrices no estéticas o inestéticas suelen causar preocupación, discomfort físico y hasta psicológico en quienes las padecen.

Afortunadamente, existen muchas medidas que pueden mejorar su aspecto, aunque en casos patológicos el manejo es complejo y resulta un verdadero desafío.

El proceso de cicatrización normal de la piel es lento y puede llevar hasta más de una año.

Todas las heridas que abarcan cierta profundidad en la piel y que llegan a la dermis —que es la segunda capa—, independientemente de su causa (cicatriz quirúrgica, herida cortante autoprovocada o accidental y otras), desencadenan siempre una serie de procesos que llevan a su reparación y a la reconstitución de un tejido sano. Por esta razón prácticamente no existen heridas sin cicatriz posterior.

La calidad y aspecto de la cicatriz depende del mecanismo que la causó, de su localización, del tipo de piel de la edad y del estado nutricional de la persona.

En general, las heridas quirúrgicas, por ser realizadas en condiciones de asepsia y, de ser posible, de acuerdo a las líneas de tensión de la piel, suelen ser de mejor calidad que las provocadas por cortes sorpresivos, accidentes de tránsito o mordeduras de animales.

Sin embargo, hay factores que no están del todo aclarados y que hacen que algunas personas desarrollen cicatrices patológicas que se denominan hipertróficas y queloides.

Además, hay algunas afecciones dermatológicas que se caracterizan por la generación de cicatrices poco estéticas. Un ejemplo de ellas y de relativa frecuencia es el acné cicatrizal que puede llevar a la formación de cicatrices hipertróficas o atróficas que se ven como depresiones o áreas sobreelevadas en las zonas afectadas.

Otras cicatrices frecuentes son las de varicela que pueden ser deprimidas frecuentemente y adquirir la forma denominada “pica hielo”.

Un proceso lento

El proceso normal de cicatrización de la piel abarca 3 fases: inflamatoria (que dura unas 24 a 48 horas, pero que puede persistir más tiempo según el paciente), proliferativa (que consiste en la producción de nueva piel y cierre definitivo de la brecha) y fase de remodelación (fase final que puede alcanzar al año o incluso más).

Las cicatrices patológicas se producen cuando, por diferentes causas, no se sigue ese proceso. En su formación, influyen más la predisposición de la piel del paciente que el tipo de herida o su cuidado, de manera que resulta muy difícil saber qué pacientes desarrollarán una cicatrización de este tipo, salvo que previamente las hayan presentado, lo que es un factor de riesgo importante.

En líneas generales, es más frecuente ver cicatrices queloides en personas que tienen antecedentes de haberlas presentado previamente y en áreas como orejas, región del escote y preesternal, hombros y dorso alto. Son cicatrices rojas o violáceas, induradas (duras) como un cordón y sobreelevadas, pueden ser pruriginosas o dolorosas.

Las cicatrices hipertróficas se limitan a los bordes de la herida mientras que en la cicatriz queloidea el tejido endurecido y fibroso se extiende más allá de los bordes de la herida que la originó dando un aspecto tumoral.

Es muy importante definir los tratamientos o medidas a tomar para mejorar la calidad de una cicatriz, de acuerdo al tiempo de evolución y a su estadio. Una cicatriz con una evolución dentro de lo deseable es plana, fina y con una tonalidad muy similar al resto de la piel adyacente; es excepcional que el aspecto de la piel cicatrizal sea exactamente igual al de la piel normal.

De hecho, las cicatrices pueden ser consideradas no patológicas, aunque presenten alguna alteración como irregularidades, o sean más gruesas de lo deseable, incluso muchas veces no son estéticas para quien las tiene, aunque esto no significa que sean patológicas.

Tratamientos

La evaluación del cirujano o del dermatólogo es fundamental para definir el estado en que se encuentra la cicatriz y si es posible o no de algún tratamiento que asegure su mejor evolución.

En líneas generales, en los primeros días de formación de la cicatriz, es importante mantener una higiene adecuada de la piel para evitar la infección, ya que esta influye directamente en el resultado estético. Se recomiendan limpiadores que tengan un pH ácido, sin excesiva utilización de antisépticos, ya que pueden ser agresivos para la piel.

Durante los primeros 6 a 8 meses es conveniente evitar la exposición solar para evitar la pigmentación de la cicatriz; es recomendable la utilización de hidratantes que mantengan la piel en un ambiente húmedo, que favorece la formación de tejido. La fotoprotección se logra con menor exposición solar y, fundamentalmente, con el uso de barreras físicas de protección como ropa, sombrero, sombra.

La elección de la crema hidratante adecuada para una cicatriz depende de la valoración que se haga. Actualmente, existen en el mercado varias formulaciones, aunque no todas han demostrado su efectividad en la literatura científica.

En algunas cicatrices lineales posquirúrgicas, así como en las cicatrices patológicas incipientes, se preconiza el uso de terapias compresivas con parches de silicona. Estos se mantienen durante cierto tiempo y se evalúa la respuesta periódicamente, cada 4 a 6 semanas. Cuando la cicatriz ha finalizado su período de maduración, y se considera que no va a mejorar más en forma espontánea, se comienzan

a evaluar terapias más invasivas. Por un lado, la terapia de las cicatrices queloides incluye aplicaciones con medicamentos corticoides o quimioterápicos en inyección, crioterapia (se trata una técnica realizada por los dermatólogos que produce destrucción del tejido por aplicación de frío), reintervención quirúrgica y hasta radioterapia.

Vale destacar que en el caso de la cicatrización queloidea no suelen esperarse plazos de un año. Por lo general, se actúa una vez hecho el diagnóstico, e incluso en personas con antecedentes de haber cicatrizado de esa forma se realizan tratamientos más intensos de manera precoz.

Por otro lado, están las terapias aplicadas a las cicatrices no patológicas, pero que por algún motivo ocasionan discomfort en el paciente. Por ejemplo, en aquellas en las que la diferencia entre la piel y el tejido cicatrizal es demasiado notoria, cuando la textura es muy áspera, las hiperpigmentadas o de aspecto muy vascular (con vasos visibles) se utilizan técnicas como la aplicación de cremas con despigmentantes, peelings, dermoabrasión o los tratamientos mediante láser como Er: YAG o CO2. Los láseres vasculares como Nd-YAG LP y la luz pulsada intensa son una buena opción, no son tratamientos invasivos y al cabo de algunas sesiones mejoran ampliamente el resultado estético.

En las cicatrices no patológicas la técnica que se utiliza se elige de acuerdo a qué es lo que se pretende mejorar. Por eso es fundamental contar con la opinión del dermatólogo, quien valorará la situación en cada caso particular. **II**



LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

PARA MEJORAR LA VIDA DE LAS PIELES SENSIBLES

NUEVO

CICAPLAST GEL B5

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

CICAPLAST
GEL B5

SOIN ACCÉLÉRATEUR
DE RÉPARATION
ÉPIDERMIQUE
PRO-RECOVERY
SKINCARE

AVEC DE L'EAU THERMALE
DE LA ROCHE-POSAY

1 Repara y regula la inflamación:
Panthenol + Madecassoside

2 Ayuda a la producción de fibroblastos y mantiene la producción de colágeno bajo control: **Silicona**

3 Limita la proliferación bacteriana:
Cobre + Zinc + Manganeseo

Después de
procedimientos



Post laser



Post-peeling

Después de quitar
las suturas



Luego de
remover una sutura

Conocé más en: www.laroche-posay.com.uy



Qué calzado elegir para hacer ejercicio:

Lo que es moda, a veces incomoda

Dr. Mateo Gamarra
Especialista en Medicina
del Deporte

Las opciones que ofrece el mercado a la hora de comprar calzado son cada vez más amplias, lo cual hace que no sea una elección sencilla, más aún cuando uno es principiante en el tema.

La aparente comodidad, la estética y el precio, parecen ser las variables más determinantes a la hora de elegir. Por si fuera poco, las principales marcas incluyen deportistas de elite en sus publicidades, lo que condiciona aún más la situación, especialmente en los más jóvenes.

Hay dos preguntas que no podemos evitar responder en el momento de elegir un calzado: ¿Para quién es? Y ¿para qué lo queremos?

Individualidad

Para responder la primera pregunta tenemos que tener claro que todos los seres humanos somos diferentes. El calzado que utiliza el ganador del Oro en el Maratón Olímpico muy probablemente no sea el ideal para el contexto de un corredor amateur. Las características individuales de la persona no deben olvidarse nunca: peso, experiencia, tipo de pies y pisada fundamentalmente. El ancho del antepié (mayor ancho del pie), el alto del dorso (empeine), la estabilidad del apoyo, la presencia o no de síntomas relacionados a la pisada y la costumbre al calzado, son variables clave.

Objetivo del calzado

La segunda pregunta no es menos importante. Generalmente el consumidor busca versatilidad, y quiere que un calzado sea, a la vez, resistente, liviano, estable, amplio, estético, barato, entre otras cualidades.

Lamentablemente, eso es imposible pues existen características que son contrapuestas; lo que ganamos por un lado lo perdemos por otro. Por ejemplo, un material puede ser muy confortable para caminar pero sumamente inestable cuando aumentamos la presión en el apoyo al correr. Suele ser mejor usar para caminar un calzado diseñado para correr, que la situación inversa.

Valorar cada parte

Una forma práctica de responder las interrogantes planteadas es analizar y evaluar los diferentes componentes del calzado en cuestión.

Contrafuerte

Es el sector posterior del calzado que sostiene la parte de atrás del pie (retropie). Se recomienda que tenga elementos de contención, ya que ofrece más estabilidad, especialmente cuando el objetivo es hacer ejercicio o deporte. Hay varios modelos en los que el contrafuerte es prácticamente una media; eso puede ser favorable en algunos casos con apoyos estables y experiencia técnica, pero no en la mayoría. Al evaluar el contrafuerte siempre conviene tocar su interior, donde funcionará el tendón de Aquiles; es importante que sea cómodo, acolchonado, y no tenga bordes cortantes o materiales que puedan dañar el retropie.

Suela

Generalmente tiene un material de amortiguación con el objetivo de absorber el impacto, y una goma antideslizante que favorece la estabilidad del apoyo y disminuye al máximo el desgaste ocasionado por el rozamiento al pisar. Es importante que sea flexible para favorecer el impulso del pie, pero no fácilmente torsionable.

Un tema de debate respecto a la suela es el "drop". Es la diferencia de altura que hay entre el talón y la puntera. Un calzado con más drop será más alto en el talón favoreciendo el "choque de talón", y posiblemente con mayor confort al caminar dado que es a lo que estamos acostumbrados. Cuando el drop es menor favorece al correr el apoyo con mediopie o antepie. No vienen al caso las desventajas y ventajas de cada uno, pero es importante no variarlo de forma brusca y pasar de un drop alto al otro extremo.

Capellada

Es la parte del calzado que cubre el dorso del pie y los dedos, por encima de la suela y por delante del contrafuerte. Puede ser más o menos rígida. No debería tener costuras notorias en su interior y es siempre recomendable que respete el ancho del pie y de la horma.

Plantilla

La plantilla es la almohadilla sobre la cual se apoya el pie. Deben valorarse sus características (grosor y ancho) y por sobre todas las cosas que no tenga bordes filosos expuestos que puedan terminar en una ampolla o herida. Las personas que usan ortesis plantares (plantillas ortopédicas) deben considerar que la plantilla original del calzado se pueda quitar para no perder espacio, y no tener que variar el talle de la zapatilla para utilizarlas.



ALIMENTOS
Centenario

COMO MÁS TE GUSTEN

JAMONES CENTENARIO

JAMÓN COCIDO EXTRA ETIQUETA AZUL
JAMÓN COCIDO ETIQUETA NEGRA

- ✓ 37 K/cal por porción.
- ✓ Bajos en grasas.
- ✓ Aptos para celíacos.



RECOMENDADO POR
ACELU®

SUNED
SOCIEDAD URUGUAYA DE
NUTRICIÓN EN DIABETES

adu



ENCONTRANOS EN: Alimentos Centenario / www.centenario.net.uy

¿Sirve el mismo calzado para caminata en la ciudad, hacer trekking o correr?

Para caminar en asfalto podemos usar materiales más confortables, tal vez sin tanto sostén; si corremos posiblemente necesitemos aumentar la estabilidad, y si lo hacemos en una superficie variable, que combina bosque, roca y arena aún más. Si usamos un calzado diseñado para caminar en asfalto en una superficie variable, aumentamos riesgos de lesión y, probablemente, nos dure muy poco.

Generalizar no es fácil ni bueno, pero podemos decir que en la elección de calzado hay un abanico de posibilidades que va desde algo más estable, pesado y rígido, hasta lo más liviano, flexible y no tan estable.

Si nos vamos hacia un lado, el pie se aleja de su naturaleza y el calzado asume protagonismo; si nos vamos al otro extremo será una opción "minimalista", más similar a estar descalzos.

Hay grandes discusiones sobre qué calzado es el ideal; debemos analizar caso a caso, no hay otra opción. Posiblemente un pie sano, con buen músculo y estable en su apoyo no tendrá problema en usar un calzado que no lo sostenga tanto. Por otra parte, una persona con sobrepeso, debilidad muscular, y una pisada inestable necesitará un calzado más rígido y estabilizador.



Tomarse el tiempo para probar

Además de las características mencionadas es determinante definir bien que el talla sea correcta, y que el calzado se adapte a nuestro pie y no al revés. Luego de mirar, tocar y analizar cada sector de la zapatilla debemos probarla. Se recomienda siempre hacerlo sobre el final del día (por posible retención de líquidos), con paciencia y tiempo. En personas que usan plantares siempre deberán llevarlos. La media debe considerarse también. Muchas veces se cometen errores por apurarse a la hora de decidir, o por pensar que los materiales van a ceder. Los dedos deben tener su espacio, no estar apretados entre sí, ni contra la puntera. Es importante que podamos flexionarlos y extenderlos correctamente dentro del calzado.

Lo que es moda...a veces incomoda

Más allá del calzado que elegimos para realizar ejercicio físico o deporte, debemos cuidar nuestros pies todo el resto del día. Con frecuencia usamos muchas horas al día calzados muy poco anatómicos. Un ejemplo evidente son los de taco y punta angosta. Nuestros pies no funcionarán adecuadamente ahí encerrados. Es clave empezar a priorizar la función del pie por sobre la moda, especialmente en los pies más chiquitos e inquietos, que seguirán nuestros pasos. **N**

OFRECEMOS UN AMPLIO PORTAFOLIO DE BEBIDAS PARA CADA OCASIÓN Y ESTILO DE VIDA



Coca-Cola



El uso de chupete: más beneficios que contraindicaciones

Dra. Lorena Spatakis Argimón
Especialista en Odontopediatría

La mayoría de los bebés nacen con un instinto básico de succión que tiene un efecto placentero. Sucionar los relaja y ayuda a prenderse al pezón del pecho materno cuando tienen que alimentarse.

Los chupetes pueden ayudar a producir esa misma sensación al bebé, pero sin los beneficios de la alimentación; por eso se le llama succión no nutritiva.

No obstante, su utilidad ha sido tan debatida en los últimos años, que son muchos los padres que no saben qué postura tomar al respecto.

En primer lugar, hay que concebirlo como una herramienta cuyos beneficios parecen superar cualquier potencial contraindicación para los niños menores de 2 años.

Qué hacer cuando nace un bebé

La comunidad científica no se ha puesto de acuerdo si el uso del chupete en el recién nacido interfiere en el éxito del amamantamiento. Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida. Algunos autores relacionan el chupete como la causa de destete prematuro del pecho, mientras varios estudios concluyen que no hay interferencia si la madre está motivada para amamantar.

Como la manera de succionar el pezón y el chupete son distintas, si se da el chupete muy pronto puede ser que el bebé se confunda, se produzcan grietas en el pezón y se pierda su habilidad de engancharse bien al pecho.

Por lo tanto, en los recién nacidos amamantados es mejor evitar el chupete durante los primeros días de vida e intentar incorporarlo gradualmente cuando la lactancia materna esté bien establecida, habitualmente a partir del mes de vida, edad en la que comienza el riesgo del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL).

La lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida es un factor protector de SMSL. En los niños lactados artificialmente (con mamadera) la recomendación del uso del chupete es especialmente importante, ya que presentan otras características que pueden aumentar el riesgo del SMSL. Por lo tanto, la utilización del chupete es útil y deseable durante el primer año de vida del bebé.

Qué función cumple

Según la Asociación Internacional de Odontología Pediátrica, el uso del chupete reduce el riesgo de SMSL, ya que incrementa los micro despertares, favorece la correcta posición de la lengua, incrementa levemente los niveles de dióxido de carbono y el tono muscular de las vías aéreas. Además la respiración se vuelve más tranquila y mejora el ritmo cardíaco del bebé.

El chupete ayuda a consolar a los bebés entre mamadas, ya que en esta primera etapa de vida, y hasta los 18 meses, tienden a llevarse y reconocer todo a través de la boca. Genera una sensación de seguridad y tranquilidad, por lo que ayuda en momentos estresantes como una visita al médico o un viaje en avión. Algunos bebés que no utilizan chupete, utilizan para saciarse el dedo en la boca. Este hábito de succión digital, es más perjudicial que el chupete, ya que la presión que se ejerce con el pulgar sobre el paladar y los dientes es mayor, lo que puede crear malformaciones. En una etapa posterior, retirar el chupete es más sencillo que retirar el dedo.

Qué pasa con los niños que no lo aceptan

Se recomienda probar con distintos modelos y marcas. Pero si el pecho materno se continúa hasta el primer año de vida, los beneficios del chupete quedan cubiertos. Se vuelve esencial, eso sí, insistir si el bebé comienza a succionarse el dedo. Siempre que se esté chupando el dedo se lo retiramos suavemente de la boca y lo cambiamos por el chupete.





Cuál elegimos y qué cuidados debemos tener

Recomendamos usar chupetes con un reborde grande que se sienta en el exterior de la boca y una tetina de forma oval o anatómica. Este tipo de chupete es recomendado por seguridad y para un mejor desarrollo dental. Actualmente encontramos unos que incluso vienen fabricados de una sola pieza de silicona para evitar accidentes. Debemos seleccionar el tamaño adecuado a la edad y desecharlo ante cualquier signo de deterioro.

Es importante mantener una buena higiene, lavándolo con agua y jabón neutro y esterilizándolo en frío o calor, antes de usarlo por primera vez y cada vez que se caiga al suelo. Los padres no deben introducirlo en su boca para limpiarlo, ya que pueden transmitirles bacterias, las cuales pueden producir enfermedades, pues los bebés son más indefensos y susceptibles a contagios.

Por higiene y seguridad, es aconsejable alternar el uso de varios chupetes y sustituirlos, como máximo, cada dos meses, según su uso.

No se debe jamás sumergir la tetina del chupete en sustancias dulces, como la miel o el azúcar, o en medicamentos, dado que esto puede ocasionar la aparición de caries en los dientes temporarios. Tampoco exponerlos directamente al sol de manera continuada, ni dejarlos cerca de fuentes de calor o inmersos en soluciones esterilizantes por más tiempo del aconsejado dado que se pueden dañar las tetinas. Es importante inspeccionar el chupete antes de cada

uso, tirando de la tetina de un lado a otro para comprobar que no se rasgue, especialmente si el bebé ya tiene sus primeros dientes. Para sujetarlo a la ropa del bebé se sugiere usar solamente broches o cadenas que cumplan con la normativa vigente, dado que el uso de cintas o cordones puede conllevar posibles estrangulamientos.

A qué edad debemos retirarlo

Para evitar los efectos adversos del uso del chupete se recomienda, en todos los niños, limitar su uso hasta el año de vida, lo cual incluye los meses de máximo riesgo del SMSL y en los que el lactante tiene más necesidad de succionar.

O sea, que hasta los 12 meses es muy recomendable su uso, entre los 12 y 24 es inocuo, y siempre que se use sólo hasta los 24 meses no interfiere en el correcto desarrollo del paladar y los dientes. Trabajos recientes demuestran que si los hábitos de succión no nutritivos fueran removidos antes de los 2 años, existe la posibilidad de autocorrección de posibles desarmonías en las arcadas dentarias producidas por dichos hábitos.

Luego de esta edad los hábitos de succión prolongados pueden causar deformación del paladar y dar malas mordidas, mala posición de lengua al tragar, o dificultades en la fonación. Cuánto se deformará depende de las facciones del niño, de la fuerza de sus músculos, y de la intensidad y carac-

terísticas del hábito. Como cada niño es único, no vale de nada estar atentos a qué hacen los otros padres. Algunos, a los dos años deben dejar el chupete y otros en los que ese período se puede extender un poco más. Se recomienda siempre la consulta con un odontopediatra a partir de los 6 meses del bebé, para estar bien orientados respecto a este y otros temas.

Consejos para dejarlo

Hay que adaptarse a la edad del bebé. A partir del año de vida debemos estar atentos a cualquier señal de cambio, como si se olvida de pedirlo por varios días o si lo olvidamos al irnos de vacaciones. Hay niños que al romperse o desgastarse el chupete ya no lo quieren, otros los dejan solos.

Sin embargo, lo más frecuente es que la decisión tenga que ser tomada por los padres. Si los chicos ya cumplieron los dos años o más comprenden bien lo que está por suceder, pero tienen mucha imaginación. Por eso, es aconsejable explicar con unos días de anticipación qué va a suceder y prepararlos. Utilizar algún personaje ayuda a entender a dónde van esos chupetes y la razón por la que hay que dejarlos. Por ejemplo. *"¿Viste que en unos días viene Papá Noel? ¿Sabías que él le lleva los chupetes a los niños que acaban de nacer en los hospitales? Ellos son chiquitos, y tú, que ya tenés dos años le puedes dar tus chupetes. Papá Noel te va a dejar un juguete precioso porque se va a quedar muy contento"*.

Si esto se lo repetimos varios días, podemos ayudarlo a elegir un regalo y le explicamos bien qué va a suceder. De este modo, les transmitimos seguridad. Pero lo más importante es que cuando llegue el día hay que sacar todos los chupetes de la casa, para no recaer frente a un pedido desolador.

Un consejo importante es que entre el segundo y tercer año de vida los niños crecen mucho, pasan de ser bebés para convertirse en niños: dejan los pañales, la mamadera y los chupetes. A veces, también es la edad que empiezan a ir al jardín y que llega algún hermanito. Es importante que los padres aprendan a manejar esos cambios e intenten que no se den de forma simultánea, y que los adapten a la vida familiar.

¡Ánimo! En la mayoría de los casos resulta mucho más sencillo de lo que imaginábamos. ■

MG
MATÍAS GONZÁLEZ
tu belleza natural

Línea
Piel Sensible

pH PIEL

GEL DE DUCHA Y CHAMPÚ

Conserva la barrera protectora de la piel.
Mantiene el pH ideal: 5,5.



350cc.

LABORATORIO
MATÍAS GONZÁLEZ
PIEL SENSIBLE

LABORATORIO
MATÍAS GONZÁLEZ
www.matiasgonzalez.com



La sal, un gusto que puede romper tu corazón

Lic. en Nutrición Gabriela González Bula

Comer con mucha sal puede subir la presión arterial. Esta es la fuerza que hace la sangre contra las paredes de los vasos —venas y arterias— que la llevan hacia el corazón y el resto del organismo.

Cuando la presión es elevada, esta fuerza extra puede dañar de a poco las arterias, y las predispone a su engrosamiento y obstrucción. Si este deterioro se produce en las arterias coronarias, que son las que transportan sangre y oxígeno al corazón, puede producirse un infarto por la falta de irrigación del músculo cardíaco.

También la presión alta puede afectar otros órganos como el riñón o el cerebro, por lo que aumenta el riesgo de enfermedad renal o de accidente cerebro-vascular (ACV).

Una de las maneras de sortear esta situación o su agravamiento es tener un estilo de vida saludable; y, para evitar y controlar la hipertensión arterial la reducción de la cantidad de sal que se consume es prioritaria.

La Segunda Encuesta de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENT) del Ministerio de Salud del Uruguay, mostró en los adultos encuestados un aumento significativo de la hipertensión arterial entre 2006 (30.4%) y 2013 (36.6%).

¡Si mi presión es normal!

Es posible que la hipertensión se desarrolle sin tener síntomas, sin sentirse enfermo. Por eso, y aunque la presión esté dentro de valores normales, es necesario limitar la cantidad de sal que se recibe a diario.

Los nuevos hábitos culturales y su propia dinámica cotidiana hacen que muchas personas coman fuera del hogar y se acostumbren al consumo de productos altos en sal como fiambres, quesos, pan, snacks. Así, inevitablemente, la alimentación contiene más sal de lo recomendado, aún para personas sin presión alta.

En el caso de adultos sin hipertensión se recomienda un consumo máximo de una cucharita de té de sal por día, lo que equivale a 5 gramos.

Esta cantidad total debe incluir la sal agregada en el plato y la que se usa al cocinar, así como también la que está “escondida” en productos envasados o cuando se come afuera.

En Uruguay, se estima que los adultos consumimos en forma diaria 10 gramos de sal en promedio, el doble de la cantidad recomendada.



¿Dónde se esconde la sal?

La sal puede estar escondida hasta en productos que no nos resultan salados: en las comidas de todos los días como el pan, los bizcochos (salados y dulces), galletas, y también en galletitas y cereales de desayuno que son dulces.

Hay otros en los que fácilmente se reconoce su alto contenido de sal como fiambres, embutidos, quesos, chips y snacks. También las salsas prontas, sopas en cubos y deshidratadas tienen un aporte importante.

Platos pronti, congelados y algunas conservas no siempre parecen tener sal en exceso, pero al comparar, casi siempre, tienen más sal que su versión casera.

¿Qué se debe mirar en las etiquetas?

INFORMACIÓN NUTRICIONAL			
Porción 40 g (1/2 taza)			
Cantidad/porción		%VD(*)	
Valor energético	152 kcal = 638 kJ	8	
Carbohidratos	27 g	9	
Proteínas	4,1 g	5	
Grasas totales de las cuales:	3,1 g	6	
Grasas saturadas	0,8 g	4	
Grasas trans	0 g	-	
Grasas monoinsaturadas	1,0 g	-	
Grasas poliinsaturadas	1,1 g	-	
Colesterol	0 mg	12	
Fibra alimentaria	3,0 g	0	
Sodio	7,5 mg	14	
Hierro	2,0 mg		

El sodio es uno de los componentes de la sal de mesa y es justamente este elemento el que interesa controlar, pues incide directamente en la hipertensión. El sodio que aparece en el cuadro de información nutricional de las etiquetas de los envases está expresado en miligramos (mg) y es una forma de representar principalmente la cantidad de sal del producto.

Sin embargo, el total de sodio que muestra la etiqueta será el resultado de lo que aportan también otros ingredientes (algunos nitratos, citratos, glutamato monosódico o GMS, entre otros), además de la propia sal.

También es posible encontrar en las etiquetas de un producto algunas especificaciones como:

- **Reducido en sodio.** Significa que tiene menos sodio que el producto original. Pero ¡cuidado! Esto no quiere decir que se trate de un alimento bajo en sodio. Simplemente tiene menos que lo esperado para este tipo de producto. Un ejemplo de esto son las sopas cremas o instantáneas, que aun siendo reducidas en sal, tienen un aporte importante por porción, con relación a la recomendación diaria.
- **Sin agregado de sal.** Significa que al producto no se le agregó sal ni otro ingrediente que la contenga, por ejemplo fiambres, quesos, salsas con sal. Seguramente un producto sin agregado de sal puede ser de utilidad al intentar reducir el sodio de la alimentación.

¿Cuánto sodio se recomienda por día?

Conocer la cantidad de sodio que se recomienda consumir diariamente, permite tener una guía para llevar un registro de lo consumido al leer las etiquetas nutricionales.

La recomendación de consumo diario de sodio es de 2000 mg lo que equivale a 1 cucharita de sal al día (5 g de sal).



¿Qué cantidad aproximada de sodio tienen?

1/4 cta. de sal = 500 mg de sodio

1/2 cta. de sal = 1000 mg de sodio

3/4 cta. de sal = 1500 mg de sodio

1 cta. de sal = 2000 mg de sodio





Con base en el cuadro anterior, se recomienda al cocinar:

- Si se prepara una comida con ingredientes naturales, que rinde 4 porciones, no agregar más de ½ cta. de sal, saborear con especias y hierbas sin sal, limón, pimienta y evitar caldo en cubos, sobrecitos de sabor y salsas saladas como soja, entre otras medidas.
- Si en la receta se incluyen fiambres, quesos, o productos con sal, probar no agregar sal al prepararla y realzar sabores con condimentos sin sal.

Si se cocina de esta manera, el aporte del plato será de 300-400 mg de sodio. Esto es adecuado como para no excedernos de la recomendación de los 2000 mg al día.

¿De dónde proviene el sodio que consumimos?

Se estima que cerca de la mitad de los adultos uruguayos lo agregan con el salero, al cocinar, y al agregarle sal en el plato al comer; el resto proviene de los productos envasados, prontos para el consumo y elaborados fuera del hogar.

Dentro de la sal que agregamos al cocinar o en el plato, la de uso más frecuente es la denominada sal de mesa que, por ley, esta enriquecida con yodo. En el mercado han aparecido otras sales como la sal marina, la sal de Himalaya, fleur du sel o sal Kosher. Estas sales provienen de lugares diferentes que la sal de mesa, son en general bastante más costosas y se promocionan como productos más saludables, más puros y hasta con atributos terapéuticos. Lo cierto es que a los efectos de la cantidad de sodio que contienen todas las sales son muy similares y deben ser controladas por igual.

¿Cómo se consiguen productos con menos sodio?

Con un poco de tiempo, y un par de lentes es posible comparar el contenido de sodio en las etiquetas de los productos. Elegir marcas y variedades de productos que declaren tener menos sodio colabora en la reducción recomendada.

Otra recomendación es preferir:

- Vegetales congelados en lugar de enlatados.
- Pan o galleta con menos sal o sin sal en lugar del pan o galleta común.
- Maní, pipas, frutos secos sin sal en lugar de quesos salados.
- Queso blanco o ricota para untar en lugar de salsas prontas o quesos untables.
- Peceto al horno cortado finito en lugar de fiambres.
- Galletitas o scones con poca sal y más hierbas y sabores en lugar de bizcochos y snacks.

Al comer fuera de casa:

- Preferir lugares con comidas más de tipo “caseras” que de comidas rápidas. Pedir, cuando sea posible, platos que no tengan aderezos, fiambres y embutidos incluidos en el plato.
- También, si vamos a un lugar conocido o de confianza, pedir que preparen el plato en una versión con menos sal.
- En general, no centrar la diversión en la comida sino en la experiencia. Buscar inspiración y enfatizar el valor de la salida en otros aspectos, más allá del plato.

Controlar la cantidad de sal, es un desafío personal, familiar y de la sociedad.

Estar a favor de la salud implica tomar decisiones y llevar a cabo conductas que conducen a un mayor bienestar, y que sumadas previenen enfermedades.

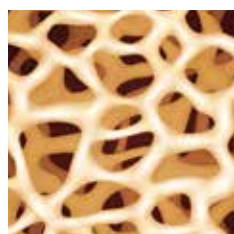
No solo la sal influye en la presión, también es posible reducir el riesgo de hipertensión con una alimentación sana, generosa en frutas y verduras, limitar el alcohol, mantenerse activo y evitar el exceso de peso (o bajarlo) y no fumar. **N**

Ejercicio, alimentación saludable, vitamina D y medicamentos previenen y la combaten.

OSTEOPOROSIS

Doctora Diana Wiluzanski - Densitometrista Clínica

La osteoporosis (OP) es una enfermedad generalizada del sistema esquelético. Se caracteriza por la pérdida de masa ósea y deterioro de su calidad que conlleva a una disminución de la resistencia y aumento de la fragilidad del hueso. Todo ello predispone al aumento de fracturas (Fx) espontáneas o ante mínimos traumatismos.



Hueso sano



Hueso OP

Las fracturas derivadas de la OP tienen un impacto a largo plazo que se traducirá en incapacidad, aumento de enfermedades asociadas e incluso muerte.

Por eso, uno de los aspectos fundamentales en el tratamiento de la OP es reducir el riesgo de fracturas antes de que ocurra la primera. Las más frecuentes son: de muñecas, cadera y columna vertebral (CV). Estas últimas pueden causar dolor intenso, pérdida de estatura y /o joroba dorsal.

En su mayoría, las fracturas de cadera requieren una intervención quirúrgica. Alrededor de 1/3 de los pacientes pierden su independencia y necesitan cuidados adicionales. El riesgo de muerte para una mujer u hombre que sufre complicaciones por fractura de cadera es casi 25% durante el año posterior a la reparación quirúrgica.

Desarrollo

Los huesos están formados por tejido vivo y dinámico, en constante remodelación; se destruyen por células llamadas osteoclastos y se forman por osteoblastos.

Los años críticos para la formación de la masa ósea son durante la niñez y la adolescencia. Este ritmo continúa hasta los 25-30 años cuando normalmente se alcanza el pico máximo de masa ósea. Lo determinan factores genéticos, nutrición, actividad física y enfermedades que influyan en el desarrollo del hueso. La pérdida de tejido óseo comienza alrededor de los 50 años, cuando éste ya no se reemplaza tan rápido como se pierde.

Una de cada tres mujeres y uno de cada cinco hombres a partir de los 50 años padecerá una fractura por osteoporosis en lo que les resta de vida.

1/3 MUJERES **1/5** HOMBRES

mayores de 50 padecerá una fractura por osteoporosis

Ser®

Cuidá tu Salud Ósea

Elegí



Riesgo de fracturas por osteoporosis

La forma más eficaz y sencilla de saberlo es midiendo la densidad mineral ósea (DMO) con un densitómetro.

La prueba de DMO más exacta es la densitometría ósea por DXA (Absorciometría Dual con Rx). Es un estudio de mínima radiación, indoloro, no invasivo, que en minutos mide la densidad mineral ósea en gramos por centímetros cuadrados de columna lumbar y cadera. En algunos casos antebrazo y cuerpo entero.

Con el resultado es posible decidir el tratamiento adecuado y monitorear sus los efectos.

En 1994, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió criterios para clasificarla; el patrón de referencia es el T-score, que se determina con los valores de densitometría ósea promedio de mujeres blancas, sanas de aproximadamente 25 años.

Se diagnostica osteoporosis si la densidad mineral ósea tiene un T-score mayor o igual a 2.5. Se considera baja masa ósea u osteopenia (Op) si está entre 1 y 2.5 DS.

Criterios densitométricos de la O.M.S.

Normal	+2.0
	+1.0
	0
Baja masa ósea u osteopenia	-1.0
	-2.0
	-2.5
Osteoporosis	-3.0
	-4.0
	-5.0

Indicaciones DXA

La Sociedad Internacional de Densitometría Ósea (ISCD, en su sigla en inglés) recomienda realizar un DXA a toda mujer a partir de los 60 años y a los hombres desde los 65 años de edad. Antes de esa edad, se indicaría la densitometría ósea de acuerdo a los factores de riesgo para OP:

- Menopausia precoz, espontánea o quirúrgica
- Antecedente familiar directo con osteoporosis o fractura de cadera
- Fractura por fragilidad previa
- Vida sedentaria
- Baja ingesta de lácteos
- Consumo de alcohol de 2 o más unidades /día
- Ser fumador
- Tratamientos con corticoides durante un largo período
- Trastornos crónicos como anorexia nerviosa, enfermedad celíaca, enfermedad de Crohn, hiperparatiroidismo primario luego de un trasplante, hipertiroidismo, artritis reumatoidea.

Si la persona tiene uno o más factores de riesgo no significa que tenga osteoporosis, pero podría estar en riesgo y deberá consultar a su médico, quien decidirá si se debe realizar una DXA.

El profesor argentino José Zanchetta recomienda: “Recordar que una fractura previa duplica el riesgo de cualquiera subsiguiente. La mayoría de los pacientes no son tratados luego de una fractura relacionada a esta enfermedad: 8 de cada diez mujeres no reciben tratamiento en el primer año posterior a una fractura relacionada a la osteoporosis”.



Tratamiento

Con el informe del DXA, los factores de riesgo para osteoporosis y estudios de laboratorio específicos, el médico con su paciente decidirá el tratamiento teniendo en cuenta los efectos secundarios, la tolerancia a la droga y las posibilidades económicas del paciente. Por ser una patología crónica la terapia será larga y exigirá gran adhesión.

Estilos de vida

El mejor tratamiento es la prevención, se debe iniciar en la niñez y continuar durante toda la vida. Este consiste en actividad física regular y contra la fuerza de gravedad, una dieta que incluya alimentos ricos en calcio (Ca) y proteínas. El otro nutriente clave es la vitamina D. Se sugiere 10 a 15 minutos por día de exposición al sol en las horas permitidas, en general junto con vitamina D administrada en forma oral, ya que la dosis diaria necesaria no se obtiene de los alimentos.

El ejercicio contribuye a formar la masa ósea en los jóvenes y disminuir la pérdida ósea en los adultos. Fortalece los músculos y mejora la coordinación y el equilibrio, lo que ayuda a reducir el riesgo de caídas. “El hueso será lo que el músculo regional quiera que sea”, sostuvo el médico argentino José Ferretti.



Tratamiento con medicamentos

Existe una amplia gama de opciones terapéuticas eficaces que mantienen y/o aumentan la densidad mineral ósea y disminuyen el riesgo de fracturas.

En los pacientes con un bajo riesgo son suficientes las medidas higiénicas, prevención de caídas y mantener una ingesta adecuada de calcio y vitamina D.

En los pacientes con un riesgo moderado de fractura se debe individualizar la necesidad de tratamiento farmacológico e iniciarlo siempre en aquellos con alto riesgo. Los fármacos más utilizados son inhibidores de la reabsorción ósea que frenan la destrucción como los bifosfonatos, los anticuerpos monoclonales como el denosumab y los fármacos osteoanabólicos que estimulan la formación de hueso como la hormona teriparatida.

Calcio y vitamina D

Las cantidades varían según las edades y estados biológicos (embarazo, lactancia). Si se presenta intolerancia a los lácteos, inapetencia u otra circunstancia por la cual no se pueda ingerirlos, la administración combinada de alimentos y suplemento pueden ayudar a alcanzar los requerimientos diarios de calcio de una manera más fácil y eficaz.

Las necesidades de calcio pueden provenir de la alimentación, pero las de vitamina D deben recibirse como medicación según indicación médica.

Aunque existe prevalencia elevada de déficit de vitamina D en algunas poblaciones, hay diferencias amplias en cuanto a las dosis de suplementación. Como norma general se recomienda 800-1.000 UI/día o sus equivalentes semanales o mensuales.

El objetivo global de cualquier estrategia de tratamiento de la osteoporosis es la reducción del riesgo de fractura.

Los cambios del estilo de vida son de recomendación universal y un enfoque clave para el manejo de la enfermedad, basados en la dieta con un consumo adecuado de calcio y vitamina D, evitar hábitos tóxicos, ejercicios regulares de resistencia y la prevención de caídas.

Recomendaciones de calcio		
	Edad	Ingesta diaria (mg)
Lactantes y niños	0 - 12 meses	200/260
	1 - 3 años	700
	4 - 8 años	1000
Adolescentes y adultos	9 - 18 años	1300
	19 - 50 años	1000
	51 - 70 años (Muj.)	1200
	51 - 70 años (Hom.)	1000
	Mayores de 70 años	1200
Embarazadas o lactando	14 - 18 años	1000/1500
	19 - 50 años	1000

Instituto de Diagnóstico e Investigaciones Metabólicas (IDIM).

Contenido de calcio en diferentes alimentos

Alimento	Tamaño porción	Calcio (mg)
Leche fluida	1 vaso (200 cc)	220
Leche en polvo	2 cucharas colmadas	250
Leche fluida fortificada	1 vaso	280
Leche en polvo descremada	2 cucharadas colmadas	244
Leche deslactosada	1 vaso	280
Leche chocolatada	1 vaso	214
Yogur firme - cremoso - bebible	1 vaso	215
Yogur con calcio extra	1 pote (120 g)	520
Yogur con calcio extra	Botellita (185 cc)	500
Queso untable cremoso	Cucharada tamaño postre	35 aprox.
Queso untable saborizado	30 g	105
Queso port salud	Tamaño tipo cassette (80g)	520
Queso en hebras	1 cucharada colmada	70
Queso ricota promedio	1 cucharada sopera colmada	155
Alimentos para personas intolerantes a los lácteos		
Sardinas en enlatadas en aceite	4 sardinas / 100 g	500
Higos listos para comer	4 frutas / 220 g	506
Tofu, poroto de soja, al vapor	100 g	510

Instituto de Diagnóstico e Investigaciones Metabólicas (IDIM).

Necesidades de calcio

Requerimiento diario recomendado para mayores de 51 años.



OPCIÓN 01	OPCIÓN 02	OPCIÓN 03	SOLO LECHE
2 tazas de leche	3 tazas de leche	2 potes de yogur	5 a 6 vasos
1 pote de yogur	1 pote de yogur	120 g de queso fresco	de 200 cc
100 g de queso fresco	50 g de queso fresco	100 g de queso bl. unt.	

Fuente: salud.bioetica.org

Recomendaciones de vitamina D del Institute of Medicine (IOM) - USA

Grupo etario	Recomendaciones sugeridas (IU/día)
Niños 0-6 meses	400 IU/día
Niños 6-12 meses	400 IU/día
1 - 70 años	600
> 70 años	600*

*Las recomendaciones de la International Osteoporosis Foundation, IOF para adultos de >60 años son 800 - 1000 IU/día para protección de caídas y fractura.



Caída del pelo: un problema diverso con múltiples causas

Dras. Paula Abelenda, Lídice Dufrechou y Alejandra Larre Borges - Dermatólogas

La alopecia es la pérdida patológica del cabello, independientemente de su causa o evolución. Constituye un problema en auge que afecta a gran parte de nuestra población y es uno de los motivos de consulta más frecuente en la práctica dermatológica diaria.

Existen diferentes tipos, pues no todas las caídas de pelo son iguales. Es importante examinar e interrogar a quien consulta por caída, pérdida de densidad en el cuero cabelludo o “peladillas” para diagnosticar correctamente el tipo y establecer su causa y tratamiento.

Hay muchos mitos en torno al crecimiento del pelo, sus cuidados y tratamientos. Estas son algunas de las preguntas frecuentes que se realizan en la consulta y que creemos es útil comentar.

¿Por qué es importante para las personas el cabello?

La cabellera es importante dado que ejerce no solamente una función biológica sino que también es un símbolo utilizado culturalmente para marcar tendencias, un elemento ornamental. Históricamente, los diferentes peinados acompañaron la evolución de la sociedad para expresar libertad, estatus social o poder, como en el antiguo Egipto. Asimismo, representaron ideologías emblemáticas, como la cultura punk entre otras, y en la actualidad es asociado con la juventud y la vitalidad.

El cabello proyecta una imagen al exterior y muestra rasgos de nuestra personalidad.



Cada persona tiene entre 150.000 a 200.000 pelos en el cuero cabelludo. El cabello crece aproximadamente 1 centímetro por mes. En un día perdemos un promedio de 40 a 60 cabellos. Los caucásicos

Cada persona tiene hasta
200.000
pelos en el cuero cabelludo
—
por día perdemos de
40 a 60
cabellos

tienen mayor cantidad de pelos por centímetro cúbico que los asiáticos. La característica de ser lacio o enrulado la da, respectivamente, la forma circular o elíptica del pelo en el folículo, es decir en el lugar en que este se origina en el cuero cabelludo.

¿Se me cae más el pelo si me lo lavo o cepillo todos los días?

No. El lavado y cepillado adecuado no aumentan la caída de pelo. Los cabellos que caen luego del baño o al peinarse son aquellos que estaban prontos para completar su ciclo vital.

Para que el cuero cabelludo se mantenga limpio, es necesario tener en cuenta las necesidades de cada persona a la frecuencia del lavado y el tipo de champú apropiado. El pelo debe lavarse las veces que sea necesario para que esté limpio. El exceso de oleosidad en el casco sí puede generar su caída.

¿El corte de pelo hace que crezca más rápido?

No. Cada folículo piloso tiene una fase de crecimiento determinada por factores genéticos y medioambientales los cuales no son alterados por el corte del pelo. Al recortar el largo y las puntas, que constituyen la parte más delgada del tallo piloso o fibra capilar, el cabello aparece como de mayor diámetro y, erróneamente, esto da la idea de aumento de su densidad.

Tampoco existen evidencias científicas que permitan respaldar la creencia popular de que el pelo crece más y más fuerte si se lo corta durante el cuarto creciente lunar. Sí se sabe que, por un proceso fisiológico, en los humanos, como en el resto de los animales, en otoño cae más el cabello.

¿Si me saco una cana me van a salir tres?

No. Cada folículo piloso da origen a un solo pelo, por lo que al sacar una cana o pelo terminal va a crecer otro único.

¿Qué es el efлюvio telógeno? ¿Cuáles son los motivos más frecuentes de caída de pelo?

El efлюvio telógeno es la causa más frecuente de la caída de pelo y, por ende, de motivo de consulta. Efлюvio significa caída y telógeno se refiere a la fase del ciclo de pelo en cual se produce. El mecanismo por el cual se genera obedece a factores externos o internos que afectan al pelo en la fase anágena o de crecimiento. En estos casos, esta fase se detiene para dar paso a las siguientes del ciclo. Esto provoca un pasaje precipitado a la fase telógena o de caída en la cual durante 3 meses se caerá el cabello. Debajo de cada hebra que cae hay otra brotando que lo empuja, por lo que la persona no se va a quedar calva. Este concepto es de suma importancia para dar tranquilidad a las personas que lo padecen.

Los factores que pueden producir la caída del pelo son múltiples. Ejemplos frecuentes son los cambios bruscos de peso, ciertos fármacos, cirugías, enfermedades infecciosas, fiebre alta, dengue, enfermedades inmunológicas, lupus, anemia, problemas de tiroides, dietas deficientes, el postparto, internaciones, o estrés intenso, entre otros.

Ante la caída del pelo sostenida o crónica, por más de seis meses, se recomienda realizar estudios de laboratorio, ya que la misma puede ser un indicador de enfermedades sistémicas. Es necesario encontrar el desencadenante para corregirlo y así detenerla.

¿Qué es la alopecia androgénica?

La alopecia androgénica es una causa muy frecuente de calvicie, afecta más frecuentemente a los

hombres. Se presenta generalmente en individuos de mediana edad y en mujeres luego de la menopausia, aunque cada día hay más casos reportados de inicio en la adolescencia.

Aproximadamente el 50% de los hombres de 40 años la presentan y casi el 80% de los mayores de 60 años. Es una alteración genética heredada y se debe a la acción de las hormonas sexuales masculinas, propias de hombres y mujeres, sobre receptores existentes en el pelo que están alterados. Por esa causa, el pelo cae en ciertas zonas, como en la coronilla y laterales de la frente en los hombres y no en las zonas posteriores, cercanas a la nuca, en las que los receptores no han sufrido modificación alguna y no responden a esas hormonas. Es la calvicie o "pelada", con su forma clásica, y reconocida sobre todo en el hombre por su frecuencia.

Existen múltiples tratamientos tópicos y sistémicos para enlentecer la caída del pelo y cada tratamiento debe ser adaptado al diagnóstico y repercusión que representa para el individuo.

¿Puedo prevenir la alopecia? ¿Existen tratamientos para detener la caída del pelo?

Todas las alopecias pueden recibir tratamiento, pero no todas son prevenibles. Las alopecias que se diagnostican tempranamente son pasibles de medidas para mejorar la progresión de la enfermedad. Hoy en día se cuenta con múltiples tratamientos, que van desde la aplicación de lociones tópicas, champús, infiltraciones, mesoterapia, laser, fibras capilares, medicación vía oral, hasta el trasplante capilar. Lo importante es que los recursos terapéuticos sean indicados por médicos especializados, de acuerdo a la evidencia científica y acompañados de información a los pacientes acerca de las expectativas de mejoría.

En resumen, la caída de cabello es normal y, cuando se torna excesiva, se denomina alopecia, la cual puede ser congénita, adquirida, reversible o irreversible.

La medida más importante es la consulta oportuna con un dermatólogo en el momento que se percibe el aumento de la caída de cabello. Esto permite un diagnóstico y tratamiento precoz con la máxima eficacia en cada caso. **N**

DERCOS
TECHNIQUE

RECUPERA TU
DENSIDAD CAPILAR



INNOVACIÓN
**DENSI-
SOLUTIONS**

**RESVERATROL &
STEMOXIDINA
DENSIFICADORA***

VICHY
LABORATOIRES



Claves para la buena nutrición del adulto mayor

Lic. en Nutrición Lucía Alba

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios fisiológicos, psicosociales y patológicos que, en conjunto, conducen a un incremento del riesgo de malnutrición. Es por esta razón que el cuidado nutricional se vuelve fundamental en esta etapa de la vida.

Cambios fisiológicos

Como consecuencia del envejecimiento, la masa magra corporal (músculos y huesos) disminuye al mismo tiempo que se produce un incremento de la masa grasa. La pérdida de masa muscular gradual, que se denomina sarcopenia, conlleva a una reducción en el gasto energético basal en los adultos mayores. También existe una merma en la cantidad de agua corporal total que pone en jaque el mantenimiento del equilibrio hídrico y, en consecuencia, incrementa el riesgo de deshidratación.

Asimismo, el sentido del gusto, la vista y el olfato se ven comprometidos con el avance de la edad y esto puede interferir con la percepción sensorial de los alimentos y modificar así las preferencias alimentarias.

La ingesta puede también verse alterada por la progresiva pérdida de piezas dentales y de fuerza en los músculos que intervienen en la masticación y deglución.

Finalmente, existen en este período alteraciones en el tracto gastrointestinal que enlentecen y dificultan el proceso de digestión, como ser: cambios en la mucosa gástrica, disminución de la motilidad intestinal que da lugar a estreñimiento, saciedad precoz, y cambios estructurales y funcionales en el colon.

Cambios psicosociales

En este período de la vida la repercusión emocional no es un tema menor. Situaciones como la jubilación, la soledad, la viudez, la disminución del poder adquisitivo, la pérdida gradual de autonomía o la dificultad en la aceptación al proceso de envejecimiento, dan lugar a situaciones de depresión, aislamiento y aburrimiento. Estos factores hacen que, muchas veces, las elecciones de alimentos estén establecidas en función de su menor costo, su facilidad de consumo o su mayor conservación, más que en la de sus cualidades nutricionales.

Cambios patológicos

La tercera edad puede traer consigo ciertas enfermedades crónicas y/o agudas que pueden verse agravadas por la malnutrición. Asimismo, pueden producirse alteraciones neurológicas que provoquen temblores, enlentecimiento de los movimientos o alteraciones en la memoria.

La medicación muchas veces interfiere con la ingesta de alimentos, así como también con su absorción y metabolismo.

Con frecuencia, se presentan intolerancias a algunos alimentos, y se incrementa el riesgo de diabetes e hipertensión arterial conforme avanza la edad. El perfil lipídico (concentración en sangre de colesterol y triglicéridos) también puede alterarse.

Una nutrición adecuada es importante

Todos estos factores conducen a una disminución del apetito y de la ingesta y, en consecuencia, a una dificultad para cubrir los requerimientos nutricionales de esta etapa.

Por eso, es muy importante tener en cuenta:

- Distribución de los alimentos en tres o cuatro comidas en el día. Dado que en esta etapa la sensación de saciedad suele llegar de manera precoz, es importante el fraccionamiento de la alimentación para lograr una ingesta suficiente de nutrientes y una mejor asimilación de ellos a lo largo de la jornada. A pesar de que algunos adultos mayores suelen quitar la cena, resulta importante mantener una ingesta frugal en la noche para evitar los ayunos muy prolongados.



- Consumo de alimentos de todos los grupos de acuerdo al sexo, edad, actividad física y patologías que pudieran estar presentes. Esto es a fin de preservar tanto la masa muscular como el sistema inmunológico y la función cognitiva, además de mantener normales los niveles de lípidos en sangre y contribuir a la prevención de enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, anemia, e incluso algunos tipos de cáncer.



- Refuerzo del consumo de frutas y verduras. Durante la tercera edad la absorción de algunas vitaminas y minerales se ve alterada. Las frutas y verduras no solo son fuente de estos micronutrientes, sino que además son determinantes en el aporte de fibra y de antioxidantes. La fibra dietética contribuye a optimizar la función gastrointestinal, además de contribuir a mantener niveles óptimos de glicemia y colesterol, disminuir el riesgo de desarrollar tumores y prevenir el estreñimiento.



- Aporte adecuado de proteínas, grasas y carbohidratos complejos. Frecuentemente el adulto mayor elimina de su dieta alimentos como las carnes por las dificultades en los procesos de masticación y digestión que acompañan esta etapa. Por eso es importante mantener un consumo adecuado de carnes rojas magras, pollo, pescado, así como leguminosas, como lentejas y porotos, que no solo aportarán proteínas (aunque de calidad diferente) sino también vitamina B12, hierro, ácido fólico, zinc y vitaminas A y D. Por su parte, los carbohidratos complejos (que se encuentran en los cereales enteros y derivados como harinas, pan, pastas, arroz, maíz, también en leguminosas, papas, boniato entre otros) contribuirán a alcanzar los requerimientos energéticos propios de esta etapa. Asimismo, se deberá reducir el consumo de hidratos de carbono simples para evitar el aumento rápido de azúcar sanguínea. Debe existir una ingesta adecuada de frutos secos, nueces y aceites vegetales para garantizar un buen aporte de ácidos grasos esenciales.

LA VIDA MERECE SER DISFRUTADA EN TODAS LAS ETAPAS



Cuando está indicado un suplemento, CN es la única línea que te brinda un producto para cada necesidad.

**CIBELES
NUTRITION**
www.cibeles.com.uy

Seguinos en:
f Cibeles Nutrition
CN_Uy
cn_uy



- Reducción en la ingesta de sodio. Es necesario evitar alimentos muy ricos en sodio como forma de mantener en niveles normales la presión arterial.



- Mantenimiento de una buena hidratación. Los cambios en el sistema nervioso que acompañan a la tercera edad provocan una disminución de la sensación de sed. La ingesta óptima de agua es determinante para diferentes procesos como el correcto funcionamiento de los riñones, el mantenimiento de la temperatura corporal y la correcta digestión, entre otros. El aporte hídrico debe estar dado principalmente por agua, pero también deben incluirse jugos naturales, frutas, verduras, leche, infusiones, caldos, etc.

- Restricción del consumo de comidas rápidas. Esto es necesario ya que suelen ser ricas en grasas saturadas, sal y azúcares. Es recomendable que la alimentación esté basada en comidas elaboradas en casa, que no solo contemplen los requerimientos nutricionales, sino también los gustos y las preferencias del adulto mayor.



- Restricción de la ingesta de alcohol y bebidas estimulantes, como el café, ya que alteran el sueño. El alcohol puede interferir en el metabolismo de ciertos medicamentos y modificar su efecto.



- Práctica de actividad física regular adaptada a las posibilidades y bajo autorización médica, de modo de mantener la masa muscular y, al mismo tiempo, reducir el riesgo de enfermedades, mejorar el estado de ánimo, prevenir la depresión, mejorar la capacidad funcional y favorecer la independencia y la calidad de vida. **N**



Para la prevención de
enfermedades cardiovasculares

Alimentos de la dieta mediterránea

Lic. en Nutrición Daniel Prendez

Resulta interesante observar como en diferentes regiones del mundo, la salud de la población tiene estrecha vinculación con las características de su alimentación.

La dieta mediterránea ha sido uno de los ejemplos más conocidos, dado los múltiples estudios publicados acerca de la incidencia en salud de los ya tradicionales alimentos que la representan.

De acuerdo con expertos, el alto consumo de pescados grasos, vegetales y frutas, aceite de oliva extra virgen, frutos secos, el bajo consumo de carnes rojas así como el moderado consumo de vino tinto, son parte del patrón alimentario más fuertemente relacionado con la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Nutrientes claves para la salud cardiovascular

Luego de años de analizar la dieta mediterránea, se pudo identificar cuáles son los nutrientes de mayor impacto en salud cardiovascular:



Animate a descubrir
la dulzura con más
opciones a tu medida

Ácidos grasos monoinsaturados

Este tipo de grasa tiene efectos favorables comprobados, fundamentalmente cuando sustituye a la ya conocida “grasa saturada” de la dieta. Las dietas altas en ácidos grasos monoinsaturados se han asociado a leve aumento del colesterol HDL en sangre (colesterol bueno), efecto antiinflamatorio, disminución de la oxidación de las moléculas de LDL (colesterol malo), mejoría de la resistencia a la insulina y disminución del estrés oxidativo (fenómeno que ocurre cuando hay un desequilibrio en nuestras células debido a un aumento de los radicales libres de oxígeno, acompañado de una disminución en los antioxidantes), todos efectos directamente relacionados con prevención de enfermedades cardiovasculares.

El aceite de oliva es uno de los alimentos que se caracteriza por un alto contenido en este nutriente.

Ácidos grasos omega 3

Otro grupo de alimentos característico de la dieta mediterránea es el de los llamados “pescados grasos”.

Especies como la sardina, arenque, caballa, bonito, atún, salmón entre otros, son típicas de la cuenca mediterránea.

La carne de estos pescados es especialmente rica en ácidos grasos omega 3.

La ingesta habitual de este tipo de grasa ha sido relacionada con una disminución de riesgo de insulinoresistencia, menor inflamación, disminución de formación de trombos, mayor capacidad de elasticidad de las arterias entre otros beneficios.

Vale destacar que poblaciones como la de los países del mediterráneo corren con ventaja, ya que tienen la posibilidad de ingerir dosis considerables de omega 3 en forma natural sin necesidad de utilizar suplementos, lo cual tiene un mayor beneficio sobre la salud cardiovascular de acuerdo a algunas publicaciones.

Ácidos grasos omega 6

Los ácidos grasos omega 6 provienen fundamentalmente del reino vegetal y se encuentran en alta concentración en algunos alimentos de consumo habitual en nuestro país como aceite de maíz, aceite de girasol común, aceite de soja, cereales y derivados, etc.

Si bien el consumo de estos ácidos grasos en su justa medida tiene beneficios para la salud cardiovascular, la ingesta excesiva parecería no ser tan beneficiosa.

En la dieta occidental, la abundante presencia de estos ácidos grasos es un hecho destacado y esta asociado a un aumento del grado de inflamación crónica o también llamada de baja intensidad, estrechamente vinculada a afecciones cardiovasculares.

En oposición, la dieta mediterránea es un buen ejemplo ya que se caracteriza por un menor consumo de ácidos grasos omega 6 y un mayor consumo de ácidos grasos omega 9 (monoinsaturados) y omega 3 que en países de occidente.

Antioxidantes

El alto consumo de frutas y verduras, cereales integrales, frutos secos y aceite de oliva, no solo aseguran un alto aporte de fibra y grasas de buena calidad, sino también una elevada ingesta de antioxidantes.

Estos compuestos están directamente relacionados con la prevención de enfermedades cardiovasculares.

En algunas publicaciones se ha planteado que la estrecha relación entre el consumo de aceite de oliva extra virgen y la salud cardiovascular, no se debe solo a la calidad de su grasa, sino fundamentalmente al alto aporte de compuestos fenólicos con un elevado efecto antioxidante contenidos en este alimento.

Los antioxidantes naturales tienen la capacidad de neutralizar sustancias nocivas que habitualmente circulan en nuestro organismo, fenómeno directamente vinculado a la prevención de eventos cardiovasculares entre otras patologías.

Ácidos grasos saturados

Las grasas saturadas abundan fundamentalmente en alimentos de origen animal como cortes grasos de carnes rojas, lácteos sin descremar, piel del pollo y también en productos industrializados o manufacturados como es el caso de fiambres y embutidos, bizcochos, budines comerciales, algunas galletitas y panificados, chocolates, helados, comidas rápidas, etc.

Si bien en los últimos tiempos algunos estudios cuestionan la relación directa entre el consumo de grasas saturadas y eventos cardiovasculares, múltiples publicaciones en el correr de estos años han asociado la ingesta excesiva de esta grasa a factores de riesgo para patología cardíaca como insulinoresistencia, inflamación crónica, aumento del colesterol y las LDL en sangre y disfunción endotelial (disminución de elasticidad de las arterias).

Por otro lado, las organizaciones internacionales con mayor autoridad en lo que refiere a prevención de enfermedades cardiovasculares, siguen recomendando en sus guías alimentarias evitar el consumo excesivo de esta grasa.

La dieta mediterránea sigue manteniendo como otra de sus características, una menor ingesta de grasas saturadas comparado con países como el nuestro.

Comidas rápidas y alimentos ultraprocesados

En varios países de occidente, el estilo de vida moderno nos ha llevado a preparar cada vez menos los alimentos en nuestro hogar, y a comer mucho más comidas al paso fuera de casa.

El predominio del consumo de alimentos industrializados o ultraprocesados por sobre la comida casera es innegable.

Esto provoca que nuestra alimentación sea cada vez más cargada de calorías, grasas inadecuadas, carbohidratos rápidos refinados, a la vez de ser cada vez más adictiva y con menos aporte de nutrientes cardiosaludables.

Si bien el consumo de alimentos ultraprocesados en países de Europa viene aumentando de acuerdo a estudios recientes, en Latinoamérica la incidencia de este hecho sigue siendo bastante más preocupante.

Una última reflexión

El paso de los años nos ha demostrado que la dieta mediterránea es sin duda otro de los ejemplos a seguir en pos de prevenir enfermedades crónicas.

Y tanto este ejemplo, como el de otros patrones de alimentación saludable en otras regiones del mundo, nos vuelven a confirmar una y otra vez la importancia que tiene la calidad de la alimentación cuando el objetivo es mejorar la salud de una población. **[N]**



Sucralight

Sucralosa

La línea **CERO** calorías con más opciones para tu comodidad

LÍQUIDO
X 100 ML



TABLETAS
X 100 Y 300



POLVO
X 120G



BASTONES
X 50 Y 100



Tender la mesa: un rito que evoca nuestro lugar en el mundo

Cristina Canoura - Periodista



Cuando era niña, el mantel de mi casa era de hule. Cada tanto, lo cambiaban y la compra del nuevo se esperaba con ilusión. La mesa era grande como para recibir dos veces al día a seis adultos y cuatro niños. Alrededor de ella se sentaban padres, abuelos y tíos.

“¡A poner la mesa!”, era la convocatoria cotidiana que hacía mi madre, a la hora del almuerzo, o mi abuela, a la cena cuando la comida estaba pronta.

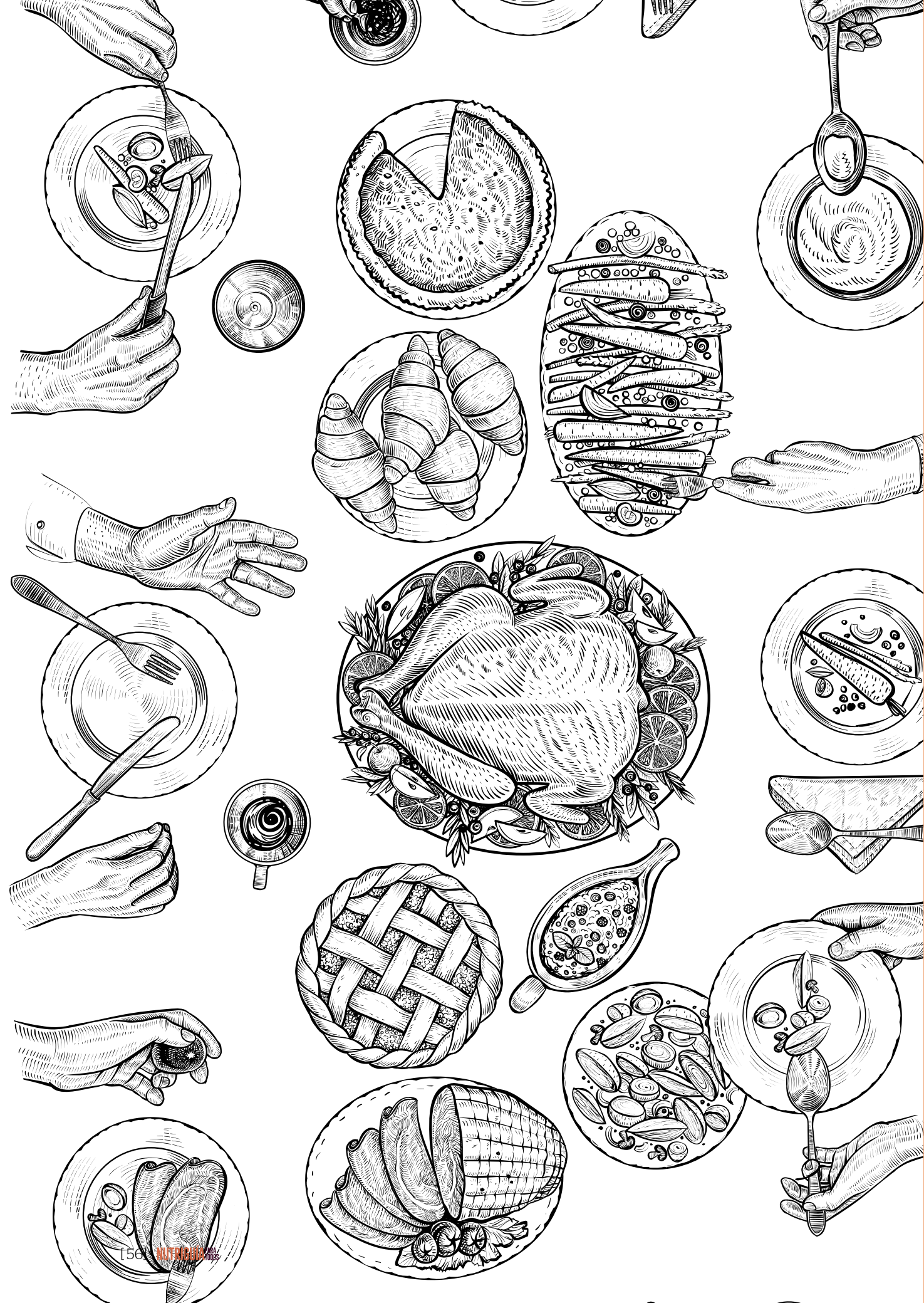
En ese momento, los niños pasaban el fregón para borrar los vestigios de juegos y tareas escolares, se distribuían platos, cubiertos y vasos por cada comensal y servilletas de tela. Los domingos y en ocasiones especiales, el hule se cambiaba por un mantel de tela bordado a mano, el agua por vino y, para los niños, con suerte, algún refresco de tanto en tanto.

A medida que crecíamos nos enseñaban a comer de todo, a empuñar los cubiertos y a esperar que todos dieran por finalizada su comida para reclamar el postre.

Recién después, y luego de pedir permiso a los mayores, los niños podíamos levantarnos para ir a jugar. La mesa de mi infancia fue silenciosa y aún recuerdo la orden de mi abuelo materno Francisco, hombre de pocas palabras: “Agarrá el pan y comé”. Recién después que mis padres lograron independizarse y tener una casa propia, la mesa se pobló de conversaciones cruzadas y largas sobremesas. Era la hora de los recuerdos, de compartir relatos del día a día, o una buena cantarola.

La mesa tendida de la infancia tenía olor a ravioles y tallarines caseros, a croquetas de papa y bondiola. Si cierro los ojos, puedo recrear la imagen de mi abuela Carmelita luego de la siesta, con su codo apoyado sobre la mesa y la mano en las mejilla, pensando qué iba a cocinar esa noche. De su decisión dependían los mandados que hacía una de mis tías de mañana y de tarde.

Los niños de mi familia comimos polenta con grelos, nabizas en el puchero, ensalada de radicha y radicheta. Jamás se nos hizo una comida diferente, salvo el día que a mi abuela se le antojó comer caracoles de tierra, que mi tío curó en afrecho (hoy se lo llama salvado) en un cajón construido para la ocasión. La tortilla de papa fue mi salvación, y la de mi padre, los dos únicos rebeldes con cara de asco.



En busca del tiempo perdido

Hace poco tiempo, leí una nota en el diario La Nación, de Argentina, de 2015, escrita por la periodista Eva Mastrogiulio, a la que titulé “Tender la mesa, tender la vida: nuestro lugar en la cadena de generaciones”.

“Cada vez que nos sentamos a una mesa para comer nos asomamos a una larga y compleja historia. Tanto la mesa como las sillas han sido construidas por alguien en algún lugar. Acaso esas mismas personas, u otras, han preparado o recogido las materias primas para la producción. Otros han tejido o fabricado el mantel. Y otros manufacturaron la vajilla. Para que los alimentos estén ante nosotros listos para ser consumidos, hay quienes proveyeron los ingredientes, ya sea sembrándolos, cosechándolos, moliéndolos o procesándolos de diferentes maneras. Y hubo los que los prepararon, mezclándolos, cociéndolos, condimentándolos, transformándolos. Cuando comenzamos a masticar ese bocado se cierra un largo relato que incluye a muchas personas. La mayoría no se conoce entre sí, quizá nunca pasaron por los mismos lugares, o que ni siquiera hayan coincidido en el tiempo, puesto que sillas, mesas y vajillas pueden perdurar a través de siglos, mientras las personas y los alimentos son perecederos.

Comer nos mantiene vivos. Y para que podamos comer eso que nos alimenta son muchos los que participaron, casi todos sin conocernos, simplemente haciendo cada uno lo suyo. Gracias a ellos, estén donde estén, existan o hayan fallecido, nos sentamos a la mesa tendida ante nosotros y tenemos allí lo que comemos. Por este simple acto cotidiano, que incluso podemos atravesar distraídos, debemos gratitud a mucha gente. Comemos, en fin, porque varias generaciones nos prepararon la mesa”, dice la autora.

Y es así. El simple hecho de usar la vajilla heredada de los mayores, aunque esté cascada; las copas desiguales que fueron quedando con el paso de los años, el rallador de fruta de vidrio que perteneció a un primo mayor; los cubiertos de alpaca que tanto trabajo da mantenerlos lustrosos, todo eso nos da pertenencia y nos permite trazar una historia que se trasmite de generación en generación.

En busca del fuego

Aunque en la casa no haya estufa a leña ni parrillero es preciso alimentar el fuego, el que da calor y cobijo.

Para ello, tiene que haber, en primer lugar, una mesa que congrege. Que tenga un mantel grande o uno individual donde apoyar el plato, que cada comensal tenga su lugar, porque no es lo mismo sentarse en una silla que en un almohadón en el piso ni poder mirarse las caras que fijar la vista en la pantalla de un televisor o del celular.

Es muy cierto que no se viven los mismos tiempos que hace 50 años, que las madres tienen empleos fuera de la casa, que las abuelas están activas, que los niños almuerzan en la escuela, que por eso se cocina poco. Pero, si no se hace un lugar para el encuentro, aunque sea una vez al día, correremos el riesgo de perder nuestro lugar en el mundo, nuestro anclaje en la epopeya de la familia.

O como dice Eva Mastrogiulio: “El acto de sentarse a la mesa es un llamado de atención sobre nuestro lugar en la cadena de las generaciones y la continuidad de la especie y del planeta, sobre la responsabilidad que tenemos hacia los otros y sobre la gratitud. Es, también, una oportunidad para advertir cómo se gesta y se perpetúa la memoria. Y una invitación a que no nos levantemos de la mesa sin un pensamiento o una palabra de agradecimiento. Y sin la decisión de participar, de algún modo, en la preparación de la mesa y los alimentos para los próximos comensales”. ■

Legado, presente y futuro
del Teatro Solís

El emporio de las artes escénicas

Javier Alfonso - Periodista cultural



Sus cimientos y muros fundacionales fueron construidos en plena Guerra Grande (1839-1851). Enclavado en el epicentro de la vida ciudadana, el Teatro Solís siempre estuvo allí, viendo pasar el tiempo, desde que Uruguay es Uruguay. Como lugar de encuentro central de nuestra sociedad, está en pie de igualdad con sitios como el Palacio Legislativo o el Estadio Centenario. Es, en la perspectiva histórica, la máxima plataforma del teatro, la música, la danza y la ópera en Uruguay.

Fue concebido como uno de los primeros proyectos para la flamante capital del nuevo país independiente. En 1840 un grupo de particulares formó una comisión para construir un gran teatro, a imagen y semejanza de las grandes salas europeas.

El encargado de elegir el predio e idearlo fue el arquitecto italiano Carlo Zucchi, quien diseñó la Plaza



Independencia y el Cementerio Central.

Pero, la construcción fue encomendada, en 1841, al arquitecto Francisco Garmendia, quien se basó en el proyecto de Zucchi. Los trabajos se interrumpieron durante nueve años por la Guerra Grande, y la sala fue inaugurada el 25 de agosto de 1856, con una función de la ópera Ernani, de Verdi, por una compañía italiana. Desde el primer día quedó instaurada la tradición de encender la farola roja durante las funciones.

En 1875, Juan Manuel Blanes pintó el telón de boca y en 1887 se inauguró la iluminación eléctrica con la actuación de la legendaria Sarah Bernhardt. También ese año abrieron las naves laterales que albergaron cines, teatros, restaurantes, oficinas, viviendas, museos, farmacias, escuelas, y hasta alguna fonda. En el siglo XX funcionarían allí el restaurante El Águila, el Museo de Historia Natural, la Escuela

Multidisciplinaria de Arte Dramático (EMAD), el Cine Parlante y la vieja sala Zavala Muniz.

A lo largo de sus 162 años de historia pisaron esas tablas estrellas como Carlos Gardel, Enrico Caruso, Arturo Toscanini, Vivien Leigh, Ana Pavlova, Lola Membrives, Josephine Baker, Marcel Marceau y un tal Vittorio Gassman; maestros como Arthur Rubinstein, Zubin Mehta y Daniel Barenboim; glorias del jazz como Louis Armstrong y Charles Mingus; de la danza, como Rudolf Nureyev y Julio Bocca, y del tango, como Julio Sosa, Aníbal Troilo, Roberto Goyeneche y Astor Piazzolla. Y los nuestros: China Zorrilla, Estela Medina y Alberto Candéau, Mateo, Cabrera y Darnauchans, Jaime, Rada, Canoura, Drexler, Nasser, Estela Magnone y Ana Prada.

El Solís atravesó el militarismo, las revoluciones, el batllismo y la dictadura de Terra como una sala privada. Recién en 1937 fue adquirido por la Intendencia de Montevideo (en 640 mil pesos de la época), severamente deteriorado por su desenfrenado uso como salón de fiestas. Entre 1943 y 1945 fue cerrado y restaurado y desde entonces se suprimió su alquiler a privados.

Estatizado el teatro, por primera vez se transformó en una plataforma de política cultural pública; en 1947 se creó la Comedia Nacional y dos años después la EMAD, ambas afincadas en el teatro.

Los responsables fueron dos pioneros de la gestión cultural uruguaya: el dramaturgo, periodista y legislador colorado Justino Zavala Muniz, y el autor, director, crítico y empresario teatral Ángel Curotto, quien dirigía la Comisión de Teatros Municipales. Entre ambos convencieron a la famosa actriz catalana Margarita Xirgu, exiliada en Buenos Aires a causa del franquismo, de que se instalara en Montevideo para dirigir la EMAD y dirigir las puestas de la Comedia Nacional durante casi una década.

La Orquesta Filarmónica de Montevideo, fundada hace exactamente 60 años, es el otro residente histórico del Solís. A partir de los años 90, Federico García Vigil dotó a la Filarmónica de una potente vocación popular, con múltiples cruces sinfónicos con el tango y otras músicas regionales.

Un principio de incendio contenido a tiempo evidenció que luego de 140 años de desgaste, el Solís era un edificio obsoleto y demasiado vulnerable. A fines de 1998 fue cerrado para ser nuevamente refaccionado. Pero esta vez la refacción sería la mayor en su historia, una inversión de la administración (del Frente Amplio) que ascendió a 14 millones de dólares. Cada

centímetro cuadrado del edificio fue restaurado o reconstruido. Nuevos escenario y caja escénica, nuevos equipos de luces y sonido, nuevos camarines, baños y ambulatorios, nuevos pisos de madera, butacas, telones y galerías en forma de herradura. Y un dato no menor: los 1.200 espectadores ingresan por la misma puerta, desde la platea al paraíso. No más espectadores de segunda clase entrando por los costados.

El 25 de agosto de 2004, el nuevo Solís reabrió, dirigido por Gerardo Grieco, quien había probado sus virtudes como gestor en la Sala Zitarrosa, y quien luego pasaría a dirigir el nuevo Auditorio Adela Reta del Sodre.

En estos 14 años, el Solís ha vivido una etapa de crecimiento continuo como centro cultural. Grieco fue sucedido en la dirección por Cacho Bagnasco (2012-2013) y desde 2014 por Daniela Bouret.

En 2005, se inauguró en el subsuelo el Centro de Investigación, Documentación y Difusión de las Artes Escénicas (Ciddae), que contiene el archivo histórico del Solís y ha sumado acervo externo como el Archivo Zitarrosa. Desde ese año, el Solís y la Filarmónica son una compañía de ópera que produce tres o cuatro títulos cada año. En 2008 se habilitaron las oficinas y salas de ensayo de los cuerpos estables y se abrió la nueva sala Zavala Muniz, para unos 200 espectadores, espacio polivalente que ha dinamizado sectores como la danza contemporánea y la música emergente.

El Solís cuenta hoy con dos restaurantes, una tienda, dos espacios de exposiciones (subsuelo y escaleras), y una tercera sala, la Delmira Agustini, en el ala Oeste de la planta alta. En 2017, se inauguró el nuevo depósito de vestuario de la Comedia, en la cubierta superior, encima de la platea. Además, se dio estatus de elenco residente a la Banda Sinfónica de Montevideo, que ahora actúa periódicamente en la sala principal.

Cada año más de 200.000 personas concurren al Solís. La gestión de Bouret ha puesto especial énfasis en los programas de formación de públicos e inclusión social, como "Un pueblo al Solís", que desde 2009 trajo más de 12.000 personas del interior a conocer el teatro, y sistemas de audiodescripción que permiten al público no vidente presenciar los títulos de la Comedia Nacional, como Yerma, actual cabeza de cartel del teatro. Para que, como bien dice el lema de esta temporada, todos puedan decir "estoy en el Solís". **N**

Esta mujer mata

Milton Fornaro



Cuando Mercedes Rosende (1958) publicó *La muerte tendrá tus ojos* en el año 2008, se constituyó en el acto en la primera escritora uruguaya autora de una novela policial. Esto sería recordado como una anécdota o el simple dato de una estadística estéril, si la novela no se hubiera impuesto por sus indudables méritos literarios. En un país donde por muchísimos años los escritores y los críticos miraron con ojeriza un género que a mediados del siglo pasado se había impuesto en gran parte del mundo, la presencia de una voz propia, original y renovadora merece escucharse, sea de mujer o de hombre.

Afortunadamente, Rosende siguió en esa línea. La continuó con *Mujer equivocada* (2011) y luego con *El miserere de los cocodrilos**. Se ha dicho que el neo policial latinoamericano que comenzó a publicarse en la década del 80, cuando las dictaduras militares comenzaban a ceder se ha erigido en la nueva novela social de América Latina. Sin ser tan categóricos podemos decir que el neo policial, o la novela criminal, como otros desean denominarla, reúne elementos suficientes que permiten al lector hacerse una composición de lugar desde la perspectiva de lo social.

En la literatura policial clásica, también llamada de enigma, los creadores se centraban en plantear qué pasó y en responder (para eso estaban

el investigador o la investigadora) cómo ocurrió, lo que conducía al culpable. El fin último de esta clase de novelas es restituir el orden alterado. Cuando eso ocurre, todos, también los lectores, duermen felices. En la década del 20 del siglo pasado, las circunstancias sociales estadounidenses determinaron un giro en la línea inventada por Edgar A. Poe en 1841. El enigma se instaló en la vía pública, porque en aquel tiempo en Estados Unidos los crímenes tenían como escenarios las calles. Así se desarrolló una literatura realista descarnada, trepidante de acción y violenta, que comenzó a preguntarse por qué ocurrían los crímenes. Asimismo, mientras se describía una situación se estaba recreando una época, donde los culpables no eran únicamente los que abrían fuego o robaban, y por lo tanto aparecían en los diarios. El crimen también existía porque había policías y jueces corruptos, banqueros codiciosos, y empresarios de cuellos duros y manos sucias. El neo policial latinoamericano es heredero de esa vertiente.

Ambientadas en Montevideo, con personajes y paisajes reconocibles, las novelas de Rosende nos resultan familiares, cercanas a lo que es nuestra vida cotidiana. Las situaciones planteadas tampoco están alejadas de las que conocemos directamente, o de las que tenemos noticias.

En *El miserere de los cocodrilos* no puede sorprendernos que una banda de delincuentes asalte un camión de caudales. Sin embargo, este hecho que podría agotarse en una crónica periodística, es el desencadenante de una serie de sucesos, inscritos en una trama bien urdida, atrapante desde el inicio. El asalto en sí es el pretexto para bucear en las complejidades de los personajes tan bien creados. Me refiero a la siniestra, glotona y mirona Úrsula López (que había aparecido en *La muerte tendrá tus ojos*), al abogado penalista y delincuente Antinucci, a la comisaria Leonilda Lima, y hasta el infeliz Germán. Todos son piezas de un engranaje que funciona muy bien, en una historia donde la autora no escatima recursos literarios para convencer al lector de la verosimilitud de lo narrado.

A manera de ejemplo de lo anterior, la audacia de abrir la novela con una página y media en la que se describe una visita a los presos encarcelados, es una apuesta fuerte. En otras manos, una descripción puede resultar monótona, enumerativa y en definitiva poco estimulante para continuar la lectura. No lo es en el caso de Rosende, que sabe bien dónde dirigir sus pasos. Lo mismo ocurre cuando se ocupa de escenas donde los hechos se suceden vertiginosamente (el asalto en sí), o describe, por ejemplo, el efecto de un disparo que da en la cara de un desgraciado. En

esos momentos, Mercedes Rosende es una aplaudidora que me recuerda a Jim Thompson. Sin duda que ella ha aprendido las lecciones de los maestros del género, y no obstante sigue siendo original.

Una aproximación respecto al título de la novela, que reproduce textualmente el último verso de un soneto de Julio Herrera y Reissig. El Salmo 50, atribuido al rey David, también conocido como *Miserere* se denomina así porque en su versión latina comienza con el sustantivo miserere, que en nuestro idioma significa misericordia. El término no estaría mal aplicado aquí, ya que la compasión parecería sobrevolar esta novela.

Quizá ésta termine siendo una historia piadosa. Aunque no es seguro que sea así. Es tan dudoso como lo puede ser la misericordia de los cocodrilos, reptiles que se caracterizan por llorar con lágrimas falsas. ■

**El miserere de los cocodrilos* de Mercedes Rosende. Estuario Editorial, Montevideo, 2016. 226 págs.

Las frutas y hortalizas del invierno

Ingeniero Agrónomo Pablo Pacheco - Comisión Administradora del Mercado Modelo

La llamada Canasta Inteligente es una herramienta de comunicación creada en el marco de la campaña de promoción de la alimentación saludable basada en frutas y verduras. Es llevada adelante por el Mercado Modelo y la Dirección General de la Granja llevan adelante desde el año pasado. La campaña se llama “Mejor de Estación” y tiene una fanpage de Facebook donde se sube toda la información de recetas, consejos prácticos para la elección en el punto de ventas y la conservación en casas.

No se trata de una canasta física, sino de un listado de nueve productos que se actualiza cada dos semanas. Los criterios para la elección de los productos son su abundancia, calidad y precio, teniendo en cuenta su estacionalidad, pero también las coyunturas que favorecen su abundancia.

El objetivo es invitar a los consumidores a tener en cuenta la lista recomendada a la hora de planificar las compras de frutas y hortalizas, como una forma de racionalizar el gasto y consumir los productos en su mejor momento.

La Canasta Inteligente nos ha servido de pretexto para divulgar varios mensajes de importancia. Por ejemplo:

- Que es urgente incrementar el consumo de frutas y hortalizas de los uruguayos, el cual apenas se ubica un poco por encima de la mitad de las recomendaciones de la Organización

Mundial de la Salud (al menos 400 gramos por persona por día, sin contar papa y boniato).

- Que los precios de los productos son más bajos cuando estos son más abundantes ya que la formación de precios está explicado por la relación entre la oferta y la demanda.
- Que las frutas y hortalizas son productos con un comportamiento estacional, por lo que su abundancia, calidad y precio van cambiando a lo largo del año.
- Que, además, la oferta puede variar en forma muy importante de un año a otro, ya que la producción no sólo depende de la superficie sembrada, sino también de la tecnología aplicada, las condiciones meteorológicas durante el período de desarrollo del cultivo y en ocasiones del potencial de conservación.

Pero el mensaje más importante que la Canasta Inteligente nos permite comunicar es que, independientemente de lo malas que hayan sido las condiciones del año para el desarrollo de los cultivos, y de la época del año en qué nos encontremos, siempre hay algunos productos que presentan gran abundancia de oferta, buena calidad comercial y nutricional y precios relativamente bajos.





Frutas y hortalizas de invierno

Los productos que con mayor frecuencia están presentes en la oferta durante el invierno son:

- 1. Aquellos que por sus características fisiológicas como especie botánica resisten las bajas temperaturas e incluso las heladas leves que habitualmente se producen en nuestro país en la estación en cuestión, todos estos se van cosechando durante el invierno y son comercializados en los días inmediatos a la cosecha.
- 2. Cultivos que fisiológicamente requieren condiciones estivales para su desarrollo, producidos en condiciones protegidas, como por ejemplo invernáculos.
- 3. Los que presentan un potencial de conservación que permite que lleguen a tener oferta abundante y buena calidad a pesar de haber sido cosechados en verano u otoño.
- 4. Los importados.

Dentro del primer grupo se destacan algunas hortalizas de hoja, brote e inflorescencia como lechuga, acelga, espinaca, puerro, brócoli, repollo, remolacha; asimismo podemos mencionar la zanahoria y los citrus, en especial la mandarina que en esta época del año es la reina de las frutas, desplazando incluso a la banana, la manzana y la naranja para convertirse en la más consumida.

Los principales ejemplos del segundo grupo son tomate, morrón y zapallito. Generalmente presentan precios elevados debido a que su producción es realizada en condiciones forzadas, con altos costos y en especial en la zona del litoral norte del país, lo cual agrega un alto componente de flete a sus costos.

En cuanto al tercer grupo, cuya oferta invernal se debe a factores de potencial de conservación, podemos destacar la papa, la manzana, la cebolla, el boniato, los zapallos (criollo, calabacín, kabutiá y calabaza).

Claramente la gran integrante del último grupo es la banana que ostenta, a pesar de no ser producida en nuestro país, el primer lugar en el consumo de frutas en el año y el segundo lugar en el período invernal. Todos estos productos son los que con mayor pro-



babilidad integrarán las Canastas Inteligentes invernales, pero puede ocurrir que alguna coyuntura meteorológica puntual afecte la producción de uno o varios de ellos, con lo cual se reduce su presencia en la oferta, perjudicando su calidad y subiendo su precio. De ahí una de sus principales utilidades es actualizarse según la realidad cada pocos días.

El consumo de productos de estación que promueve esta iniciativa también está íntimamente relacionado con el consumo de productos locales y de producción familiar. Esto a su vez promueve no solo el mantenimiento de un entramado social rural fuerte, reduciendo así la migración del campo a la ciudad que es tendencia en nuestro país y en el mundo, sino también la mejor distribución de las riquezas que se da cuando la ganancia es para las pequeñas y medianas empresas de la cadena producción consumo.

La tendencia a demandar todas las frutas y hortalizas durante todo el año, independientemente de su estación, promueve la aplicación de tecnologías cada vez más caras a la producción, lo que no solo encarece el producto, sino que también incrementa el costo ambiental asociado a su producción, costo que tarde o temprano debemos comenzar a tener en cuenta en nuestras decisiones, incluso como consumidores.

Podemos concluir que, al consumir frutas y hortalizas de estación, no sólo se accede a mejores productos a precios razonables, sino que también de alguna forma, estamos asumiendo como consumidores un compromiso con cuestiones sociales, ambientales y éticas. A veces los grandes cambios comienzan con pequeñas decisiones. **■**

GOURMET[®]
SOPAS

PRONTAS, SOLO CALENTAR Y SERVIR

TRADICIONAL
SIN SAL
AGREGADA

LIGHT & SIN SAL
DE VERDURAS

DE CALABAZA

SIN conservantes

Alimentos DEAMBROSI

RECOMENDADO POR ACELU[®]
(LIBRE DE GLUTEN)

Risottos variados

Lic. en Nutrición Andrea Gamarra

Risotto de camarón y leche de coco

4 porciones



- 1 **Pelar y picar**
1 cebolla mediana
2 dientes de ajo
- 2 **Lavar**
2 tazas de camarones pelados
- 3 **Lavar y picar**
1 morrón
1 tomate
hojas de cilantro a gusto
- 4 **Calentar** en una olla
1,5 litros de agua con un cubito de carne
- 5 **Saltear** en un wok previamente aceitado
la cebolla picada
1 diente de ajo picado
- 6 **Agregar y mezclar**
2 tazas de arroz Arborio
½ taza de vino blanco
- 7 **Agregar** gradualmente el caldo de carne
y **revolver** constantemente.
- 8 **Añadir** y continuar revolviendo
½ taza de leche de coco
- 9 **Cocinar** hasta que el grano de arroz
esté al dente. **Agregar** más caldo si es
necesario.
- 10 **Saltear y cocinar** aparte
1 diente de ajo picado
el morrón picado
el tomate picado
los camarones
- 11 **Agregar** la preparación de camarones al
arroz. **Mezclar.**
- 12 **Retirar del fuego. Agregar y mezclar**
1 cda. sopera de aceite de oliva
- 13 **Agregar** la preparación de camarones al
arroz. **Mezclar.**
- 14 **Servir** caliente.

Risotto de almendras, queso brie y miel

4 porciones



- 1 **Calentar** en una olla 1,5 litros de caldo de verdura
- 2 **Saltear** en un wok previamente aceitado 1 cebolla morada picada 1 diente de ajo picado
- 3 **Agregar y mezclar** 2 tazas de arroz Arborio
- 4 **Añadir y revolver** hasta que se evapore ½ taza de vino
- 5 **Agregar** gradualmente el caldo de verdura y **revolver** constantemente.
- 6 **Cocinar** hasta que el grano de arroz esté al dente. Agregar más caldo si es necesario.
- 7 **Condimentar** con pizca de sal y pimienta
- 8 **Agregar** por último 120 g de queso brie en trozos 1 y ½ cda. de miel 4 cdas. soperas de almendras picadas hojas de perejil picado
- 9 **Espolvorear** con 4 cdas. soperas de queso parmesano rallado
- 10 **Servir** bien caliente.

Nuevo envase



CANARIAS

Nuestra manera de tomar té

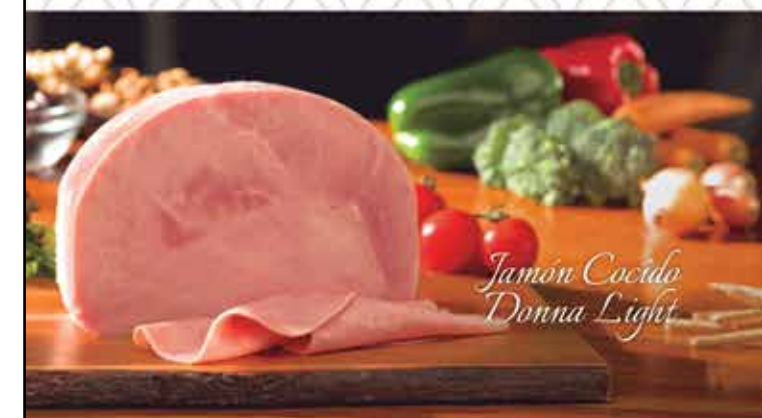


- 1 **Colocar** en una olla para preparar un caldo
1 litro de agua
1 cebolla mediana picada
1 diente de ajo picado
hojas de albahaca
pizca de sal y pimienta
- 2 **Colar** el caldo y **reservar**
- 3 **Saltear** en un wok previamente aceitado
1 cebolla picada
1 diente de ajo picado
- 4 **Añadir y mezclar:**
3 remolachas cocidas y ralladas
2 tazas de arroz Arborio
½ taza de vino blanco
- 5 **Agregar** gradualmente el caldo de verdura y **revolver** constantemente.
- 6 **Cocinar** hasta que el grano de arroz esté al dente. **Agregar** más caldo si es necesario.
- 7 **Retirar** del fuego y **espolvorear** con
4 cdas. soperas de nueces picadas
4 cdas. soperas de queso parmesano rallado.
- 8 **Servir** bien caliente.

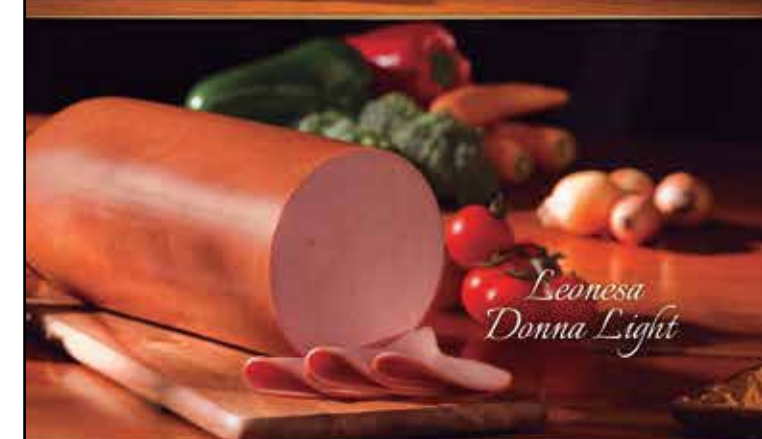
Donna
· LIGHT ·

NUEVO

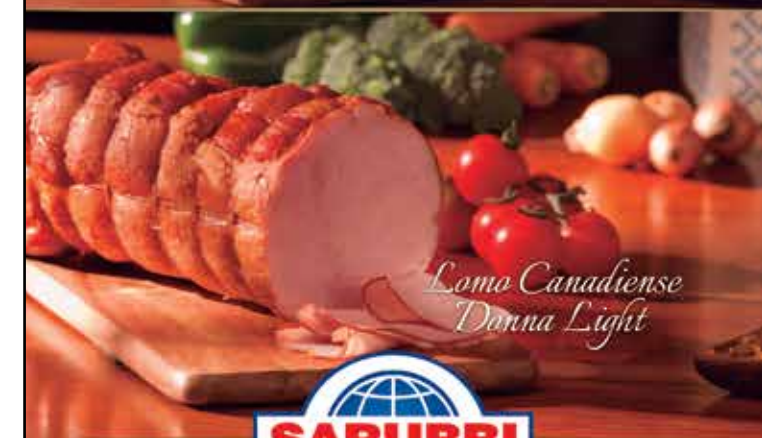
BAJOS EN GRASAS · NO CONTIENEN AZÚCARES
REDUCIDOS EN SODIO · SIN LACTOSA



Jamón Cocido
Donna Light



Leonesa
Donna Light



Lomo Canadiense
Donna Light



0%
GRASAS TRANS



ACELU®



- 1 **Pelar y picar**
1 cebolla mediana
1 diente de ajo
- 2 **Lavar y cortar en trozos**
1 taza de hongos
- 3 **Lavar y picar**
1 taza de kale
- 4 **Calentar** en una olla
1,5 litros de caldo de verduras
- 5 **Saltear** en un wok previamente aceitado
el ajo picado
la cebolla picada
los hongos trozados
- 6 **Agregar y revolver**
2 tazas de arroz Arborio
½ taza de vino blanco
- 7 **Agregar** gradualmente el caldo de verdura y **revolver** constantemente.
- 8 **Cocinar** hasta que el grano de arroz esté al dente. **Agregar** más caldo si es necesario.
- 9 **Condimentar** con
Pizca de sal
Pizca de pimienta
Hierbas a gusto
- 10 **Hornear** hasta que esté crocante el kale con aceite de oliva y una pizca de sal.
- 11 **Añadir** a la preparación del arroz y **mezclar**
1 taza de calabacín cocido en cubos
4 cdas. de queso parmesano
2 cdas. de queso crema
el kale crocante (chips)
- 12 **Servir** bien caliente.



Nestlé
Justo lo que
Necesitás

En **NESTLÉ** estamos comprometidos a guiar a **personas y familias** a llevar un estilo de **vida saludable**.

Mirá los videos de **#JustoLoQueNecesitás** para informarte sobre **tips y secretos** para aprender a manejar las **porciones adecuadas**.

¡**Cuidar las porciones** e incluir todos los **grupos de alimentos** es fundamental para una **alimentación saludable**!



LECHE CONAPROLE, SIEMPRE TE ACOMPAÑA.

LECHE OMEGA 3
CORAZÓN SANO



**LECHE CON HIERRO
Y VITAMINAS**
IDEAL PARA EL CRECIMIENTO



LECHE DESLACTOSADA
PARA TODOS

