

ADCUSPPYMA

REVISTA INFORMATIVA/EDUCATIVA DE CONSUMO, SANIDAD Y MEDIO AMBIENTE DE ESPAÑA

Nº. -46-NOVIEMBRE/DICIEMBRE - 2021 - Nº. D.L.T 494-2014 (Es) ISSN2604 - 1049



SANIDAD



NATURALEZA Y MEDIO AMBIENTE



UNIÓN EUROPEA Y DERECHOS HUMANOS



PUEBLOS DE ESPAÑA

DONDE SE ENVÍA LA REVISTA:

Mapa de actividad



Mapa de actividad



Mapa de actividad



Mapa de actividad



TEF/FAX: 34+977550030

Nº. DL.T 494-2014 (Es) ISSN2604 - 1049

CANAL ADSYME

<https://www.youtube.com/channel/UCi0m>

[YUIGgJIVKIJXO2DPsDA](https://www.youtube.com/channel/UCi0m)

DIRECCIÓN Y MONTAJE DE LA REVISTA

FRANCISCO OLIVA MARTINEZ

INFORMÁTICO: FRANCISCO OLIVA DOMINGUEZ

CONTENIDO DE LA REVISTA

EDITA: FRANCISCO OLIVA MARTINEZ
C/RIO LLOBREGAT-BLQ. 2 ESCA. 9-5º-2ª
43006-TARRAGONA /ESPAÑA/

www.adcusppyma.es/

www.adsyme.adcusppyma.es

revistaadcusppyma@gmail.com

adcusppyma@adcusppyma.es

defensordh@tinet.cat

MÓVIL: 616718313

ISSN 2604 – 1049--- Nº. DL.T 494-2014 (Es)

Consecutivo No. 901-2017 (Co)

Fecha Fundación: Febrero 2010

Periodicidad: BIMENSUAL

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
INFORMACIÓN SANITARIA
NATURALEZA Y MEDIO AMBIENTE
DERECHO Y SENTENCIAS JUDICIALES
LA DENUNCIA
PUEBLOS DE ESPAÑA
EUROPA INFORMA
ENFERMEDADES RARAS
INVESTIGACIÓN MÉDICA
REDACCIÓN
MEDICINA HOMEOPÁTICA
CONTAMINACIÓN

INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN Y

NUTRICIÓN



(En este apartado, informaremos a las personas, de todo lo relacionado con la Alimentación y Nutrición)

/Transcrito por: Fco. O. Martínez- D.H.M.//

ACEITES VEGETALES – Y SUS PRINCIPIOS ACTIVOS



Se ha descubierto que muchos componentes que se encuentran de manera natural en los aceites vegetales tienen propiedades beneficiosas para la salud. Una vez aislados y concentrados, algunos de estos principios activos sirven para tratar una gran cantidad de enfermedades, que van desde el síndrome del intestino irritable hasta las enfermedades hepáticas crónicas. Del mismo modo, hace tiempo que se conocen las cualidades de muchos ácidos grasos y otros componentes presentes en los aceites vegetales. Así, la producción de aceites vegetales funcionales constituye un sector con mucho futuro.



Los principios activos

Cabe destacar la gran cantidad de principios activos que se han identificado en las semillas oleaginosas. Muchos de estos componentes se encuentran todavía en el aceite de

cocina o de ensalada, mientras que otros desaparecen parcial o completamente durante el proceso de refinado.

La vitamina E es un poderoso antioxidante y los aceites vegetales constituyen una de las fuentes principales de esta sustancia. Cada ácido graso tiene además propiedades específicas. El ácido linoleico es un ácido graso poliinsaturado que permite reducir el nivel de colesterol, y el ácido alfa-linolénico también tiene efectos en la salud del corazón. El ácido ricinoleico es el principio activo del aceite de ricino y es un poderoso estimulante laxativo, mientras que el ácido gamma-linolénico es el principal responsable de los beneficios del aceite de onagra, que se utiliza entre otras cosas para tratar el dolor de pecho y el eccema atópico.

Los fitoesteroles se encuentran en los aceites vegetales, especialmente en los aceites de germen. Recientemente se ha hablado mucho de las margarinas enriquecidas con esteroides, ya que permiten reducir el nivel de colesterol de manera tan efectiva como muchos medicamentos. También se sugiere hoy en día que los niveles naturales de fitoesteroides presentes en muchos aceites vegetales (aceite de maíz: 968mg/100g, aceite de germen de trigo: 553mg/100g y aceite de oliva: 221mg/100g) pueden contribuir asimismo a reducir considerablemente el nivel de colesterol.

Existen otros muchos componentes beneficiosos que se extraen y se concentran a partir de derivados del proceso de refinado, como los betacarotenos, la vitamina K, la fosfatidilcolina, que se usa en el tratamiento de enfermedades hepáticas, y la fosfatidilserina, empleada fundamentalmente en la prevención del deterioro cerebral (1).



Potencial funcional

Dado que numerosos componentes de semillas oleaginosas ya han demostrado tener propiedades nutricionales beneficiosas, existen muchas posibilidades de que puedan utilizarse en la elaboración de nuevos aceites vegetales funcionales. Los aceites con niveles reforzados de principios activos beneficiosos podrían tener un impacto notable en la salud, dada la cantidad de aceite de cocina y de ensalada que se consume en la mayoría de los países industrializados. De hecho, en Japón, ya se encuentran aceites con niveles más elevados de vitamina E y fitoesteroides.

El método del enriquecimiento

Una manera de producir aceites funcionales es fortalecer los aceites vegetales ordinarios con cantidades adicionales de ingredientes funcionales específicos. Es un proceso similar al enriquecimiento de la harina blanca, que se introdujo con éxito hace muchas décadas. Este procedimiento permite añadir cantidades precisas de ciertos componentes, manteniendo al mismo tiempo las características originales del alimento, que los consumidores ya conocen y aprecian.

Un proceso menos agresivo

Otra manera de incrementar las propiedades beneficiosas de los aceites vegetales es desarrollar un proceso de producción menos agresivo de manera que la mayoría de los ingredientes funcionales que se encuentran de manera natural en las semillas vegetales permanezcan en el aceite. Los aceites obtenidos de esta manera suelen ser más turbios, tienen un color poco usual y un sabor más característico y fuerte, por lo que puede costar un poco más acostumbrarse a ellos.

Beneficios para la salud

Combinando los conocimientos de científicos expertos en la materia, biólogos, agricultores y empresas alimentarias, es posible elaborar aceites vegetales con un precio razonable y niveles más elevados de ingredientes funcionales. Teniendo en cuenta que la mayoría de la gente utiliza aceites vegetales para cocinar, los beneficios para la salud, como la reducción de las enfermedades cardíacas, podrían ser considerables.

Quizás en el futuro consumamos con toda naturalidad aceites vegetales enriquecidos, de la misma manera que hoy tomamos pan o aceite de oliva.

//Fuente: Datos del Ministerio de Agricultura de los Estados Unidos (USDA Department of Agriculture), Agricultural Research Service,//.

ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3: ¿DÓNDE SE ENCUENTRAN?



Aunque ningún alimento por sí solo puede mejorar la salud de una persona, comer más pescado puede ayudarnos a mejorar nuestra dieta y en consecuencia nuestro estado de salud. Muchos de los estudios acerca de los beneficios para la salud de los ácidos grasos omega-3 revelan que el pescado es una de sus fuentes principales. El salmón, las sardinas, el atún e incluso los moluscos son especialmente ricos en ácidos grasos omega-3, pero se recomienda consumir más pescado y marisco en general.



Elegir entre las grasas

Los expertos están de acuerdo en que una dieta basada en la variedad y la moderación es esencial para la salud. En otras palabras, comer una gran variedad de alimentos contribuye a una nutrición más completa y resulta más beneficioso que una dieta basada sólo en unos pocos alimentos.

Normalmente se recomienda elegir una dieta baja en grasas saturadas y colesterol, y moderada en grasas en general. Las carnes grasas y los productos lácteos enteros son los alimentos que aportan más grasas saturadas a la dieta. Las grasas insaturadas provienen sobre todo de los aceites vegetales. Las dietas ricas en grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas bajan los niveles de colesterol “malo”, mientras que las grasas saturadas provocan su aumento. Por ello, una dieta ideal debería contener más grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas que la dieta europea actual.

Aumente sus omega-3

En la categoría de grasas poliinsaturadas, hay dos subtipos importantes de ácidos grasos: los omega-3 y los omega-6. Los aceites vegetales son ricos en ácidos omega-6, de los que la mayoría de los europeos ingieren grandes cantidades en su dieta sin saberlo. Por otro lado, los ácidos grasos omega-3 suelen faltar en nuestra dieta. Se encuentran en el

pescado, el marisco, el tofu, las almendras, las nueces, así como en algunos aceites vegetales como los de linaza, nuez y colza. Los omega-3 tienen un efecto positivo en el sistema cardiovascular. Otro aspecto interesante de la investigación sobre los ácidos grasos omega-3 se refiere al papel que desempeñan en el cerebro y la vista. Algunos especialistas señalan que tienen una función preventiva en la degeneración macular del ojo, una forma común de ceguera, y efectos positivos en algunos trastornos depresivos.

Otra línea de investigación analiza la relación entre los ácidos grasos omega-3 y el sistema inmunológico, y sugiere que estos componentes tienen una influencia positiva en la artritis reumatoide, el asma, el lupus, los trastornos hepáticos y el cáncer.

Se recomienda comer pescado con un contenido elevado de ácidos grasos omega-3 dos veces por semana para sentir sus efectos beneficiosos para la salud. Aunque no todos los pescados sean ricos en estos componentes, comer diversos tipos de pescado regularmente puede aportar cantidades considerables. La siguiente tabla da una visión general del contenido de grasas omega-3 del pescado y el marisco.

Contenido de omega-3 de pescados, moluscos y crustáceos (por ración de 100 gramos*)	
Salmón del Atlántico de piscifactoría, cocido en seco	1.8
Anchoa europea, enlatada en aceite, escurrida	1.7
Sardina del Pacífico, enlatada con salsa de tomate, escurrida, con espinas	1.4
Arenque del Atlántico, en vinagre	1.2
Caballa del Atlántico, cocida en seco	1.0
Trucha arco iris de piscifactoría, cocida en seco	1.0
Emperador, cocido en seco	0.7
Atún blanco, enlatado en agua, escurrido	0.7
Abadejo del Atlántico, cocido en seco	0.5
Peces planos (platija y lenguado), cocidos en seco	0.4
Fletán del Atlántico y el Pacífico, cocido en seco	0.4
Eglefino, cocido en seco	0.2
Bacalao del Atlántico, cocido en seco	0.1
Mejillón azul, cocido al vapor	0.7
Ostras naturales, cocidas en seco	0.5
Vieiras, especies mezcladas, cocidas en seco	0.3
Almejas, especies mezcladas, cocidas al vapor	0.2
Quisquillas, especies mezcladas, cocidas al vapor	0.3

Componentes nutritivos del pescado con respecto a la carne

El pescado y el marisco son excelentes fuentes de proteínas y contienen pocas grasas. Cien gramos de casi cualquier tipo de pescado o marisco aportan unos 20 gramos de proteínas, esto es, alrededor de una tercera parte de la cantidad diaria recomendada. Las proteínas del pescado son de gran calidad y contienen abundantes aminoácidos esenciales; además, se trata de un alimento fácil de digerir para personas de todas las edades. En general, el marisco también tiene menos calorías y grasas que la carne de vaca, pollo o cerdo y la misma cantidad o ligeramente inferior de colesterol. El contenido en grasa del pescado varía según la especie y la temporada. El marisco y el pescado blanco (quisquillas, bogavante, mejillones, calamar, eglefino, bacalao, platija o lenguado) tienen muy poca grasa, menos de un 5%. El pescado azul presenta niveles de grasa de entre 5 y 25%: la sardina y el atún (5-10%); el arenque ahumado, las anchoas, la caballa o el salmón (10-20%), y la anguila (25%). Aunque el contenido en grasas de estos pescados es más elevado, se trata en su mayor parte de grasas insaturadas. Los productos del mar también tienen minerales como hierro, zinc y calcio (pescado enlatado con espinas blandas y comestibles).

A comer más pescado

Resulta fácil añadir más pescado y marisco a la dieta. Un truco sencillo es la simple sustitución. Intente sustituir poco a poco uno o más tipos de proteínas que consuma habitualmente por pescado hasta que se acostumbre a tomarlo dos veces por semana.



// Fuente: (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos)//

COMER BIEN

¿A qué nos referimos cuando hablamos de **comer bien**? Si utilizamos la expresión comer bien como **sinónimo de una alimentación saludable**, su significado sería la ingestión diaria de alimentos en la variedad y cantidad adecuada para que el cuerpo pueda realizar todas sus funciones, tanto metabólicas (internas del propio organismo) como externas.

Para ello, es necesario dotar constantemente al organismo de una serie de macronutrientes y micronutrientes fundamentales. Los primeros se subdividen en proteínas, hidratos de carbono y lípidos o grasas, mientras que las vitaminas y los minerales configuran los micronutrientes.

Comer sano implica también alimentarnos de forma que **nos sintamos a gusto en nuestro propio cuerpo**, con energías y un óptimo estado físico y mental.

COMPRAR LECHES VEGETALES

Todas las leches vegetales se ofrecen envasadas en botellas plásticas o *bricks* de cartón. Las leches de almendras, avellanas y nueces también se comercializan en forma de crema para diluir en agua. Algunas están enriquecidas con minerales, vitaminas y nutrientes. La mejor elección son las que se elaboran con vegetales de cultivo biológico. Estas son tratadas sin fertilizantes ni productos químicos.

Los frutos y granos para elaborar las bebidas o las leches elaboradas y envasadas pueden adquirirse en los herbolarios, tiendas naturistas y secciones de dietética de los supermercados. La bebida más difícil de obtener es la de la cebada. Esta se consume menos en Occidente que en Oriente. La más asequible es la horchata.

CONSERVACIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA OLLA

La tapa de la olla es algo que siempre tiene que lavarse a mano y siguiendo las instrucciones que se indicarán en el manual que incorporan al comprar el utensilio.

Es bastante común que aparezcan manchas azuladas en el fondo de la olla. Si esto sucede no pruebe con lejía ni con amoníaco ya que inducirían a la corrosión de la olla. Un buen remedio es frotarlas con vinagre. Si la olla empieza a perder vapor por la junta de cierre es síntoma de que es necesario cambiarla. Para su correcto mantenimiento es conveniente lavarla después de cada uso y secarla antes de volverla instalar.

La tapa necesita unos cuidados especiales, por ejemplo después de cada uso es recomendable limpiar a mano el orificio de salida de vapor con una varilla y la válvula de seguridad. Hay que revisar continuamente las piezas, más aún cuando la olla ha sido muy utilizada. Cualquier pieza de estos utensilios tiene recambios. Si se quiere comprar con seguridad cualquier recambio, es mejor dirigirse a la compañía a la que pertenece el artilugio que dispondrán de cualquier accesorio que se necesite.

Para la limpieza de las ollas súper rápidas, no es necesario desmontar la válvula depresora, es suficiente con lavarla con chorro a presión.

BENEFICIOS DE LAS LECHES VEGETALES

Al carecer de lactosa, las leches vegetales pueden beberlas las personas intolerantes a este azúcar de la leche. Su organismo tiene problemas para digerirlo y reacciona ocasionando síntomas varios: dolores, diarreas, hinchazón abdominal, flatulencias y vómitos. También son una alternativa para las personas alérgicas a las proteínas de la leche de vaca. Las leches vegetales contienen menos grasas y son más sanas. Por ejemplo, la cantidad de grasas de las leches de soja, avena y almendras es similar a la de la semidesnatada de vaca. La leche de arroz equivale a la de la leche de vaca desnatada. Pero la gran ventaja es su calidad. Mientras que más de la mitad de las grasas de la leche de vaca son saturadas, las vegetales contienen una parte mínima de estos lípidos nocivos. La mayoría de sus grasas son poliinsaturadas y benefician la salud cardiovascular.

PREPARAR EL FILETE PERFECTO

No todas las piezas de carne son adecuadas para preparar filetes. Sin embargo, muchas veces se hacen filetes de casi todas con malos resultados. Que un filete esté tierno depende del tipo de res y de si la carne ha estado el tiempo suficiente en reposo antes de consumirla. Si la carne no se asienta tendrá un sabor peculiar. También la forma de cortar la pieza condiciona su sabor. Si se hace “a la contra” resultará dura.

Las piezas más recomendables son el solomillo, lomo bajo, tapa, babilla, contra y cadera. Cuando se vaya a hacer un filete empanado o rebozado, hay que realizar unos cortes alrededor del mismo para que se mantenga liso. Se deberá freír en abundante aceite caliente. Para prepararlo a la plancha deberá ser grueso. Si no, resultará seco.

COCINAR LA CARNE

La cocción lenta destruye la mayoría de las vitaminas. Aunque mejora la digestibilidad de las proteínas, no altera ni el contenido en grasa ni en minerales. En parte, una y otros pasan al caldo. Si se cuece en una olla a presión se destruyen menos vitaminas.

Cocinar en un microondas produce la misma pérdida de vitaminas que al hacerlo en un horno normal. No es recomendable comer la carne cruda pues no se aprovecha bien el hierro, es menos digestible y posee menos proteínas.

El jugo que suelta la carne al cocinarla a la plancha contiene la mayoría de los minerales y la vitamina C. Por ello, conviene consumirlo. Si al freír un filete éste encoge o suelta demasiada agua en la sartén (y salta el aceite) significa que el animal ha sido tratado con productos artificiales. Estos son los que provocan dicha retención de líquidos.

CONSIDERACIONES SOBRE LOS HUEVOS: NUTRITIVOS Y SEGUROS PARA EL CONSUMO

Los huevos contienen muchas proteínas y varios nutrientes esenciales. Los últimos datos sugieren que su consumo se asocia con una mejora de la calidad de la dieta y una mayor sensación de saciedad tras las comidas, y que esto podría estar relacionado con un mejor control del peso corporal. Además, la yema del huevo contiene sustancias que pueden prevenir el deterioro de la vista a causa de la edad. Recientemente, han mejorado las condiciones sanitarias en las granjas productoras, mejorando la seguridad de los huevos y reduciendo la contaminación por Salmonella en muchas partes de Europa.

Poca influencia en el colesterol en sangre

Antes se creía que el consumo de huevos y otros alimentos ricos en colesterol elevaba los niveles de colesterol en sangre, aumentando el riesgo de padecer enfermedades cardíacas. Sin embargo, en la mayoría de los casos el colesterol de la dieta no influye tanto en los niveles de colesterol en sangre como la cantidad y el tipo de la grasa consumida, excepto en aquellas personas sensibles a su consumo. Las últimas pruebas indican que la ingesta de huevos como parte de una dieta equilibrada no aumenta de forma significativa los niveles de colesterol en sangre en la mayoría de la gente. Los estudios que investigan las causas alimentarias de las enfermedades cardíacas no han hallado ninguna relación con el consumo habitual de huevos (hasta seis huevos por semana), ni siquiera en personas con niveles previos de colesterol elevados.

Otros aspectos relacionados con la salud

Se sabe que los alimentos ricos en proteínas aumentan la sensación de saciedad que se experimenta después de comer. Por ello, los científicos han decidido investigar si los huevos influyen en esta sensación de saciedad y en el control del peso. Dos estudios controlados comprobaron que tomar huevos para desayunar puede saciar y reducir el consumo diario de calorías. Un estudio halló que tomar huevos para desayunar por lo menos 5 días por semana durante ocho semanas fomentó el control del peso en sujetos con sobrepeso que realizaban una dieta baja en calorías, en comparación con los sujetos que desayunaban panecillos o bollería con un contenido calórico similar.

Se cree que los carotenoides luteína y zeaxantina, presentes en grandes cantidades en la yema del huevo, reducen el riesgo de padecer degeneración macular relacionada con la edad, una de las principales causas de ceguera en la tercera edad. Un estudio reveló que ingerir seis huevos a la semana durante 12 semanas aumenta los niveles de zeaxantina en sangre y mejora la densidad óptica del pigmento macular. La mayor densidad óptica del pigmento macular reduce el estrés que produce la luz solar en el ojo (fotoestrés).

Un huevo de gallina pesa de media unos 60 grs y está compuesto por la cáscara (11%), la clara (58%) y la yema (31%). La clara está formada principalmente por agua (88%) y proteína (9%), mientras que la yema contiene básicamente agua (51%), grasa (31%) y proteína (16%). Los nutrientes clave presentes en los huevos (Tabla 1), la vitamina D, vitamina B₁₂, folato y selenio, se han asociado con la prevención de trastornos crónicos como las enfermedades cardíacas, la hipertensión, el deterioro cognitivo y los defectos congénitos. Un estudio realizado en el Reino Unido reveló que los adultos que consumen tres o más huevos por semana ingerían cantidades significativamente superiores de vitaminas B₁₂, A y D, niacina (vitamina B₃), yodo, zinc y magnesio, en comparación con

quienes no consumían esta cantidad. El contenido de vitamina D de los huevos, relativamente elevado, es importante ya que hay pocos alimentos que sean fuentes de esta vitamina. En general, la composición nutricional de los huevos puede modificarse a través del pienso con el que se alimenta a las gallinas. Este es el caso, por ejemplo, de los huevos con un contenido superior de ácido docosahexanoico (DHA), un ácido graso poliinsaturado importante para el desarrollo del cerebro, la vista, el corazón y otras funciones corporales.

Tabla 1. Principales nutrientes presentes en los huevos de gallina

	Todo el huevo (por 100 g)	Clara (por 100 g)	Yema (por 100 g)
Agua (g)	75,1	88,3	51,0
Proteína (g)	12,5	9,0	16,1
Grasa (g)	11,2	Trazas	30,5
Vitamina A (µg)	190	0	535
Vitamina D (µg)	1,8	0	4,9
Equivalentes de niacina (mg) ^a	3,8	2,7	4,8
Vitamina B ₁₂ (µg)	2,5	0,1	6,9
Folato (µg)	50	13	130
Selenio (µg)	11	6	20
Zinc (mg)	1,3	0,1	3,1
Yodo (µg)	53	3	140
Magnesio (mg)	12	11	15

Fuente: ^asuma de niacina (mg) y triptófano (mg) dividida por 60

Cuestiones de seguridad alimentaria

Los huevos pueden contener *Salmonella*, una bacteria relacionada con brotes de intoxicaciones alimentarias. En 2008, la Unión Europea confirmó 131.468 casos humanos de salmonelosis, infección por *Salmonella*, procedentes de todas las fuentes. Esta cifra representa menos de 1 caso por cada 3.000 personas. Un informe de 2007 elaborado por la EFSA recopiló información sobre la *Salmonella* encontrada en granjas productoras de huevos en 23 países europeos. Aunque la media de detección de especies de *Salmonella* relevantes para la salud pública era del 20%, las cifras variaban del 8% a más del 60% en los principales países productores de huevos. Desde entonces, las medidas tomadas por el sector, incluyendo la introducción de estándares, los programas de vacunación y la mejora de las condiciones de las aves en toda Europa han sido esenciales para reducir considerablemente la contaminación por *Salmonella*.

La forma de conservar y utilizar los huevos en casa también influye en su seguridad. Es posible encontrar restos de *Salmonella* en las cáscaras, por lo que es esencial lavarse las manos después de manipular huevos para no transmitir microorganismos a la comida cocinada. Sin embargo, las cáscaras de huevo no deben lavarse ya que están recubiertas por una capa protectora denominada cutícula que evita que las bacterias penetren a través de los poros de la cáscara. Si el huevo está sucio y hay que lavarlo, debe utilizarse inmediatamente. Los huevos rotos y sus cáscaras deben tirarse a la basura enseguida y no deben guardarse junto a los huevos intactos.

La refrigeración de los huevos durante toda la cadena alimentaria reduce el desarrollo de la *Salmonella*, pero no se ha comprobado que reduzca el riesgo de contraer salmonelosis. Es importante no cambiar repetidamente la temperatura a la que se almacenan los huevos ya que puede hacer que se condense agua en la cáscara, lo que promovería el crecimiento de bacterias y su penetración en el interior del huevo.

Dado que la *Salmonella* muere al entrar en contacto con calor, se recomienda cocinar todo el huevo de forma apropiada a una temperatura mínima de 70° C para mejorar su seguridad. Los grupos más vulnerables, como las personas ancianas, enfermas, niños y mujeres embarazadas deben consumir siempre huevos que se hayan cocinado completamente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) no recomienda consumir alimentos que contengan huevo crudo o parcialmente cocinado, tales como mayonesa, salsa holandesa, helado o algunos postres como mousse, especialmente si se han preparado en casa con huevos no pasteurizados. Se recomienda encarecidamente limpiar y desinfectar las superficies donde se haya batido huevo crudo y garantizar que no haya otros alimentos preparados en las inmediaciones mientras se baten.

Los consejos de seguridad alimentaria promueven el uso de productos de huevos pasteurizados en lugar de huevos crudos. Existen reglamentos de la Comisión Europea sobre los requisitos especiales de higiene para la fabricación de productos que contienen huevo.

Conclusiones

Los huevos representan una valiosa aportación a una dieta sana y equilibrada ya que proporcionan proteínas de gran calidad y varias vitaminas y minerales. En Europa, las medidas para mejorar las prácticas de producción y procesado de los huevos y los alimentos que lo incluyen mejoran continuamente para aumentar su seguridad. Gracias a ello y al seguimiento por parte de los consumidores de una serie de pautas de seguridad alimentaria en su hogar, los huevos constituyen un alimento seguro y nutritivo que añadir a nuestra dieta. En general, el riesgo para la seguridad alimentaria del huevo es insignificante y, sin embargo, su contribución a una alimentación sana en todos los grupos de edad es notable.

INFORMACIÓN SANITARIA



(Se informará de los diversos temas que afectan a la salud de las personas).

/Transcrito por: Fco. O. Martínez- D.H.M.//

MEDICAMENTO CONCEPTO.



Toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, Inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico.

PRINCIPIO ACTIVO: Es el componente responsable de la actividad del medicamento, y es el que alcanza el lugar diana; es decir, donde tiene que hacer su acción. Es toda materia de origen humano, animal, vegetal químico o de otro tipo, a la que se le atribuye una actividad apropiada para constituir un medicamento. Un mismo medicamento puede contener uno o varios principios activos. Es la sustancia que actúa por sí misma en nuestro organismo.

EXCIPIENTE: Es aquella materia que se añade a los principios activos o a sus asociaciones para servirles de vehículo, posibilitar su preparación y su estabilidad, modificar sus propiedades organolépticas o determinar las propiedades físico-químicas del medicamento, así como su biodisponibilidad.

En general, se necesitan muy pequeñas cantidades de principio activo, lo cual en principio dificultaría su ingestión y manipulación. Para solucionar este problema, el principio activo se mezcla con otros productos inertes, sin ninguna actividad, esto es, los excipientes, de manera que adquiera una forma y tamaño adecuados. Se introduce así el concepto de forma galénica o forma farmacéutica, del cual trataremos seguidamente. Otras veces el principio activo puede tener un sabor desagradable o amargo, en cuyo caso se añaden los denominados edulcorantes, saborizantes. De ahí, que un medicamento pueda tener sabor a naranja, fresa, etc.

Algunos excipientes han de figurar obligatoriamente en el envase y embalaje del medicamento. Tal es el caso de algunos edulcorantes, a tener en cuenta en caso de personas diabéticas, o la lactosa, importante en los casos de intolerancia a la lactosa, sobre todo en niños.

Son sustancias que entran a formar parte de la composición del medicamento para facilitar su administración y/o mejorar su acción. Aunque no tienen acción por sí mismas, conviene conocerlas por si pudieran producir efectos no deseados. Así, el azúcar que lleva un jarabe (para que su sabor resulte más agradable) debe tenerse en cuenta en caso de administrarse a un paciente diabético. Otros medicamentos llevan colorantes o almidón para dar cuerpo, forma y mejorar la presentación de ciertos comprimidos, etc.

TIPOS DE MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS QUE NO NECESITAN RECETA MÉDICA



Son aquellos que vayan destinados a procesos o condiciones que no necesiten un diagnóstico preciso y cuyos datos de evaluación toxicológica, clínica o de su utilización y vía de administración no exijan prescripción médica.

En este grupo se incluyen los medicamentos publicitarios, que podrán ser objeto de publicidad destinada al público debiendo cumplir todos los requisitos que se relacionan a continuación:

- Que no se financien con fondos públicos.
- Que por su composición y objetivo estén destinados y concebidos para su utilización sin la intervención de un médico que realice el diagnóstico, la prescripción o el seguimiento del tratamiento.
- Que no contengan en su composición sustancias psicotrópicas ni estupefacientes.

MEDICAMENTOS QUE NECESITAN RECETA MÉDICA.

Estos medicamentos presentarán en su embalaje exterior la leyenda

“MEDICAMENTO SUJETO A PRESCRIPCIÓN MÉDICA” y el símbolo **O** que con fines preventivos y de identificación exige la legislación vigente.

Como que el uso incorrecto de los medicamentos puede comportar consecuencias graves para la salud, las autoridades sanitarias exigen que, para su dispensación en farmacias, se presente una receta médica, hecho que implica que un médico haya valorado la necesidad del tratamiento y haya recomendado la administración del medicamento con una pauta específica (qué dosis se debe tomar, con qué frecuencia y durante cuanto de tiempo). No está permitida su publicidad en los medios de comunicación.

MEDICAMENTOS DE USO HOSPITALARIO.



Son aquellos cuya prescripción y administración se deben hacer bajo la responsabilidad del servicio de farmacia de un hospital, ya sea por las características de los principios activos que entran en su composición, por sus indicaciones específicas, por sus especiales características de utilización o por necesitar reajuste continuado de dosis.

En su envase exterior figura el símbolo “H”.

MEDICAMENTOS QUE NECESITAN HOMOLOGACIÓN (VISADO DE INSPECCIÓN).

Son los de uso restringido para ciertas enfermedades y que requieren un control adicional por parte de Sanidad.

Medicamentos de diagnóstico hospitalario: Son aquellos que se emplean en el tratamiento de patologías que se deben diagnosticar en un medio hospitalario o institución con medios adecuados de diagnóstico, aunque su administración y seguimiento puedan realizarse fuera del hospital o de la institución.

Pueden ser dispensados por las oficinas de farmacia, previa presentación de receta médica y con homologación sanitaria o visado de inspección (cuando sea susceptible de financiación a cargo del Sistema Nacional de Salud).

En su cartón figuran las siglas “DH”.

Medicamentos de especial control médico: ECM

Son medicamentos destinados por sus indicaciones a administrarse a pacientes ambulatorios, pero cuya utilización puede producir efectos adversos muy graves, por lo cual la Administración ha establecido condiciones especiales para su prescripción, dispensación y administración.

Estos medicamentos, llevan en el cartón el texto “Especial Control Médico”, y al lado las siglas: “ECM”.

MEDICAMENTOS GENÉRICOS



El medicamento genérico es un medicamento que basa su autorización en la demostración de bioequivalencia con un medicamento previamente autorizado y para el que ha expirado el periodo de protección de datos (es decir, que han transcurrido al menos diez años desde su autorización). El medicamento genérico tiene que cumplir con todas las garantías de calidad exigibles, y además, debe demostrar que el principio activo se absorbe por el organismo de la misma manera que su correspondiente medicamento original.

En nuestro país, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios es el organismo que evalúa todos los datos necesarios antes de autorizar cada medicamento de uso humano de fabricación industrial, entre los que se encuentran los medicamentos genéricos. Además realiza una vigilancia continua, así como los controles de calidad sobre los medicamentos que están en el mercado, asegurando que estos cumplen en todo momento con las garantías necesarias de equivalencia con el medicamento original.

Los medicamentos genéricos, son fáciles de identificar, ya que el nombre que figura en el envase incorpora siempre las siglas **EFG (Equivalente Farmacéutico Genérico)**.

Son medicamentos con la misma calidad, seguridad y eficacia que el correspondiente medicamento de referencia.

ALERGIA A LAS MASCOTAS



Descripción general

La alergia a alguna mascota es una reacción alérgica a proteínas que se encuentran en las células de la piel, la saliva o la orina de un animal. Los signos de la alergia a alguna mascota comprenden los signos frecuentes de la rinitis alérgica (fiebre del heno), como estornudar y moquear. Algunas personas también pueden experimentar signos del asma, como tener un silbido al respirar o dificultad para respirar.

Por lo general, la exposición a las escamas muertas de la piel (caspa) que pierde una mascota desencadena este tipo de alergia. Si bien cualquier animal que tenga pelos puede provocar este tipo de alergia, en la mayoría de los casos esta alergia se asocia a perros y gatos.

Si tienes alergia a alguna mascota, lo más recomendable es evitar la exposición al animal o reducirla en la mayor medida posible. Es posible que se necesiten medicamentos y otros tratamientos para aliviar los síntomas y controlar el asma.

Síntomas

Los signos y síntomas de la alergia a las mascotas causados por la inflamación de las fosas nasales son:

- Estornudos
- Moqueo
- Picazón, enrojecimiento o lagrimeo de los ojos
- Congestión nasal
- Picazón en la nariz, el paladar o la garganta
- Goteo nasal posterior
- Tos
- Sensación de opresión y dolor en el rostro
- Despertarse con frecuencia
- Piel hinchada y azulada debajo de los ojos
- En niños, restregarse la nariz a menudo, con movimiento ascendente

Si tu alergia a las mascotas te produce asma, también puedes experimentar:

- Dificultad para respirar
- Dolor u opresión en el pecho
- Silbido al respirar y sonidos audibles cuando exhalas aire

- Problemas para dormir causados por la dificultad para respirar, la tos o el silbido al respirar

Síntomas relacionados con la piel

Algunas personas con alergia a las mascotas también pueden experimentar síntomas en la piel, un patrón conocido como dermatitis alérgica o dermatitis por contacto. Este tipo de dermatitis es una reacción del sistema inmunitario que provoca inflamación de la piel. El contacto directo con una mascota que te produce alergia puede desencadenar la dermatitis alérgica, lo que provoca signos y síntomas como los siguientes:

- Manchas rojas y elevadas en la piel (urticaria)
- Eccema
- Picazón en la piel

Cuándo consultar con el médico

Algunos signos y síntomas de la alergia a las mascotas, como moqueo o estornudos, son similares a los del resfrío común. A veces es difícil saber si tienes un resfrío o alergia. Si los síntomas persisten durante más de 2 semanas, es posible que tengas alergia.

Si los signos y síntomas son graves —por ejemplo, si sientes las fosas nasales totalmente obstruidas, tienes dificultad para dormir y presentas silbido al respirar— llama al médico. Busca atención médica de urgencia si el silbido al respirar o la dificultad para respirar empeoran rápidamente o si tienes dificultad para respirar con mínima actividad.

Causas

Las alergias se producen cuando el sistema inmunitario reacciona frente a una sustancia extraña, como puede ser el polen, el moho o la caspa de los animales domésticos.

El sistema inmunitario produce proteínas que se llaman anticuerpos. Estos anticuerpos te protegen frente a invasores perjudiciales que podrían enfermarte o provocarte una infección. Si tienes alergias, el sistema inmunitario fabrica anticuerpos que identifican tu alérgeno en particular como un elemento nocivo, a pesar de que puede no serlo.

Si inhalas el alérgeno o entras en contacto con él, el sistema inmunitario responde y genera una respuesta inflamatoria en los senos nasales o en los pulmones. La exposición prolongada o frecuente al alérgeno puede provocar una inflamación constante (crónica) de las vías aéreas que está relacionada con el asma.

Gatos y perros

Los alérgenos de gatos y perros están presentes en las células epiteliales que se desprenden de los animales (caspa) y en su saliva, orina y sudor, además de en el pelo. La caspa es un problema particular porque es muy pequeña y puede quedar en el aire durante largos períodos si hay incluso una mínima circulación de aire. También se acumula con facilidad en muebles tapizados y se adhiere a la ropa.

La saliva de las mascotas puede adherirse a las alfombras, los acolchados, los muebles y la ropa. La saliva seca puede evaporarse.

Los llamados gatos y perros hipoalérgicos pueden largar menos pelo que los demás, pero ninguna raza es completamente hipoalérgica.

Roedores y conejos

Los roedores que se consideran animales domésticos incluyen los ratones, los gerbos, los hámsteres y los cobayos. Los alérgenos de los roedores generalmente están en el pelo, en la caspa, en la saliva y en la orina. El polvo de la litera o del serrín del fondo de las jaulas puede potenciar los alérgenos de los roedores que se evaporan hacia el aire.

Los alérgenos de los conejos están en la caspa, el pelo y la saliva.

Otros animales domésticos

Las alergias a los animales domésticos casi nunca se producen si el animal no tiene pelo, como sucede con los peces y los reptiles.

Factores de riesgo

Las alergias a las mascotas son una afección frecuente. Sin embargo, tendrás más probabilidades de contraer una alergia a las mascotas si hay antecedentes de asma en tu familia.

El contacto con mascotas a temprana edad puede ser útil para prevenir esta clase de alergias. En algunos estudios se ha observado que los niños que conviven con un perro durante el primer año de vida pueden desarrollar mayor resistencia a las infecciones de las vías respiratorias superiores que los niños que no tienen un perro a esa edad.

Complicaciones

Infecciones en los senos paranasales

La inflamación constante (crónica) de los tejidos de las fosas nasales producida por la alergia a alguna mascota puede obstruir las cavidades huecas que se conectan con las fosas nasales (senos paranasales). Estas obstrucciones pueden volverte más susceptible al desarrollo de infecciones bacterianas de los senos paranasales, como la sinusitis.

Asma

Las personas asmáticas y alérgicas a alguna mascota suelen tener problemas para controlar los síntomas del asma. Pueden correr el riesgo de tener ataques de asma que requieren tratamiento médico inmediato o atención de urgencia.

Prevención

Si no posees una mascota pero estás pensando en adoptar o comprar una, asegúrate de que el animal no tenga ninguna alergia antes de asumir esa responsabilidad.

by Escrito por personal de Mayo Clinic

BOTULISMO

Descripción general

El botulismo es una enfermedad poco frecuente, pero grave causada por las toxinas de las bacterias llamadas «Clostridium botulinum».

Las tres formas frecuentes del botulismo son las siguientes:

- **Botulismo alimentario.** Las bacterias nocivas crecen y producen la toxina en entornos con poco oxígeno, como en los alimentos enlatados.

- **Botulismo por herida.** Si esas bacterias entran a través de un corte, pueden causar una infección peligrosa que produce la toxina.
- **Botulismo infantil.** Esta forma más frecuente de botulismo comienza después de que las esporas bacterianas del *Clostridium botulinum* crecen en el tubo gastrointestinal del bebé. Por lo general, sucede entre los 2 y los 8 meses de edad.

Todos los tipos de botulismo pueden ser mortales y se consideran emergencias médicas.

Síntomas

Botulismo alimentario

Los signos y síntomas del botulismo alimentario, por lo general, comienzan entre 12 y 36 horas después de que la toxina entra en el cuerpo. Sin embargo, el comienzo de los síntomas puede variar entre unas pocas horas y varios días, según la cantidad de toxina ingerida. Los signos y síntomas del botulismo alimentario son los siguientes:

- Dificultad al tragar o hablar
- Sequedad de boca
- Debilidad en ambos lados del rostro
- Visión borrosa o doble
- Caída de los párpados
- Problemas para respirar
- Náuseas, vómitos y cólicos
- Parálisis

Botulismo por herida

La mayoría de las personas que contraen botulismo por herida se inyectan drogas varias veces al día, por lo que es difícil saber con seguridad cuánto tiempo tardan en aparecer los signos y síntomas después de que la toxina entra en el cuerpo. Los signos y síntomas del botulismo por herida son los siguientes:

- Dificultad al tragar o hablar
- Debilidad en ambos lados del rostro
- Visión borrosa o doble
- Caída de los párpados
- Problemas para respirar
- Parálisis

Botulismo infantil

Si el botulismo infantil está relacionado con los alimentos, como la miel, los problemas suelen comenzar dentro de las 18 a 36 horas después de que la toxina entra en el cuerpo del bebé. Estos son algunos de los signos y síntomas:

- Estreñimiento (por lo general, es el primer signo)
- Movimientos desmadejados debidos a debilidad muscular y a problemas para controlar la cabeza
- Llanto débil
- Irritabilidad

- Babeo
- Caída de los párpados
- Cansancio
- Dificultad para succionar o alimentarse
- Parálisis

Ciertos signos y síntomas no suelen aparecer con el botulismo. Por ejemplo, el botulismo, generalmente, no aumenta la presión arterial ni la frecuencia cardíaca, ni causa fiebre ni desorientación. Sin embargo, a veces, el botulismo por herida puede causar fiebre.

Cuándo consultar al médico

Busca atención médica urgente si sospechas que tienes botulismo. El tratamiento temprano aumenta las posibilidades de supervivencia y disminuye el riesgo de complicaciones.

Buscar atención médica de inmediato también puede alertar a las autoridades de salud pública. Entonces, pueden evitar que otras personas coman alimentos contaminados.

Causas

Botulismo infantil

Los bebés contraen botulismo infantil después de consumir las esporas de las bacterias, que luego crecen y se multiplican en los tractos intestinales, y desarrollan toxinas. La causa del botulismo infantil puede ser la miel, pero es más probable que sea la exposición al suelo contaminado con la bacteria.

Botulismo alimentario

A menudo, el botulismo alimentario es causado por los alimentos envasados caseros que tienen un bajo nivel de ácido, tales como los ejotes, el maíz y la remolacha. Una causa frecuente de la enfermedad en Alaska es el marisco fermentado. Sin embargo, la enfermedad también se ha producido por pimientos picantes, papas horneadas envueltas en papel de aluminio y aceite infundido con ajo.

Comer alimentos que contienen la toxina altera la función nerviosa, lo cual provoca una parálisis.

Botulismo por herida

Cuando la bacteria *Clostridium botulinum* entra en una herida —posiblemente a causa de una lesión que podrías no notar— puede multiplicarse y producir la toxina. El botulismo por herida ha aumentado en las últimas décadas en las personas que se inyectan heroína, que puede contener esporas de la bacteria. De hecho, este tipo de botulismo es más frecuente en las personas que se inyectan heroína de alquitrán negro.

¿Hay beneficios para la toxina botulínica?

Podrías preguntarte cómo algo tan tóxico podría ser beneficioso, pero los científicos han descubierto que el efecto paralizante de la toxina botulínica la hace útil en ciertas circunstancias.

La toxina botulínica se ha utilizado para reducir las arrugas faciales mediante la prevención de la contracción de los músculos que están debajo de la piel, y para las afecciones médicas, tales como los espasmos de los párpados y la sudoración intensa de las axilas. Sin embargo, se han producido casos inusuales de efectos secundarios graves,

como parálisis muscular que se extiende más allá de la zona tratada, con el uso de la toxina botulínica por razones médicas.

Complicaciones

Debido a que afecta el control muscular a través del cuerpo, la toxina botulínica puede causar muchas complicaciones. El peligro más inmediato sería que no puedas respirar, que es la causa más frecuente de muerte por botulismo. Otras complicaciones, que pueden requerir rehabilitación, son las siguientes:

- Dificultad para hablar
- Problemas para tragar
- Debilidad prolongada
- Fatiga
- Falta de aire

Prevención

Utiliza las técnicas de envasado adecuadas

Asegúrate de utilizar las técnicas adecuadas al envasar los alimentos en el hogar para garantizar que todos los gérmenes del botulismo que están presentes en los alimentos se hayan destruido:

- Cocina esos alimentos a presión, a 250 °F (121 °C) durante 20 a 100 minutos, según el alimento.
- Considera hervir estos alimentos durante 10 minutos antes de servirlos.

Prepara y almacena los alimentos de forma segura

- No comas alimentos en conserva si el envase está abultado o si la comida huele mal. Sin embargo, el gusto y el olfato no siempre detectan la presencia de *Clostridium botulinum*. Algunas cepas no hacen que los alimentos huelan mal ni tengan un sabor inusual.
- Si envuelves las papas en papel de aluminio antes de hornearlas, consúmelas calientes o guárdalas en el refrigerador, no a temperatura ambiente.
- Almacena los aceites infusionados con ajo o con hierbas en el refrigerador.

Botulismo infantil

Para reducir el riesgo de padecer botulismo infantil, evita darles miel, incluso una pequeña degustación, a los bebés menores de 1 año.

Botulismo por herida

Para prevenir el botulismo por herida y otras enfermedades graves de transmisión hemática, nunca te inyectes ni inhales drogas ilegales.

//Fuente: Mayo Clinic//

CEFALEA CRÓNICA DIARIA CON ABUSO DE ANALGÉSICOS



//Fuente: **Noelia Fontanillas Garmilla. Julio Pascual Gómez, Rafael Colás Chacartegui.**- Médico de Familia. Centro de Salud de Miera, Cantabria, España. Especialista en Neurología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. Médico de Familia. Centro de Salud de Santoña, Cantabria, España//.

Cefalea crónica y abuso de analgésicos

En los años 50 se realizan las primeras descripciones de pacientes cuyas cefaleas empeoraron al consumir diariamente ergotamina⁴ y posteriormente aparecen nuevos estudios que implican analgésicos simples y opioides en la cronificación de la cefalea, dando lugar al concepto de cefalea por abuso de analgésicos o cefalea de rebote. En los años 90 se publican los primeros trabajos que implican a los triptanes en el mantenimiento y/o agravamiento de la cefalea preexistente.

Otros autores han tratado de investigar si el consumo de analgésicos por sí mismo puede producir cefalea crónica en pacientes sin antecedentes de cefalea primaria. Se han realizado estudios en grupos de pacientes que tomaban analgésicos diariamente por dolor músculo-esquelético o procesos reumatológicos, no encontrando mayor prevalencia de cefalea crónica que en la población general.

Estos datos sugieren que los analgésicos por sí mismos no son causa de cefalea crónica en pacientes sin historia previa de cefalea, pero sí pueden empeorar la cefalea episódica contribuyendo a su cronicidad.

La fisiopatología de la CCD y CAA es desconocida, aunque cada vez son más los autores que defienden que el factor etiológico principal sea genético, es decir, estos pacientes nacen ya con una predisposición, genéticamente determinada, para el desarrollo de una cefalea crónica. En algunos casos la predisposición sería tan fuerte que ya desde edades iniciales de la vida y sin otros factores el paciente desarrolla "espontáneamente" una CCD. En el resto de los pacientes, la CCD (y por ende la CAA) aparecería al tener contacto con algún factor predisponente (consumo de determinados analgésicos con capacidad de inducir rebote, trastornos psicológicos, etc).

Definición y clasificación

A lo largo de los años la CAA ha sido conocida por diversos términos, tales como cefalea de rebote por analgésicos o ergotamina, cefalea fármaco-inducida o cefalea por abuso de analgésicos.

Fue Rappoport quien inicialmente propuso el concepto de cefalea por abuso de analgésicos. Este término se refirió al empeoramiento de la cefalea de base en pacientes con cefaleas crónicas frecuentes que tomaban analgésicos regularmente. La cefalea se inicia al cabo de 3-4 horas tras el cese del analgésico, exacerbándose durante 2-4 semanas: "periodo de lavado del analgésico". Transcurrido ese tiempo, el paciente mejora ostensiblemente.

Sin embargo, la definición nosológica de la cefaleas primarias crónicas es controvertida. En el año 1988 la International Headache Society (IHS) publicó la primera "Clasificación y Criterios Diagnósticos de las Cefaleas, las Neuralgias Craneales y el Dolor Facial". Hasta entonces no existía consenso acerca de las características clínicas de los diferentes tipos de cefaleas, por lo que esta clasificación sirvió de instrumento tanto para la práctica asistencial como para la realización de numerosos trabajos de investigación que permitieron avanzar en el conocimiento de las cefaleas. Sin embargo, fue muy criticada sobre todo en el apartado de las cefaleas crónicas y el abuso de analgésicos, ya que todo paciente con cefalea crónica, según la IHS, debía ser diagnosticado de cefalea de tensión crónica (CTC) (no existía otra posibilidad). La migraña fue excluida de la clasificación como cefalea crónica y todos los pacientes con abuso de analgésicos se clasificaron como cefalea secundaria.

Los expertos establecieron la necesidad de revisar estos criterios diagnósticos, siendo la clasificación que más se aceptó la de Silberstein y colaboradores, que incluyó en la CCD a todas las cefaleas primarias que se presentan al menos quince días al mes durante un período de 6 meses y un mínimo de 4 horas al día sin tratamiento. Estos autores establecieron cuatro variedades de CCD como son: migraña transformada (MT), CTC, cefalea crónica de inicio reciente y hemicránea continua, pudiendo ir cada una de ellas con o sin abuso de analgésicos. Se excluyeron de esta definición las cefaleas crónicas secundarias, como las de causa vascular, alteraciones intracraneales, patología cervical, témporo-mandibular o postraumática. Numerosos trabajos de investigación se realizaron con esta clasificación, que sin embargo no fue aceptada por la IHS.

Fue en el año 2004 cuando la IHS publicó la primera revisión a la clasificación del año 1988 y posteriormente una nueva revisión en el 2006, en la que reconoce los 4 subtipos de cefalea propuestos por Silberstein y colaboradores (aunque la migraña crónica -MC- no es independiente sino complicación de la migraña). Establece el abuso entre analgésicos simples, combinados, opiáceos y ergóticos. Sigue manteniendo independientes los apartados de cefaleas crónicas primarias y la cefalea por abuso de sustancias. Esta clasificación permitirá establecer unos criterios diagnósticos unificados, facilitando nuevas investigaciones y avanzando en el conocimiento de las cefaleas crónicas, aunque continúa habiendo controversia entre los autores ya que algunos creen que la CAA es una entidad primaria.

Para poder realizar un diagnóstico diferencial y un tratamiento adecuado es necesario conocer los criterios diagnósticos de los diferentes tipos de cefaleas crónicas y del abuso de analgésicos.

La nueva clasificación de la IHS 2006 define a la MC como aquella de igual o más de 15 días de duración al mes, durante al menos 3 meses, y de estos 15 días o cumplen criterios de migraña durante igual o más de 8 días de duración al mes o responden a triptanes o ergóticos, pero siempre y cuando no exista abuso de medicación (o haber retirado durante 2 meses el abuso de analgésicos) (tabla 1).

Migraña crónica (MC)

- A. Cefalea (cefalea tensional y/o migraña) de ≥ 15 días/mes al mes durante al menos tres meses
- B. Ocurre en pacientes que han tenido por lo menos 5 ataques cumpliendo los criterios de migraña sin aura
- C. Cefalea de ≥ 8 días/mes durante por lo menos tres meses que cumple los criterios C1 y C2, asociándose síntomas de migraña sin aura:
 - 1. Al menos dos de los siguientes: localización unilateral, pulsátil, intensidad moderada o grave, se agrava con la actividad física rutinaria
 - 2. Al menos uno de los siguientes: náusea y/o vómitos, fotofobia y fonofobia
 - 3. Responde a triptanes o ergóticos antes de que se desarrolle C1.
- D. No existe abuso de medicación y no está atribuido a otros trastornos

Tabla 1. Criterios IHS 2006 para la Migraña Crónica (MC)

En relación a la CTC, según la última clasificación de la IHS es la cefalea de igual o mayor duración de 15 días al mes, durante al menos 3 meses, de horas de duración o continua que cumple los criterios de cefalea tensional (tabla 2). A continuación se señalan los criterios propuestos por la IHS para la cefalea diaria de reciente comienzo y hemicránea continua aunque éstas tienen menor prevalencia que la MC y CTC (tablas 3 y 4).

Cefalea tensional crónica

- A. Cefalea de 15 días o más al mes durante más de tres meses y que sigue los criterios B-D
- B. Cefalea de horas de duración o continua
- C. Tiene al menos dos de las siguientes características:
 - Localización bilateral
 - Presión o tirantez (no pulsátil)
 - Intensidad ligera o moderada
 - No interfiere las actividades físicas diarias
- D. Cumple los siguientes:
 - No más que una de fotofobia, fonofobia o náusea
 - Sin náusea moderada o severa
- E. No atribuido a otros trastornos

Tabla 2. Criterios de la IHS 2004 para la CTC.

Cefalea diaria de reciente comienzo

- A. Cefalea de más de tres meses que sigue los criterios B-D
 - B. Cefalea diaria e incesante desde el comienzo o menos de tres días desde el comienzo
 - C. Al menos dos de las siguientes características del dolor:
 - Localización bilateral
 - Presión/tirantez (no pulsátil)
 - Intensidad leve o moderada
 - No agrava la actividad física diaria
 - D. Cumple las dos de las siguientes:
 - No más que una de fotofobia, fonofobia o ligera náusea
 - No náusea moderada o intensa ni vómito
 - E. No atribuido a otros trastornos
-

Tabla 3. Criterios IHS 2004 para la cefalea diaria de reciente comienzo.

Hemicránea continua

- A. Cefalea durante más de tres meses que sigue los criterios B-D
 - B. Sigue todas las características:
 - dolor unilateral que no cambia de lado
 - diario y continuo, sin periodos de no cefalea
 - intensidad moderada con exacerbaciones de dolor grave
 - C. Al menos una de las siguientes características autonómicas ocurren durante las exacerbaciones ipsilaterales a la cefalea:
 - inyección conjuntival y/o lagrimeo
 - congestión nasal y/o rinorrea
 - ptosis y/o miosis
 - D. Respuesta terapéutica completa a la indometacina
 - E. No atribuido a otros trastornos
-

Tabla 4. Clasificación IHS 2004 propuesta para la hemicránea continua.

Los criterios de la IHS 2006 definen a la cefalea inducida por abuso de medicación como aquella cefalea presente de igual o más de 15 días/mes que se ha desarrollado o ha empeorado durante el abuso de medicación y existe abuso regular durante más de 3 meses de uno o más medicamentos usados como tratamiento agudo de la cefalea (ergotamina, triptanes, opioides o analgésicos combinados consumidos al menos 10 días/mes y/o analgésicos simples consumidos al menos 15 días/mes) ([tabla 5](#)).

Cefalea inducida por abuso de medicación

- A. Cefalea presente ≥ 15 días/mes que cumpla el criterio C.
 - B. Abuso regular durante > 3 meses de uno o más medicamentos:
 1. Ergotamina, triptanes, opioides o analgésicos combinados consumidos ≥ 10 días/mes
 2. Analgésicos simples ≥ 15 días/mes
 - C. La cefalea se ha desarrollado o ha empeorado durante el abuso de medicación.
-

Tabla 5. Clasificación de la cefalea atribuida al abuso de sustancias o a su retirada (IHS 2006)

Perfil clínico

Existen un perfil clínico y una serie de signos y síntomas comunes en los pacientes con cefalea consumidores habituales de analgésicos que iremos revisando a lo largo de este apartado. La edad media de los pacientes oscila entre los 40-45 años, predomina el sexo femenino, con historia previa de cefaleas de 20-25 años de evolución y un periodo de abuso de analgésicos de 7-10 años de media.

Los pacientes con CAA aquejan una cefalea constante, diaria o casi diaria, de intensidad variable, aunque suele ser moderada, que se puede desencadenar con el más mínimo esfuerzo físico o intelectual. Se suele acompañar de irritabilidad, astenia, ansiedad, problemas con la memoria, dificultad para la concentración intelectual o depresión. Se advierte un ritmo de cefaleas que parece depender de los fármacos: el dolor comienza a primera hora de la mañana, cede parcialmente al tomar el analgésico, y vuelve a aparecer horas más tarde para mantenerse durante el resto del día. Además de esta cefalea difusa de fondo, los pacientes con antecedentes de migraña pueden presentar ataques de cefalea unilateral con síntomas gastrointestinales asociados, mientras que los pacientes con CTC no suelen discriminar entre las características de su cefalea primaria y la actual CAA.

A la cefalea crónica descrita se pueden asociar otros síntomas y signos debido al uso excesivo y continuado de los analgésicos: nefropatía, alteraciones cardiovasculares, digestivas, hematológicas, cutáneas y de anejos, junto con problemas de tolerancia, habituación y dependencia.

El uso continuado de analgésicos hace que aparezcan fenómenos de tolerancia y abstinencia. Los pacientes necesitan cada vez dosis mayores para conseguir igual efecto analgésico y experimentan cefalea de rebote cuando se suprimen los analgésicos de manera repentina.

Tratamiento

El abordaje del tratamiento en los pacientes con CAA requiere una atención integral. El tratamiento debe ser médico, psicológico y físico para lograr buenos resultados.

Desde el inicio del tratamiento, el médico debe conocer los elementos de la vida del paciente que puedan influir en el desarrollo y respuesta al tratamiento de su cefalea, aspectos emocionales y psicológicos. Salvo que sean claros, éstos no deben resaltarse al inicio del tratamiento, ya que el paciente puede creer que sus quejas somáticas no son tomadas en serio.

En líneas generales el tratamiento de la CAA debe iniciarse con la información al paciente, seguido de un período de desintoxicación, dando unas pautas concretas en cuanto al tratamiento sintomático e instaurando un tratamiento preventivo.

Información al paciente

El paciente debe saber que se enfrenta a un problema crónico. Es importante explicarle en qué consiste su enfermedad y que ésta no tiene tratamiento curativo radical, pero que sí puede experimentar una gran mejoría siguiendo una serie de pautas en las que él es una parte fundamental, lo cual es indispensable para conseguir el éxito terapéutico.

Al informar sobre la CAA hay dos aspectos básicos fundamentales a transmitir al paciente: la toma habitual de analgésicos es capaz de contribuir al desarrollo de cefalea crónica y el uso de analgésicos puede impedir o reducir la acción de los tratamientos preventivos para la cefalea. Otro punto importante que debe explicarse al paciente es que el tratamiento profiláctico irá haciendo su efecto progresivamente a lo largo del tiempo y no de forma inmediata.

Desintoxicación

El abandono de los analgésicos que el paciente consume a diario es importante en el tratamiento de la CAA. Con ello puede disminuir la frecuencia de cefaleas y el tratamiento profiláctico puede ser más efectivo. Parece bien demostrado que el abandono de ergóticos, opiáceos y analgésicos combinados es crucial para el éxito del tratamiento, aunque los últimos trabajos realizados con topiramato como tratamiento preventivo de la MC demuestran eficacia a pesar de continuar consumiendo algún analgésico.

La desintoxicación se puede realizar de forma brusca, recomendable en la mayoría de los casos, o de forma gradual y progresiva, recomendable en los casos de abuso añadido de barbitúricos, narcóticos o benzodiacepinas, para evitar síntomas de abstinencia graves.

El cese agudo del consumo de analgésicos puede originar un síndrome de abstinencia, consistente en un aumento en la intensidad de la cefalea, trastornos vegetativos (náuseas, vómitos, taquicardia, hipotensión, etc.), distimia, alteraciones del sueño, agitación, temblores, e incluso convulsiones en el caso de los barbitúricos. Estos síntomas se inician a las 24-48 horas del cese de la medicación analgésica y suelen durar entre 5-7 días. Es preferible siempre que sea posible que la desintoxicación se realice de forma ambulatoria, de este modo el paciente se implica más y pone más de su parte que en el tratamiento hospitalario.

Se recomienda tratamiento hospitalario en aquéllos que presentan: abuso de analgésicos que contengan tranquilizantes tipo codeína o barbitúricos, debido al síndrome de abstinencia que presentan los pacientes, pudiendo ser difícil el manejo ambulatorio, algún problema psicológico importante, depresión intensa, o cualquier patología médica grave que pueda complicar el proceso de desintoxicación y/o fracaso de un intento anterior de desintoxicación ambulatoria.

Tratamiento sintomático

Durante el síndrome de abstinencia es conveniente tratar los síntomas que presenten los pacientes, lo que facilitará que sigan las pautas y no abandonen el tratamiento. Para el tratamiento de la cefalea de rebote es recomendable la sustitución de los analgésicos por AINEs pautados durante 2-3 semanas. Para este fin podemos utilizar cualquiera de los AINEs recomendados por la Sociedad Española de Neurología (naproxeno sódico a dosis de 550 mg/12 horas, dexketoprofeno 25 mg/8h o ibuprofeno 600 mg/8h), ya que estos fármacos no parecen inducir cefalea de rebote. Como tratamiento sintomático en caso de

necesidad podemos añadir triptanes. Para evitar el desarrollo de cefalea con abuso de triptanes hemos de restringir el uso de triptanes a un máximo de 2 días a la semana (2 dosis diarias). En caso necesario podemos asociar antieméticos, domperidona o metoclopramida.

Tratamiento preventivo

Como sabemos que estos pacientes, al retirar los analgésicos, experimentarán un empeoramiento brusco e importante de su cefalea, el tratamiento preventivo ha de ser doble, uniendo una tanda corta de AINEs con el tratamiento preventivo reglado.

A.- Tratamiento preventivo corto. Para intentar contrarrestar la cefalea de rebote, y mientras el tratamiento preventivo hace efecto, es importante pautar AINEs durante 2-4 semanas, con protección gástrica si procede. Podemos utilizar AINEs tipo naproxeno o naproxeno sódico (a dosis de 500 mg/12 horas) o AINEs de vida media larga, tipo nabumetona (a dosis de 1 gramo/12 horas). En algunos pacientes rebeldes se recomienda incluso una pauta descendente de prednisona. Por último, en pacientes con patología psiquiátrica o en tratamiento con psicofármacos es útil la co-administración de una pauta descendente de neurolépticos, aunque en estos casos es conveniente que el tratamiento sea pautado por el neurólogo.

B.- Tratamiento preventivo convencional. Aunque en pacientes con CAA algunos autores recomiendan esperar a utilizar tratamiento preventivo sólo en los casos en los que la cefalea no cede tras la desintoxicación, nosotros pensamos que en los pacientes con CAA el tratamiento preventivo está indicado desde el inicio.

En los pacientes con CTC el tratamiento preventivo de elección es la amitriptilina, a dosis bajas (20-50 mg/día en toma única nocturna). En el caso de la MC existen varias opciones para el tratamiento preventivo (tabla 6). Hemos de individualizar el tratamiento teniendo en cuenta por un lado el perfil del paciente y por otro las contraindicaciones y los efectos secundarios. Como puede observarse en la figura 1, el tratamiento preventivo de elección en estos pacientes son los beta-bloqueantes o el topiramato. En caso de no respuesta a estos fármacos, puede emplearse la flunarizina, si bien hemos de tener en cuenta que este fármaco puede inducir depresión y sobrepeso, hechos que frecuentemente impiden su utilización en este grupo de pacientes formado mayoritariamente por mujeres de edad media de la vida. La siguiente opción es el ácido valproico, fármaco con eficacia demostrada, aunque puede tener efectos secundarios serios, pues es teratógeno y su uso nos obliga al control analítico de transaminasas. Recientemente se ha demostrado que la utilización de tratamiento combinado con un beta-bloqueante y un antiepiléptico (topiramato o ácido valproico) añade un plus de eficacia probablemente por su efecto sinérgico al ser medicaciones con mecanismos de acción complementarios. Finalmente, la infiltración pericraneal con toxina botulínica tipo A ha demostrado también cierta eficacia como tratamiento coadyuvante en pacientes con CAA. Este tratamiento ha de administrarse cada 3 meses y tiene la ventaja de no tener efectos secundarios "centrales", por lo que es una excelente opción para pacientes con pobre tolerabilidad a los otros fármacos.

Grupo	Minima eficaz (mg)	Recomendada (mg)	Máxima (mg)
Beta-bloqueantes			
Propranolol	40	60	160
Nadolol	40	60	160
Atenolol	50	50	100
Metoprolol	100	100	200
Antidepresivos			
Amitriptilina	10	25	75
Antiepilépticos/Neuromoduladores			
Ac. Valproico	300	600	1500
Topiramato	50	100	200
Calcioantagonistas			
Flunarizina	2,5	5	10

Tabla 6. Dosis diarias recomendadas de los principales tratamientos preventivos.



Figura 1. Tratamiento preventivo de la MC.

Pronóstico

El pronóstico real a medio-largo plazo de la CAA es poco conocido. Son escasos los estudios realizados a largo plazo en los pacientes con CAA y además los disponibles arrojan resultados contradictorios, lo que puede ser debido a diferencias metodológicas.

No está claro si existen factores pronósticos en la evolución de los pacientes con CAA. Algunos autores opinan que existen factores que influyen en el mejor o peor pronóstico. La historia previa de migraña, menor tiempo de evolución de consumo de analgésicos, el consumo de analgésicos simples y tomar tratamiento preventivo se ha relacionado con mejor pronóstico, mientras que la historia previa de cefalea tensional, mayor tiempo de evolución de consumo de analgésicos y el abuso de ergóticos, opiáceos y analgésicos combinados se han relacionado con un peor pronóstico. En lo que realmente se han puesto de acuerdo los autores es que los pacientes con CCD y consumo excesivo de analgésicos presentan peor pronóstico.

En un reciente trabajo realizado en población general española se estudió la evolución de 72 pacientes con CAA. Un médico de familia les pautó el tratamiento (siguiendo las recomendaciones de la sociedad española de neurología) y realizó un seguimiento a los 15 días, al mes, 3 meses, 6 meses, al año y a los 4 años. Se observó que al año del inicio del tratamiento el 64% de los pacientes no cumplían criterios de abuso de analgésicos y de éstos sólo el 8% continuaba con CCD mientras que el 56% tenían cefalea episódica. A los cuatro años, el 56% de los pacientes no abusaba de analgésicos. De éstos, el 47% presentó cefalea episódica y el 9% CCD sin abuso de analgésicos.

Estos datos son muy importantes, ya que confirman la buena evolución de un gran número de pacientes con CAA tras el tratamiento, tanto a corto como a medio plazo, y en nuestra opinión justifican plenamente este tipo de intervención a nivel de Atención Primaria. Los estudios existentes en la literatura sobre la evolución y pronóstico de los pacientes con CAA presentan unos resultados positivos similares a los nuestros, aunque están realizados en unidades de cefalea y hospitales, no desde el ámbito de la Atención Primaria.

Como conclusión, nos gustaría insistir sobre la importancia que tiene que el médico de familia conozca de la existencia de la CAA y su tratamiento. A lo largo de este artículo hemos visto que unos conocimientos sencillos de la enfermedad nos van a ayudar a realizar un diagnóstico y tratamiento fáciles de llevar a cabo en la mayoría de los casos desde la atención primaria. Los resultados pueden ser muy satisfactorios para los pacientes, ya que, sin tener que ser derivados al especialista, el médico de cabecera les puede ayudar a disminuir la intensidad y frecuencia de sus cefaleas, aumentando con ello su calidad de vida y disminuyendo el consumo analgésico y las patologías derivadas de éste. Con la intervención desde atención primaria también contribuimos a disminuir los costes directos de la enfermedad, como es el gasto farmacéutico, y los indirectos, que son los producidos por las patologías derivadas del consumo excesivo de analgésicos y el absentismo laboral.

NATURALEZA Y MEDIO AMBIENTE



(Se publicaran diversos temas que nos envían diversas revistas científicas y la Unión Europea).

/Transcrito por: Fco. O. Martínez- D.H.M.//

RIBEIRA SACRA

Hoy comenzamos a publicar una serie de artículos de esa maravilla de la naturaleza que es la **Ribeira Sacra**, una zona que comprende las riberas de los ríos Cabe, Sil y Miño, en la zona sur de la provincia de Lugo y el norte de la provincia de Orense, en Galicia, España.

El 5 de abril de 2019 fue aprobado por el Consejo de Patrimonio Histórico del Ministerio de Cultura su candidatura a la lista de Patrimonio de la Humanidad de la Unesco. La decisión se tomará en el 45º Comité de Patrimonio Mundial, en el año 2021. Fue declarada el 15 de septiembre de 2021, así como las Sierras del Ouribio y el Courel, nueva Reserva de la Biosfera convirtiéndose en la séptima reserva gallega que cuenta con este prestigioso reconocimiento internacional.

//Today we begin to publish a series of articles on that wonder of nature that is the Ribeira Sacra, an area that includes the banks of the Cabe, Sil and Miño rivers, in the southern part of the province of Lugo and the north of the province of Orense, in Galicia, Spain.

On April 5, 2019, its candidacy for the UNESCO World Heritage List was approved by the Historical Heritage Council of the Ministry of Culture. The decision will be made by the 45th World Heritage Committee in 2021. It was declared on September 15, 2021, as well as the Sierras del Ouribio and the Courel, a new Biosphere Reserve becoming the seventh Galician reserve that has this prestigious international recognition//.



Vista del cañón del Sil desde el mirador de Cabezoás

La génesis del Cañón del Sil no es fluvial sino tectónica. Su encajamiento se produjo en el Cuaternario y la morfología de su cauce se puede deber al hecho de discurrir por fracturas que partieron el terreno en bloques gigantescos al comenzar el basculamiento de la planicie, que se elevó por el Sur y por el Oeste. La acción erosiva de las aguas del Sil ahondó luego este barranco encajado en dirección Este-Oeste.

La Ribeira Sacra es especialmente conocida por sus tesoros naturales y biológicos, constituyendo un vastísimo ecosistema de gran variedad y riqueza. Son de destacar el Meandro de A Cubela en Ribas de Sil y los Cañones del Sil, por su espectacular paisajística. Esta es una zona en la que el río discurre encajonado a través de paisajes y montañas que han sido descritos como de enorme belleza; los cañones disponen de miradores habilitados para admirar su impactante monumentalidad, así como de un catamarán abierto al público que transita los cañones de uno a otro lado.

// The genesis of the Sil Canyon is not fluvial but tectonic. Its fitting occurred in the Quaternary and the morphology of its channel may be due to the fact that it ran through fractures that split the land into gigantic blocks at the beginning of the tipping of the plain, which rose to the South and West. The erosive action of the waters of the Sil then deepened this embedded ravine in an East-West direction.

The Ribeira Sacra is especially known for its natural and biological treasures, constituting a vast ecosystem of great variety and richness. The meander of A Cubela in Ribas de Sil and the Cañones del Sil are noteworthy for their spectacular scenery. This is an area in which the river runs confined through landscapes and mountains that have been described as of enormous beauty; The canyons have viewpoints enabled to admire their impressive monumentality, as well as a catamaran open to the public that transits the canyons from one side to the other//.



Vista del río Miño a su paso por Belesar.



Vista del paisaje de la Ribeira Sacra desde el municipio lucense de Sober, donde pueden apreciarse los viñedos en las laderas escalonadas del cañón.



LOS MANGLARES SON VITALES: SEIS COSAS QUE CADA UNO DE NOSOTROS PODEMOS HACER POR ELLOS



Ocean Image Bank/Matt Curnock

Los manglares retienen emisiones de carbono y proporcionan comida y medios de vida en las áreas costeras a mil millones de personas en el mundo.

Cambio climático y medioambiente

Estos bosques acuáticos, fundamentales en la lucha contra el cambio climático, están desapareciendo a un ritmo acelerado. La buena noticia es que se pueden recuperar y todos podemos contribuir a su regeneración.

No debemos dejar engañar por su apariencia modesta: los manglares son actores importantes en los esfuerzos por abordar algunos de los grandes desafíos que enfrenta el mundo hoy día. Estos bosques proporcionan una barrera de defensa entre la tierra y el mar, absorben carbono, contribuyen a la seguridad económica y alimentaria, y son el hogar de algunas de las especies más raras y coloridas.

Pero los manglares están desapareciendo a un ritmo acelerado. Por ejemplo, más de 80% de los manglares se han perdido en algunas áreas del Océano Índico occidental, uno de los dos hábitats de manglares más significativos del mundo junto con el sudeste asiático.

Debemos atender al llamado del Decenio de las Naciones Unidas sobre la Restauración de los Ecosistemas (2021-2030): pasar de la degradación a la restauración.

Aquí hay seis cosas que todos podemos hacer para comenzar a recuperar hoy estos ecosistemas valiosos.

Conocer la importancia de los manglares

Solo con ecosistemas saludables podemos mejorar los medios de vida de las personas, contrarrestar el cambio climático y detener el colapso de la biodiversidad.

Una investigación del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente muestra que **los ecosistemas de manglares sustentan las economías globales y locales al respaldar la pesca**, proporcionar otras fuentes de alimentos y proteger las costas. De hecho, cada hectárea de bosque de manglar representa un valor estimado de entre US\$ 33.000 y 57.000 por año.

También son importantes escudos: protegen la tierra y las comunidades costeras de tormentas y tsunamis, del aumento del nivel del mar y de la erosión. Con el mundo en riesgo de vivir un aumento de temperatura de más de 3°C a fines de este siglo, los manglares también son un aliado invaluable en la carrera por adaptarnos. Estos ecosistemas pueden extraer hasta cinco veces más carbono de la atmósfera que los bosques terrestres, **y protegerlos es mil veces menos costoso por kilómetro que construir diques de contención.**



UNDP Cuba

Los manglares ayudan a proteger a las comunidades costeras de la erosión y el clima extremo.

Conocer qué está impulsando su pérdida

Las costas, que albergan 40% de la población mundial, se encuentran entre las áreas más densamente pobladas de la Tierra. Su consecuente desarrollo —lo cual incluye **la tala de manglares para abrir espacio a edificios y a la cría de peces y camarones**—, es el principal impulsor de la pérdida de estos ecosistemas. A nivel mundial, esto ha provocado la desaparición de 20% de los manglares.

La contaminación también juega un papel. Debido a que estos bosques forman una línea protectora entre las costas y el océano, se convierten efectivamente en una "trampa de plástico". Cuando las bolsas de plástico y la basura cubren las raíces y las capas de sedimentos, pueden privar de oxígeno a los manglares y causar daños a los animales marinos.

Tomar decisiones sostenibles

Las elecciones que hacemos son una forma poderosa de expresar nuestros valores y **de transformar el consumo y la demanda**. Podemos investigar sobre la comida que compramos, elegir alimentos de origen sostenible, decir no al plástico de un solo uso y reducir el consumo en general.

Entérate de cómo funciona la restauración

Antes de plantar nuevos manglares, es importante comprender la causa de la degradación o desaparición de los bosques. Cuando el motivo de la afectación puede eliminarse, como es el caso de la contaminación y la sobreexplotación, **los manglares pueden recuperarse de forma natural**.

Cuando la recuperación requiere la intervención humana, es importante seguir pasos clave, como involucrar a las comunidades locales, seleccionar plántulas nativas y establecer un vivero en funcionamiento.



UNDP/Tim Laman

Antes de plantar un nuevo manglar, hay que saber las causas que llevaron a su desaparición o si se puede recuperar por sí solo.

//FUENTE: ONU//



DERECHO Y SENTENCIAS

(En este apartado, podrán encontrar: Sentencias, artículos doctrinales y, comentarios sobre diversas leyes que más puedan afectar a las personas que hagan servir los servicios de la Sanidad y, el disfrute del Medio Ambiente).

/Transcrito por: Fco. O. Martínez. Derecho Mercantil/

ACTO DE CONCILIACIÓN



Debemos tener muy en cuenta, que las leyes se modifican y, que cada Autonomía tiene su propia disposición para el formulario del acto de conciliación, con lo cual, es muy posible que algún artículo o párrafo mencionado en este artículo, este modificado o suprimido.

Regulación del acto de conciliación en la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria, en vigor desde el 23 de julio de 2015.

Vamos a responder a las distintas cuestiones que presenta el **acto de conciliación** tras la aprobación de la **Ley de Jurisdicción Voluntaria**; hay que comenzar diciendo que el régimen jurídico del acto de conciliación viene dispuesto en el Título IX (**artículos 139 y siguientes**) del citado texto legal, que **entró en vigor el 23 de julio de 2015**.

La Ley de Jurisdicción Voluntaria, norma que actualmente y de forma completa regula el acto de conciliación, ha venido a actualizar lo que hasta ahora venía establecido sobre conciliaciones en la anterior Ley de Enjuiciamiento Civil.

Sin perjuicio de la conciliación que puedan alcanzar las personas (físicas o jurídicas), éstas en el ejercicio de la autonomía de su voluntad, tendrán la posibilidad de obtener acuerdos en aquellos asuntos de su interés de carácter disponible, a través de otros cauces,

por su sola actuación o mediante la intervención de otros intermediarios u operadores jurídicos, como los Notarios o Registradores.

EJEMPLO: Dos personas pueden acordar una solución a un problema que tenían por medio de un acto de conciliación con avenencia, o también pueden suscribir un documento resolviendo sus diferencias, al margen de la conciliación (que incluso podrían protocolizar notoriamente).

¿Cuándo procede el acto de conciliación?

Se podrá intentar la conciliación para **alcanzar un acuerdo con el fin de evitar un pleito.**

La utilización de este expediente para finalidades distintas de la prevista en el párrafo anterior y que suponga un manifiesto abuso de derecho o entrañe fraude de ley o procesal tendrá como consecuencia la **inadmisión de plano de la petición.**

¿En qué casos no se permite el acto de conciliación?

No se permite el acto de conciliación cuando se formulen con relación a:

- **1.º** Los juicios en que estén interesados los **menores** y las **personas con capacidad modificada** judicialmente para la libre administración de sus bienes.
- **2.º** Los juicios en que estén interesados el **Estado**, las **Comunidades Autónomas** y las demás Administraciones públicas, Corporaciones o Instituciones de igual naturaleza.
- **3.º** El proceso de reclamación de **responsabilidad civil contra Jueces y Magistrados.**
- **4.º** En general, los que se promuevan sobre **materias no susceptibles de transacción ni compromiso.**

¿Qué Juez es el competente para el acto de conciliación?

1.- Cuando el **requerido** (demandado) sea una **PERSONA FÍSICA**, será Juez competente el **JUEZ DE PAZ** o el **SECRETARIO JUDICIAL del Juzgado de PRIMERA INSTANCIA** del lugar de **residencia del demandado.**

OBSERVACIÓN: Si la cuantía de la petición fuera inferior a 6.000 euros y no se tratara de cuestiones atribuidas a los Juzgados de lo Mercantil la competencia corresponderá, en su caso a los **Jueces de Paz.**

2.- Cuando el **requerido** sea **PERSONA JURÍDICA** (sociedad anónima, limitada, etc.), será asimismo competente el del lugar del **DOMICILIO DEL SOLICITANTE**, siempre que en dicho lugar tenga el requerido delegación, sucursal,

establecimiento u oficina abierta al público o representante autorizado para actuar en nombre de la entidad, debiendo acreditar dicha circunstancia.

Si la persona jurídica no tuviera delegación, sucursal, etc., en el lugar del domicilio del solicitante, será competente el Juez de Paz o el Secretario Judicial del domicilio del requerido (el de la empresa demandada).

¿Cómo habrá de hacerse la solicitud de acto de conciliación?

El que intente la conciliación presentará ante el órgano competente **solicitud por escrito** en la que se consignarán:

- los datos y circunstancias de identificación del solicitante y del requerido o requeridos de conciliación.
- el domicilio o los domicilios en que pueden ser citados.
- el objeto de la conciliación que se pretenda y la fecha, determinando con claridad y precisión cuál es el objeto de la avenencia (del acuerdo).
- Se podrán adjuntar a la solicitud todos los documentos que el solicitante considere oportunos.

OBSERVACIÓN: El solicitante podrá igualmente formular su solicitud de conciliación cumplimentando unos **impresos normalizados** que, a tal efecto, **se hallarán a su disposición en el órgano correspondiente.**

¿Es obligatoria la intervención de abogado y procurador en el acto de conciliación?

En los expedientes de conciliación **no será preceptiva la intervención de abogado ni procurador.**

Admisión de la solicitud de conciliación

El Secretario judicial o Juez de Paz, en los cinco días hábiles siguientes a aquel en que se presente la solicitud, dictará resolución sobre su admisión y **citara a los interesados**, señalando el día y hora en que haya de tener lugar el acto de conciliación.

Entre la citación y el acto de conciliación deberán mediar al menos cinco días. **En ningún caso podrá demorarse la celebración del acto de conciliación más de diez días desde la admisión de la solicitud.**

Comparecencia al acto de conciliación

1.- Las partes deberán comparecer por sí mismas o por medio de Procurador.

2.- Si **NO COMPARECIERE EL SOLICITANTE** ni alegare justa causa para no concurrir, se le tendrá por desistido y se archivará el expediente, pudiendo reclamar el requerido indemnización de daños y perjuicios por su asistencia.

3.- Si el **REQUERIDO DE CONCILIACIÓN** (demandado) **NO COMPARECIERE** ni alegare justa causa para no concurrir, se pondrá fin al acto, **teniéndose la conciliación por intentada a todos los efectos legales**. Si, siendo varios los requeridos, concurriese sólo alguno de ellos, se celebrará con él el acto y se tendrá por intentada la conciliación en cuanto a los restantes.

4.- Si **COMPARECEN AMBAS PARTES** el acto de conciliación se celebrará:

- El solicitante expondrá su reclamación, manifestando los fundamentos en que la apoye.
- Contestará el requerido lo que crea conveniente y podrán los intervinientes exhibir o aportar cualquier documento en que funden sus alegaciones.
- **Si no hubiera avenencia** entre los interesados, el Secretario judicial o el Juez de Paz procurará avenirlos, permitiéndoles replicar y contrarreplicar, si quisieren y ello pudiere facilitar el acuerdo.
- **Si hubiere conformidad** entre los interesados en todo o en parte del objeto de la conciliación, **se hará constar detalladamente en un acta** todo cuanto acuerden y que el acto terminó con **avenencia** así como los términos de la misma, debiendo ser firmada por los comparecientes.
- Si **no pudiere conseguirse acuerdo** alguno, se hará constar que el acto terminó **sin avenencia**.
- Finalizado el acto, el Secretario judicial dictará decreto o el Juez de Paz dictará auto haciendo constar la avenencia o, en su caso, que se intentó sin efecto o que se celebró sin avenencia, acordándose el archivo definitivo de las actuaciones.

LA DENUNCIA



(Este apartado, lo dedicaremos a denunciar todas las irregularidades que puedan afectar a la salud y seguridad de las personas que usan la sanidad y el medio ambiente).

/Transcrito por: Fco. O. Martínez- D.H.M.//

CONDENA DE 300.000 EUROS POR UNA MUERTE POR NEGLIGENCIA MÉDICA

La paciente, de 61 años, falleció por una trombosis venosa tras recibir el alta con la única prescripción de reposo y relajantes

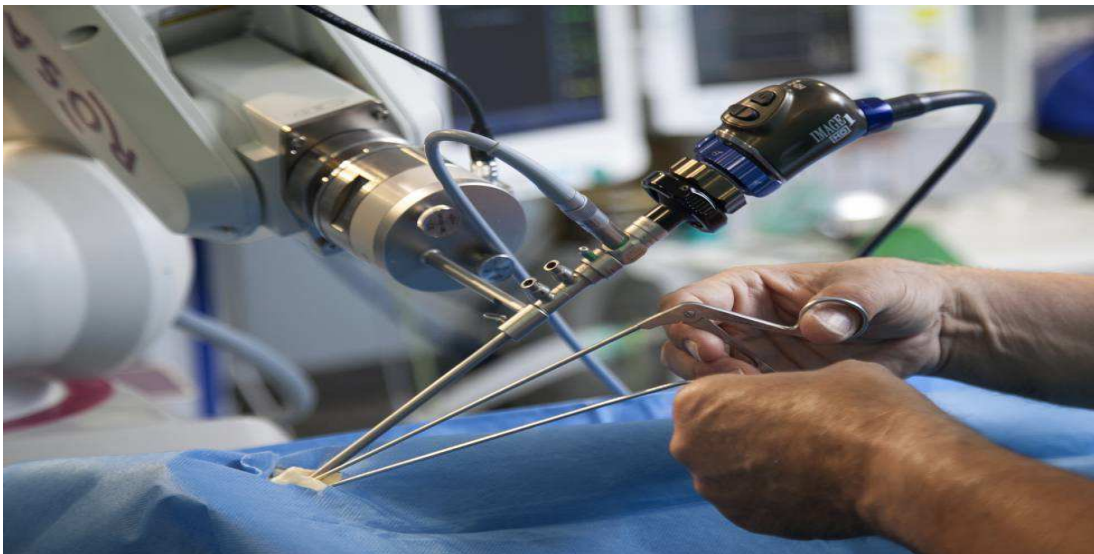
Un juzgado ha condenado a una compañía aseguradora a indemnizar con **300.309,52 euros** a los familiares de una paciente de 61 años que falleció por una **trombosis venosa profunda** dos semanas después de haber acudido un centro hospitalario **de Sevilla**, donde la enviaron a su casa con la única prescripción de **guardar reposo y tomar relajantes musculares**.

La sentencia del juzgado de Primera Instancia e Instrucción número 8 de **Majadahonda** (Madrid) relata que la paciente acudió sobre las 11:25 horas del **17 de enero de 2016** al hospital, aquejada de un dolor en la pantorrilla del que no recordaba ningún antecedente traumático, apreciándose una posible trombosis venosa profunda.

Tras practicarle una **ecodoppler**, la paciente fue dada de alta con el “único tratamiento de reposo relativo y relajantes musculares”, y el día **31 de enero de 2016**, 14 días después de recibir el alta hospitalaria, sufrió un deterioro súbito de su estado general, “**perdiendo la consciencia y falleciendo seguidamente**”.

CONDENADA LA SANIDAD GALLEGA POR DIAGNOSTICAR ASMA A UNA MUJER CON CÁNCER

El Servicio Galego de Saúde deberá indemnizar al viudo y a los dos hijos de la víctima



Una intervención quirúrgica. una imagen de archivo.

El Servicio Galego de Saúde (Sergas) ha sido condenado por la muerte de una compostelana de 40 años debido a cáncer de pulmón a la que se le había diagnosticado

asma. Deberá indemnizar al viudo y a los dos hijos de la víctima. Según informa **Castre&Co Abogados**, que ha llevado este caso, fue diagnosticada y tratada en 2011 de asma tras acudir numerosas veces a su médico de cabecera por tos crónica y dolores osteoarticulares, entre otros síntomas, a pesar de que esa enfermedad "nunca fue confirmada con las pruebas adecuadas para ello".

//Fuente: **Castre&Co Abogados**//

CONDENAN AL HOSPITAL DE GETAFE POR UNA OPERACIÓN QUE TERMINÓ EN PARAPLEJIA

La familia de una anciana de 80 años que se operó para reparar una vértebra dañada será indemnizada con 250.000 euros

Un simple estornudo le provocó a esta mujer de 80 años una fisura en una vértebra, según ha adelantado el diario 'El Mundo'. Un familiar que trabaja en el Hospital le recomendó operarse ante los fuertes dolores que sufría, pero **el postoperatorio de la intervención de relleno con cemento de la parte dañada no salió bien**. La mujer ha quedado parapléjica, y el juicio se celebró el pasado mes de marzo condenando al Hospital de Getafe a **pagar a la familia 250.000 euros**.

Según Adrián Carriedo, del gabinete encargado del caso **Lex Abogacía**, la clave estuvo en que tras la operación la mujer comenzó a perder la sensibilidad de las piernas. Tal y como certificaron dos peritos sanitarios en el juicio el procedimiento médico establecido ante ese **síndrome medular agudo** es realizar urgentemente una resonancia magnética e intervenir para descomprimir la médula, pero en este caso **esa prueba y la operación se realizaron al día siguiente, provocando que un hematoma de la primera intervención se endureciera y complicara la segunda**. //Fuente: Lex Abogacia//

SENTENCIA CIVIL Nº 562/2019, AUDIENCIA PROVINCIAL DE BARCELONA, SECCIÓN 17.

Resumen: ...sentencia considera acreditada la negligencia médica por un seguimiento incorrecto del proceso de diagnóstico que determinó un retraso en el mismo; considera que la falta de un diagnóstico más precoz no hubiera determinado, con toda probabilidad, el fallecimiento de la paciente, pero sí propició una pérdida de oportunidad o frustración de expectativas de curación para la paciente; y considera que... ..negligencia médica por un seguimiento incorrecto del proceso de diagnóstico que determinó un retraso en el mismo', concluye que 'lo que se ha acreditado es una pérdida de oportunidad'. Y alegan la indebida aplicación de la teoría de la pérdida de oportunidad. Los recursos, ambos idénticos, contienen, entre otras, las alegaciones siguientes: 1) la paciente perdió toda oportunidad de curación porque no se...

NEGLIGENCIA MÉDICA POR ERROR DIAGNÓSTICO Y FALTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

"El retraso en el diagnóstico de la rotura del tendón genera responsabilidad patrimonial de la administración"

El Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, estimando el recurso presentado por el despacho Castillo-Calvín Abogados, considera que hubo un **retraso en el diagnóstico** de la rotura del tendón del cuádriceps de la paciente, al no hacerle en el Servicio Andaluz de Salud ninguna prueba complementaria que hubiera permitido detectar la lesión. Esta negligencia médica provocó que perdiera la oportunidad de operarse con mayor prontitud, lo que habría minimizado las graves secuelas que le han quedado, así como el tiempo de curación. En la actualidad la paciente precisa de la ayuda de dos muletas para poder caminar, y además padece un perjuicio estético por cicatrices y cojera, así como un grado de discapacidad a consecuencia de este error médico por retraso diagnóstico.

//Fuente: Castillo-Calvín Abogados//

PUEBLOS DE ESPAÑA



(Siempre buscaremos Pueblos y Ciudades, que no superen los CINCO MIL habitantes).

/Transcrito por: Fco. O. Martínez- D.H.M.//

Hoy nos entramos en esas maravillosas tierras y Pueblos de Castilla y León, de los muchos que existen, he querido publicar algo de su encanto y de su historia de Berlanga de Duero, para un atrevido cronista y casi novato, es una misión casi imposible, me conformare con publicar diversas fotografías que dan un fiel testimonio de su belleza

// Today we enter those wonderful lands and towns of Castilla y León, of the many that exist, I wanted to publish some of its charm and its history of Berlanga de Duero, for a daring chronicler and almost novice, it is an almost impossible mission, I will settle for publishing various photographs that give a faithful testimony of its beauty//

BERLANGA DE DUERO



Es un municipio y localidad de España, en la provincia de Soria, comunidad autónoma de Castilla y León. Contaba con 902 habitantes en el año 2017

HISTORIA

La ocupación de esta zona se remonta a época prehistórica puesto que los hallazgos arqueológicos más antiguos documentados corresponden al Calcolítico y Edad del Bronce.

Quizás con más base legendaria que histórica, se ha hecho proceder su nombre de un asentamiento romano llamado Valeránica, por el emperador Valeriano. Antes de los romanos ya hubo población celtíbera como lo atestiguan diversos restos esparcidos por todo el término, que permanecen sin estudiar ni catalogar debidamente.

Durante el dominio árabe fue plaza importante dentro de la jurisdicción de Medinaceli, y el primer antecedente del castillo actual fue una alcazaba con su cerca que seguramente seguiría el trazado de la románica o de la Villa Vieja aunque algunos autores han querido ver restos del tapial junto a la ermita de San Juan.



Castillo de Berlanga de Duero





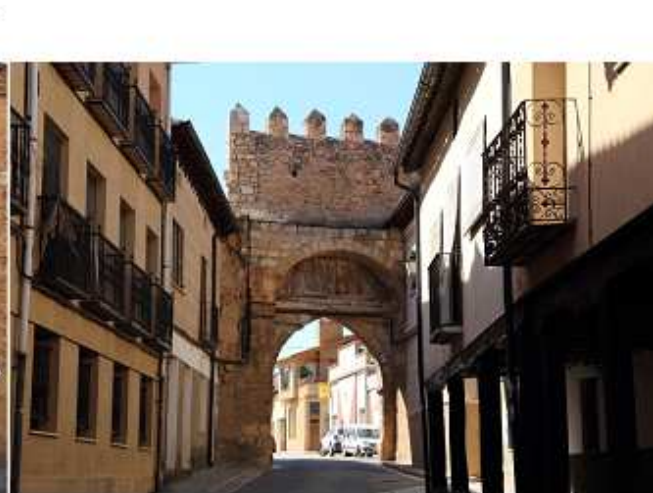


Colegiata de Santa María del Mercado -

Cruceira de la Colegiata de Santa María del Mercado



Castillo de Berlanga de Duero



Berlanga de Duero, puerta de Aguilera



Castillo de Berlanga de Duero, Soria



Palacio Ducal de Berlanga de Duero, Soria







Archivo de Berlanga de Duero



Plaza Mayor y Ayuntamiento



Plaza Mayor



Plaza Mayor-Ayuntamiento

EUROPA INFORMA



Los artículos que publique en este apartado, proceden de EDJNet - The European Data Journalism Network, de la cual somos miembros.

Y de la organización de los derechos humanos

// The articles you publish in this section come from EDJNet - The European Data Journalism Network, of which we are members. And of the human rights organization//

/Transcrito por: Fco. O. Martínez- D.H.M.//

EL PRECIO DE LA MITIGACIÓN DE LAS INUNDACIONES COSTERAS EN EUROPA

Los países europeos están dispuestos a invertir hasta 2.820 millones de euros al año hasta 2100 para evitar perder hasta 1,27 billones de euros debido a los daños causados por las inundaciones costeras provocadas por el clima, según muestra un nuevo análisis del Centro Común de Investigación de la UE.



Foto: [Licencia Leonidrad](#) / [Pixabay](#)

En los próximos 80 años, los países europeos deberán pagar una cantidad anual total de entre 1,75 y 2,82 mil millones de euros para reducir los daños causados por las inundaciones costeras, según un nuevo estudio. por el Centro Común de Investigación de la Comisión Europea (JRC), publicado en *Nature Communications*, revisado por pares . El rango de la estimación refleja la incertidumbre sobre si las economías globales se volverán ecológicas, frenando así el calentamiento global, o seguirán emitiendo carbono a las tasas actuales.

De hecho, ya sea que las emisiones sean bajas (RCP 4.5) o altas (RCP 8.5), el derretimiento de los casquetes polares y la expansión térmica del agua también serán proporcionalmente más bajas o más altas, provocando un aumento medio del nivel del mar entre 50 u 80 cm (posiblemente superior a 1 metro) para 2100.

Con la desaceleración económica inducida por COVID-19, el consumo de combustible y las emisiones de gases de efecto invernadero se han reducido temporalmente. Irónicamente, la propagación del coronavirus ha proporcionado una ventana temporal sobre cómo sería la mitigación a gran escala del calentamiento global.

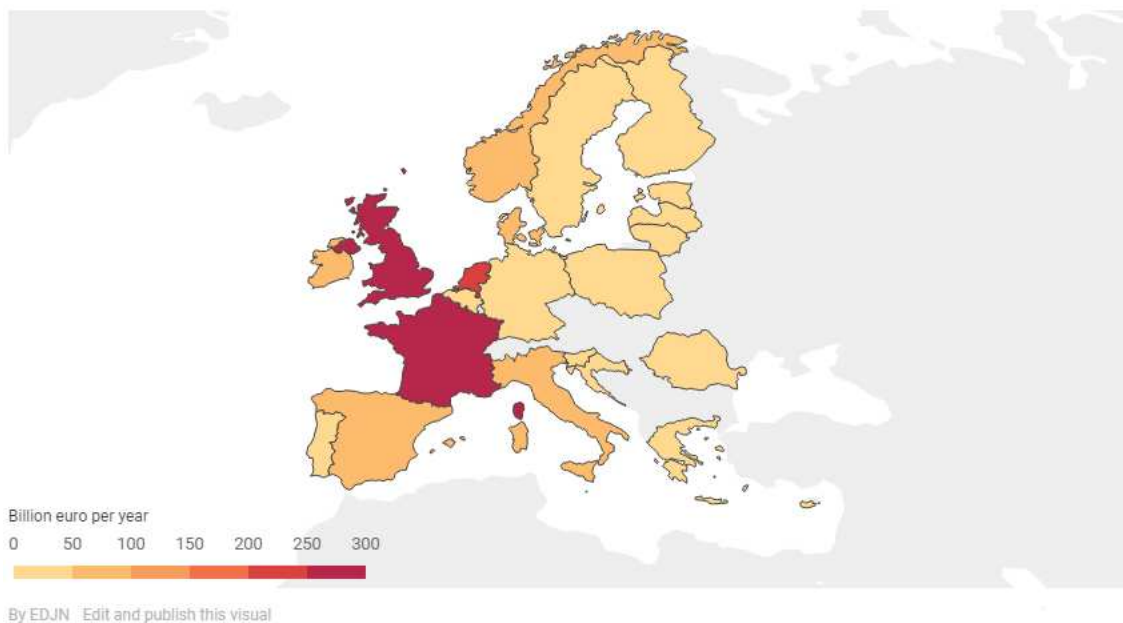
Pero las cosas podrían cambiar tan pronto como se contenga la crisis de salud. "A raíz de la pandemia, con los gobiernos impulsando agresivamente la recuperación económica, las emisiones podrían permanecer en los niveles previos al brote, en lugar de disminuir según el Acuerdo de París y los planes del Acuerdo Verde de la UE", comenta Michalis Vourdoukas, autor principal del CCI estudio. "En este caso, los costos proyectados de la mitigación de las inundaciones costeras estarían más cerca de su límite superior".

El análisis de costes y beneficios del CCI muestra que, una vez descontados los costes de las medidas de protección, en los escenarios de cambio climático bajo o alto, Europa podría ahorrar 200,1 mil millones de euros (el 96% de los costes de las inundaciones costeras) o 1,24 billones de euros (98 por ciento) en los próximos 80 años. Esto requeriría elevar la altura de los diques costeros en 0,92 o 1,04 cm, en promedio.

En otras palabras, en ausencia de tales medidas preventivas, se perderán 209.800 millones de euros o 1,27 billones de euros debido a los efectos combinados del aumento del nivel del mar y las marejadas y tormentas.

Expected Annual Damage from coastal flooding by 2100

Projection in billion euro under low and high carbon emission scenario.

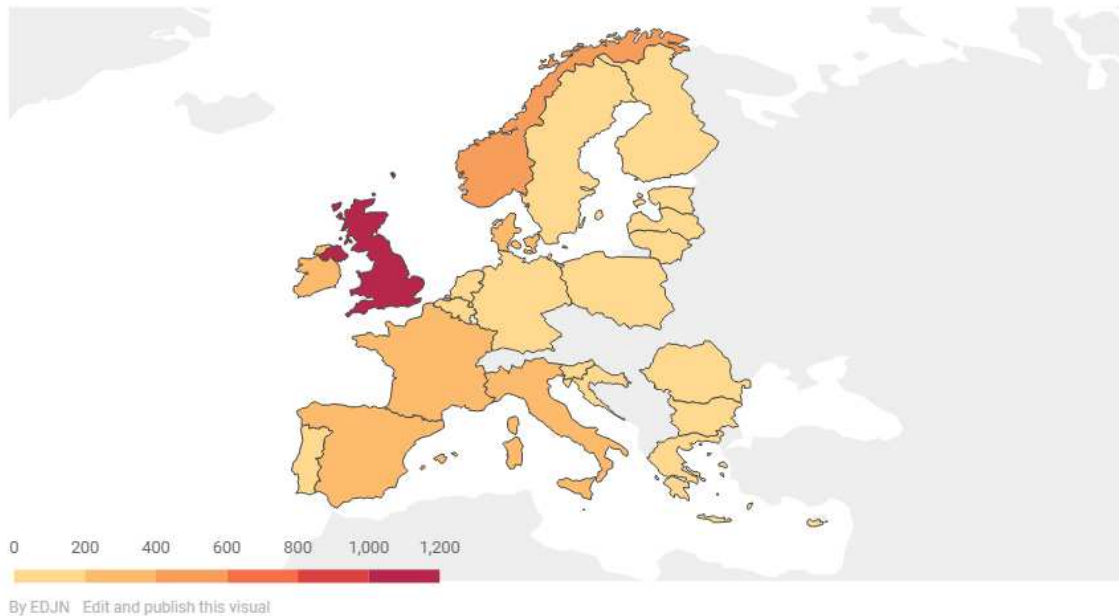


La falta de acción daría lugar, en el mejor de los casos, a 1,61 millones o, en el peor de los casos, a 3,90 millones de víctimas de inundaciones entre los 200 millones de europeos

que viven a 50 kilómetros de los 100.000 km de costa que se extienden desde el Atlántico nororiental y el Báltico hasta el Mediterráneo y Negro. Mar. Además, las tendencias actuales indican que continuará la migración hacia las zonas costeras.

Expected annual number of people flooded in 2100

Projection in thousands of people, under low and high carbon emission scenario.



En la actualidad, las pérdidas por inundaciones costeras en Europa ascienden a 1.400 millones de euros al año (según los valores de 2015). Cada año, unos 100.000 ciudadanos se ven afectados por las inundaciones costeras que, a finales de siglo, umentarán más en Francia, el Reino Unido e Italia, así como en Dinamarca. Los tres primeros países tienen los tramos de costa más largos y vulnerables, con propiedades e infraestructuras valiosas, con los mayores costos de adaptación como resultado.

El Reino Unido debería gastar entre 522 y 719 millones de euros al año para mejorar sus estructuras de protección costera (el 25 por ciento de las inversiones europeas totales), mucho más que cualquier otro país. Francia (€ 269-385 millones por año) e Italia (€ 180-261 millones por año) pagarán dos y tres veces menos, respectivamente, que Gran Bretaña, pero más que Noruega (€ 126-296 millones) y Alemania (€ 125 -230 millones).

La elevación de los diques necesaria para maximizar los ahorros varía en toda Europa, desde un mínimo de 31-39 cm en Malta hasta un máximo de 2,85-3,43 metros en Bélgica. Otros países que requieren una altura adicional por encima de la media europea son Eslovenia (2,12-2,32 m), Polonia (1,57-1,66 m), el Reino Unido (1,47-1,50 m), Alemania (1,42-1,44 m), los Países Bajos (1,30-1,53 m).), Letonia (0,83-1,35 millones) y Estonia (0,97-1,42 millones).

Annual mean costs of improved coastal protection

Annual cost (in million euro) for building additional defences against flooding, and mean increase in the dykes size (in meters) by year 2100.

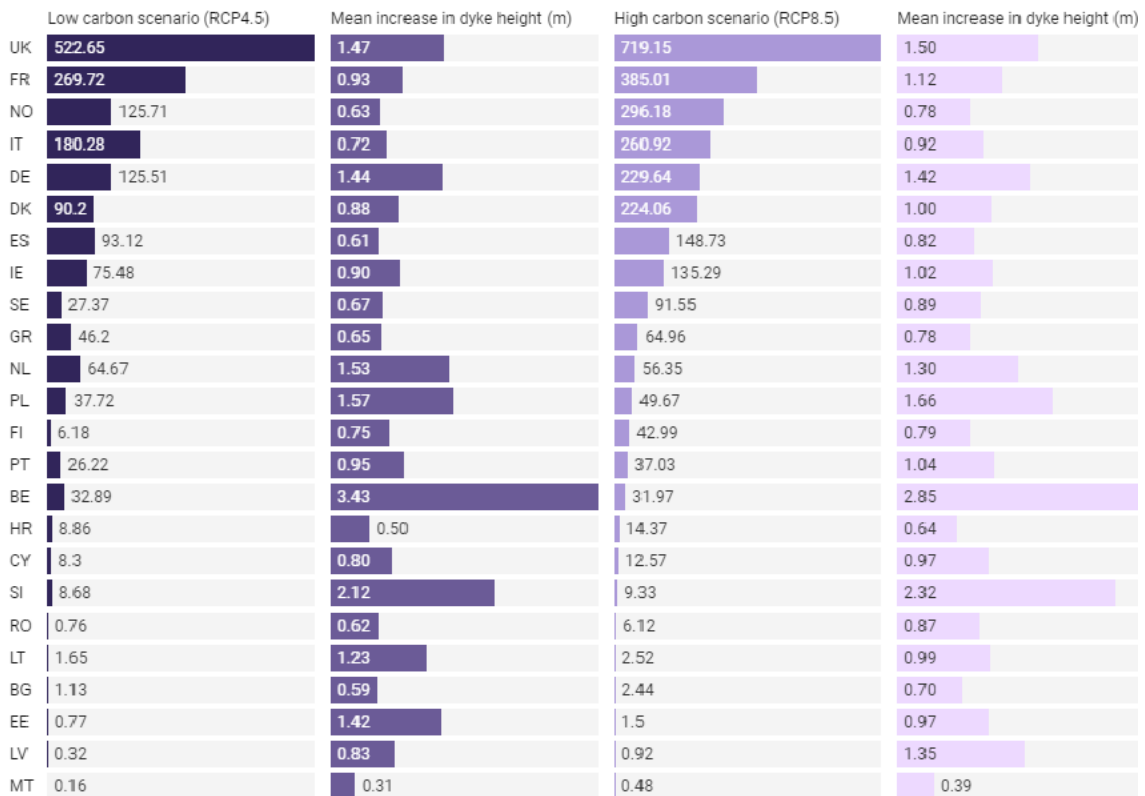


Chart: EDJNet • Source: JRC • Get the data • Created with Datavrapper

En el Reino Unido, los beneficios económicos superarían los costos de levantar diques (construcción hasta 2050 y mantenimiento hasta 2100) en solo hasta un tercio de la costa, a diferencia de Francia e Italia, donde más de la mitad de la costa podría protegerse de manera rentable. .

Los investigadores del JRC descubrieron que, en general, los costes superarían los beneficios a lo largo del 68% al 76% de la costa europea. Por esta razón, sugieren levantar diques solo a lo largo de aproximadamente un tercio del paseo marítimo de Europa, precisamente donde la densidad de población es superior a 500 personas por km². En estas áreas, los muros defensivos más altos podrían salvar al 83% de la población de las inundaciones.

La relación media entre beneficios y costes (daños evitados en relación con las inversiones en diques) debería oscilar entre 8,3 (bajas emisiones de carbono) y 14,9 (altas emisiones de carbono) a nivel europeo y entre 1,6 y 34,3 a nivel nacional. Esto significa que por cada euro invertido, los contribuyentes de diferentes países ahorrarían 1,6 euros o 34,3 euros, dependiendo de cuánto crezcan los riesgos de inundación y los daños previstos en el futuro. Estos beneficios serán mayores en todas las áreas con un fuerte crecimiento socioeconómico que son vulnerables a las graves inundaciones costeras asociadas con las emisiones sostenidas de gases de efecto invernadero. Bélgica tiene el porcentaje más alto de costa (85-95%) donde los beneficios superarán los costos, seguida de Francia (58-66%) e Italia (53-59%). A nivel regional,

Percentage of the coastline where benefits exceed costs

Share of countries' coastline where the benefits exceed the costs of investment in increased coastal protection, and benefits to cost ratio under low and high carbon emission scenarios, by year 2100.

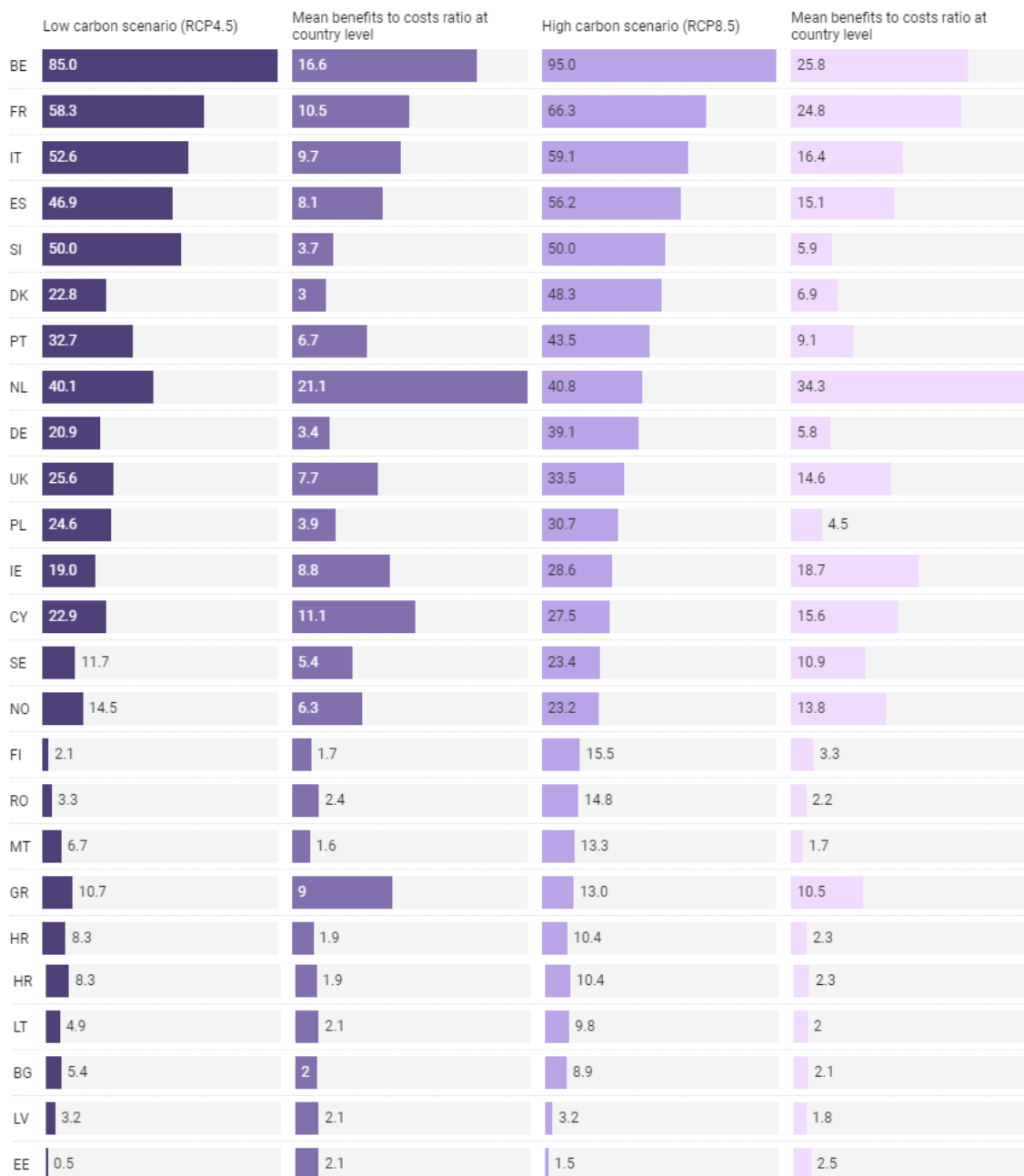


Chart: EDJNet • Source: JRC

Después de implementar una protección adicional, Europa aún se verá afectada por las cargas financieras y humanitarias residuales debido a las inundaciones costeras. Las pérdidas inevitables estimadas ascienden a 8.880 millones de euros (bajas emisiones) o 23.980 millones de euros (altas emisiones), con 653.000 o 1.34 millones de víctimas de inundaciones, respectivamente. El Reino Unido seguirá liderando la clasificación con un peaje de 1,77 o 3,6 mil millones de euros en las arcas públicas y 252.000-536.000 víctimas de inundaciones.

En el peor de los casos, independientemente de la protección mejorada, Escocia, Irlanda, Dinamarca, Rumanía, Croacia, Chipre, la región italiana de Sicilia, la región española de Andalucía, las regiones francesas de Bretaña y Provenza, y el sureste del Mar Báltico verá

pérdidas financieras superiores a 300 millones de euros hacia finales de siglo. Las poblaciones alrededor de Puglia, Croacia, las Islas Jónicas en Grecia, el País Vasco, las regiones francesas de Baja Normandía y Nord Pas de Calais, Escocia, Irlanda y el sureste del Reino Unido, estarán en mayor riesgo. En todas estas áreas, si las emisiones de carbono no descienden a los niveles más bajos recomendados por los científicos, los diques más altos no serán suficientes para salvar a un total de 15.000 personas de la crecida de las aguas.

//Fuente: EDJNet - Red europea de periodismo de datos//



(En este apartado, intentare publicar una serie de artículos, todos relacionas con las enfermedades raras, los primeros artículos, estarán dirigidos sobre la Biología y la genética, después, pasare a hacer mención de las diferentes enfermedades raras, ¡cuidado!, por muy acreditado que sea el medio del cual publicamos un artículo, es solo información)

/Transcrito por: Fco. O. Martínez- D.H.M.//

DACRIOADENITIS Y SIALOADENITIS ASOCIADA A IGG4

Dacrioadenitis por enfermedad relacionada con IgG4 en una adolescente afrodescendiente de Colombia

Dacryoadenitis associated with IgG4-related disease in an Afro-Colombian adolescent

Gabriel Sebastián Díaz-Ramírez, Luis Fernando Medina-Quintero, Alexander Salinas-César, Andrés Felipe Zea-Vera

Departamento de Medicina Interna, Universidad del Valle, Cali, Colombia

Medicina Interna-Reumatología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

Departamento de Microbiología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

RESUMEN

La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una condición clínica recientemente reconocida, con múltiples aspectos aún no dilucidados. Se caracteriza por el compromiso

fibroinflamatorio de múltiples órganos; con hallazgos clínicos, serológicos e histopatológicos que representa un importante reto para el clínico. Clásicamente descrita como una lesión tumoral expansiva con fibrosis estoriforme, infiltración linfoplasmocítica (IgG4 positiva) e IgG4 sérica elevada. Las características clínicas son variables, se describe tanto compromiso pancreático como extrapancreático, es de predominio en varones asiáticos mayores de 50 años, y rara vez es descrita en personas de raza negra. Presentamos el caso de una mujer, adolescente, afro-colombiana, que presenta protrusión ocular unilateral inexplicable, con hallazgos histopatológicos que revelan infiltración de células linfocíticas y plasmáticas en la glándula lacrimal, con positividad para IgG4, descartándose otras condiciones, lo que confirma una dacrioadenitis por enfermedad relacionada con IgG4.

Introducción

La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una condición inflamatoria inmunomediada que mimetiza desórdenes autoinmunes, infecciosos y malignidades con afectación órgano-específica o multisistémica. Es más prevalente en varones asiáticos, entre la quinta y sexta década de la vida, siendo el compromiso orbitario la manifestación extrapancreática más usual. Presentamos un caso de dacrioadenitis en una adolescente afro-colombiana como manifestación infrecuente de ER-IgG4.

Descripción del caso

Mujer de 13 años, afro-colombiana, consulta por 7 días de dolor ocular y proptosis derecha (fig. 1A), sin antecedentes. Oftalmología encontró asimetría orbitaria, globo ocular descendido y proptosis derecha (exoftalmometría ojo derecho 22mm, izquierdo 18mm). La resonancia magnética nuclear (RMN) orbitaria mostró aumento de tamaño de la glándula lacrimal derecha con efecto masa, sugestivo de proceso inflamatorio/neoplásico, sin compromiso óseo.

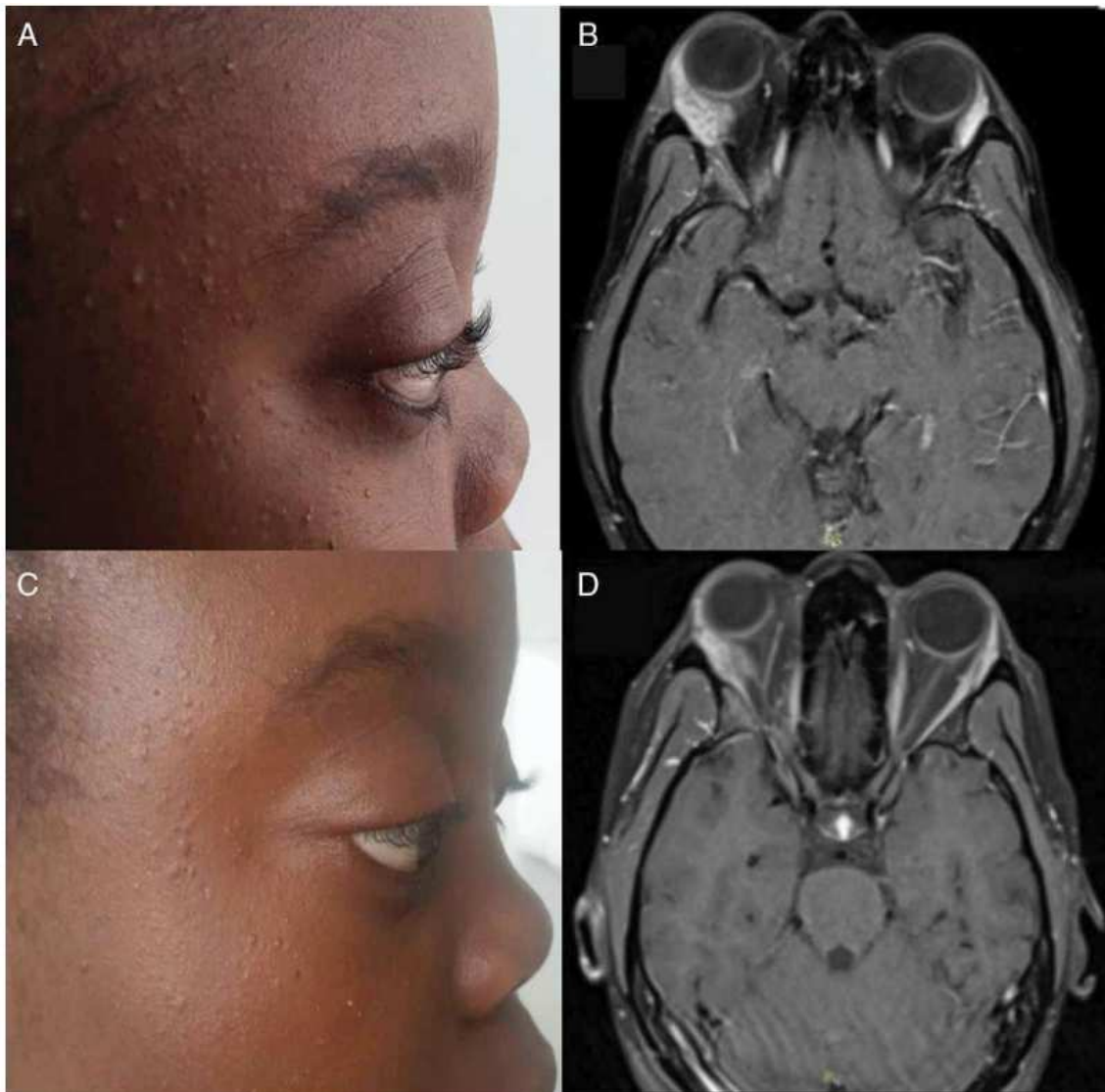


Figura 1.

A) Proptosis derecha al inicio del cuadro clínico. B) RMN, corte transversal, al ingreso, T1 poscontraste. Nótese el agrandamiento de la glándula lacrimal derecha, con realce después de la administración del medio de contraste. C) Disminución de la proptosis después de un año de seguimiento. D) RMN, corte transversal, de control al año de seguimiento, T1 poscontraste. Nótese la disminución del tamaño de la glándula lacrimal derecha comparada con la RMN inicial.

(0,21MB).

La tomografía toraco-abdominal, aspirado, biopsia e inmunofenotipo de médula ósea, marcadores infecciosos (ELISA VIH, anti-VHC, AgS-HB, anti core-VHB), TSH/T4L, proteína C reactiva, eritrosedimentación, complemento (C3-C4), ANA, ENA, ANCA y niveles séricos de inmunoglobulinas fueron normales o negativos, estas últimas descartando la presencia de paraproteinemia e inmunodeficiencias humorales.

La biopsia de glándula lacrimal derecha evidenció: fibrosis estoriforme, esclerosis estromal, flebitis obliterante e infiltrado inflamatorio (fig. 2A y 2B). Pediatría consideró pseudotumor inflamatorio e inició tratamiento con prednisona 50mg/día.

Reumatología valora 9 meses después, con RMN control, que muestra disminución de la glándula lacrimal, la IgG4 sérica era normal. La inmunohistoquímica mostró extenso infiltrado de plasmocitos IgG4+ con una relación IgG4:IgG>40% compatible con dacrioadenitis por ER-IgG4 (fig. 2C y 2D). Se inició tratamiento con azatioprina, como ahorrador de esteroides, logrando mejoría clínica y radiológica sostenida (fig. 1C y D).

Discusión

La ER-IgG4 es una entidad fibroinflamatoria, multiorgánica, mediada por la respuesta inmune, descrita en 1961 en el contexto de pancreatitis asociada a hipergammaglobulinemia, posteriormente se asoció con IgG4 elevada, reconociéndose como enfermedad sistémica desde 2003 cuando se describen las manifestaciones extra-pancreáticas. La IgG4 es la subclase de IgG menos abundante, es pobre activadora de la vía clásica del complemento y su producción se induce por IL-10 (linfocitos T reguladores y Th2). Aunque el mecanismo fisiopatológico de la ER-IgG4 no está claramente dilucidado, se ha descrito asociaciones con polimorfismos del HLA (HLA DRB1*0405, DQB1*0401 o DQB1-57), mímica molecular entre *Helicobacter pylori* y proteínas acinares pancreáticas, así como IgG4 específica a 17 antígenos de glándulas salivares y lacrimales (análisis de complejos-IgG4) que podría explicar el compromiso preferencial por estos órganos (fig. 2).

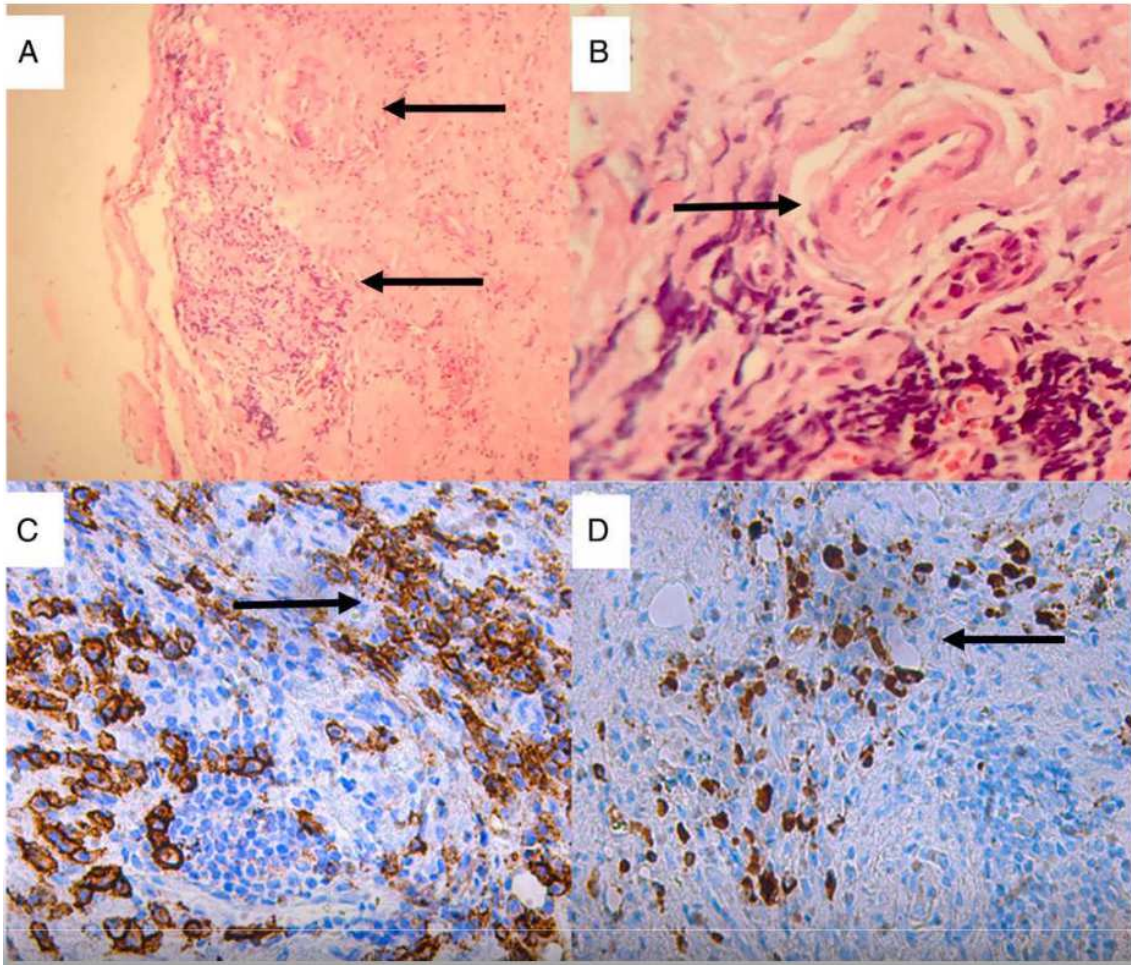


Figura 2.

Biopsia de glándula lacrimal. Tinción hematoxilina-eosina: A) Fibrosis estoriforme y esclerosis estromal, infiltrado inflamatorio crónico ($\times 10$); B) Venas con paredes engrosadas con infiltración de sus paredes por células inflamatorias mononucleares causando obliteración de la luz. Tinción de inmunohistoquímica ($\times 40$). C) Extenso infiltrado de plasmocitos que expresan CD38 ($\times 40$ tinción DAB anti-CD38); D) Plasmocitos que expresan IgG4 ($\times 40$ tinción DAB anti-IgG4).

(0,55MB).

El diagnóstico de la ER-IgG4 se fundamenta en: hallazgos clínico-radiológicos; serológicos ($\text{IgG4} \geq 135 \text{mg/dl}$); e histológicos (fibrosis estoriforme, flebitis obliterativa e infiltración tisular > 10 plasmocitos IgG4+ por campo de alto poder con una proporción $\text{IgG4/IgG} > 40\%$). Este caso cumple con todos los criterios a excepción del serológico, que podría estar ausente por haber recibido esteroides por 9 meses.

La pancreatitis autoinmune es la forma de presentación más común, asociada o no a compromiso extrapancreático, siendo el tejido periorbitario una de las partes más frecuentemente afectadas (hasta el 39% de los casos). La ER-IgG4 afecta predominantemente varones, mayores de 50 años, la mayoría de casos descritos son asiáticos, especialmente japoneses, estimándose una prevalencia de 6 casos por cada 100.000 personas. Encontramos un caso de dacrioadenitis reportado en América Latina, en un estudio de especímenes de biopsia, pero ninguno en mujeres adolescentes afrodescendientes o población pediátrica. Este es el segundo caso de dacrioadenitis por ER-IgG4 pediátrico reportado en la literatura, antecedido solo por el caso de una niña de 13 años de raza blanca norteamericana.

Los corticosteroides orales asociados o no con azatioprina o micofenolato mofetilo son el tratamiento de elección. La paciente recibió monoterapia con prednisona durante 9 meses, la adición de azatioprina por parte del servicio de reumatología permitió disminuir la dosis de esteroide logrando respuesta clínica y radiológica satisfactoria.

//Fuente: Reumatología clínica//

BDCS SÍNDROME DE BAZEX DUPRÉ CHRISTOL

Resumen

El síndrome de Bazex-Dupré-Christol es una genodermatosis rara que predispone a la aparición temprana de carcinomas basocelulares. Hasta el momento, se han descrito 143 casos, principalmente en Francia y en Bélgica. La enfermedad se manifiesta durante el periodo neonatal o durante la infancia. Está caracterizada por una atrofodermia folicular, una hipotricosis, una hipohidrosis, quistes de milio y la aparición temprana de carcinomas basocelulares. La atrofodermia folicular es más frecuente en el dorso de manos y pies, en la cara extensora de hombros y rodillas y en la cara. La hipotricosis afecta al cuero cabelludo y en ocasiones a las cejas. Los quistes de milio y los carcinomas basocelulares se observan principalmente sobre la cara. Los carcinomas basocelulares se desarrollan en 40% de los pacientes, a lo largo de la segunda o tercera década de vida. Otros rasgos adicionales incluyen hamartomas basocelulares, tricoepiteliomas y, de forma excepcional, atopía, queratosis pilar, ictiosis, aracnodactilia con hiperlaxitud articular, osteocondritis, sordera y dificultades en el aprendizaje. La transmisión del síndrome es dominante ligada a X. Se ha identificado el gen implicado en el brazo largo del cromosoma X, en posición Xq24-q27.1. El gen candidato podría ser *UBE2A*, que codifica para una proteína implicada en la reparación de los daños causados por los rayos ultravioletas. El diagnóstico diferencial debe incluir el síndrome de Gorlin, que también conlleva la aparición temprana de múltiples carcinomas basocelulares y la condrodysplasia punctata dominante ligada al X (ver términos), en la que se puede observar una atrofodermia folicular. También debe incluirse en el diagnóstico diferencial el síndrome de Rombo (ver término) y el síndrome de hamartoma folicular basaloide generalizado. El manejo implica fotoprotección y la detección precoz de los carcinomas

basocelulares, cuyo tratamiento conlleva cirugía y a veces criocirugía o aplicación tópica de imiquimod. La radioterapia está contraindicada.

//Fuente: Orphanet //

INVESTIGACIÓN MÉDICA

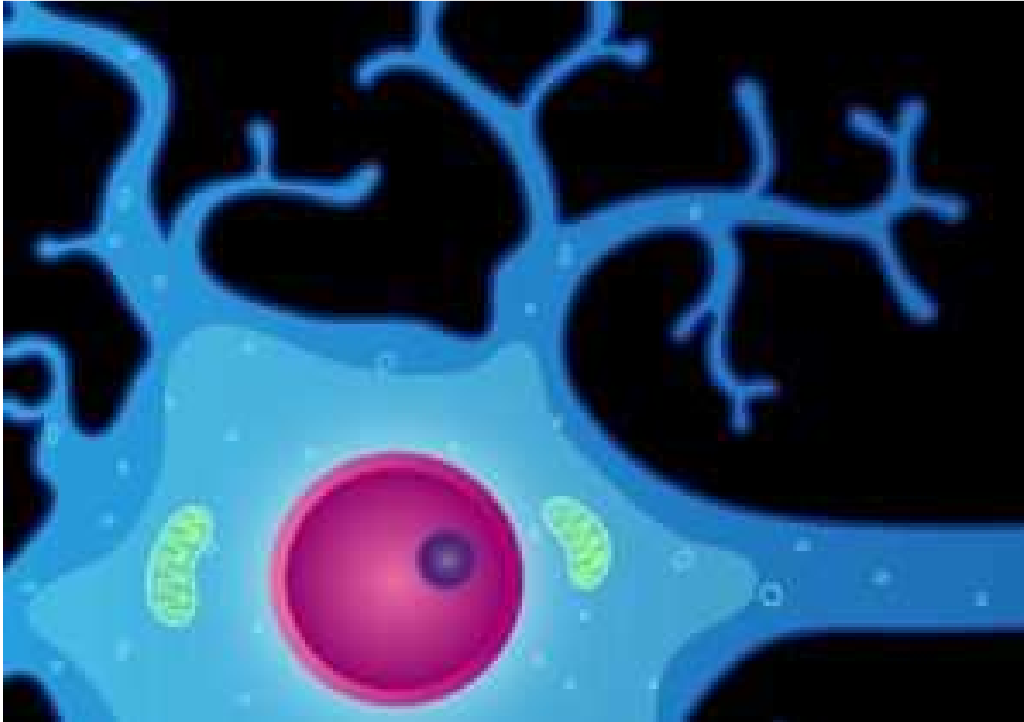


//Transcrito por: Fco. O. Martínez -D.H.M.//

DESARROLLAN UNA MOLÉCULA CAPAZ DE INDUCIR CONTRACCIONES EN LAS SECUENCIAS REPETITIVAS CAUSANTES DEL HUNTINGTON

Rubén Megía González, Genotipia

La enfermedad de Huntington es una enfermedad neurodegenerativa de origen genético que afecta a menos de 9 personas por cada 100 000 individuos. Las personas afectadas acumulan una proteína alterada, la huntingtina, en ciertas zonas del sistema nervioso central, causando la muerte de las células nerviosas. Los síntomas principales de la enfermedad de Huntington son: movimientos espasmódicos involuntarios, problemas musculares, insomnio y diferentes problemas cognitivos, entre otros síntomas asociados a la muerte celular causada por la acumulación de proteína alterada. Actualmente existen tratamientos más o menos efectivos para la enfermedad de Huntington, pero no se dispone de una cura.



La acumulación de proteína huntingtina daña las células nerviosas y da lugar a la enfermedad de Huntington. Imagen: National Institute of Mental Health, NIH, EEUU

El Huntington forma parte de un conjunto de enfermedades relacionadas con la expansión de tripletes de nucleótidos, entre las que se encuentran la distrofia miotónica, el síndrome del X-frágil o la ataxia de Friedreich. En todas estas enfermedades se produce una multiplicación anormal en el número de trinucleótidos de una secuencia específica del genoma. La causa genética de la enfermedad de Huntington se encuentra en el gen *HTT*. En pacientes afectados por esta enfermedad, se puede observar un número excesivo de repeticiones de un triplete de nucleótidos, “CAG”, en el exón 1 del gen *HTT*.

En un nuevo estudio, publicado en la revista *Nature Genetics*, un grupo de investigadores ha conseguido revertir mutaciones de expansión de trinucleótidos en modelos animales con Huntington gracias a la acción de un compuesto denominado naftiridina-azaquinolona. Gracias a esta molécula, los autores también han sido capaces de inducir contracciones de tripletes de aminoácidos en cultivos celulares de pacientes con Huntington.

La naftiridina-azaquinolona es una pequeña molécula derivada de dos bases purínicas, la adenina y la guanina. En un primer estudio, los autores utilizaron el compuesto *in vitro* en moléculas de ADN que simulaban las de un enfermo con Huntington. El equipo de investigadores observó que el compuesto era capaz de unirse a ciertas estructuras en bucle del ADN que surgen como consecuencia de la acumulación de secuencias repetidas e inducir ciertas modificaciones, que resultan en una disminución del número de repeticiones en el ADN.

El siguiente paso de los investigadores fue probar la efectividad de la naftiridina-azaquinolona en células humanas. Para esto, los autores utilizaron cultivos de fibroblastos primarios de pacientes. En ellos, los autores observaron una reducción considerable en el número de repeticiones del gen *HTT*, pero no en otras repeticiones no patológicas, como los microsatélites. A continuación, se evaluó la capacidad carcinogénica del compuesto.

Las pruebas indicaron que el nuevo compuesto no aumenta significativamente la posibilidad de padecer cáncer.

Por último, tras probar la actividad de la naftiridina-azaquinolona en cultivos celulares, los autores evaluaron su efectividad *in vivo*. Para ello, utilizaron el compuesto en ratones transgénicos modelo para la enfermedad de Huntington. En este experimento, el equipo de investigadores inyectó en el cuerpo estriado (zona del encéfalo afectada por la enfermedad de Huntington) de uno de los hemisferios de los ratones una solución con naftiridina-azaquinolona. El cuerpo estriado del otro hemisferio fue utilizado como control.

Cuatro semanas después de aplicar el tratamiento, se observó una disminución significativa en los niveles de agregados de huntingtina en los cuerpos estriados tratados con naftiridina-azaquinolona estudiados en comparación con los cuerpos estriados control. En este experimento, se comprobó que, al igual que sucedía *in vitro*, el tratamiento con naftiridina-azaquinolona es específico para las repeticiones en expansión y no afecta a otras repeticiones no patológicas.

La molécula naftiridina-azaquinolona, desarrollada por el equipo del profesor Kazuhiko Nakatani, de la Universidad de Osaka, supone un antes y un después en la investigación de las enfermedades de expansión de tripletes de nucleótidos, especialmente en la investigación del Huntington. Hasta ahora, esta es la primera molécula de pequeño tamaño desarrollada capaz de inducir contracciones en las secuencias repetitivas. Tal y como afirman los autores, “la administración de estas pequeñas moléculas, una vez hayan sido optimizadas para la terapia, en el cerebro humano podría atacar de manera efectiva la causa de las repeticiones”.

//Fuente: Huntington’s disease-causing DNA repeat mutations reversed in the lab. University of Osaka.//

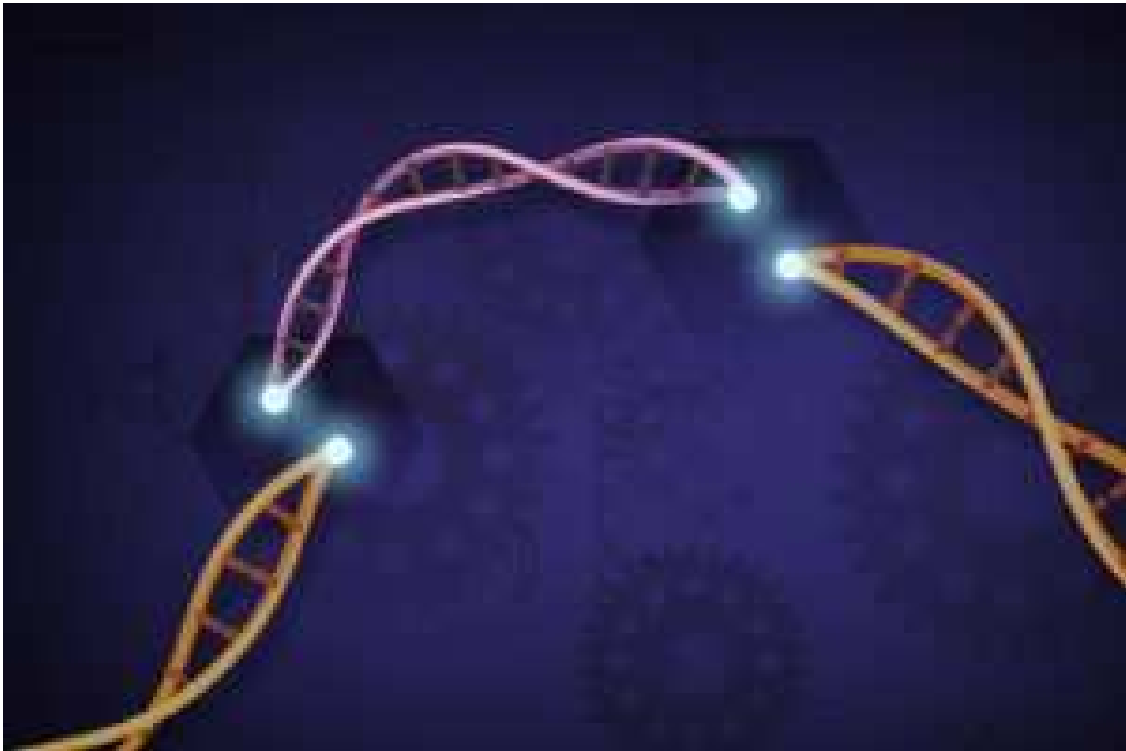
CRISPR COMO HERRAMIENTA PARA RASTREAR DIANAS TERAPÉUTICAS

Amparo Tolosa, Genotipia

- Investigadores de la Universidad de Harvard han utilizado el sistema CRISPR para identificar dianas terapéuticas en un tipo de distrofia poco frecuente.
- Inhibidores de la señalización de hipoxia mejoran las alteraciones estructurales y la función del músculo en células de pacientes y modelos animales.

El sistema CRISPR de edición del genoma se ha convertido en una herramienta de gran utilidad en la investigación biomédica. Su capacidad para inducir cambios específicos en el genoma permite crear modelos celulares y animales de múltiples enfermedades, así como estudiar la función de genes concretos.

Un reciente estudio, publicado en *Science Translational Medicine*, acaba de mostrar la utilidad de CRISPR para identificar dianas terapéuticas para la distrofia muscular facioescapulohumeral. En este tipo de distrofia, que se transmite con un patrón de herencia autosómico dominante, los músculos más afectados son los correspondientes al rostro, hombros y parte superior de los brazos. Además, la mayor parte de los casos están causados por alteraciones genéticas y epigenéticas en una región del cromosoma 4 que llevan a la expresión alterada del gen *DUX4*.



La herramienta de edición del genoma CRISPR puede ser utilizada para identificar dianas terapéuticas. Imagen: National Institute of Health.

Un rastreo mediante CRISPR para identificar dianas

Durante el desarrollo *DUX4* tiene un papel importante. Este gen codifica para un factor de transcripción que regula la expresión de otros genes y su actividad marca el inicio de diversos programas de expresión necesarios para el correcto desarrollo del embrión. Normalmente, las células y tejidos adultos no tienen activo el gen *DUX4*. No obstante, en los pacientes con distrofia muscular facioescapulohumeral se produce una conjunción de alteraciones genéticas y epigenéticas que llevan a una expresión de *DUX4* que resulta tóxica, especialmente para las células musculares.

Una dificultad para estudiar la distrofia muscular facioescapulohumeral es que no todas las células musculares expresan *DUX4* de forma anómala. Esta situación ha impedido que los investigadores puedan identificar qué mecanismos podrían aprovechar las células para hacer frente a la expresión tóxica de *DUX4*.

Para resolver este problema, los investigadores han utilizado CRISPR-Cas9. Su objetivo era detectar qué genes confieren supervivencia a las células en presencia de la expresión tóxica de *DUX4*. CRISPR permite crear librerías de células con diferentes mutaciones,

de forma que se puede investigar de forma sistemática los efectos de inactivar cada gen. En este caso, el equipo utilizó una línea de células precursoras de células musculares a las que forzaron a expresar DUX4. La mayor parte de las células deberían morir en estas condiciones, por lo que aquellas colonias que sobrevivieran lo harían por la acción del gen inactivado mediante CRISPR.

Validación de las dianas terapéuticas en modelos celulares y animales

A través del rastreo con CRISPR los investigadores encontraron que varios genes relacionados con la respuesta a hipoxia conferían resistencia a la expresión de *DUX4* en las células musculares. Hasta el momento se desconocía la relación entre la hipoxia celular (disminución del oxígeno disponible para las células) con el desarrollo de la enfermedad.

Para confirmar el papel de la ruta molecular identificada con el desarrollo de la enfermedad, el equipo trató las células musculares que expresan DUX4 de forma tóxica con inhibidores de la señalización de hipoxia. Tras el tratamiento, se observó una reducción de la actividad de esta ruta molecular y una disminución de la muerte celular.

A continuación, los investigadores evaluaron el potencial terapéutico de los inhibidores de respuesta a hipoxia en células de pacientes con distrofia muscular facioescapulohumeral y dos modelos de la enfermedad en pez cebra. En los tres casos mejoraron las características estructurales y funcionales de los modelos.

Una puerta hacia el tratamiento de la distrofia muscular facioescapulohumeral

El rastreo con CRISPR ha permitido identificar una ruta molecular implicada en la patología de la distrofia muscular facioescapulohumeral: la respuesta celular a la hipoxia. Este descubrimiento ha favorecido encontrar moléculas con potencial terapéutico para tratar la enfermedad.

Los investigadores reconocen que más allá de la expresión tóxica de *DUX4* puede haber otros factores que contribuyan a la enfermedad, que deberán evaluarse en estudios complementarios. Además, destacan que el rastreo ha permitido identificar únicamente genes que modifican la enfermedad a través de su inactivación y señalan que serán necesarios otros estudios para investigar el efecto de otras alteraciones genéticas.

En cualquier caso, el estudio ofrece una herramienta de gran utilidad más allá de la distrofia muscular facioescapulohumeral. La estrategia del cribado mediante CRISPR podría ser utilizada para identificar dianas accionables en otras enfermedades genéticas raras.

Referencia: Lek A, et al. Applying genome-wide CRISPR-Cas9 screens for therapeutic discovery in facioscapulohumeral muscular dystrophy. *Sci Transl Med.* 2020.

//Fuente: Genotipia//

REDACCIÓN



(Estará dedicado a los comentarios del presidente y a los derechos humanos). (It will be dedicated to the president's comments and to human rights) //Escrito por Fco. O. Martínez- D.H.M.//

Notificamos nuestros nuevos espacios web:

Revista: www.adcusppyma.es

Redacción: www.adsyme.adcusppyma.es

We notify our new web spaces:

Magazine: www.adcusppyma.es

Editorial office: www.adsyme.adcusppyma.es



SINOPSI DE LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS/HUMANOS

Artículo 7: El derecho a la igualdad ante la ley

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, en muchos países industrializados, las mujeres lucharon por el derecho al voto. “Nunca habrá una igualdad completa hasta que las propias mujeres ayuden a sacar leyes adelante y elijan a los legisladores”, expresó la sufragista Susan B. Anthony.

Más de un siglo después, el único país en el mundo en el que las mujeres no pueden votar es la Ciudad del Vaticano: allí, el derecho de emitir votos para elegir a un nuevo Papa se restringe a los cardenales, que son todos hombres. Sin embargo, como señaló el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en 2017, a pesar de las conquistas universales en las urnas, “muchas mujeres y niñas aún se ven privadas, de forma rutinaria, del acceso igualitario a los recursos. Se les niega la capacidad de elección, se les arrebatan las oportunidades y se les limita por medio de estereotipos falsos y humillantes”.

El artículo 7 afirma que la ley es la misma para todas las personas, y debe tratar a todas las personas en todas estas categorías de manera justa: en sus 39 palabras, prohíbe la discriminación tres veces. Estos principios de igualdad y no discriminación conforman el Estado de Derecho. Estas obligaciones han sido desarrolladas en varios instrumentos internacionales que combaten formas específicas de discriminación no sólo contra las mujeres, sino también contra pueblos indígenas, migrantes, minorías y personas con discapacidad. El racismo y la discriminación basada en la religión, la orientación sexual y la igualdad de género también se incluyen.

Una sucesión de tratados internacionales de derechos humanos ha ampliado los derechos contenidos en el Artículo 7, y con el paso de las décadas, la jurisprudencia ha añadido más obligaciones a la prohibición de la discriminación. No es suficiente que los países se abstengan de tratar a ciertos grupos de forma desfavorable. Ahora deben tomar medidas positivas para reparar la discriminación. Por ejemplo, bajo la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Estados deben apoyar a las personas con discapacidad, permitiéndoles tomar decisiones legales por sí mismas, en lugar de negarles su capacidad legal.

“La igualdad de género es más que un objetivo en sí mismo. Es un requisito para alcanzar el desafío de reducir la pobreza, promover el desarrollo sostenible y construir una buena gobernanza”.

– **Kofi Annan, fallecido Secretario General de la ONU.**

Los países también pueden necesitar adoptar medidas especiales de carácter temporal para superar la discriminación pasada o presente, y acelerar el establecimiento de una igualdad real –y algunos han adoptado medidas muy efectivas en relación a grupos específicos. En las elecciones de 2018 en Ruanda, el 61% de los escaños en el Parlamento fueron obtenidos por mujeres. El incremento sostenido en el número de las mujeres que integran el Parlamento es un resultado directo de la Constitución de Ruanda de 2003 que establece cuotas del 30 por ciento para mujeres en cargos de elección popular, y de la decisión de los partidos políticos de adoptar voluntariamente sus propias cuotas para candidatas.

El principio de la igualdad para todas las personas no sólo aplica a los gobiernos. Debe hacerse frente a la discriminación en el trabajo, en la escuela y en el hogar.

Indudablemente, en la mayor parte del mundo, las mujeres han progresado enormemente para alcanzar la igualdad ante la ley desde los tiempos de las sufragistas, y desde la adopción de la DUDH en 1948. Sin embargo, en 2018, según el Banco Mundial, 104 países aún cuentan con leyes que impiden a las mujeres trabajar en determinados empleos, 59 no están equipados con leyes sobre acoso sexual en el lugar de trabajo y, en 18 países, los maridos pueden impedir legalmente que sus esposas trabajen.

A nivel global, muchas leyes no son suficientes para desincentivar la violencia contra las mujeres, y en algunos casos, incluso la fomentan o la toleran. Este es, por ejemplo, el caso en países donde a los violadores se les permite, por ley, evitar su enjuiciamiento si se casan con la víctima.

Incluso cuando las leyes no son discriminatorias sobre el papel, su aplicación puede ser discriminatoria en la práctica. El Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha instado a derogar las normas y procedimientos probatorios que son discriminatorios, incluyendo aquellos que permiten que las mujeres sean privadas de su libertad para “protegerlas” de la violencia; realizar “pruebas de virginidad”; y el uso, como una defensa legal o factor atenuante, de argumentos basados en la cultura, la religión y la supremacía masculina, tales como la llamada “defensa del honor”. El Comité también ha llamado a poner fin a los procedimientos que reservan penas extraordinariamente duras –incluyendo lapidación, latigazos y muerte- a las mujeres; así como a las prácticas judiciales que ignoran un historial de violencia de género al tratar con mujeres demandadas.

La discriminación contra las mujeres se entrelaza a menudo con la discriminación basada en otros motivos, tales como el color, la raza, el idioma, la religión, la política u otras opiniones, el origen nacional o social, la propiedad, el nacimiento u otro status. En América Latina, las cifras de pobreza son mayores entre las mujeres, pero son aún más altas para las mujeres afrodescendientes. En los Estados Unidos, el 37 por ciento de los hogares encabezados por mujeres afroamericanas se encuentran por debajo del umbral de la pobreza. Y las mujeres y niñas canadienses de las Naciones Originarias y afrodescendientes tienen menos oportunidades educativas en comparación con otros canadienses, incluyendo hombres y niños de su propio grupo.

Las mujeres y niñas no son, por supuesto, las únicas personas en el mundo que a veces se ven privadas de la igualdad frente a la ley. En algunos países, la discriminación contra algunas religiones o minorías es una política oficial, o incluso ley. Un informe anual del proyecto independiente World Justice mostró que entre 2017 y 2018, 71 países de los 113 analizados experimentaron retrocesos en sus esfuerzos por combatir la discriminación.

La Alta Comisionada de la ONU para los Derechos Humanos, Michelle Bachelet, ha destacado el considerable progreso realizado en los 70 años desde la adopción de la DUDH, como resultado de que personas en todo el mundo demandan “el fin de la discriminación, la tiranía y la explotación”. Sin embargo, no caben dudas de que el mundo aún tiene un largo camino por recorrer si quiere alcanzar el compromiso del expresidente sudafricano Nelson Mandela (víctima de las leyes y regulaciones flagrantemente racistas del sistema de *apartheid*), de “liberar a toda nuestra gente del yugo continuo de la pobreza, la privación, el sufrimiento, la discriminación por género o de otro tipo”.

MEDICINA HOMEOPÁTICA



Todos los artículo que se publique, son y serán información, NONCA deberán ser considerados como una solución a sus dolencias.

// All the articles that are published, are and will be information, they should NEVER be considered as a solution to your ailments//

/Por: Fco. O. Martínez<Diplomado en Medicina Homeopática> D.H.M./

HABILIDADES CLINICAS

Anamnesis Al elaborar los antecedentes de una enfermedad, es necesario incluir todos los acontecimientos de la vida del paciente que tienen importancia clínica. En general, debe prestarse mayor atención a los hechos recientes. En algún momento, el paciente debe tener la oportunidad de contar su propia historia de la enfermedad sin interrupciones frecuentes y al mismo tiempo, cuando sea apropiado, recibir expresiones de interés, ánimo y empatía por parte del médico. Cualquier hecho vinculado con el paciente, por insignificante o distante que parezca, podría ser la clave de la solución de su problema clínico. En términos generales, solo los pacientes que se sienten cómodos aportarán información completa; por ello, ganarse la mayor confianza posible contribuye de manera decisiva a obtener información adecuada en la anamnesis.

Exploración física Mediante la exploración física se intenta identificar los signos físicos de la enfermedad. La importancia de tales manifestaciones objetivas se refuerza cuando confirman un cambio funcional o estructural ya sugerido por los datos aportados por el enfermo. Sin embargo, en ocasiones los signos físicos son la única evidencia de la enfermedad.

La exploración física debe realizarse de forma metódica y rigurosa, teniendo en cuenta la comodidad y el pudor del paciente. Si bien muchas veces se dirige la atención hacia el órgano o parte del cuerpo lesionado, sobre la base de los antecedentes, la exploración física de un nuevo paciente debe extenderse de la cabeza a los pies en una búsqueda objetiva de anomalías. Se necesita proceder de manera sistemática y consistente con cada paciente porque, de otro modo, es fácil pasar por alto aspectos importantes.

Los resultados de la exploración, al igual que los detalles de los antecedentes, deben registrarse en el momento mismo en que se obtienen, no horas después, cuando pueden resultar susceptibles a distorsiones de la memoria. La habilidad en el diagnóstico físico se adquiere a través de la experiencia, pero no es solo la técnica la que determina el éxito de la detección de signos clínicos.

Para la detección de petequias aisladas, de soplos diastólicos leves o de pequeñas tumefacciones en el abdomen no se necesitan ojos u oídos agudos o dedos muy sensibles y si, en cambio, una mente alerta ante la posibilidad de tales descubrimientos. Los signos físicos están sujetos a cambios, por lo que es importante repetir la exploración física tantas veces como la situación clínica lo exija.

Dadas las múltiples pruebas diagnósticas con elevada sensibilidad disponibles ahora (sobre todo técnicas de imágenes), puede ser tentador reducir el énfasis en la exploración física. De hecho, el clínico atiende por primera vez a innumerables pacientes después de que se les han realizado diversas pruebas diagnósticas y se conocen sus resultados; tal situación no debe ser obstáculo para que realice una exploración física minuciosa, porque no es raro que subsistan signos clínicos que no se detectaron en los estudios diagnósticos previos a la exploración. El acto de explorar (tocar) al paciente también brinda la oportunidad de establecer comunicación, y puede ejercer efectos tranquilizadores que fomenten la relación entre paciente y médico.

Estudios diagnósticos Los médicos dependen cada vez mas de innumerables pruebas de laboratorio para dilucidar problemas clínicos. Sin embargo, el cumulo de los datos de laboratorio no exime al médico de la responsabilidad de una observación, exploración y estudio cuidadosos del paciente.

Decisiones medicas La decisión medica es una responsabilidad importante del profesional y surge en cualquier etapa de la valoración diagnóstica y terapéutica. El proceso de toma de decisiones incluye la solicitud de pruebas adicionales, solicitudes de consultas y decisiones sobre tratamientos y predicciones pronosticas. Este proceso requiere un conocimiento profundo de la fisiopatología y la evolución natural de la enfermedad. Como se explicó antes, la toma de decisiones médicas debe basarse en evidencias para que los pacientes obtengan el mayor beneficio del conocimiento científico disponible. Plantear un diagnóstico diferencial, además de obligar a contar con una base amplia de datos, exige la capacidad de valorar las probabilidades relativas de que surjan algunas enfermedades. La aplicación del método científico, en especial el planteamiento de hipótesis y la reunión de datos, es esencial en la tarea de aceptar o rechazar un diagnostico particular. El análisis de los diagnósticos diferenciales es una situación reiterativa. Conforme se acumulan nuevos datos o resultados de estudios, el número de los cuadros patológicos por considerar puede disminuir o ampliarse de modo apropiado.

CONTAMINACIÓN



QUÉ ES UN VERTIDO



En el marco de la legislación de aguas continentales se considera vertido toda emisión de contaminantes que se realice directa o indirectamente a las aguas continentales, que pueda modificar sus características iniciales de forma que se alteren sus posibles usos posteriores o su función ecológica, así como al resto del Dominio Público Hidráulico, cualquiera que sea el procedimiento o técnica utilizada.



El Dominio Público Hidráulico incluye:

- Las aguas continentales (lagos, embalses y lagunas), tanto las superficiales como las subterráneas renovables con independencia del tiempo de renovación.
- Los cauces de corrientes naturales, continuas o discontinuas.
- Los lechos de los lagos y lagunas y los de los embalses superficiales en cauces públicos.
- Los acuíferos subterráneos, a los efectos de los actos de disposición o de afección de los recursos hidráulicos.
- Las aguas procedentes de la desalación de agua de mar una vez que, fuera de la planta de producción, se incorporen a cualquiera de los elementos señalados en los apartados anteriores.

Tipos de vertidos

Se establece una distinción en función del destino del vertido y de la técnica utilizada, en el caso de los vertidos a las aguas subterráneas:

- **Vertidos Directos:** se considera vertido directo la emisión directa de contaminantes a las aguas continentales o a cualquier otro elemento del Dominio Público Hidráulico, así como la descarga de contaminantes en el agua subterránea mediante inyección sin percolación a través del suelo o del subsuelo.
- **Vertidos Indirectos:** son los realizados en aguas superficiales o en cualquier otro elemento del Dominio Público Hidráulico a través de azarbes, redes de colectores de recogida de aguas residuales o de aguas pluviales o por cualquier otro medio de desagüe.

En el caso de que el vertido tenga por destino las aguas subterráneas, se considera vertido indirecto si se realiza mediante filtración a través del suelo o del subsuelo (vertido al terreno).

- **Casos especiales:**
 - *Vertidos a canales de riego:* se considera que los canales de riego transportan un elemento del DPH, el agua, proveniente por ejemplo de un cauce, lago, embalse o laguna, por lo que los vertidos a dichas conducciones son vertidos directos al DPH.
 - *Vertidos a Ramblas:* tienen la doble consideración de vertidos directos (a aguas superficiales en las épocas en que el cauce lleve agua, o al DPH en la época en la que el cauce se encuentre seco) y de vertidos indirectos a subterráneas.
 - *Vertidos indirectos a las aguas superficiales con especial incidencia para la calidad del medio receptor:* de acuerdo con el art. 245.4 del RDPH, si los vertidos indirectos a las aguas superficiales conllevan una especial incidencia para la calidad del medio receptor (riesgo para el buen estado ecológico), en el caso de que por parte de los Órganos autonómicos o locales se comunique su existencia al Organismo de cuenca o éste detecte su presencia (identificación del vertido indirecto como causa de problemas en el medio receptor), han de ser informados favorablemente por el Organismo de cuenca previamente al otorgamiento de la preceptiva autorización por parte de los citados Órganos autonómicos o locales. En este informe favorable, debe tenerse en cuenta que el vertido de aguas residuales pueda ser tratado convenientemente en la EDAR municipal si existe, y que el correspondiente Órgano autonómico o local cuente con el debido Reglamento u Ordenanza de vertidos.

A continuación se muestran gráficos que ilustran las diferentes situaciones comentadas en cuanto a los vertidos directos e indirectos a las aguas superficiales y las aguas subterráneas.

Vertidos directos e indirectos a las aguas superficiales



Vertidos directos e indirectos a las aguas subterráneas



IMÁGENES DE LA CONTAMINACIÓN DEL MAR



EL COVID19 AMENAZA LA BIODIVERSIDAD DE LAS ISLAS GALÁPAGOS Y SU LUCHA CONTRA EL PLÁSTICO



Las Islas Galápagos en Ecuador, patrimonio de la humanidad de la UNESCO que habría inspirado al mismísimo Charles Darwin la teoría de la evolución, y la segunda reserva marina más grande del planeta, reciben anualmente más de 200.000 visitas de personas que viajan de todas partes del mundo para disfrutar de su maravillosa diversidad biológica.

El turismo, menoscabado en 2020 por la pandemia de COVID-19 y las restricciones de viaje, es **la principal fuente de ingresos de sus 33.000 habitantes**, que ahora se encuentran en una situación compleja que afecta directamente su capacidad para proteger la flora y la fauna del llamado “laboratorio vivo de biodiversidad más grande del mundo”.

“El impacto mundial sobre el turismo por el COVID-19 ha afectado de manera radical la economía de todos aquí. Un 85% de nuestra actividad económica depende de manera directa o indirecta del turismo. Tuvimos 275.000 turistas en el 2019, y hubo una disminución de un 75% este año. Estamos en un proceso de reactivación lento”, aseguró

el presidente del Consejo de Gobierno de Galápagos, Norman Wray, durante una conferencia de prensa virtual.

Wray señala que, aunque esperan que los números de turistas aumenten de manera progresiva en los próximos meses, la previa “normalidad” está lejana. En septiembre, habrían llegado un poco más de 1500 turistas; en octubre, unos 3300; y en noviembre unos 3700.

“De todas maneras son cifras mensuales **mucho menores a las del año pasado**, así que eso refleja con gravedad la situación que tenemos. Los habitantes están teniendo graves problemas de ingresos”, explicó.



Consejo de Gobierno de Galápagos

Las restricciones por el COVID-19 han afectado a las Islas Galápagos cuya economía depende principalmente del turismo.

Recuperándose en comunidad

Para el director del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en América Latina, Luis Felipe López-Calva, es esencial recuperar la actividad económica en Galápagos de una manera que sea productiva, incluyente, resiliente, y amigable con el medio ambiente.

“Y sobre todo que sean las comunidades quienes lideren este proceso de desarrollo”, enfatizó

Norman Wray asegura que esto ya está ocurriendo, y que ha visto una respuesta interesante de algunos sectores de la comunidad en buscar una respuesta solidaria y colectiva para salir adelante.

“Con las autoridades seguimos trabajando **en la base misma de la economía que es la salud**, la salud y salud. Al COVID se le combate en la comunidad, no en los hospitales, lo que queremos es evitar que la gente en situación vulnerable se contagie”, dijo.

Teniendo en cuenta la grave situación, el PNUD en Ecuador junto con la Universidad San Francisco de Quito y el Consejo de Gobierno para el Régimen Especial de Galápagos

elaboraron un proyecto para las Islas centrado en el apoyo a la recuperación económica de los habitantes de la isla.

“Estamos lanzando una campaña a la que invitamos a todos a participar para tener ciertas actividades de recuperación. Vamos a distribuir efectivo a cambio de trabajo, vamos a capacitar a empresarios e innovadores y vamos a empoderar a las comunidades para que sean ellas quienes protejan el patrimonio natural de Galápagos. **Esperamos que todos puedan ser parte de este gran ejercicio**”, aseveró López-Calva.

La iniciativa “*Salvemos las Islas Galápagos: Empoderar a su gente*”, invita a las personas de todo el mundo a donar a través de su página web para así recaudar fondos estilo *crowdfunding*, que serán invertidos en la comunidad a través de oportunidades de empleo, y proyectos de desarrollo sostenible que aportarán a la protección de la biodiversidad, el tesoro de las Galápagos.

“Invertir en la gente es invertir en la conservación, esto es muy importante. Tenemos que aprender de la pandemia todo esto que nos ayudara también a ser más fuertes frente a los impactos del cambio climático que se nos viene, o ya está aquí mejor dicho”, aseguró Norman Wray.

El presidente del Consejo de Gobierno de las islas asegura que **se trata de un llamado a la acción colectiva que genera voluntad** y apoyo a todos aquellos en Ecuador y en el mundo que aman Galápagos.

“Que lo conocieron o lo quieren conocer, o saben de él. Que sepan que aquí vive gente de carne y hueso que es la primera línea de defensa de este patrimonio natural, y que al serlo es ahora cuando necesitan un apoyo firme y comprometido que permita que esta iniciativa, que es inicial, pero va a demostrar que podemos conectar conservación con protección social y con trabajo y yo creo que de eso se trata, de fortalecer la ciencia y la lucha contra el plástico”, agregó.



Consejo de Gobierno de Galápagos

Una mujer vende artesanías a los turistas en las Islas Galápagos

Reconociendo a los voluntarios que luchan contra el plástico

Una parte del proyecto impulsado por el PNUD consiste en remunerar actividades que usualmente se han hecho de manera voluntaria, como las limpiezas costeras.

En Galápagos existe un gran desafío con el plástico, que ya había sido previamente descrito por Wray a Noticias ONU. Debido a las corrientes marinas, las islas reciben plásticos y microplásticos procedentes de Indonesia, Filipinas, Taiwán, España, México, Perú, así como de otras partes del mundo que contaminan sus playas y amenazan los ecosistemas. A pesar de que desde el 2014 se prohibieron las bolsas desechables, hasta el 2019 se habían recogido 20 toneladas de plásticos en tres años de limpiezas que se realizan cuando hay suficientes voluntarios y recursos.

Maria Fernanda Santos, hace parte de la ONG Frente Insular, una de las organizaciones involucradas en estas limpiezas en los últimos años, ella participó por primera vez en un evento de este tipo recientemente.

“Quede tan asombrada de ver tanto micro plástico, tanto plástico que cuando uno llega a la playa no lo visualiza, pero porque está escondido en la arena. Uno piensa que las playas están limpias, pero nunca vas al fondo y ves que hay tanta cantidad. Tanta basura está dañando el ecosistema aquí en Galápagos y deberíamos ayudar y para involucrarnos todos, no tanto por algo económico, sino algo que hagamos de corazón para salvar nuestros ecosistemas”, contó durante el lanzamiento de la iniciativa.

Wray asegura que espera que estas actividades voluntarias de las limpiezas costeras **se puedan potenciar aún más con la iniciativa.**

“Con la comprensión clara de que allí también puede generarse un ingreso y un compromiso, en el marco de ir generando las bases para un sostenimiento social y ambiental y quizá en el futuro de Galápagos de ir disminuyendo nuestra dependencia del turismo que siempre existirá, pero articulando y potenciando aquellas cosas que van a contrarrestar los retos de la comunidad y el impacto ambiental”, dijo.

Alberto Andrade, presidente de Frente Insular asegura que su organización realiza más de 170 actividades de limpieza voluntaria anuales y su objetivo es aportar a la comunidad de Galápagos, minimizar los costos y **maximizar los resultados de protección medioambiental.**

“A nosotros lo que nos gusta hacer es defender los derechos de la naturaleza, hemos vivido la polución plástica, hemos visto el gran trabajo que ha hecho Galápagos para combatirla y hemos sido voluntarios de algunas organizaciones y ONGs que involucran a diferentes sectores de la comunidad, pescadores, guías, amas de casa, y lo más hermoso de todo esto es acercar a esta comunidad a los servicios ambientales, estos servicios que a veces los tenemos tan cerca pero a la vez tan lejos”, explicó.



Consejo de Gobierno de Galápagos

El 80% de los habitantes de las Islas Galápagos depende del turismo para sobrevivir.

Las tres fases de la campaña

Para Matilde Mordt, representante del PNUD en Ecuador, la pandemia de COVID-19 es un llamado de atención a la humanidad que ahora ve de manera directa las consecuencias de la degradación de los ecosistemas. La campaña busca abordar varios frentes, explica.

“No es solamente un enfoque ambiental si no que la emergencia de la pandemia agrava desigualdades y vulnerabilidades persistentes en la población local que hay que atender”.

La primera fase del proyecto consiste en un apoyo de emergencia para recuperar medios de vida de la población a través de un mecanismo de pago por trabajo.

“Durante este proceso tenemos líderes de la conservación seleccionados en Galápagos. Alrededor de 90 guías locales del Parque Nacional que van a recibir apoyo financiero para ayudar con el mantenimiento del área protegida dando de esta manera ingresos urgentes para hombres y mujeres locales y la protección ecológica. Esto ya ha comenzado este mes y gracias al *Galapagos Conservation Trust* vamos a poder alargar este proyecto hasta enero”, explicó.

La fase dos, que comenzará en enero de 2021, invita a la comunidad de Galápagos a participar en **un proceso de pago por capacitación**, es decir, recibirán un salario mientras reciben orientación en formación de empresas verdes y otros temas de desarrollo sostenible.

“Los participantes serán seleccionados teniendo en cuenta la equidad de género y la protección ambiental. Daremos herramientas y orientación para empresas ecológicas y para que puedan resistir la situación actual y se preparen para el futuro. Estos emprendedores recibirán un salario para ayudarles a sobrevivir la emergencia, y se dará capacitación en una variedad de temas como canales de marketing digital, asesoría financiera, nuevos métodos de pago, buenas prácticas ambientales entre otros”, aseguró Mordt.



Noticias ONU/Hua Jiang

Un arrecife en las Galápagos, Ecuador.

Finalmente, la fase tres, se enfoca en mejorar o crear ideas para pequeños negocios y así **fortalecer las capacidades empresariales de la comunidad.**

“Los proyectos más innovadores y los más inclusivos, van a tener una fase de mentoría adicional con expertos de la Universidad (de San Francisco de Quito) con el objetivo de garantizar el desarrollo y la sostenibilidad de sus emprendimientos. Un panel de expertos va a seleccionar a las empresas de mayor impacto y va a ver unos premios especiales para ellos, además de un financiamiento semilla para su plan de negocios y asistencia técnica”, dijo.

La campaña *Salvemos las Islas Galápagos* espera recaudar un mínimo de 100.000 dólares, las donaciones pueden hacerse [a través de su página web](#)

“Cuantas más donaciones se reciban más emprendedores y proyectos de las islas se podrán apoyar. Les invitamos a unirse a donar y a difundir entre sus contactos y amistades”, concluyó la representante del PNUD.

Para Norman Wray, **el apoyo del público demostrará que si es posible generar solidaridad** con las Islas que tanto le han dado al planeta.

“Un referente de ciencia, de investigación, de protección de sitios prístinos y adicionalmente de manejo y de conservación. Es el primer patrimonio natural de la humanidad y los seres humanos aquí cada vez están más comprometidos con este”.



