

ENTREVISTA CON JOSÉ ANDRÉS, CHEF

**“La comida saludable es la que tomas en su justa medida”**

**Nace el Centro Integral de  
Obesidad y Sobrepeso (CIOS)**



### CONSEJO EDITORIAL

#### Presidente

José María Sánchez de la Peña

#### Director

Dr. Joaquín Martínez Hernández

#### Vocales

Dr. Rafael Alfonso Ochotorena

Salvador Romero Díaz

Antonio González Gil-García

### CONSEJO DE REDACCIÓN

#### Director

Antonio González Gil-García

#### Diseño y coordinación editorial

Ibáñez&Plaza Asociados, S.L.

correo@ibanezyplaza.com

www.ibanezyplaza.com

#### Impresión

Gráficas 82, S.L.

#### Depósito Legal

M-2172-2013

#### Clínica La Luz

General Rodrigo, 8

28003 Madrid

Tel 914 530 200

comunicacion@clinicalaluz.es

www.clinicalaluz.es



# ÍNDICE

Editorial ..... 3

## NOTICIAS

- Los nuevos desarrollos tecnológicos permiten a las personas con amputaciones hacer una vida normal ..... 4

- Un abordaje precoz del envejecimiento facial evita tratamientos agresivos en la madurez ..... 5

## REPORTAJE

- Nace el Centro Integral de Obesidad y Sobrepeso (CIOS) ..... 6

## ENTREVISTAS

- "Sólo las dietas equilibradas hacen perder grasa"  
*Dra. Clotilde Vázquez* ..... 8

- "La cirugía de la obesidad tiene resultados muy buenos"  
*Dr. Manuel Miras* ..... 9

- "La comida no debe usarse nunca para sentirse mejor o mitigar la ansiedad"  
*Susana Cantón* ..... 10

## ACTUALIDAD CIENTÍFICA

- Un autotest permite detectar si una dieta para perder peso es incorrecta ..... 11

- Estrés y falta de sueño, factores que más influyen en la aparición de la migraña ..... 12

- El plasma rico en factores de crecimiento regenera el tejido mandibular ..... 12

- Un test genético predice el comportamiento del cáncer de próstata ..... 13

- La braquiterapia consigue curar el 95% de los casos de cáncer de próstata localizado en estadio inicial ..... 13

## AMIGOS DE LA CLÍNICA

- José Andrés: "Tenemos que ser todos más consecuentes para frenar la obesidad" ..... 14

## NUEVOS SERVICIOS

- Consulta de Enfermería, nuevo servicio dirigido al autocuidado de la salud ..... 16

## PREMIOS

- El Dr. Rivera, Gran Cruz de la Comunidad de Madrid . 17

- Premios Pérez Castro ..... 17

- Torneo de Golf a favor de la ELA ..... 17

## COMPAÑÍAS & COLABORADORAS

- Real Academia Española ..... 18

## LA LUZ SOLIDARIA

- Diez horas diarias de quirófano en el corazón de África ..... 19



# En continua expansión

**H**oy más que nunca el movimiento es señal de salud, sobre todo en las entidades dedicadas a la asistencia sanitaria. La Clínica La Luz lleva más de dos años embarcada en un proceso de expansión continua que se caracteriza por la incorporación de profesionales y la apertura de nuevos servicios y unidades más adaptados a las necesidades de salud de cada uno de nuestros pacientes.

En el marco de esta política ya son una realidad nuevas unidades que estamos seguros de que nos van a permitir ofrecer a nuestros pacientes una asistencia a la medida de sus requerimientos, con asistencia médica de la máxima calidad profesional y humana, las tecnologías más avanzadas y los elevados estándares de confort que siempre han caracterizado a la Clínica La Luz, y que le permiten mantener una posición de liderazgo pese a la creciente competencia.

Al mismo tiempo, la reciente integración de la Clínica La Luz en la compañía IDCSalud ha generado un escenario repleto de nuevas posibilidades para pacientes y profesionales, escenario que se verá ampliado de forma notable una vez sea una realidad efectiva la fusión de nuestro grupo con el grupo Quirón, que supondrá la creación del mayor complejo sanitario privado en España.

Estamos, pues, ante un futuro repleto de nuevas oportunidades en el que todo está diseñado para ofrecer a nuestros pacientes una asistencia sanitaria de excelencia. Porque la salud de nuestros pacientes es lo primero.

**El Consejo Editorial de La Luz**

# Los nuevos desarrollos tecnológicos permiten a las **personas con amputaciones** hacer una vida normal

**E**n España casi 80.000 personas viven sin algún miembro superior o inferior. Pese a que en los últimos años han tenido lugar importantes avances en el desarrollo de prótesis para estas personas, los especialistas estiman que todavía hay muchos afectados, sobre todo amputados femorales, que viven con muletas debido a los

el fémur, se altera el reparto de pesos que soporta la cadera”, explica el doctor Rafael Delgado Velilla, coordinador de la I Jornada de Osteointegración en Amputados, celebrada en La Luz. Las prótesis tradicionales, al no hacer trabajar al fémur, acaban provocando un proceso de osteoporosis en el hueso más largo del cuerpo, tal como destaca este espe-

espaciador de polietileno de forma redondeada, pasa a formar parte de la estructura del fémur a las pocas semanas de su colocación mediante un procedimiento quirúrgico.

Entre tres y ocho meses después, una vez se confirma que el vástago de titanio y el fémur se han integrado perfectamente, se puede proceder ya a la segunda fase del tratamiento, que consiste en conectar el tornillo que sobresale del muñón a una pierna artificial, que queda integrada en el conjunto y hace posible que el paciente deje de necesitar apoyos, mejorando además la densidad del fémur, que vuelve a recibir carga, y permitiendo un mayor control de la prótesis.

Según el doctor Delgado Velilla, se obtienen los mejores resultados cuando la osteointegración se realiza en el mismo momento en el que se procede a la amputación en quirófano, siempre que las circunstancias permitan llevar a cabo ambos procesos de forma consecutiva. Asimismo, para tener éxito, el proceso necesita acompañarse de una fisioterapia específica adaptada a cada fase del tratamiento, tal como puso de manifiesto Mariano Velázquez, jefe de la Unidad de Fisioterapia de La Luz.

## LA VISIÓN DE LOS PACIENTES

Fernando Otero de Navascués, presidente de la Asociación Nacional de Amputados (Adampi) manifestó en su intervención que es “de vital importancia” la existencia de unidades clínicas especializadas en este problema en España, como la que acaba de poner en marcha la Clínica La Luz. Otero hizo un llamamiento a las autoridades sanitarias para que financien estos avances que están empezando a llegar a España, una vez que ya ha habido algunos casos de pacientes que han conseguido financiación pública para operarse en el extranjero.

efectos secundarios que presentan las prótesis tradicionales, que no permiten una unión funcional con la estructura ósea del paciente.

“Muchas de estas personas tuvieron que renunciar a la clásica prótesis de cazoleta tras sufrir úlceras, roces y dermatitis en la zona del muñón que está en contacto con el plástico, o por padecer dolores de espalda debido a que, al no formar parte la prótesis de la estructura ósea del paciente y no apoyarse directamente en

cialista, que es el responsable de la Unidad de Osteointegración en Amputados de la Clínica La Luz.

## PRIMEROS CASOS EN ESPAÑA

Uno de los ejemplos más claros de esta nueva tecnología es el implante osteointegrado femoral, un tratamiento que apenas ha comenzado a aplicarse en España y que permite una unión perfecta entre el muñón y la prótesis a través de un vástago de titanio que, junto a un



De izqda. a dcha., Fernando Otero de Navascués, amputado femoral osteointegrado y presidente de la Asociación Nacional de Amputados (Adampi); el traumatólogo Jorge Fernández Santamaría, de La Luz; Carlos Costa, de Tequir (fabricante de prótesis); el doctor Joaquín Martínez Hernández, director gerente de La Luz; el doctor Rafael Delgado Velilla, jefe de la Unidad de Osteointegración en Amputados; Magdalena Bresó (Tequir) y el doctor Rafael Alfonso, director médico de La Luz.



De izqda. a dcha., los doctores José Luis Afonso, Claudia Larrarte, Rafael Alfonso (director médico de La Luz), Mario Trelles y Javier Mato (coordinador de la jornada).

## Un abordaje precoz del **envejecimiento facial** evita tratamientos agresivos en la madurez

**E**l tratamiento precoz del proceso de envejecimiento facial, cuando la paciente llega a los 40 años, resulta esencial para lograr unos resultados óptimos en la edad madura, momento en el que las arrugas de la cara se multiplican y se hacen cada vez más profundas. Este abordaje temprano, junto a las nuevas técnicas que combinan el lifting (estiramiento de la piel) tradicional con la creación de volumen tridimensional, permite unos muy buenos resultados, en términos de expresión y naturalidad, a partir de los 50 años de edad.

Esta es una de las principales conclusiones a la que han llegado los expertos participantes en la Jornada de Información en Cirugía, Medicina Estética y Tricología que se ha desarrollado

en la Clínica La Luz bajo la coordinación del doctor Javier Mato Ansorena.

“En materia de rejuvenecimiento facial estamos viviendo cambios importantes: antes todo se solucionaba con el lifting, lo que provocaba un efecto de cara aplastada que estamos superando gracias a la combinación de esta técnica quirúrgica con la creación de volúmenes y la elevación de los tejidos profundos de la cara, todo ello en el marco de un abordaje cada vez más temprano”, explica el doctor Mato.

A su juicio, el momento ideal para empezar a actuar es cuando la paciente llega a los 38-40 años. “En torno a esa edad solemos observar que empieza a perder forma el óvalo de la cara, y si actuamos entonces, mediante una sencilla intervención ambulatoria de hora y media, conseguimos unos muy buenos

resultados que nos permiten, diez años después, abordar el envejecimiento facial a través de un tratamiento mucho menos agresivo y que, sin embargo, permite a la persona mantener una expresión mucho más natural. Si empezamos de cero a los 50 años y las arrugas son profundas el asunto tiene ya difícil solución”, añade.

En el caso de los pacientes varones, que suelen ser minoría en esta disciplina (en torno a un 10-15% de los casos), la situación es diferente, ya que la barba permite reafirmar más los tejidos y por consiguiente tienen menores niveles de flacidez facial.

Con el fin de lograr reponer el volumen perdido, los especialistas recurren al ya clásico botox y a los microtransferencia de grasa de la cara y otras zonas del cuerpo, si bien se trata de técni-

cas que requieren ser llevadas a cabo por especialistas con la pericia suficiente, ya que llegado el caso pueden causar rechazo y efectos indeseados. “Los resultados del botox, si el tratamiento se realiza correctamente, son espectaculares”, explica el doctor Mato.

### TRATAMIENTO DE LA ALOPECIA

Otro de los aspectos abordados en la jornada ha sido el tratamiento de la alopecia, más frecuente en varones (afecta al 50% de los mayores de 40 años), sobre todo en su tipo más habitual, la alopecia androgenética, que se caracteriza por la pérdida de cabello en la zona frontal y temporal del cráneo, así como en zonas del vértice y la corona.

Hay pocos tratamientos diferentes del trasplante capilar que hayan demostrado algún efecto. “Hay medicamentos que funcionan, como finasteride y minoxidil, pero a la larga en caso de alopecia androgenética se va a caer el pelo y el único tratamiento que consigue resultados es el trasplante capilar, ya sea de tiras de pelo o mediante microinjertos”, explica el doctor Mato.

Las mujeres también pierden pelo pero el proceso ocurre de forma más gradual y por lo general se caracteriza por una miniaturización del cabello que se manifiesta de forma difusa por toda la cabeza.





De izquierda a derecha, Esmeralda Martín, enfermera especializada en nutrición, obesidad y diabetes; el doctor Manuel Miras, jefe de la Unidad de Cirugía Laparoscópica de la Obesidad; Susana Cantón, psicóloga clínica especialista en obesidad y coordinadora del CIOS; y la doctora Clotilde Vázquez, especialista en endocrinología y nutrición.

## Nace el **Centro Integral de Obesidad y Sobrepeso** (CIOS)

Integrado por especialistas en endocrinología, dietética, cirugía bariátrica, psicología bariátrica y acondicionamiento físico, el CIOS se basa en un esquema multidisciplinar que cuenta con la participación activa del paciente y permite garantizar resultados ajustados a cada caso

En los últimos años el exceso de peso se ha convertido en uno de los principales problemas de salud entre la población española, hasta el punto de que un 17% de la población adulta padece obesidad, un porcentaje que se eleva hasta el 53,7% si se tiene en cuenta también a las personas que sufren sobrepeso, según los últimos datos oficiales.

Además de disminuir la calidad de vida, la obesidad, que viene creciendo desde hace al menos tres décadas, aumenta el riesgo de presentar otras enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial, la dislipidemia, el síndrome de la apnea del sueño y diversos tipos de tumores malignos como el cáncer de colon o de endometrio.

Consciente de esta problemática, la Clínica La Luz ha constituido el Centro Integral de Obesidad y Sobrepeso (CIOS), una nueva unidad asistencial que ofrece un novedoso abordaje contra el exceso de peso en sus distintos grados a partir del diseño de una serie de itinerarios terapéuticos individualizados según el perfil y las necesidades de cada paciente.

Partiendo de la dilatada experiencia de la Clínica La Luz y la excelencia de sus profesionales, el CIOS entiende el sobrepeso, y en especial la obesidad, como procesos complejos en los que intervienen múltiples factores y cuyo tratamiento requiere un equipo coordinado y multidisciplinar integrado por endocrinólogos, dietistas, psicólogos y cirujanos, entre otros, que a su vez trabajan en

contacto permanente con el resto de especialistas de la Clínica.

Pero además los profesionales del CIOS trabajan con la premisa de que el paciente no debe ser un sujeto pasivo, sino que debe ser un agente plenamente activo que ha de participar junto con el equipo clínico que le atiende en la consecución de los objetivos y metas, que deben estar acordados desde el inicio.

“Hay muchos factores que intervienen en el desarrollo de la obesidad: la herencia, los hábitos alimenticios, los estados emocionales, el estrés, la influencia del entorno, la escasez de actividad física... Sin olvidar el propio proceso del envejecimiento, algunas enfermedades o efectos secundarios de algunos medicamentos”, explica Susana Cantón, psicóloga clínica especialista en obesidad y coordinadora del CIOS.

“Por esta razón –agrega– el tratamiento debe abordarse de manera integral con diferentes estrategias que deben establecerse de forma coordinada y protocolizada y que comprenden asesoramiento dietético, cambios en el estilo de vida, cirugía bariátrica en caso de ser necesaria y apoyo psicológico con el fin de diseñar nuevos hábitos y potenciar el bienestar del paciente”.

## El CIOS ofrece un novedoso abordaje contra el exceso de peso en sus distintos grados a partir de una serie de itinerarios terapéuticos individualizados

El CIOS está estructurado en torno a dos ejes principales: el médico y el quirúrgico. El primero está dirigido por la doctora Clotilde Vázquez, especialista en endocrinología y nutrición. A su lado trabaja la enfermera especializada en nutrición, obesidad y diabetes Esmeralda Martín.

En cuanto a la rama quirúrgica, está liderada por el doctor Manuel Miras, jefe de la Unidad de Cirugía Laparoscópica de la Obesidad de la Clínica La Luz.

### PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS FRECUENTES

El doctor Miras recuerda que existen numerosos procedimientos para operar

la obesidad, siendo el by-pass gástrico y la gastrectomía tubular los más frecuentes para casos de obesidad severa. El primero consiste en dividir el estómago y formar un pequeño reservorio que se conecta directamente al intestino delgado; mientras que en el segundo proceso el estómago se reduce a un tubo con una capacidad de entre 80 y 100 centímetros cúbicos.

“En la gastrectomía tubular –agrega– la pérdida de peso se produce porque la capacidad del estómago se reduce al 20% y como consecuencia el paciente come menos porque no siente necesidad. En el caso del by-pass el paciente no solo come menos, sino que además se produce una malabsorción de las calorías de los alimentos”.

Para casos en los que la necesidad de pérdida de peso es menos severa, o cuando el perfil del paciente así lo aconseja, se puede recurrir a intervenciones menos invasivas como el marcapasos gástrico (colocación de un sensor que controla y regula la ingesta de alimentos y que puede ser regulado a distancia por el especialista); o los procedimientos que, como ocurre con el Apollo, se basan en “plegar” la superficie de la mucosa del estómago para reducir su volumen.

## Itinerarios terapéuticos individualizados

El abordaje comienza con una primera consulta con la coordinadora del CIOS, en la que se valorará el estado general del paciente, su historia clínica completa y sus circunstancias personales relacionadas con el exceso de peso (índice de masa corporal o IMC, edad de inicio, antecedentes familiares, dietas realizadas, hábitos alimenticios, enfermedades asociadas, comorbilidades emocionales, estilo de vida, etcétera). Tras el debate entre los diferentes especialistas, el equipo médico del CIOS determinará un tratamiento a seguir en cada caso, ajustado siempre a las características del paciente y de común acuerdo con el mismo.

Los distintos tratamientos siguen itinerarios terapéuticos concretos basados en la consecución de objetivos progresivos y comprobables. “Pero una vez logrados los objetivos no podemos dejar solo al paciente, que tendrá las puertas abiertas de nuestra Escuela de Hábitos Saludables, un ciclo permanente de sesiones de apoyo que se celebrará en la Clínica con periodicidad fija y donde podrá compartir sus experiencias con otros pacientes y con los integrantes del CIOS”, señala Susana Cantón.

“El sobrepeso y la obesidad son trastornos heterogéneos y complejos que requieren un abordaje clínico integral, y la complicidad de la persona que los padece para protagonizar un cambio de mentalidad y de estilo de vida”, señala por su parte la doctora Vázquez.

En cuanto a las dietas, Esmeralda Martín destaca que seguir una de ellas “no debe significar monotonía ni pasar hambre; es más: ambas sensaciones son contraproducentes. Nuestro plan de alimentación –añade– es personalizado, y no está reñido con el gusto y el placer de comer”.

Por otro lado hay pacientes que, por su perfil y su índice de obesidad, necesitan ayudarse de cirugía para lograr los objetivos propuestos. “En el caso de la obesidad mórbida (pacientes con IMC de 40 o más o de 35 con enfermedad asociada) el único tratamiento que ofrece buenos resultados y que se mantienen en el tiempo es la cirugía”, explica el doctor Manuel Miras. “Por supuesto es muy importante contar con la participación del paciente a la hora de definir el proceso quirúrgico más adecuado a cada caso”, agrega.

# "Sólo las dietas equilibradas hacen perder grasa"

### ¿Por qué es tan difícil tratar bien a los pacientes con obesidad o sobrepeso?

Porque la obesidad es una enfermedad compleja, heterogénea y, en el fondo, poco conocida. Prueba de ello es que salen con frecuencia anuncios de tratamientos sin validez científica y nadie se escandaliza. Imaginemos lo que pasaría si alguien dijera, por ejemplo, que una pinza en la oreja puede curar la diabetes sin necesidad de metformina. No se permitiría. Esto se debe a que mientras que la diabetes tiene un rasgo definitorio, la elevación de la glucosa en sangre, en obesidad no se han desarrollado métodos de diagnóstico basados en la caracterización clínica y en la expresión genética, y tiene además una mayor complejidad desde el punto de vista hormonal que otras enfermedades endocrinas.

### ¿Por qué es tan importante un buen diagnóstico?

Si el paciente está bien diagnosticado el tratamiento va a enfocarse mejor. A nivel genético la obesidad no depende de un solo gen, sino que tiene un componente genético complejo; hay más de 120 genes implicados. Gracias a las secuenciaciones masivas que se están haciendo se conocen ya una serie de polimorfismos genéticos frecuentes en la población y que se asocian a exceso de peso y a su vez a comorbilidades, a un mayor o menor consumo energético, a una respuesta más o menos intensa a dietas ricas en grasas, al ejercicio físico, etcétera.

### ¿En qué se traduce esto en la práctica?

Muy sencillo; esto nos permite, además de la información de la historia clínica y la que nos da el paciente, adaptar mejor el tratamiento porque esta es una enfermedad crónica. Es decir, que si vemos

que una persona va a responder poco al ejercicio físico pues se lo mandaremos pero no le haremos machacarse con dos horas de spinning en el gimnasio porque no le servirá de mucho.

### ¿Por qué no son buenas las dietas que hacen perder mucho peso en poco tiempo?

Porque ninguna dieta que no sea equilibrada consigue que se pierda grasa. Yo pienso que a la hora de adelgazar las básculas hay que tirarlas porque la obesidad es una enfermedad que se debe al exceso de grasa y es ese exceso de grasa lo que tiene que reducirse. No hay que fijarse tanto en el peso. Con frecuencia haciendo dietas como las que menciona se pierde el calcio de los huesos y masa muscular y al final nos encontramos con obesos sarcopénicos. Aunque hay que personalizar siempre el enfoque nutricional, la pérdida de grasa se debe basar en

una dieta equilibrada y todo lo demás perjudica al paciente aunque a corto plazo puedas tener resultados.

### ¿Esa es la clave, una dieta equilibrada?

La clave está en el conjunto: un buen diagnóstico clínico, personalización del tratamiento y dieta equilibrada. Lo eficaz y lo que tiene una base sólida funciona. Es también muy importante contar con personas en el equipo de manejen muy bien la nutrición y educación de los pacientes, así como la diabetes u otras comorbilidades. Por eso contamos con Esmeralda Martín, que es enfermera educadora en diabetes y tiene gran experiencia en nutrición.

### ¿En qué se debe apoyar el tratamiento?

El tratamiento médico de una persona con obesidad debe tener necesariamente un apoyo psicológico y otro nutricional, además de soporte de actividad física. Si falla el diagnóstico inicial, o el factor emocional, o la dieta no es la correcta, al final el fracaso es bastante más probable.

### ¿Cómo combatir la ansiedad que nos hace comer?

Nuestros pacientes se benefician de un seguimiento con técnicas psicológicas cognitivo-conductuales que ayudan a que la persona identifique cuándo tiene hambre de verdad o cuándo es un estado de ansiedad que está identificando de forma errónea como hambre. Lo primero es lograr esa percepción, y luego dar salida a esa ansiedad de otra forma que no sea comiendo. La actividad física ayuda mucho a canalizar ese estado de ánimo y además para recuperar la estructura muscular. Es muy importante hacer ejercicio.



# "La cirugía de la obesidad tiene resultados muy buenos"

### ¿Es tan grave el problema de la obesidad como parece?

Bueno, lo primero que hay que decir es que la obesidad es hoy una enfermedad muy generalizada, hasta el punto de que se ha convertido en una auténtica epidemia con un elevado coste social y económico. En España el 23% de la población es obesa y en un protocolo a años vista se piensa que va a aumentar de forma sustancial. Por lo tanto, la sociedad debe considerar la obesidad como un problema muy importante.

### En el tratamiento de la obesidad abundan los remedios pseudocientíficos. ¿Cómo debe ser el tratamiento ideal?

A la gente la están volviendo loca con tanto medicamento ideal y tanta dieta mágica. Incluso en cirugía se ofrece un maremágnum de soluciones, lo que nos debe hacer llegar a una reflexión. La clave del tratamiento está en que se desarrolle en un contexto médico-quirúrgico, siempre que el paciente tenga indicada la cirugía. Y esa es precisamente nuestra intención en el CIOS: ofrecer un tratamiento multidisciplinar donde ha de participar no sólo el cirujano, sino también los especialistas en nutrición, el psicólogo, el cirujano estético y el internista.

### ¿Cuál es el procedimiento quirúrgico más indicado?

Antes del CIOS ya existía en La Luz una Unidad de Cirugía Bariátrica de la Obesidad, que ha realizado hasta el momento

unas 1.400 intervenciones con muy buenos resultados. Los procesos más frecuentes son el by pass gástrico y la gastrectomía vertical, aunque también tenemos experiencia en nuevos procedimientos menos invasivos como el marcapasos gástrico, donde llevamos 27 pacientes, siendo el centro de España con más intervenciones de este tipo.

### ¿Cómo saben qué cirugía le conviene a cada uno?

Antes de la intervención hacemos una entrevista en profundidad al paciente, disponemos de sus datos clínicos y le hacemos además un cuestionario protocolizado sobre alimentación que nos permite conocer en qué medida influyen en su caso a la hora de comer el factor cognitivo y pérdida de control. Con todo esto decidimos qué técnica hay que utilizar porque no a todos los pacientes se les puede aplicar la misma.

### ¿Qué técnicas dan, en general, mejores resultados?

El by pass gástrico y la gastrectomía vertical. En el primer caso seccionamos una parte del estómago para reducir su capacidad a unos 80 centímetros cúbicos, consiguiendo un componente restrictivo (el paciente come mucho menos) y un cuadro de mala absorción (los alimentos no pasan por el duodeno) que contribuye a la pérdida de peso. En cuanto a la gastrectomía vertical o tubular, que es la técnica actualmente más

en boga, consiste sólo en reducir el estómago, dejando una capacidad similar a la del by pass. Todas las técnicas dan buenos resultados en pérdida de peso y reducción de comorbilidades, si bien se acompañan de un porcentaje mínimo de efectos secundarios en el seguimiento. En cualquier caso intentamos estar siempre al día e incorporar las técnicas que dan mejores resultados.

### ¿Y qué hacen cuando hace falta cirugía y el paciente no quiere?

A quienes no quieren cirugía bajo ningún concepto les podemos ofrecer procedimientos endoscópicos como el POSE o el sistema Apollo, que aunque no tienen los mismos resultados a largo plazo, están también a disposición de los pacientes. Otra opción es el Endobarrier, una especie de malla que va a proteger el duodeno y el inicio del yeyuno, de forma que cuando el paciente come el alimento pasa directamente al último tramo del yeyuno, creando un cuadro de mala absorción. Esto tiene resultados muy buenos a seis meses, pero más que en pérdida de peso en tratamiento de la diabetes.

### ¿Es cierto que también se consiguen buenos resultados en diabetes?

La obesidad y la diabetes tienen una relación absolutamente directa, hasta el punto de que ya se habla de la diabetesidad. Es un hecho que los pacientes operados de obesidad que tienen diabetes mejoran, y por ello la cirugía ya se puede indicar para personas con un IMC de 30 que son diabéticos de tipo 1. No se puede decir que la cirugía cure la diabetes en todos los casos, como podemos leer en algunos periódicos, pero algunos pacientes sí es cierto que dejan de necesitar las dosis de insulina.

# "La comida no debe usarse nunca para **sentirse mejor** o **mitigar la ansiedad**"

## ¿En qué se diferencia el CIOS de La Luz de otros centros dedicados a la obesidad y el sobrepeso?

Hemos creado el CIOS desde la convicción de que ha llegado el momento de hacer algo diferente en el ámbito de la obesidad y el sobrepeso. Ofrecemos una forma novedosa de tratar al paciente, partiendo del concepto mismo. Un centro integral para el tratamiento de estas patologías requiere un equipo multidisciplinar como el nuestro pero además necesita de las aportaciones del resto de especialistas de la Clínica.

## ¿Cómo plantean los tratamientos?

Tras estudiarlo detenidamente, decidimos establecer una serie de itinerarios clínicos que se perfilan en función la necesidad concreta de cada paciente, ya que existen perfiles muy variados. Así, hay que distinguir entre los que tienen buenos hábitos nutricionales pero quieren mejorarlos; los que tienen sobrepeso y necesitan un experto que les ayude; los que tienen mucho sobrepeso y no saben cómo resolverlo por sus propios medios; los que padecen cierto nivel de obesidad pero no quieren cirugía; los que sufren poca obesidad pero sí desean cirugía... y así sucesivamente hasta llegar a la obesidad mórbida que requiere de cirugía bariátrica en todos los casos.

En este sentido diseñamos el proyecto dividiéndolo en dos ejes, uno médico y otro quirúrgico. El eje médico aborda fluctuaciones de exceso de peso hasta un determinado ratio o hasta que el pacien-

te demanda una salida quirúrgica. En todos los casos el paciente requiere mimo psicológico porque si no se consolida el cambio de actitud mental difícilmente se consolida la pérdida de peso. Para pacientes que requieren cirugía contamos con el eje quirúrgico que ofrece todas las soluciones disponibles.

## ¿Cómo es el primer contacto del paciente con el CIOS?

El primer paso es una consulta de orientación en la que evaluamos desde el punto de vista clínico y psicológico cuál es la necesidad de cada paciente. Según el resultado de esta entrevista se deriva a uno u otro eje. Hay que tener en cuenta que cada eje se estructura en torno a unos planes de trabajo individualizados muy protocolizados, que además están limitados en el tiempo (los hay de 6, 8, 16 y 24 semanas), lo que permite establecer un compromiso mutuo para cumplir determinadas metas.

## En ocasiones se habla del 'hambre emocional'. ¿Existe?

El sobrepeso y la obesidad se deben normalmente a un comportamiento de sobreingesta mantenido en el tiempo, que suele agudizarse desde la media tarde hasta la noche. Lo primero que tenemos que hacer, por lo tanto, es conseguir que los nutrientes estén ajustados y desaparezca la sensación de hambre física. Pero luego, en efecto, se tiene que resolver el hambre emocional, es decir, la que nos lleva a comer por satisfacer algo. Para lograrlo hay que romper esas cadenas de conducta e implantar otras nuevas para que la comida no sea el recurso que usas para rellenar un espacio de tiempo, para sentirte bien o para mitigar la ansiedad, una tensión o una tristeza.

## ¿Por qué se fracasa tanto a la hora de intentar adelgazar?

Casi todas las personas que tienen dificultades con el exceso de peso buscan la inmediatez a la hora de adelgazar y una respuesta relativamente corta en el tiempo. Sin embargo eliminar cierto nivel de exceso de peso de forma permanente no es tarea rápida, fácil ni inmediata. Lo crucial es desarrollar un enfoque mental que facilite perseverar y sobre todo mantenerse motivado para estar seguro de que "esta vez" lo vamos a conseguir. Y digo "vamos" por que es labor del equipo clínico el acompañamiento al paciente, para que le permita sentirse en todo momento entendido y atendido, en pos del objetivo. Esta es la propuesta innovadora de CIOS.



# Un **autotest** permite detectar si una dieta para perder peso es incorrecta

**A**nte la existencia de dietas milagro que propugnan la pérdida de peso en muy poco tiempo con distintos métodos, la doctora Clotilde Vázquez, responsable del área médica del Centro Integral de Obesidad y Sobrepeso (CIOS) de la Clínica La Luz, ha diseñado un autotest para que cualquiera que está siguiendo una dieta pueda saber si su régimen es incorrecto, y detectar así a tiempo errores que pueden perjudicar su salud.

El cuestionario se estructura en torno a un doble bloque de cuestiones, uno dirigido a evaluar la restricción calórica y el otro centrado en el equilibrio nutricional. "Si los resultados del autotest superan unos determinados umbrales es evidente que la persona está realizando una dieta incorrecta y que, por tanto, debe acudir a su médico de Atención Primaria o a un especialista para asesorarse sobre cómo seguir una dieta correcta", indica la doctora Vázquez.

En lo que se refiere a la restricción en el aporte de calorías y nutrientes, la doctora Vázquez hace hincapié en la necesidad de que la pérdida de peso se lleve a cabo de forma paulatina y moderada, sin incurrir en déficits nutricionales, para lo que habitualmente se necesita un aporte de 20-25 calorías por cada kilo de peso real. "Una mujer de 80 kilos necesitaría aproximadamente de 1.600 a 1.800 calorías, dependiendo del ejercicio que realice". En cuanto al equilibrio nutricional, deja claro que "se necesita un mínimo de hidratos de carbono diarios (entre un 40% y un 50% de las calorías de la dieta) para el funcionamiento correcto del sistema nervioso central y vegetativo, así como del corazón y las células sanguíneas". El reparto del resto de las calorías se hará así: un 10-20% para proteínas y un 30-35% a la grasa. "Este último nutriente es el que más hay que restringir a pesar de que muchas dietas sostengan lo contrario", concluye.

## AUTOTEST

Conteste a estos dos grupos de preguntas:

### GRUPO A

- ¿Pierde dos o más kilos a la semana?
- ¿Nota que sus músculos han perdido volumen, tono y fuerza?
- ¿Se siente excesivamente cansado/a?
- ¿Se siente irritable y experimenta la necesidad de comer compulsivamente con alguna frecuencia?
- ¿Se despierta por la noche a comer o le cuesta conciliar el sueño por apetito?
- ¿Está experimentando una excesiva caída de pelo aproximadamente un mes después de haber iniciado la dieta?
- ¿Está notando una fragilidad en las uñas, aparición de grietas en las comisuras de los labios o algún otro trastorno de las uñas o la piel, de forma excesiva y relacionada en el tiempo con la dieta?
- Multiplique su peso actual en kilos por 18. Las calorías de su dieta son inferiores al resultado de dicha operación?
- ¿Ha sentido mareos, lipotimia ( bajada brusca de la tensión arterial ), o palpitaciones mientras está realizando la dieta?

### GRUPO B

- ¿Le han suprimido algún grupo de alimentos?
- ¿Le han restringido de forma drástica el pan, las pastas, las legumbres, el arroz y todos los alimentos llamados hidrocarbonados, feculentos o farináceos?
- ¿Su plan de dieta se basa sobre todo en un alimento o grupo de alimentos?
- ¿Su plan de dieta contiene una cantidad ilimitada de alimentos grasos, aquellos que supuestamente le han prohibido siempre en otras dietas de adelgazamiento?
- ¿Por las mañanas siente náuseas, inapetencia y mucha sed (estos síntomas pueden ser debidos a la excesiva grasa o al excesivo aporte proteico)?
- ¿Le obligan a "no mezclar" (disociar) grupos de alimentos en la misma comida?
- ¿Siente con frecuencia necesidad imperiosa de tomar algún dulce?
- ¿Ha perdido fuerza y/o volumen muscular?
- ¿Su aliento huele a acetona, especialmente por las mañanas?

## EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Las respuestas afirmativas puntúan 1

**GRUPO A:** Si ha obtenido 3 o más puntos es probable que esté realizando una dieta para el tratamiento de la obesidad incorrecta por una excesiva restricción de calorías. En ese caso consulte a su médico de Atención Primaria o a su médico especialista y asesórese de que el aporte energético, proteico, vitamínico y mineral es el adecuado para que la pérdida de peso sea exclusivamente de grasa, se haga de forma paulatina y se evite el rebote y la desnutrición.

**GRUPO B:** Si la respuesta a tres o más de las preguntas es positiva probablemente esté realizando una dieta desequilibrada. En ese caso consulte a su médico de Atención Primaria o a su médico especialista e infórmele sobre su dieta para valorar si puede producirle efectos secundarios indeseables, como cetosis, deshidratación, desnutrición proteica y carencia de vitaminas y/o minerales. Aunque esté perdiendo mucho peso, éste puede ser predominantemente de músculo y agua, lo que le podrá acarrear problemas de salud.

**GRUPO A+B:** Si al sumar los resultados de ambos grupos de preguntas la puntuación es de cuatro o más, es muy aconsejable que se replantee su dieta y consulte a personas con formación y experiencia.



## Estrés y falta de sueño, factores que más influyen en la **aparición de la migraña**

**V**ivir situaciones de estrés y padecer falta de sueño son los dos principales factores que influyen a la hora de desencadenar la migraña, una enfermedad que afecta de forma esporádica a 3,5 millones de personas en España y de manera crónica a un millón. Esta es la principal conclusión de un amplio estudio epidemiológico dirigido por los doctores Jesús Porta-Etessam y Valentín Mateos, responsables de la Unidad Integral de Neurología de la Clínica La Luz de Madrid, en el que han participado otros 70 neurólogos españoles.

La investigación, realizada a partir de datos de más de 300 crisis de migraña, sitúa al estrés como el factor más influyente, ya que aparece en el 68,9% de los pacientes que padecen jaqueca. La falta del sueño, identificada en el 50,2% de los casos, también tiene un papel relevante en el origen de la migraña, al igual que la menstruación (cuando existen crisis fuera de la misma) con un 40,7% y los cambios de tiempo atmosférico (37,4%).

La influencia de la ingesta de alcohol se considera un factor de riesgo importante en uno de cada cuatro migrañosos (24,6%), así como una dieta rica en alimentos procesados y con presencia de aditivos como el glutamato, la tiramina o los nitratos (18%). Existen otros factores descritos cuya influencia sin embargo es menor, tales como determinados olores (7,2%), la menstruación (cuando provoca crisis exclusivamente en el marco de este proceso biológico de la mujer), con un 6,6%; el tabaquismo (5,9%) y algunos tratamientos con fármacos (2%).

Según explica el doctor Porta-Etessam, resulta de gran importancia iden-

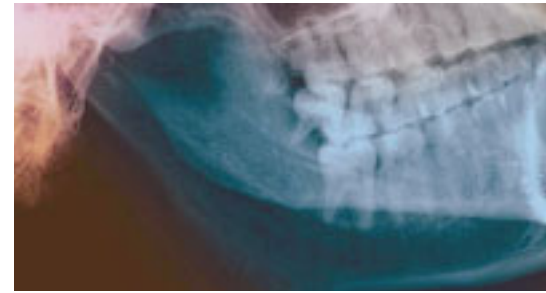
tificar estos factores porque, “por un lado, aportan información sobre la fisiopatología de la migraña y por otro indican lo erróneo de mitos como que la migraña es por problemas con alimentos, cuando este factor aparece en menos de un 20% de los casos”.

Al margen de estos factores, el estudio ha permitido a los especialistas identificar además aquellas enfermedades concomitantes que mayor influencia pueden tener en la aparición de este tipo de dolor de cabeza. En este sentido parece claro que los individuos que sufren una patología de salud mental tienen un mayor riesgo, pues el 12,1% de los migrañosos tienen al mismo tiempo alguna enfermedad psiquiátrica (ansiedad y/o depresión, en la mayoría de las ocasiones).

Con estos datos encima de la mesa, el doctor Valentín Mateos considera que “como siempre en Medicina, al paciente hay que valorarlo en su conjunto. Así, la existencia de problemas médicos asociados puede ser decisiva a la hora de elegir el tratamiento”.

### **UNA ENFERMEDAD INFRADIAGNOSTICADA**

El estudio PRIMERA, coordinado también por estos especialistas y en el que participaron 168 médicos y 851 pacientes de toda España, puso de manifiesto que la migraña está claramente infradiagnosticada e infratratada en España. En concreto, sólo una cuarta parte de los pacientes recibe un tratamiento adecuado frente a esta patología, y el 45% de los afectados ni siquiera están diagnosticados, y eso que, según el citado estudio, la enfermedad conlleva una “elevada discapacidad”.



## El plasma rico en factores de crecimiento **regenera el tejido mandibular**

**E**l plasma rico en factores de crecimiento (PRGF) regenera el tejido mandibular de manera predecible, lo que resulta de gran utilidad en patologías como la osteonecrosis mandibular, la disfunción de la articulación temporomandibular (ATM) y en cirugía implantológica, según los coordinadores del Curso de Formación en Cirugía Oral y Maxilofacial, organizado por la Clínica La Luz y la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM). El curso ha sido dirigido por la doctora Aintzane Torre Iturraspe, responsable del Departamento de Formación en el Biotechnology Institute de Vitoria.

La necrosis de los tejidos de la mandíbula por falta de riego sanguíneo “es una patología común en pacientes crónicos que han recibido durante varios años corticosteroides (como asmáticos) y mujeres en tratamiento con bifosfonatos para la menopausia”, explica el doctor Javier González Lagunas, presidente de la SECOM. El plasma rico en factores de crecimiento ha demostrado que puede ser más eficaz y seguro en muchos casos tanto en la prevención como en el tratamiento de esta enfermedad, comenta por su parte la doctora Torre Iturraspe.

## Un **test genético** predice el comportamiento del cáncer de próstata

► *La Unidad del Varón y Medicina Sexual de la Clínica La Luz, primer servicio en España que lo utiliza*

Un nuevo test genético permite predecir el perfil de riesgo del cáncer de próstata, así como definir un abordaje terapéutico individualizado y ajustado a la agresividad de cada tumor, evitando tratamientos excesivos e innecesarios. El test, desarrollado en colaboración con centros de referencia como el *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* de Nueva York, acaba de llegar a Madrid de la mano de la compañía Myriad Genetics y ha empezado a aplicarse a pacientes de forma rutinaria, por primera vez en España, en la Unidad del Varón y Medicina Sexual de la Clínica La Luz.

Este test, que se suma a los ya clásicos análisis genéticos de orina PCA3, viene a solventar las limitaciones que tenía hasta ahora el diagnóstico precoz del que es el segundo tumor maligno más frecuente en hombres en términos de incidencia (cada año se diagnostican 300.000 casos de cáncer de próstata en Europa y 22.000 en España).

“Hasta ahora teníamos el problema de que las herramientas de las que disponíamos para predecir cómo se comportará cada tumor individualmen-

te, como la medición del antígeno PSA, la aplicación de la escala de Gleason, el tacto rectal o el estudio de las enfermedades asociadas, eran claramente insuficientes, una situación que cambia por completo cuando se aplica este test genético”, señala el doctor Javier Romero, especialista de La Luz que participó

en la validación clínica del test, denominado Prolaris, en el estudio europeo EMPATHY.

En concreto, el test genético, que se basa en la expresión de 46 genes implicados en la regulación y la progresión del ciclo celular, “permite mejorar la clasificación de los pacientes en grupos de riesgo, lo que evita el tratamiento excesivo a los pacientes con enfermedades indolentes cuya evolución no precisa de tratamiento agresivo”, añade el doctor Romero.

Otro de los especialistas de la Unidad, el doctor José Manuel de la Morena, destaca que para diseñar este test ha sido necesario “evaluar los genes presentes en tumores de próstata de miles de pacientes que se comportaron de forma indolente, media o agresiva”.

El doctor José Manuel Duarte, también integrante de la Unidad del Varón y Medicina Sexual de La Luz, señala por su parte que este test hace posible evitar el “sobretreatmento” que se está aplicando actualmente al cáncer de próstata, definiendo en cada caso una terapia específica y ajustada a las necesidades de cada paciente.

## La braquiterapia consigue curar el 95% de los casos de **cáncer de próstata** localizado en estadio inicial

La braquiterapia prostática se ha convertido en una de las mayores alternativas para el cáncer de próstata localizado, donde se ha observado muy buenos resultados en el 95% de

los casos seleccionados en estadios iniciales, según explica el doctor Alfredo Polo, de la Unidad de Oncología Radioterápica de la Clínica La Luz. Este especialista aconseja también su aplicación en casos de

cáncer de próstata localmente avanzado en combinación con terapia externa.

La braquiterapia es una modalidad de radioterapia que consiste en administrar radiación mediante fuentes de material radiactivo colocadas en el tumor o en proximidad con el mismo. Este tratamiento que tiene más de cien años de historia clínica, ha demostrado ya su gran utilidad también en el cáncer ginecológico o en el de mama.

# JOSÉ ANDRÉS

## Chef

➤ Reconocido por la revista Time en 2012 como una de las 100 personas más influyentes del mundo, José Andrés es uno de los chefs más conocidos en Estados Unidos, donde es uno de los mejores embajadores de la cocina española a través del programa televisivo *Made in Spain*.

Propietario de *ThinkFoodGroup* (TFG), compañía de la que depende una veintena de restaurantes, es profesor de "Ciencia y cocina" en la Universidad de Harvard y fundador de la ONG *World Central Kitchen*, centrada en alimentar a personas vulnerables.

Preocupado por la salud, y por la prevención de la obesidad, ha apoyado siempre la campaña *Let's Move*, impulsada por la primera dama estadounidense, Michelle Obama, contra la obesidad y a favor de la cocina saludable.

Para José Andrés la alta cocina no sólo no debe estar reñida con la salud sino que no se puede hablar de cocina de calidad si no es saludable.

"Tenemos que ser todos más consecuentes para frenar la obesidad"

### ¿La alta cocina está reñida con la salud?

Para nada, y esto viene de muy lejos. Me refiero a libros de los siglos XVI, XVII y XVIII donde ya se habla de cocineros, como por ejemplo el de Felipe II, que decían que la cocina es menester que sea sana. Es en realidad una idea muy antigua. En nuestra época está por ejemplo Michel Guérard, uno de los chefs de la *nouvelle cuisine*, autor del libro *Cuisine Minceur*, que fue una revelación porque fue el primer libro de la época moderna donde uno de los grandes cocineros del mundo se esforzaba en decir cómo la alta cocina podía ser más saludable. La comida saludable es toda aquella cocina que tomas en su justa medida, y lo digo yo, que llevo tres años de mi vida pesándome cada día, que tengo un control de mi peso, que todavía estoy en sobrepeso... Al final todo es bueno siempre que sea en su justa medida.

### Las últimas tendencias de la alta cocina centradas en el cultivo de huertos propios y productos ecológicos parece que también van por el lado saludable...

Hoy en día de lo que no nos estamos dando cuenta es del problema medioambiental que supone a escala global que todos queramos tener *smart phone* y disfrutar de la última tecnología, y de que todos queramos conducir coches y volar en avión para visitar sitios. Por ejemplo, y con esto no quiero meterle miedo a nadie, si comes mucho aún es muy probable que tengas una cantidad de mercurio importante en el organismo. A mí me ha pasado, por desgracia. ¿Pero por eso voy a dejar de comer aún? No. ¿Debería? No lo sé. ¿Es cierto que cuando he dejado de comer aún me ha bajado el nivel de mercurio y prácticamente ha desaparecido de mi organismo? Sí. Pero también es cierto que mi médico se



quedó muy preocupado por la elevada concentración de mercurio que tenía en el cuerpo. A lo que voy es a que el atún viaja por el mundo, y el planeta es de todos. Si queremos seguir teniendo ese nivel de vida, toda esa tecnología produce un montón de contaminantes queramos o no, que son extraños, por eso no es cuestión sólo de qué comemos y cómo comemos. No es decir “no, yo soy muy verde y muy limpio...” No, tú tienes un *smart phone*, una cámara y un coche y todo eso genera sustancias nocivas que acaban algún día en nuestros ríos y nuestros mares y al final en los alimentos que consumimos. Por tanto el problema es más complicado de lo que parece.

**¿La alta cocina puede hacer algo para ayudar a atajar un fenómeno tan preocupante como la obesidad infantil?**

Tenemos que ser todos más consecuentes con nuestras acciones, con nuestros menús y con las cosas que decimos para frenar este problema. Lo que pasa es que al final los chefs de alta cocina cocinamos para el 0,01% de la población. Cuando tendremos influencia será cuando tengamos negocios que den de comer a cientos de millones de personas, por lo tanto lo que hay que plantear es quién preferimos que dé de comer a la humanidad; ¿una corporación o un cocinero con nombre? Creo que vamos a ir viendo cada vez más en los próximos diez años a cocineros de renombre muy involucrados en conceptos de restaurantes de comida rápida, y eso será una buena noticia.

**¿Al igual que ahora hay grandes cocineros que firman la cocina de una línea aérea llegará un día en que firmen también la cocina de un gran hospital?**

Tendría que ser así, no hay nada peor que estar una semana en un hospital y estar recibiendo alimentos mal preparados, porque la cocina es vida, y la comida de los hospitales siempre ha tenido un componente especial... Creo que hay algunos proyectos en marcha; sé por ejemplo que Ferran Adrià ha estado hablando con Valentín Fuster para hacer algo porque no hay nada más reconfor-



**“No hay nada más reconfortante que comerte un buen plato cuando estás ingresado en un hospital”**

tante que un buen plato cuando estás en tus horas más bajas, ingresado en un hospital. En general, una de las cosas que tienen que mejorar los hospitales es su oferta gastronómica, porque al final una buena alimentación siempre es salud.

**¿Para un hospital es mejor cocina propia, como ocurre en la Clínica La Luz, o un catering de calidad?**

Estoy seguro de que veremos en el futuro cómo se diversifica la oferta gastronómica de los hospitales, pero para eso el sector tiene que invertir un poco más.

**¿Cómo se ve la cocina española desde el otro lado del Atlántico?**

La cocina española sigue su evolución. Hay varias corrientes, está la alta cocina, la cocina de vanguardia, con el éxito que ha tenido en los últimos 20-25 años, una etapa en la que nos hemos convertido en un gigante. Es una cocina muy bien representada a la que siguen llegando nuevas figuras, muchas de ellas jóvenes. Luego tenemos la cocina tradicional que está

mejor que nunca, en la que las técnicas y los productos son cada vez mejores, de forma que por ejemplo a un maestro asador de Castilla se le tiene tanto aprecio como a nuestro número uno, mi querido Joan Roca. Luego están los productores, desde los pastores, pasando por los viticultores, los agricultores y por todas esas personas que se ocupan de que tengamos productos de gran calidad.

**¿Es la cocina española una referencia en Estados Unidos o no hay mucha cultura al respecto?**

Hay diferentes niveles. Está la gente que está más al día de lo que pasa en el mundo, y que tiene muy claro qué representa la cocina española... Pero uno de los logros de nuestra cocina en los últimos años a escala mundial es que actualmente es muy fácil mezclar lo español o lo hispano con todo lo demás. Lo mismo le ha pasado a la cocina mexicana y a la peruana. Todos tenemos que hacer un mejor trabajo en vender lo que somos.

**Los programas de cocina están triunfando como nunca en televisión en España. ¿A qué se debe esto?**

Estoy muy contento de ver lo que ha sucedido; al final es algo muy sencillo: comemos y bebemos, tres, cuatro o cinco veces al día, hay pocas cosas que sean más parte de nuestra vida que el comer y el beber. Y al igual que la música o el baile o los documentales tienen su espacio, lo normal es que la gastronomía también lo tenga.

**Los Obama han estado en su Minibar de Washington, y usted siempre ha sido un buen apoyo para Michelle Obama en su campaña Let's Move contra la obesidad, haciendo demostraciones sobre la cocina saludable... ¿Son buenos comensales el presidente de Estados Unidos y su esposa? ¿Aprecian bien su cocina?**

Bueno, yo en esto pienso que las cosas de palacio se deben quedar en palacio... Lo que sí puedo decir es que ambos han apoyado mucho la gastronomía. Además, el presidente Obama siempre se involucra en salir, en ir, visitar y en conocer distintos sitios.

# Consulta de Enfermería, nuevo servicio dirigido al autocuidado de la salud



Elia Rodríguez, directora de Enfermería de La Luz, y Margarita Poma, responsable de la Consulta de Enfermería.

La Clínica La Luz acaba de poner en marcha la Consulta de Enfermería, un nuevo servicio asistencial individualizado dirigido sobre todo a fomentar la prevención y el autocuidado de la salud mediante consejos de hábitos saludables, realización de pruebas sencillas, administración de vacunas y otros medicamentos, etcétera.

La cartera de servicios de la Consulta de Enfermería, que está dirigida por la enfermera Margarita Poma bajo la supervisión de Elia Rodríguez, directora de Enfermería de La Luz, ya está disponible para cualquier paciente privado y además para los clientes de las aseguradoras Caser, Allianz, DKV, Afemefa, Asefa, Hermandad de Arquitectos, Colegio de Abogados y Asociación de la Prensa (hay que consultar las prestaciones cubiertas por cada compañía).

“En nuestra Consulta —señala Margarita Poma— hacemos responsable al individuo de su propia salud, pero ofreciéndole mecanismos y recursos que le permitan manejarlos con eficacia”.

## CARTERA DE SERVICIOS

1. Realización de controles a la población sana.
2. Fomento, prevención y promoción de la salud. Detección precoz de factores de riesgo: test de prevención de diabetes, EPOC y riesgo cardiovascular. Derivación al especialista si es necesario.
3. Controles a enfermos crónicos, seguimiento de problemas de salud o control de tratamientos (pacientes diabéticos, hipertensos, respiratorios, obesos y cardiológicos).
4. Atención a pacientes tras altas hospitalarias que requieran cuidados específicos de salud.
5. Apoyo y enseñanza a familiares o cuidadores para prevención de úlceras por presión (UPP) en pacientes encamados a su alta.
6. Enseñanza a pacientes y familia en los autocuidados de colostomía, ileostomías, urostomías y traqueotomías. Atención integral al paciente ostomizado y sus familiares con consejos, información y educación a cada paciente y a sus familiares sobre cómo afrontar esta situación, para lograr su independencia y ayudarles a mejorar su calidad de vida.
7. Enseñanza de ejercicios respiratorios y uso del espirómetro incentivado a pacientes que están programados para cirugía.
8. Realización de pruebas funcionales: espirometría basal, forzada y test de broncodilatación. La espirometría es una prueba esencial para el diagnóstico inicial de pacientes asintomáticos con EPOC y en la detección de patología respiratoria en fumadores, exfumadores y no fumadores con síntomas respiratorios.
9. Administración de medicamentos (vía intradérmica, intramuscular, intravenosa, subcutánea, sublingual, nasal, ótica, rectal, tópica, oftálmica, y nebulizaciones).
10. Inmunizaciones: vacunaciones a pacientes adultos (antirubeola, HPV, antitetánica, difteria, antigripal, hepatitis B...)
11. Realización de curas y seguimiento de heridas. De corta duración y crónicas.
12. Retirada de puntos de sutura y demás medios de sutura quirúrgica. Retirada de drenajes.
13. Colocación de sondas (nasogástrica, rectal y vesical). Lavados vesicales.
14. Mantenimiento y manejo de reservorios.
15. Cuidados del catéter venoso central.
16. Extracción de gases arteriales. Realización de glucemia capilar.
17. Realización de electrocardiogramas.
18. Apoyo a la Unidad de Preanestesia.
19. Control de constantes vitales (tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca y pulsioximetría)
20. Somatometría: control de peso y talla. Perímetro abdominal. Índice cadera/cintura. Índice tobillo brazo.
21. Colocación de vendajes y ayuda en la colocación de escayolas.
22. Ayuda en deshabituación tabáquica.

## El doctor Ramiro Rivera, Gran Cruz de la Sanidad Madrileña



De izda. a dcha., el consejero de Sanidad de Madrid, Javier Rodríguez, el doctor Ramiro Rivera y el presidente regional, Ignacio González.

El doctor Ramiro Rivera López, pionero de la cirugía cardíaca en España, ha recibido recientemente con la Gran Cruz de la Sanidad Madrileña de manos del presidente regional, Ignacio González. Desde 1983 hasta su jubilación en 2000 el doctor Rivera desarrolló su labor en la Clínica La Luz donde, de acuerdo con la Dirección del centro, logró poner en marcha el primer servicio de cirugía cardíaca y enfermedad cardiovascular enteramente privado de España, servicio que hoy está dirigido por los doctores Isabel Rivera y Manuel Ajuria. Poco después diseñó y creó el Servicio de Atención Cardíaca Inmediata (SACI), el primer dispositivo asistencial de sanidad española dedicado al abordaje temprano de los infartos y otras enfermedades cardiovasculares agudas, que durante años fue modelo para otros centros públicos y privados. Expresidente de la Organización Médica Colegial (OMC) y creador del Servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, el doctor Rivera es también reconocido como el padre del injerto aortocoronario (by pass) en España, además de autor de numerosos estudios científicos sobre su especialidad.

## Premios Pérez Castro



El doctor Enrique Pérez-Castro Ellendt, jefe de la Unidad de Litotricia y Endourología, presidió el pasado 9 de mayo la entrega de los XXXVI Premios Pérez Castro, los galardones que todos los años concede la revista Archivos Españoles de Urología a los estudios científicos más relevantes publicados en el ámbito de la especialidad. En la foto, el doctor Pérez-Castro (derecha) con el dr. Francisco Javier Gallo Rolania, uno de los premiados.

## Torneo de Golf benéfico a favor de la Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica

La Clínica La Luz ha colaborado una vez más en el Torneo de Golf benéfico que cada año organiza la Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ADELA). Además de patrocinar uno de los hoyos, la Clínica hizo entrega de uno de los galardones a la presidenta del PP de Madrid, Esperanza Aguirre, que ganó el Premio al Mejor Approach en la categoría femenina. El premio fue recogido por su marido, Fernando Ramírez de Haro.



La Clínica La Luz mantiene una política de acuerdos con las principales compañías aseguradoras y otras empresas colaboradoras para poner al servicio de sus beneficiarios sus instalaciones y profesionales. Fruto de esta política acaban de firmarse recientemente acuerdos de colaboración que amplían la cartera de clientes de la Clínica.

## Real Academia Española

Los directores de la Real Academia Española (RAE), José Manuel Blecua, y de la Clínica La Luz, Joaquín Martínez Hernández, han firmado un acuerdo por el cual los miembros de la RAE podrán recibir asistencia sanitaria en la Clínica La Luz de Madrid.

La Clínica atenderá a los miembros de la RAE y a los académicos visitantes procedentes de los países que forman parte de la Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE), garantizando en todo momento los máximos niveles de calidad asistencial.

El acuerdo permitirá el acceso de los académicos a uno de los centros punteros de la sanidad privada en nuestro país, dotado con los últimos adelantos técnicos y de un completo cuadro médico compuesto por más de un centenar de especialistas de reconocido prestigio. Tras la firma José Manuel Blecua manifestó su satisfacción porque “con este acuerdo, los académicos van a disponer de un acceso más fácil y directo a un servicio tan esencial como es la atención a la salud, y en las mejores condiciones. Agradecemos a la Clínica La Luz la excelente acogida que nos ha dispensado”.



El director de la Real Academia Española, José Manuel Blecua (dcha.) y el director gerente de la Clínica La Luz, Joaquín Martínez, en la sede de la RAE.

“Espero y deseo que, al igual que nuestros académicos velan por proteger nuestra lengua, nosotros seamos capaces de preservar en todo momento su salud de la mejor forma posible”, afirmó Joaquín Martínez Hernández, director gerente de La Luz.



UN GRUPO DE MÉDICOS RUSOS participantes en el 24º Congreso de la European Wound Management Association y del X Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, (EWMA-GNEAUPP 2014) visitaron la Clínica La Luz el pasado mes de mayo. Los facultativos rusos fueron recibidos por el director de Desarrollo Internacional del grupo IDCSalud, José María Pérez de Olacoechea, el director médico de la Clínica La Luz, doctor Rafael Alfonso Ochotorena, y el director de Comunicación, Antonio González Gil-García, quienes les explicaron el funcionamiento del centro sanitario. Posteriormente realizaron una visita a las instalaciones donde hubo oportunidad para realizar un rico intercambio de experiencias y explorar futuras formas de colaboración.

# Diez horas diarias de quirófano en el corazón de África

► *El doctor Martínez-Etayo, cirujano de La Luz, participa en una expedición médica española a Camerún*

“**H**a sido una experiencia muy gratificante pero, a la vez, muy dura; la ausencia de medios y de profesionales capacitados es tremenda”. Con estas palabras resume el doctor Manuel Martínez-Etayo, cirujano de la Clínica La Luz, su reciente participación en una expedición médico-quirúrgica a Camerún junto a otros especialistas españoles. Además del doctor Martínez-Etayo, integraban la expedición española los ginecólogos Marcos Ordenes, Óscar Oviedo y José Manuel Puente; el cirujano Ángel Gortázar; los anestesiólogos José Ramón Fuentes y Marisol Yedra y la dermatóloga María Rueda, entre otros.

Experto en cirugía del aparato digestivo, el doctor Martínez-Etayo viajó a Bamedá, una ciudad deprimida de 300.000 habitantes del noroeste de Camerún, junto con una quincena de médicos y sanitarios españoles con el fin de aliviar en la medida de lo posible las necesidades sanitarias de una población desatendida, ya que en la zona no hay ningún tipo de cobertura sanitaria pública y los enfermos deben pagar sus tratamientos, algo imposible en la inmensa mayoría de los casos debido a la profunda pobreza.

“Somos conscientes de que nuestra aportación ha sido como una gota de agua en un océano, porque allí la necesidad es inmensa, pero queríamos hacer algo ante una situación tan grave y al final decidimos viajar a Camerún para darles lo mejor que tenemos: nuestro trabajo”, explica el doctor, que agrega que “por desgracia la experiencia ha sido relativamente corta”.



**El doctor Martínez-Etayo, con dos de las pacientes tratadas en Bamedá.**

## UNA NECESIDAD ENORME

Corta, pero intensa, ya que tal como señala el especialista de la Clínica La Luz durante los diez días que duró la estancia operaron sin parar, y con una limitación de medios impensable en Europa. “Fueron diez horas diarias de quirófano operando de todo, la necesidad es enorme”, señala Martínez-Etayo. Cirugía de tiroides (las carencias nutricionales provocan que la gente tenga bocios de hasta dos kilos de peso), hernias, acromegalias, tumores, histerectomías, queloides y otros procesos quirúrgicos centraron los esfuerzos de los médicos españoles, que atendieron también una docena de partos.

Martínez-Etayo ha vuelto ilusionado con la experiencia, y ya piensa en volver, pero no se puede quitar de la cabeza a los niños, muchos de ellos paráliticos tras caerse de cocoteros o con enfermedades asociadas como sida, malaria, tifus, fiebre amarilla... También se lamenta de que en centros como el que visitaron, el Hospital Católico Santa María Soledad de Bamedá, regentado por las Siervas de María, haya recursos infrautilizados. “Hay mucho instrumental moderno pero no se usa porque no hay personal capacitado para utilizarlo, y eso debería hacernos reflexionar desde los países occidentales sobre el tipo de ayuda que estamos prestando”, concluye.





clínica  
**LALUZ**



MEDICINA DE  
ÚLTIMA GENERACIÓN



LA TECNOLOGÍA MÁS AVANZADA  
AL SERVICIO DE LA SALUD



- Diagnóstico y tratamientos de vanguardia •
- Equipo multidisciplinar de expertos profesionales •
- Uno de los centros europeos mejor dotados en tecnología •
- Atención humana y personalizada de la máxima calidad •
- Los mejores especialistas, con los mejores medios •

clínica  
**LALUZ**



LA MEJOR SANIDAD PRIVADA A SU ALCANCE

GENERAL RODRIGO, 8 - 28003 MADRID TEL.: 91 453 02 00  
[www.clinicalaluz.es](http://www.clinicalaluz.es)  [www.facebook.com/clinicalaluz.oficial](https://www.facebook.com/clinicalaluz.oficial)  @c\_laluz