

ADCUSPPYMA

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

Nº.48 –Marzo/Abril - 2022 - Nº. DL.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



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

TEF/FAX: 34+977550030

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

CANAL ADSYME

<https://www.youtube.com/channel/UCi0mYUiGgJIV>

[KIJXO2DPsDA](https://www.youtube.com/channel/UCi0mYUiGgJIV)

DIRECCIÓN Y MONTAGE DE LA REVISTA

FRANCISCO OLIVA MARTINEZ

INFORMATICO: FRANCISCO OLIVA
DOMINGUEZ

CONTENIDO DE LA REVISTA

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/

ALIMENTOS



(Imagen de Redacción)

La alimentación es la actividad mediante la que tomamos del mundo exterior una serie de sustancias necesarias para poder nutrirnos. Estas sustancias están contenidas en los alimentos que componen nuestra dieta.

Para alimentarnos correctamente es imprescindible conocer la composición de los alimentos, para así poder elegir los que sean más adecuados y conseguir con ello un buen estado de salud y un crecimiento y desarrollo óptimo en la infancia.

La educación para una alimentación adecuada impartida en la educación obligatoria es escasa. Además, en la sociedad de la comunicación en la que vivimos se transmiten una

serie de mitos y creencias que llevan a confundir a los ciudadanos. En la consulta se observa con frecuencia la falta de unos conocimientos básicos que permitan a los padres, y a los niños si tienen la edad suficiente, llevar una dieta adecuada.

Por ello, me he planteado este pequeño artículo para intentar describir las características de los distintos alimentos.

La alimentación es una actividad fundamental en nuestra vida. Por una parte, tiene un papel importantísimo en la socialización del ser humano y su relación con el medio que le rodea. Por otra, es el proceso por el cual obtenemos los nutrientes que nuestro cuerpo necesita para vivir.

Los nutrientes son las sustancias químicas contenidas en los alimentos que el cuerpo descompone, transforma y utiliza para obtener energía y materia para que las células lleven a cabo sus funciones correctamente.

Existen diferentes tipos de nutrientes, teniendo cada uno de ellos funciones distintas:

Los macronutrientes son aquellos que necesitamos en grandes cantidades; comprenden las proteínas, los hidratos de carbono y las grasas.

Los micronutrientes son aquellos que sólo necesitamos en cantidades muy pequeñas. Consideramos dentro de este grupo a las vitaminas y los minerales.

Otros como el agua y la fibra (no siendo ésta última un nutriente propiamente dicho), que también necesitamos en cantidades adecuadas.

Algunos de los nutrientes que necesitamos para vivir podemos fabricarlos a partir de otros que obtenemos de lo que comemos. Otros, sin embargo, no podemos fabricarlos y debemos ingerirlos en la dieta. Éstos últimos se llaman nutrientes esenciales.

En cada alimento predominan uno o varios nutrientes lo que nos permite clasificarlos en 6 grupos diferentes:

Cereales, patatas, azúcar.



(Imagen de Redacción)

Alimentos grasos y aceites.



(Imagen de Redacción)

Carnes, huevos, pescados, legumbres y frutos secos.



(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)

Leche y derivados.



(Imagen de Redacción)

Verduras y hortalizas.



(Imagen de Redacción)

Frutas y derivados.



(Imagen de Redacción)

Como no existe ningún alimento que nos proporcione todos los nutrientes en las cantidades que necesitamos, es preciso elaborar una dieta equilibrada, esto es, una dieta que incluya alimentos de todos los grupos en la proporción adecuada para cubrir las necesidades del organismo de una forma correcta.

Además hay que tener en cuenta que cada etapa de la vida tiene sus peculiaridades y la alimentación debe adaptarse a ellas. La infancia, por ejemplo, se caracteriza por ser la época de mayor crecimiento y desarrollo, y la dieta debe adaptarse tanto al ritmo de crecimiento como a la maduración de los distintos procesos que intervienen en la nutrición (ingestión, digestión, absorción y metabolismo) para conseguir un estado de salud adecuado.

Los nutrientes deben satisfacer tres tipos de necesidades:

- Energéticas,
- Estructurales,
- Funcionales y reguladoras.

ENERGIA

La energía no es ningún nutriente sino que se obtiene tras la utilización de los macronutrientes por las células. Así, todos los alimentos, en función de los nutrientes que los componen, aportan energía o, lo que es lo mismo, calorías en mayor o menor medida.

Nuestro organismo gasta calorías en:

- Mantener la temperatura y las funciones vitales en reposo (circulación, respiración, digestión...), es lo que se conoce como “metabolismo basal”.
- Crecer: durante la infancia, especialmente en el primer año de vida y la adolescencia (épocas en las que se crece más rápido). Este gasto es muy importante y, por tanto, necesitaremos mayor aporte calórico que en otras épocas de la vida.
- Moverse: por esta razón, en función del grado de actividad física, nuestro organismo necesitará más o menos aporte de energía.

PROTEINAS

Las proteínas son grandes moléculas compuestas por cientos o miles de unidades llamadas aminoácidos. Según el orden en que se unan los aminoácidos y la configuración espacial que adopten formarán proteínas muy distintas con funciones diferentes.

La función principal de las proteínas es la función estructural. Son el principal “material de construcción” que constituye y mantiene nuestro cuerpo: forman parte de los músculos, los huesos, la piel, los órganos, la sangre...

Además las proteínas tienen otras funciones importantes:

- **Intervienen en el metabolismo, pues forman parte de las enzimas (que son las encargadas de las reacciones metabólicas) y de ciertas hormonas,
- **Participan en la defensa del organismo, siendo parte de los anticuerpos,
- **Son esenciales para la coagulación, ya que los factores de la coagulación son proteínas,
- **Transportan sustancias por la sangre,
- **Y, en caso de necesidad (cuando faltan otras fuentes), también son fuente de energía. Por cada gramo de proteína que se “quema” se obtienen 4 kilocalorías (kcal).

HIDRATOS DE CARBONO

Los hidratos de carbono también son llamados carbohidratos o glúcidos.

Su función más importante es la de ser la primera fuente de energía para nuestro organismo, aportando aproximadamente 4 kcal por cada gramo. Por esta razón deben constituir entre un 50-55% de todas las calorías de la dieta.

El “índice glucémico” refleja el aumento de la glucosa en sangre tras la toma de un alimento y depende de la rapidez con que se digieren y asimilan sus carbohidratos. El índice será alto para aquellos alimentos que producen un aumento rápido de la glucemia tras su ingesta y bajo para los que el aumento sea lento. Depende tanto de los glúcidos como del resto de nutrientes que los acompañan en la composición del alimento.

Los carbohidratos más sencillos están formados por una molécula y reciben el nombre de monosacáridos (la glucosa, la fructosa o la galactosa). Todos los carbohidratos deben ser digeridos a estos más simples antes de ser absorbidos por nuestro organismo. Después el organismo los utiliza para conseguir energía o bien los almacena en forma de moléculas más complejas como el glucógeno.

En las frutas, las verduras y la leche también encontramos hidratos de carbono simples como son la fructosa en los dos primeros y la lactosa en el último. También se absorben rápidamente, pero estos alimentos tienen un índice glucémico más bajo que los alimentos “dulces” porque contienen otras sustancias (por ejemplo la fibra en las verduras o la grasa en la leche) que enlentece la absorción.

Los polisacáridos (por ejemplo los almidones) están compuestos por múltiples monosacáridos, y son también llamados hidratos de carbono complejos. A diferencia de los anteriores se absorben más lentamente (índice glucémico bajo), produciendo un aumento de glucosa en la sangre más paulatino tras su ingesta pues precisan ser digeridos previamente. Por esta razón se recomienda que la fuente principal de hidratos de carbono en la dieta sea de este tipo.

Los encontramos en alimentos como los cereales (arroz, maíz...), sus derivados (harinas, pasta, pan...), las legumbres, y las patatas.

FIBRA DIETÉTICA

No es un nutriente propiamente dicho, pues está compuesta por polisacáridos, oligosacáridos, análogos de hidratos de carbono y otras sustancias que son resistentes a la digestión y la absorción en el intestino delgado y que fermentan total o parcialmente en el intestino grueso. Existen dos tipos de fibra, la soluble y la insoluble, según se disuelvan o no en agua, que les confieren propiedades un poco diferentes.

Su ingesta es muy importante, pues actúa como regulador del funcionamiento del aparato digestivo, del control glucémico y de la absorción de otros nutrientes como el colesterol.

La fibra se encuentra fundamentalmente en los cereales integrales, las verduras, las frutas, las legumbres y los frutos secos.

CEREALES, PATATAS, AZÚCARES

Este grupo de alimentos se caracteriza por tener una composición predominante en carbohidratos. Son alimentos “energéticos”.

CEREALES



(Imagen de Redacción)

Los cereales (arroz, maíz, trigo, avena, cebada, centeno, mijo, sorgo y triticale principalmente) y sus derivados (harinas, pan, pasta, galletas, bollería) son alimentos ricos en hidratos de carbono complejos (almidones), fibra (especialmente los productos integrales), vitaminas del grupo B y minerales (fósforo, potasio, magnesio y calcio). También contienen cantidades importantes de proteína de buena calidad aunque no es completa (deficiente principalmente en lisina). El contenido en grasa es muy bajo, ésta no es saturada y tiene poco colesterol.

El **pan**, generalmente elaborado con harina de trigo:

**Es un alimento energético, contiene hidratos de carbono complejos de forma predominante (almidón), aunque éstos se absorben rápidamente.

**El contenido en fibra es bajo, aumentando de forma importante en los panes integrales o de otros cereales como el centeno o la avena.

**El contenido en proteínas es del 7-10%, siendo mayor en panes grandes (hogazas), panes precocidos y panes elaborados con masas congeladas. La proteína del trigo es de buena calidad aunque es deficitaria en lisina (aún más deficitaria si hablamos de panes tostados) y de menor calidad que la proteína de otros cereales y, el contenido en grasa es muy bajo, aumentando en los panes de molde.

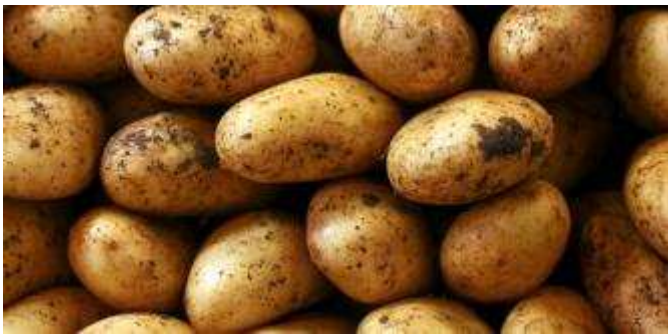
En cuanto a los **productos de bollería** y las **galletas**, su valor nutricional dependerá de su forma de elaboración y los productos que se añaden a la harina base. Generalmente son productos con alto contenido en hidratos de carbono (almidones + azúcar) y grasa, en los que destaca la cantidad elevada de grasa saturada vegetal (aceite de palma, coco...) frente a otro tipo de grasa. Existen algunas excepciones que resultan más “saludables” puesto que están elaboradas con aceite de oliva o soja y que son, por tanto, más recomendables en la dieta.

Las **pastas** también suelen estar elaboradas con sémola de trigo, teniendo como características:

-Son alimentos de alto valor energético, los nutrientes más abundantes son los hidratos de carbono complejos (almidón), que se absorben lentamente (especialmente si la cocción es “al dente”), la cantidad de proteína total es del 12-13%, siendo la más abundante el gluten. Se puede considerar una fuente importante de proteínas, aunque es deficitaria en lisina, el contenido en grasa es bajo, aunque hay que tener en cuenta que este contenido cambia en el caso de la pasta con huevo o si se acompañan de otros productos como carne, queso...

El arroz contiene principalmente almidón. Su contenido en proteína es algo más bajo que en otros cereales, sin embargo contiene más lisina, se digiere mejor y tiene mayor calidad que en otros cereales. Es una fuente importante también de vitaminas del grupo B, especialmente B1.

PATATAS



(Imagen de Redacción)

La patata también es un alimento energético.

Está compuesta principalmente de hidratos de carbono complejos (almidón), que se absorben lentamente. Si se consume cocida y fría (por ejemplo en ensalada) parte del almidón se hace resistente a la digestión y éste tiene un efecto parecido a la fibra, mejorando el control de los niveles de glucosa y lípidos en sangre, muy recomendable en personas con estos problemas.

El contenido en proteínas es bajo (2%), sin embargo la proteína que contiene es de alta calidad, con alto contenido en lisina, lo que le hace complementaria a la proteína de los cereales.

Tienen poca grasa y ésta no es saturada.

Son una buena fuente de potasio, además de contener pequeñas cantidades de magnesio y hierro.

En cuanto a las vitaminas, contiene cantidades importantes de vitaminas del grupo B (B1, B6, ácido fólico) y vitamina C.

AZÚCARES



(Imagen de Redacción)

Los azúcares son los hidratos de carbono que tienen sabor dulce. Incluimos en este grupo la **sacarosa**, la **fructosa**, el **jarabe de glucosa**, la **lactosa** y la **maltosa**.

Son productos energéticos.

Estos hidratos de carbono se absorben muy rápidamente, por lo que no están aconsejados por ejemplo en diabéticos o en pacientes con glucogenosis.

Además producen caries si no existe una adecuada higiene dental tras su consumo.

La **miel** contiene tanto sacarosa como fructosa, lo que hace que su absorción sea algo más lenta. Contiene además sustancias fitoquímicas que le conceden propiedades distintas a otros edulcorantes, pues muchas de estas sustancias son antioxidantes y tienen propiedades antiinflamatorias. Además poseen oligosacáridos que tienen efecto prebiótico. No se recomienda su uso en niños menores de 1 año pues la miel puede contener esporas de *Clostridium botulinum* y producir botulismo por las características funcionales del tubo digestivo a esa edad.

ALIMENTOS GRASOS Y ACEITES

Este grupo de alimentos se caracteriza por tener un contenido predominante en lípidos. Se consideran alimentos “energéticos” por su alto contenido calórico.

El consumo de grasas es importante por las funciones que desempeñan y porque algunas de ellas son “esenciales”. Es fundamental, sin embargo, que este consumo esté equilibrado para no sobrepasar la ingesta de grasa saturada recomendada.

GRASAS DE ORIGEN ANIMAL

Incluimos la manteca de cerdo, el sebo de vacuno y cordero, la mantequilla y los aceites de pescado.

GRASAS DE ORIGEN VEGETAL

La manteca de coco, la manteca de cacao, la margarina vegetal y los aceites vegetales.

La **manteca de coco** es rica en ácidos grasos saturados de cadena media (MCT), siendo por ello poco recomendable. Es una de las grasas principales usadas en la bollería industrial.

La **manteca de cacao** la encontramos en chocolates y bombones, contiene mezcla de ácidos grasos saturados y monoinsaturados (oleico).

La **margarina vegetal** está compuesta por aceites vegetales de maíz, girasol, soja u oliva. Contiene ácidos grasos insaturados (oleico, omega-3, omega-6) y saturados. Además contienen ácidos grasos llamados “trans”, resultado de los procesos de elaboración industrial de estos productos, y que se consideran perjudiciales para la salud.

CARNES.



(Imagen de Redacción)

Las carnes y los embutidos nos proporcionan proteínas de alto valor biológico, grasas, minerales (hierro, potasio, fósforo, zinc) y vitaminas (sobre todo del grupo B).

El contenido en proteínas de la **carne** es alto y además de alta calidad, con una digestibilidad y absorción alta.

La grasa que contienen es en su mayoría grasa saturada, aunque la cantidad total de grasa y el tipo difiere de unas carnes a otras y de la pieza elegida. Así, las carnes de cerdo y cordero son en general más grasas que las de ternera, y todas más que las de ave (a excepción del pato) y la de conejo. También el contenido en grasa será mayor si elegimos animales con más edad o cortes grasos, puesto que en los más jóvenes y en las aves la grasa se encuentra principalmente debajo de la piel y alrededor de las vísceras (es más visible) y se puede retirar con más facilidad. Los productos cárnicos contienen además cantidades variables de grasas monoinsaturadas (ácido oleico) y ácidos grasos esenciales (ácido araquidónico y ácido linoleico), más abundantes sobre todo en las carnes de ave y de cerdo ibérico.

El contenido en hierro es más abundante y se absorbe más fácilmente en las carnes rojas (vacuno, cordero, animales de caza, cerdo ibérico) que en las blancas (cerdo blanco, pollo, pavo, conejo).

El fósforo lo encontraremos especialmente en la ternera y en las carnes de caza.

Las vitaminas más frecuentes en este grupo son las del grupo B, si bien, las vísceras son ricas en vitaminas liposolubles.

HUEVOS



(Imagen de Redacción)

Los huevos nos aportan proteínas de muy alta calidad (las de mayor calidad de todos los alimentos), grasas esenciales, vitaminas (especialmente A, D, B2 y B12) y minerales (zinc, fósforo y selenio).

Es un alimento de fácil digestión, especialmente cuando se consume pasado por agua.

Las proteínas del huevo son de alto valor biológico, pues contiene todos los aminoácidos esenciales en una cantidad equilibrada y su utilización por el organismo es del 100%. Por esta razón el consumo de huevos es muy importante especialmente en etapas en las que exista mayor necesidad de proteínas tanto en cantidad como en calidad (por ejemplo en la infancia y el embarazo) o cuando se quiere aumentar la masa muscular (por ejemplo en deportistas y ancianos). La mayor parte de las proteínas se concentran en la clara del huevo.

La grasa del huevo se concentra especialmente en la yema. Su relación de ácidos grasos poliinsaturados/saturados, y su aporte de ácidos grasos esenciales omega-6 y fosfolípidos (lípidos que forman las membranas de las células) hacen que esta grasa sea de alta calidad. Además contiene colesterol en cantidades importantes que, contrariamente a lo que antes se pensaba, no se absorbe de forma completa por la acción de la lecitina también contenida en el huevo y además no provoca un aumento del colesterol en sangre de forma directa, por lo que no debe ser restringido en la alimentación de la población general e incluso en las dietas realizadas en personas con hipercolesterolemia.

Los huevos tienen además otras sustancias como la colina, muy importante en el embarazo, la lactancia y personas mayores.

PESCADO Y MARISCO



(Imagen de Redacción)

Los **pescados** son una fuente importante de proteínas de alta calidad, ácidos grasos poliinsaturados omega-3 (especialmente los pescados azules), vitaminas (B1, B2, B3, B12, y en los pescados grasos además A y D), y minerales (sobre todo yodo en los pescados marinos, pero también calcio, fósforo, magnesio, zinc, hierro y potasio).

Los lípidos se concentran mayoritariamente en la capa grasa que existe por debajo de la piel en los pescados grasos y en el hígado en los peces magros. Los principales ácidos grasos que existen en el pescado son el EPA (ácido eicosapentanoico) y el DHA, que pertenecen al grupo de los llamados omega-3 (principalmente en pescado azul o graso: sardina, salmón, boquerón, bonito, caballa...). Por esta razón su consumo es especialmente importante en embarazadas, mujeres lactantes y niños. Hay que recordar que además es preferible el consumo de pescados grasos pequeños al de grandes, pues estos últimos almacenan metales pesados que tienen efectos perjudiciales sobre la salud.

Las vitaminas liposolubles se almacenan principalmente en órganos como el hígado, por eso los aceites de hígado de pescado son ricos en vitaminas A y D.

En cuanto a los **mariscos**, su valor nutritivo reside en que son una fuente rica en proteínas de alto valor biológico, minerales (calcio, magnesio, fósforo, zinc, hierro y yodo) y vitaminas (B1, B2), siendo además poco calóricos.

El contenido en yodo es especialmente importante en las ostras, y el de hierro en almejas y mejillones.

Aunque son alimentos poco grasos, la grasa que contienen es muy saludable, principalmente del tipo omega-3.

LEGUMBRES



(Imagen de Redacción)

Las legumbres (alubias, guisantes, garbanzos, habas, lentejas, soja) se caracterizan por tener un alto contenido en proteínas, hidratos de carbono complejos (fibra y almidón), vitaminas hidrosolubles y minerales (calcio, hierro, zinc).

Contienen gran cantidad de proteínas que son de buena calidad aunque no tanta como las de origen animal ya que tienen poca cantidad de dos aminoácidos esenciales (escasez en metionina y cisteína) y menos digestibilidad. Sin embargo la cocción y combinar las legumbres con cereales hacen que el valor nutritivo de su proteína llegue a ser casi como el de las proteínas animales.

El principal hidrato de carbono que contienen es el almidón, excepto en las llamadas oleoleguminosas (cacahuete, soja). Éste se digiere lentamente, por lo que provoca un aumento de glucosa en sangre paulatino y mantenido. Parte de este almidón no se digiere y pasa al colon donde se fermenta (comportándose igual que la fibra soluble) y da lugar a otras sustancias (acetato, butirato, propionato) con acción beneficiosa en nuestro organismo. El almidón “digerible” aumenta con la cocción, especialmente en la que se hace con métodos industriales.

El contenido en fibra también es alto, siendo fuente principal de la misma en la dieta.

Tienen poca grasa (excepto las oleoleguminosas), pero la que contienen es en su mayoría ácidos grasos monoinsaturados y poliinsaturados (omega-3 y omega-6) que les hace muy cardiosaludables. En el caso de la soja el contenido es mucho mayor, pudiendo ser una fuente importante de ácidos grasos mono y poliinsaturados.

FRUTOS SECOS



(Imagen de Redacción)

Los frutos secos son una fuente importante de proteínas, grasas insaturadas, fibra, vitaminas y minerales. Además tienen un alto contenido calórico.

La característica más importante es que contienen un 50% de su peso en forma de grasa. La mayoría de sus lípidos son ácidos grasos monoinsaturados (especialmente en avellanas, almendras y nueces de Macadamia), y poliinsaturados omega-3 (especialmente en las nueces) y omega-6 (especialmente los piñones y las nueces).

La cantidad de fibra dietética también es alta, destacando sobre todo en las almendras.

El contenido en calcio es muy alto (sobre todo en las almendras). También contienen cantidades importantes de magnesio, fósforo y potasio.

Debido al contenido alto en grasa también son ricos en vitaminas liposolubles, especialmente vitamina E. Además contienen ácido fólico, vitamina B1, B2 y B3.

También destaca su contenido en otros antioxidantes (principalmente en la piel o cobertura comestible), sobre todo en las nueces, los cacahuetes y los pistachos.

LECHE Y DERIVADOS



(Imagen de Redacción)

Este grupo se caracteriza por tener una composición predominante en proteínas. También son alimentos “plásticos”.

Los lácteos (leche, queso y yogur principalmente) son una fuente importante de proteínas de alta calidad, lactosa, vitaminas (especialmente A, D, B2 y B12) y minerales (especialmente calcio y fósforo).

El calcio de los lácteos se absorbe mejor que el de otros productos pues la lactosa, la caseína (proteína de la leche) y la vitamina D que contienen ayudan a su absorción. Por esta razón los lácteos son la fuente principal de este mineral para el hombre.

El consumo de lácteos desnatados o semidesnatados está aconsejado en los adultos, si existe sobrepeso o si se tienen problemas de lípidos o cardiovasculares, para disminuir el aporte de grasas saturadas y colesterol. En estos lácteos, como contrapartida, existe menos cantidad de vitaminas liposolubles (A y D), por lo que su aporte y la absorción de calcio es menor. Existen en el mercado, sin embargo, productos desnatados enriquecidos en vitaminas A y D que pueden ser útiles en estas circunstancias.

VERDURAS Y HORTALIZAS



(Imagen de Redacción)

Este grupo se caracteriza por su aporte predominante de agua, vitaminas, minerales y fibra. Se consideran alimentos “reguladores”.

Su contenido en agua es alto, hasta un 80-90%, motivo por el que son alimentos poco calóricos.

Los hidratos de carbono son el macronutriente en mayor proporción en este grupo, siendo aún así un componente minoritario del total. Contienen almidones y gran cantidad de fibra, constituyendo una de las fuentes más importantes de fibra de la dieta.

El contenido en proteínas es escaso y además son proteínas de baja calidad, lo que les convierte en productos recomendables en dietas bajas en proteínas.

El contenido en grasa también es mínimo.

En cuanto a las vitaminas, son fuente importante de vitamina C (especialmente los pimientos, las espinacas, el perejil y las coles), vitamina A (especialmente en aquellas verduras de colores fuertes como el tomate, la zanahoria y el pimiento), y vitaminas del grupo B (especialmente ácido fólico en las verduras de hoja verde).

El potasio es el mineral más importante presente en este grupo. Algunas verduras son además ricas en hierro (acelgas, espinacas, tomate), aunque éste se absorbe peor que el de los alimentos de origen animal. El calcio también lo encontramos ampliamente en verduras como las espinacas, las acelgas o la lechuga.

FRUTAS Y DERIVADOS



(Imagen de Redacción)

Se caracterizan por contener principalmente agua, azúcares, vitaminas, minerales y fibra. Se consideran alimentos “reguladores”.

El aporte calórico de las **frutas** es bajo por su gran contenido en agua (hasta el 85% de su peso), a excepción del aguacate, el coco y el plátano que por su composición en lípidos e hidratos de carbono respectivamente aportan más calorías.

Los hidratos de carbono que contienen son principalmente azúcares simples (glucosa, fructosa y sacarosa), que varían según el tipo de fruta y su estado de maduración. Contienen bajas cantidades de almidón, a excepción del plátano, en el que existe una cantidad más alta si bien gran parte de este almidón es no digerible. El índice glucémico de las frutas es bajo o medio (es decir, producen una elevación de la glucemia moderada y paulatina tras su ingesta), especialmente en algunas frutas como albaricoques, melocotones, naranjas, fresas, manzanas y plátanos.

El contenido en fibra es alto pero variable y parte de ella se encuentra en la piel, siendo mayor en el kiwi, la pera y la ciruela, y muy bajo en la sandía y las uvas.

En general, el contenido en lípidos es muy escaso, a excepción del aguacate (que contiene principalmente ácidos grasos monoinsaturados (oleico) y poliinsaturados omega-3 y omega-6), y el coco (que contiene principalmente grasas saturadas).

El aporte proteico de las frutas es también muy bajo, casi inexistente, lo que debe ser tenido en cuenta en dietas bajas en proteínas.

Las frutas son fuente principal de vitaminas en nuestra dieta, especialmente de vitamina C y provitamina A. El kiwi es la fruta que más vitamina C contiene, seguido de otras frutas como las fresas, las naranjas, o el melón. En cuanto a las frutas que mayor cantidad tienen de provitamina A se encuentran el albaricoque y la mandarina. Además son fuente de otras vitaminas como las del grupo B, principalmente el ácido fólico (más importante

en frutas como las fresas, naranjas o kiwis). El aguacate, por su contenido graso, también aporta vitaminas liposolubles A y D.

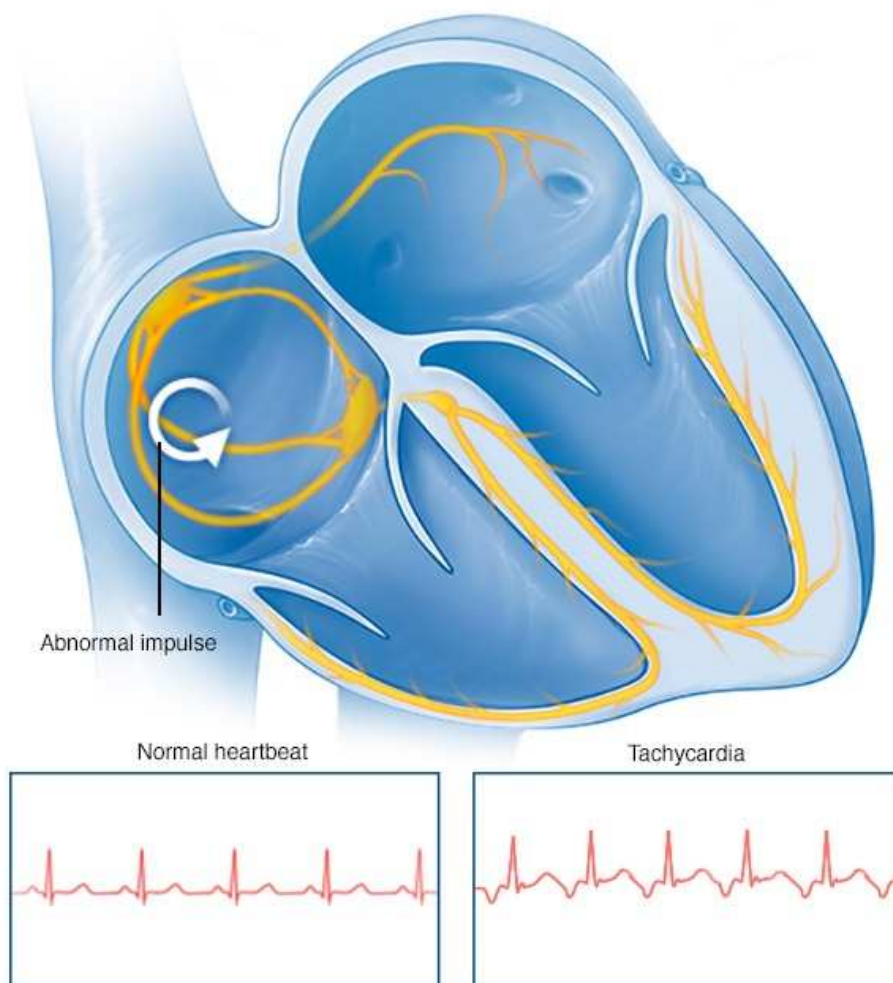
INFORMACIÓN SANITARIA



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

/Transcrito por: Fco. O. Martínez/

TAQUICARDIA



La taquicardia es un tipo frecuente de trastornos del ritmo cardíaco (arritmia) en el que el corazón late más rápido de lo normal cuando está en reposo.

Es normal que la frecuencia cardíaca aumente durante el ejercicio o como una respuesta fisiológica al estrés, a un traumatismo o a una enfermedad (taquicardia sinusal). Pero en la taquicardia, el corazón late más rápido de lo normal en las cavidades superiores o en las cavidades inferiores del corazón, o en ambas, al estar en reposo.

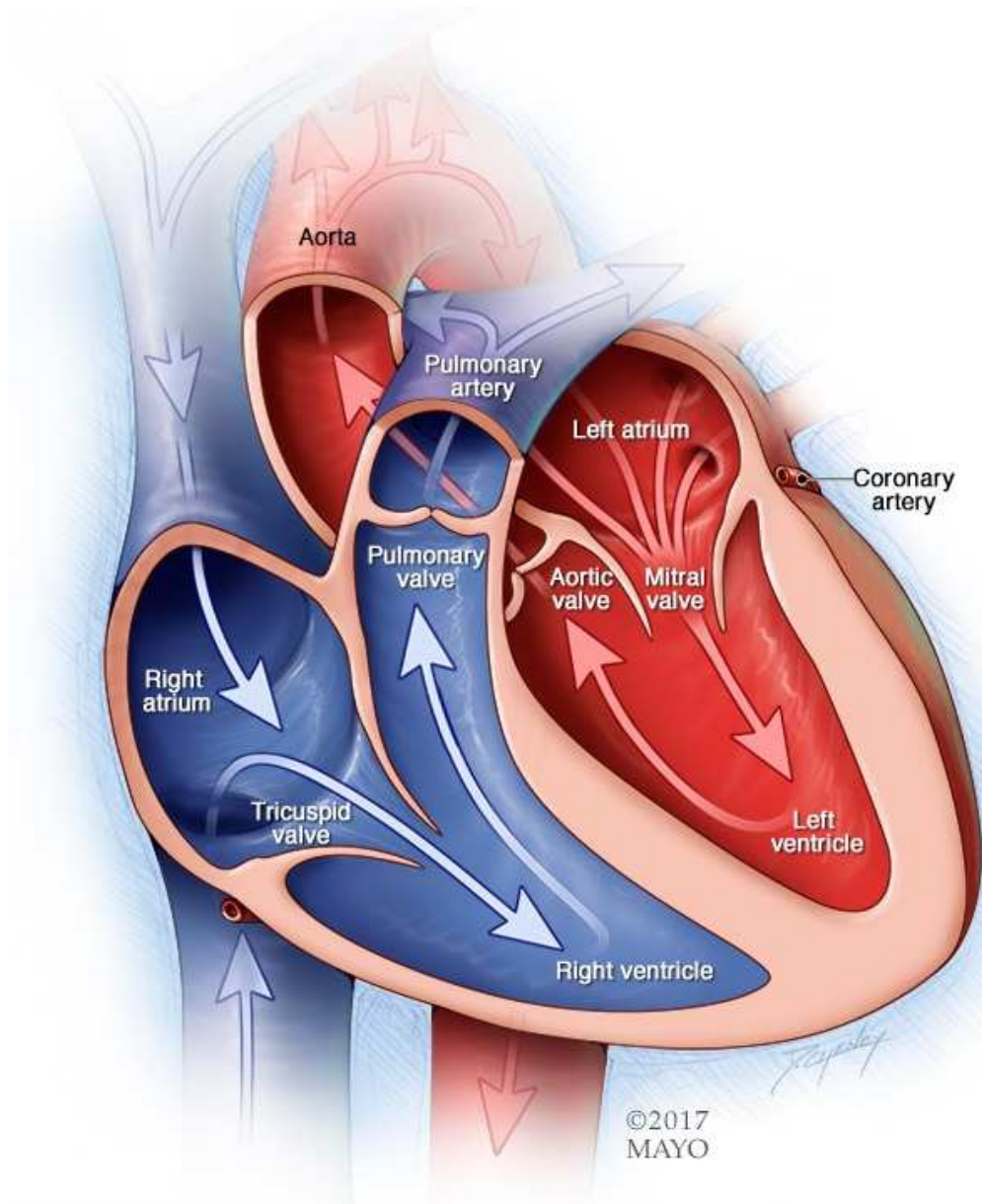
Las señales eléctricas que se envían a través de los tejidos del corazón controlan la frecuencia cardíaca. La taquicardia se presenta cuando una anomalía en el corazón produce señales eléctricas rápidas que aceleran la frecuencia cardíaca, que normalmente es de unos 60 a 100 latidos por minuto en reposo.

En algunos casos, la taquicardia no causa síntomas ni complicaciones. Pero si no se trata, la taquicardia puede alterar el funcionamiento normal del corazón y provocar complicaciones graves, como:

- Insuficiencia cardíaca
- Accidente cerebrovascular
- Paro cardíaco repentino o la muerte

Los tratamientos, como los medicamentos, los procedimientos médicos o la cirugía, pueden ayudar a controlar los latidos del corazón acelerados o a abordar otras enfermedades que contribuyen a causar taquicardia.

Tipos de taquicardia



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Cámaras y válvulas del corazón Open pop-up dialog box

Existen muchos tipos diferentes de taquicardias anormales. Estas se clasifican de acuerdo con el origen y la causa de los latidos del corazón anormalmente rápidos. Los tipos frecuentes de taquicardia son:

- **Fibrilación auricular.** La fibrilación auricular es la frecuencia cardíaca acelerada causada por impulsos eléctricos caóticos e irregulares en las cavidades superiores del corazón (aurículas). Estas señales generan contracciones rápidas, débiles y descoordinadas de las aurículas.

La fibrilación auricular puede ser temporal, pero algunos episodios no se resuelven a menos que se traten.

La fibrilación auricular es el tipo más frecuente de taquicardia. La mayoría de las personas con fibrilación auricular tiene algunas anomalías estructurales en el corazón relacionadas con trastornos no diagnosticados, como enfermedad cardíaca o presión arterial alta. Hay otros factores que pueden contribuir a la fibrilación auricular, entre ellos, un trastorno de las válvulas cardíacas, hipertiroidismo o el consumo excesivo de alcohol.

- **Aleteo auricular.** En el aleteo auricular, las aurículas del corazón laten muy rápidamente pero a una frecuencia regular. Esta frecuencia acelerada provoca contracciones débiles de las aurículas.

El aleteo auricular se produce por irregularidades del circuito dentro de las aurículas. Los episodios de aleteo auricular pueden mejorar solos o pueden requerir tratamiento.

Las personas que tienen aleteo auricular, a menudo, también sufren fibrilación auricular en otros momentos.

- **Taquicardia supraventricular.** La taquicardia supraventricular es el latido del corazón anormalmente rápido que se origina en algún lugar por encima de los ventrículos. Es provocada por anomalías en el circuito del corazón que, por lo general, están presentes al momento del nacimiento y crean un ciclo de señales superpuestas.
- **Taquicardia ventricular.** La taquicardia ventricular es la frecuencia cardíaca acelerada que se origina con señales eléctricas anormales en las cavidades inferiores del corazón (ventrículos). La frecuencia cardíaca acelerada no permite que los ventrículos se llenen y se contraigan en forma eficiente para bombear suficiente sangre al cuerpo.

Los episodios de taquicardia ventricular pueden ser breves y durar solo un par de segundos sin causar daños. Pero aquellos que duran más de unos pocos segundos pueden convertirse en una emergencia médica que puede poner en riesgo la vida.

- **Fibrilación ventricular.** La fibrilación ventricular se produce cuando los impulsos eléctricos acelerados y caóticos hacen que los ventrículos se agiten ineficazmente en lugar de bombear la sangre necesaria al cuerpo. Esto puede ser mortal si el corazón no regresa a un ritmo normal en cuestión de minutos con un choque eléctrico al corazón (desfibrilación).

La fibrilación ventricular puede ocurrir durante o después de un ataque cardíaco. La mayoría de las personas que experimenta fibrilación ventricular tiene una

enfermedad cardíaca preexistente o ha sufrido un trauma grave, como haber sido alcanzada por un rayo.

El electrofisiólogo de Mayo Clinic Fred Kusumoto, M.D., explica qué ocurre en el corazón cuando se forma la fibrilación auricular y qué se puede hacer para solucionarla.

Síntomas

Cuando el corazón late demasiado rápido, es probable que no bombee sangre de manera eficaz al resto del cuerpo. Esto puede impedir que llegue oxígeno a los órganos y los tejidos, y puede ocasionar los siguientes signos y síntomas relacionados con la taquicardia:

- Dificultad para respirar
- Aturdimiento
- Pulso acelerado
- Palpitaciones cardíacas: latidos del corazón muy acelerados, molestos o irregulares, o una sensación de «salto» en el pecho
- Dolor en el pecho
- Desmayo (síncope)

Algunas personas con taquicardia no tienen síntomas, y la afección solo se detecta durante una exploración física o con una prueba de control del corazón llamada «electrocardiograma».

Cuándo consultar al médico

Hay varias afecciones que pueden causar frecuencia cardíaca acelerada y síntomas de taquicardia. Es importante obtener un diagnóstico rápido y preciso, y la atención médica adecuada. Consulta con el médico si tu hijo o tú tienen algún síntoma de taquicardia.

Si te desmayas, tienes dificultades para respirar o sientes dolor en el pecho durante más de unos minutos, busca atención de urgencia, o llama al 911 o al número local de emergencias. Busca atención de urgencia si alguien tiene estos síntomas.

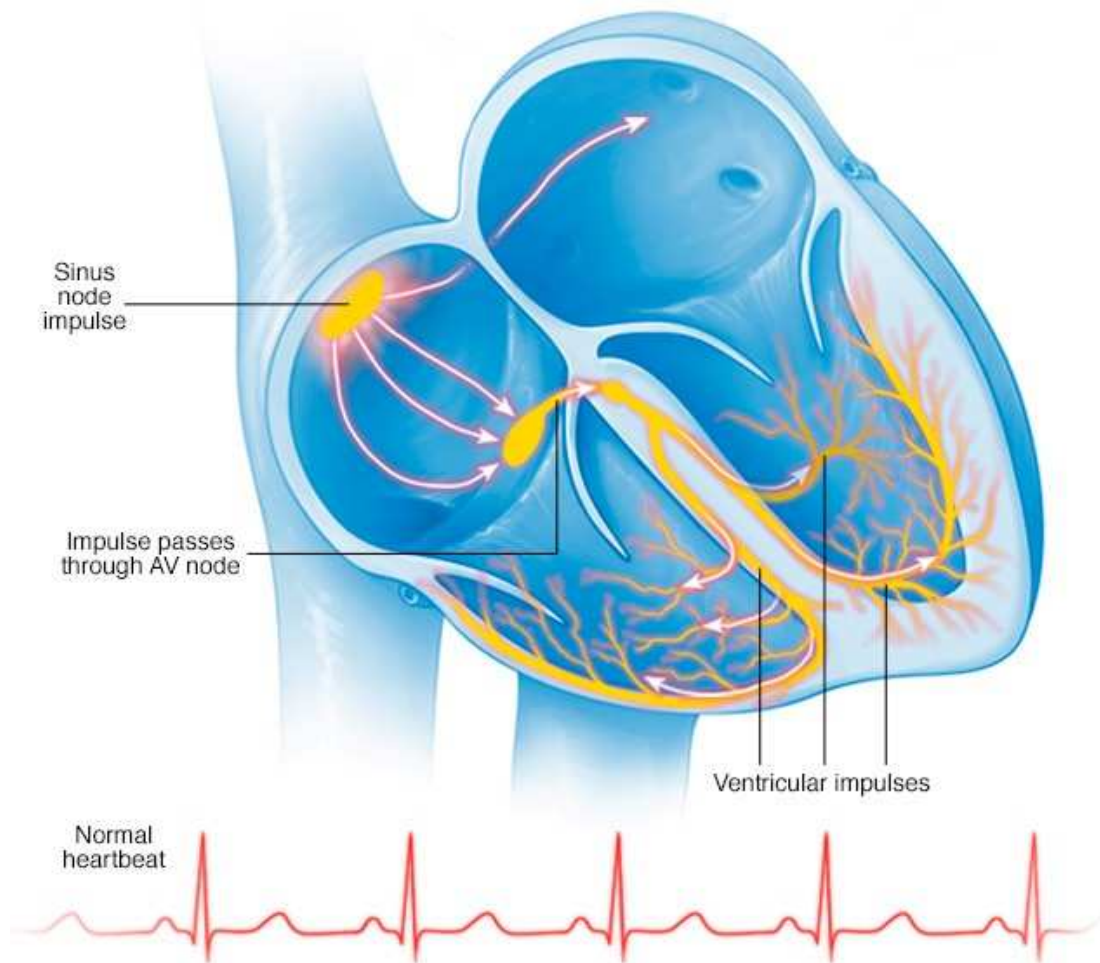
Causas

La causa de la taquicardia es algo que interrumpe los impulsos eléctricos normales que controlan el ritmo de bombeo del corazón. Muchas cosas pueden causar o contribuir a causar los problemas del sistema eléctrico del corazón. Entre ellos:

- Daño del tejido cardíaco por una enfermedad cardíaca
- Vías eléctricas anormales en el corazón presentes al momento del nacimiento (enfermedades cardíacas congénitas, como el síndrome de QT largo)
- Enfermedad o anomalía congénita del corazón
- Anemia
- Ejercicio
- Estrés repentino, como un sobresalto
- Presión arterial alta o baja
- Fumar
- Fiebre
- Tomar demasiado alcohol
- Beber demasiadas bebidas con cafeína
- Efectos secundarios de los medicamentos
- Abuso de drogas recreativas, como cocaína
- Desequilibrio de electrolitos, sustancias relacionadas con minerales necesarias para la conducción de los impulsos eléctricos
- Tiroides hiperactiva (hipertiroidismo)

En algunos casos, no puede determinarse la causa exacta de la taquicardia.

El sistema eléctrico del corazón



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Latidos cardíacos normales [Open pop-up dialog box](#)

Para comprender las causas de los problemas en la frecuencia o el ritmo cardíaco, como la taquicardia, resulta útil entender cómo funciona el sistema eléctrico interno del corazón.

El corazón está formado por cuatro cavidades: dos cavidades superiores (aurículas) y dos cavidades inferiores (ventrículos). Normalmente, el ritmo del corazón es controlado por un marcapasos natural llamado «nódulo sinusal», que está ubicado en la aurícula derecha. El nódulo sinusal produce impulsos eléctricos que normalmente dan comienzo a cada latido del corazón.

Desde el nódulo sinusal, los impulsos eléctricos atraviesan las aurículas, lo que hace que los músculos auriculares se contraigan y bombeen sangre a los ventrículos.

Luego, los impulsos eléctricos llegan a un grupo de células llamado «nódulo auriculoventricular», que normalmente es la única vía para que las señales pasen de las aurículas a los ventrículos.

El nódulo auriculoventricular reduce la velocidad de la señal eléctrica antes de enviarla a los ventrículos. Este leve retraso permite que los ventrículos se llenen de sangre. Cuando los impulsos eléctricos llegan a los músculos de los ventrículos, estos se contraen, lo cual hace que bombeen sangre hacia los pulmones o hacia el resto del cuerpo.

Cuando algo altera este complejo sistema, puede hacer que el corazón bombee demasiado rápido (taquicardia), demasiado lento (bradicardia) o con un ritmo irregular.

Factores de riesgo

Toda enfermedad que provoque mucha tensión en el corazón o que dañe el tejido cardíaco aumenta el riesgo de taquicardia. Los cambios en el estilo de vida o el tratamiento médico disminuyen el riesgo asociado a los siguientes factores:

- Enfermedad cardíaca
- Presión arterial alta
- Apnea del sueño
- Tiroides hiperactiva o hipoactiva
- Fumar
- Diabetes
- Consumo excesivo de alcohol
- Consumo excesivo de cafeína
- Consumo de drogas recreativas
- Estrés psicológico o ansiedad
- Anemia

Otros factores de riesgo

Otros factores que pueden aumentar el riesgo de taquicardia son:

- **Edad mayor.** El deterioro del corazón relacionado con la edad te hace más propenso a padecer taquicardia.
- **Familia.** Si tienes antecedentes familiares de taquicardia o de otros trastornos del ritmo cardíaco, corres mayor riesgo de padecer taquicardia.

Complicaciones

Las complicaciones de la taquicardia varían en gravedad según factores como el tipo de taquicardia, la velocidad y la duración de la frecuencia cardíaca acelerada, y la presencia de otras enfermedades cardíacas. Las posibles complicaciones son:

- Coágulos sanguíneos que pueden provocar un accidente cerebrovascular o un ataque cardíaco
- Incapacidad del corazón para bombear suficiente sangre (insuficiencia cardíaca)
- Desmayos o pérdida de la conciencia frecuentes
- Muerte súbita, por lo general asociada únicamente con la taquicardia ventricular o la fibrilación ventricular

Prevención

La forma más eficaz de prevenir la taquicardia es mantener el corazón sano y reducir el riesgo de contraer una enfermedad cardíaca. Si ya tienes una enfermedad cardíaca, hazte controlar y sigue el plan de tratamiento para reducir el riesgo de sufrir taquicardia.

Prevenir enfermedades cardíacas

Hazte tratar o elimina los factores de riesgo que pueden provocarlas. Toma las siguientes medidas:

- **Haz ejercicio y sigue una dieta saludable.** Lleva un estilo de vida saludable para el corazón: haz ejercicio de manera regular y sigue una dieta saludable con bajo contenido de grasa que sea rica en frutas, vegetales y cereales integrales.
- **Mantén un peso saludable.** El sobrepeso aumenta el riesgo de padecer enfermedades cardíacas.
- **Mantén bajo control la presión arterial y los niveles de colesterol.** Haz cambios en tu estilo de vida y toma medicamentos según las indicaciones del médico para corregir la presión arterial alta (hipertensión) o el colesterol alto.

- **Deja de fumar.** Si fumas y no puedes dejar por tus propios medios, habla con tu médico sobre las estrategias o los programas para ayudarte a abandonar el hábito.
- **Bebe con moderación.** Si eliges tomar alcohol, hazlo con moderación. Para los adultos sanos, esto significa hasta una copa por día para las mujeres de todas las edades y para los hombres mayores de 65 años, y hasta dos copas por día para los hombres menores de 65 años. Para algunos trastornos, es recomendable que evites por completo el alcohol. Pídele al médico consejos específicos para tu enfermedad.
- **No consumas drogas recreativas.** No consumas estimulantes, como la cocaína. Consulta con el médico sobre un programa adecuado para ti si necesitas ayuda para dejar de consumir drogas recreativas.
- **Usa los medicamentos de venta libre con precaución.** Algunos medicamentos para el resfrío o la tos contienen estimulantes que pueden desencadenar latidos del corazón acelerados. Pregúntale al médico qué medicamentos tienes que evitar.
- **Limita la cafeína.** Si consumes bebidas con cafeína, hazlo con moderación (no más de una a dos bebidas por día).
- **Controla el estrés.** Evita el estrés innecesario y aprende técnicas de control para manejar el estrés normal de una manera saludable.
- **Asiste a los controles programados.** Hazte exploraciones físicas regulares e informa al médico sobre cualquier signo o síntoma.

Hazte controlar y tratar las enfermedades cardíacas existentes

Si ya tienes una enfermedad cardíaca, puedes tomar medidas para reducir el riesgo de sufrir taquicardia u otra arritmia:

- **Sigue el plan.** Asegúrate de entender el plan de tratamiento y toma todos los medicamentos como se te indique.
- **Informa los cambios de inmediato.** Si los síntomas cambian o empeoran, o si tienes nuevos síntomas, informa al médico de inmediato.

//Fuente: Mayo Clinic//

NATURALEZA Y MEDIO AMBIENTE



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

/Transcrito por: Fco. O. Martínez/

LA SIBERIA EXTREMEÑA, LA RESERVA DE LA BIOSFERA DESCONOCIDA

Hay una comarca extremeña donde coinciden **cinco ecosistemas, además de buitres, cigüeñas y ovejas que comparten un mismo color: el negro.**

La Siberia es la comarca de los Grandes Embalses, kilómetros y kilómetros de costa dulce y un hábitat ideal para cientos de especies de aves por su combinación de humedales, dehesas y pastos. Los llanos del sur de la comarca contrastan con las sierras del norte.

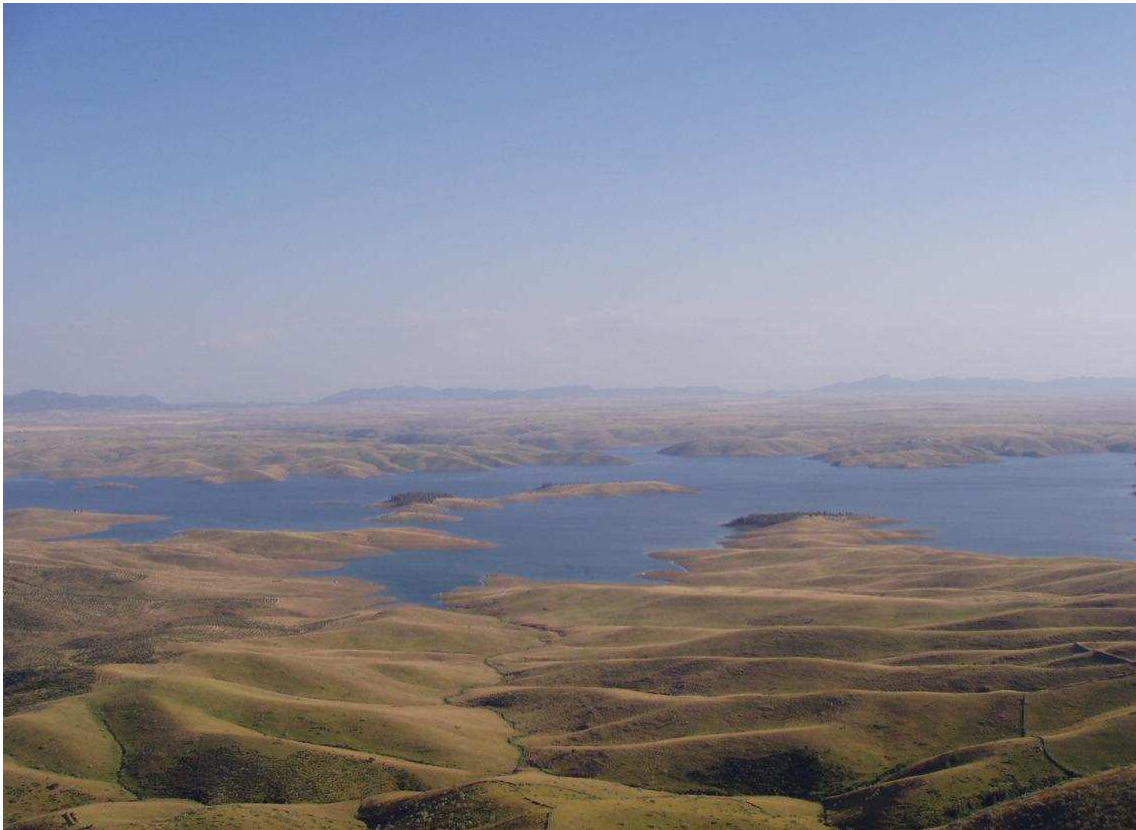
A La Siberia se puede entrar por **Tamurejo, donde la dehesa se despliega revelando las posibilidades de uno de los ecosistemas quizá más equilibrados del planeta.**

Cruzando el río Guadalemar se llega a **Siruela, antigua capital invernal de La Mesta, la institución ganadera que dominó la economía española durante siglos.**

Formidables rebaños pastan aún en este emporio de la encina y el mastín. Destaca uno de oveja merina negra criada de forma ecológica.

El sendero entre pinos y castaños al pico **La Motilla, el techo de la región (940 m)**, permite contemplar el espectáculo de embalses emergidos en época franquista. Los cinco que se construyeron hicieron de La Siberia la zona con más costa interior de España.

Hacia el oeste, Navalvillar de Pela se aplana llenándose de regadíos y cereales, mientras el conglomerado cuarcítico de **Puerto Peña, hábitat de buitres leonados que en primavera planean junto a alimoches y cigüeñas negras**, ofrece rutas por bosques y cañadas ovinas, donde ver garduñas, meloncillos o zorros y, por la noche, escuchar conciertos de grillos topos.



Vista desde el castillo del embalse de la Serena, uno de los mayores de la península ibérica. (Imagen de Redacción)

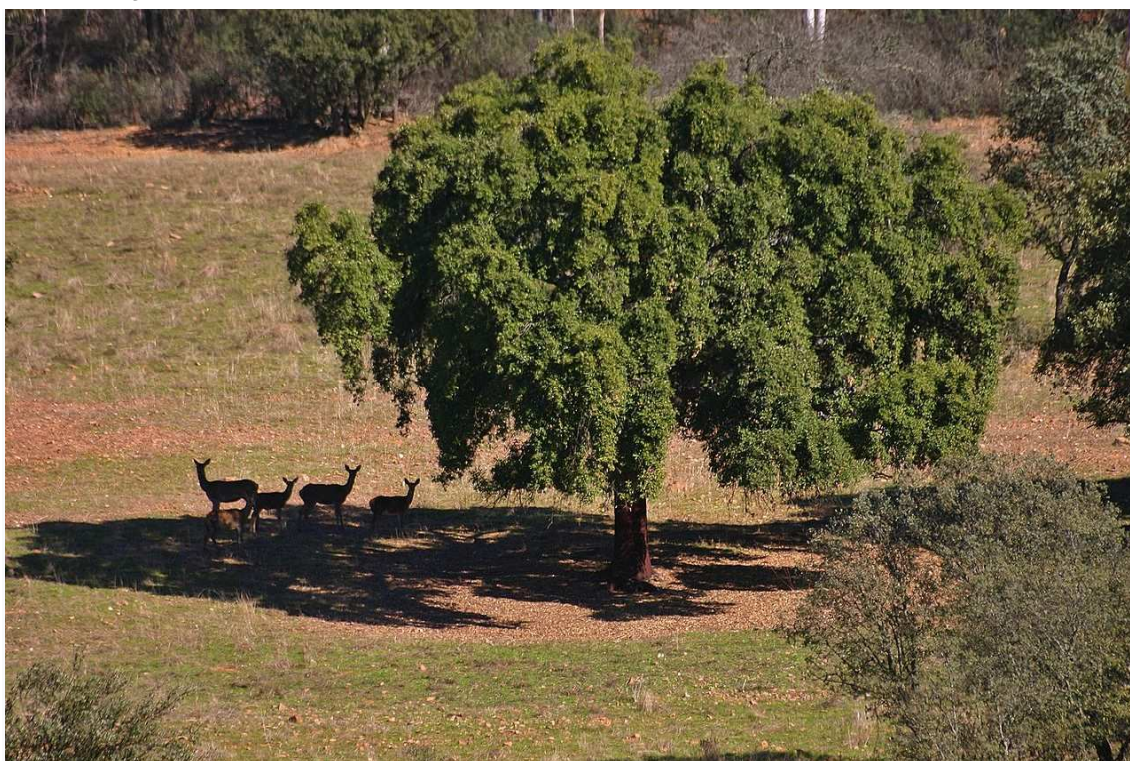


Villa romana de Lacimurga. (Imagen de Redacción)

Clima

La posición geográfica de La Siberia, entre la meseta castellana (con clima continental), el Atlántico (clima más suave) y el Mediterráneo (más cálido y mucho más seco) convierte a este territorio en una franja de transición, adoptando algunas características de cada uno de ellos. Dentro de la comarca, también se producen microclimas locales, con diferencias apreciables, derivado de la orientación de las sierras. Estas diferencias resultan más acusadas en cuanto a precipitaciones y no tanto sobre las temperaturas.

Fauna y flora



Ciervos bajo una encina, imagen típica en La Siberia extremeña. (Imagen de Redacción)

El ecosistema primigenio más representativo de la zona es el bosque esclerófilo mediterráneo (árboles de hojas duras y persistentes), predominando la encina en la mayor parte del espacio, acompañada del alcornoque en zonas más restringidas (sobre todo umbrías y algunos suelos profundos), al ser más exigente en humedad. Aparece también otra quercínea (familia con que se denomina a este género de árboles), el quejigo, especie bastante rara en Extremadura. El estrato arbóreo se halla tapizado en sus estadios más puros por un denso sotobosque, formando el matorral mediterráneo, muy diverso en especies: madroño, durillo, labiérnago, lentisco, cornicabra, mirto, coscoja, torvisco, etc. Extensas áreas serranas del centro y norte de la comarca han sido repobladas con pinos resineros, piñoneros y eucaliptos, cuyo cultivo forestal está prácticamente abandonado en la actualidad, ante su escasa o nula rentabilidad económica. También los bordes de los pantanos han sido extensamente repoblados con eucaliptos, pinos y más escasamente chopos, con el fin, no tanto de explotación de la madera, sino más bien para la retención del suelo y de los materiales que por escorrentía superficial pueden ser arrastrados desde los terrenos que vierten directamente al vaso del embalse, ocasionando una progresiva colmatación del mismo.



Cigüeña blanca.



Obejas (Imágenes de Redacción)

La fauna de la comarca destaca por su diversidad, viven en la zona prácticamente todas las casi 500 especies de vertebrados silvestres descritas en Extremadura. Entre las aves, más de la mitad de la población provincial de buitre leonado se encuentran en los cortados rocosos de 'Los Montes'. En menor número nidifican águilas perdiceras y águilas reales, alimoche, halcón peregrino, búho real, buitre negro, águila imperial ibérica, cigüeña negra... La abundancia de agua, en su mayor parte retenida por los embalses de la comarca, ha propiciado el asentamiento de variados grupos de aves acuáticas. Destaca el embalse de Orellana, declarado Área ZEPA (Zona de Especial Protección para las Aves), ahora Zona de Especial Conservación por la Ley 8/1998, de Conservación de la Naturaleza y de Espacios Naturales de Extremadura.

Mamíferos

La fauna cinegética se encuentra principalmente asentada en la Reserva Regional de Caza de Cijara, donde conviven jabalíes, ciervos, gamos (muy localizados) y corzos, como piezas de caza mayor. La caza menor está representada por perdices rojas, palomas torcaces, tórtolas, liebres y conejos.

Peces

En cuanto a la fauna piscícola, las especies más codiciadas por los pescadores son la carpa, barbo, comizo, cabecicorto, lucio, boga, black-bass,... aunque también existen otros de menor interés deportivo y culinario, pero de gran importancia ecológica: pardilla, cacho, colmilleja, calandino, gambusia,...

//Fuente: Camacho Cabello, José (1999). «La Siberia extremeña: Marco geográfico y desarrollo histórico». *Revista de estudios extremeños* 55 (3). ISSN 0210-2854, pags. 955-972//.



(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)



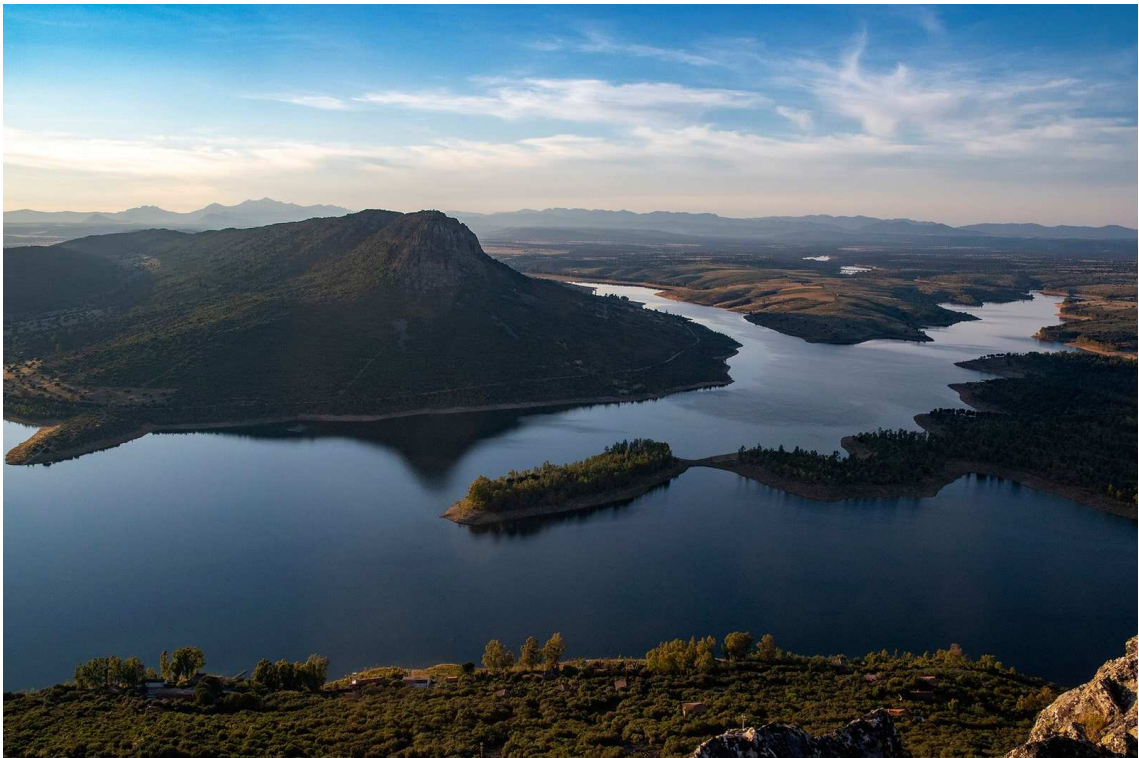
(Imágenes de Redacción)



(Imágenes de Redacción)



(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)



(Imágenes de Redacción)



(Imágenes de Redacción)



(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)

CAMBIO CLIMÁTICO Y MEDIOAMBIENTE



El año pasado, la temperatura media mundial superó en aproximadamente 1,11 °C los niveles preindustriales (1850-1900). Los siete años más cálidos se han dado todos desde 2015, y los tres primeros lugares de la clasificación corresponden a 2016, 2019 y 2020. Nos acercamos peligrosamente al límite inferior del Acuerdo París para frenar el calentamiento global.

Los episodios de La Niña ocurridos entre 2020 y 2022 supusieron una reducción temporal de las temperaturas medias mundiales, pero a pesar de ello, 2021 se convirtió en uno de los siete años más cálidos de los que se tiene constancia, según seis importantes conjuntos de datos internacionales consolidados por la Organización Meteorológica Mundial (OMM).

La Niña es un fenómeno que produce un enfriamiento a gran escala de la temperatura de la superficie del océano en las partes central y oriental del Pacífico ecuatorial, además de otros cambios en la circulación atmosférica tropical. Sus efectos en el tiempo y el clima suelen ser opuestos a los del fenómeno El Niño. La Niña ejerce un efecto transitorio de enfriamiento a escala mundial, que suele ser más intenso en el segundo año del episodio.

El año pasado, la temperatura media mundial superó en aproximadamente 1,11 ($\pm 0,13$) °C los niveles preindustriales (1850-1900). Así, 2021 es el séptimo año consecutivo (2015-2021) en el que la temperatura mundial ha superado en más de 1 °C los niveles preindustriales.

Con el nuevo registro de 2021, todo apunta a que el calentamiento global, así como otras tendencias de cambio climático a largo plazo, se mantendrán a raíz de los niveles sin precedentes de gases de efecto invernadero que capturan el calor en la atmósfera.

Definitivamente, todo apunta a que el calentamiento global se está acercando al límite inferior del incremento de la temperatura prevista en el Acuerdo de París, que es el de intentar limitar ese aumento a 1,5 °C con respecto a los niveles preindustriales.

Los siete años más cálidos se han dado todos desde 2015, y los tres primeros lugares de la clasificación corresponden a 2016, 2019 y 2020. El episodio de El Niño

excepcionalmente intenso que se produjo en 2016 contribuyó a un calentamiento medio mundial sin precedentes.

Tras conocer los nuevos datos, el Secretario General de la Organización Meteorológica Mundial, el profesor Petteri Taalas, dijo que "el calentamiento global a largo plazo fruto del incremento de las concentraciones de gases de efecto invernadero es ahora mucho mayor que la variabilidad interanual de las temperaturas medias mundiales causada por los condicionantes climáticos de origen natural".



© UNICEF/Vlad Sokhin

Con la mayor parte de su territorio a escasos metros sobre el nivel del mar, Kiribati sufre cada vez más daños por tormentas e inundaciones.

Récords para no olvidar

"El año 2021 será recordado por la temperatura récord de casi 50 °C registrada en el Canadá (comparable a los valores que se observan en el caluroso desierto sahariense de Argelia), por la excepcionalidad de las precipitaciones y por las inundaciones mortales que azotaron Asia y Europa, así como por la sequía que castigó partes de África y América del Sur. Los impactos del cambio climático y los peligros debidos al clima tuvieron efectos devastadores que alteraron la vida de las comunidades en todos los continentes", añadió.

De acuerdo con los criterios científicos, el lugar que cada año concreto ocupa en la clasificación global debe interpretarse desde una perspectiva a largo plazo, en especial porque las diferencias entre años específicos a veces son mínimas. Desde los años ochenta, cada nuevo decenio ha sido más cálido que el anterior, y se prevé que esa tendencia continúe.

La temperatura es solo uno de los indicadores del cambio climático, a los que cabe añadir las concentraciones de gases de efecto invernadero, el contenido calorífico de los océanos,

el pH oceánico, el nivel medio del mar a escala mundial, la masa de los glaciares y la extensión del hielo marino.



OMM/Diego Ferrer

Formación de hielo marino en Bahía Uruguay, Isla Laurie, en Orcadas del Sur, Antártida

Conjuntos de datos internacionales

Para que la evaluación de la temperatura sea lo más exhaustiva y fidedigna posible, la agencia de la ONU recurre a seis conjuntos de datos internacionales. Esos mismos datos se utilizan en los informes anuales sobre el estado del clima que la Organización elabora para facilitar a la comunidad internacional los indicadores climáticos mundiales.

La OMM usa conjuntos de datos basados en datos climáticos mensuales procedentes de emplazamientos de observación y de buques y boyas que forman parte de redes marinas mundiales.

La elaboración y el mantenimiento de esa información corresponden a la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica (NOAA) de los Estados Unidos, el Instituto Goddard de Estudios Espaciales de la Administración Nacional de Aeronáutica y el Espacio (NASA), el Centro Hadley de la Oficina Meteorológica del Reino Unido, la Unidad de Investigación Climática de la Universidad de East Anglia del Reino Unido (HadCRUT) y el grupo Berkeley Earth.

La OMM también utiliza conjuntos de datos de reanálisis del Centro Europeo de Previsiones Meteorológicas a Plazo Medio (ECMWF), del servicio de Copernicus relativo al cambio climático y del Servicio Meteorológico del Japón (JMA). Los reanálisis combinan millones de observaciones meteorológicas y marinas —incluidas las

satelitales— con valores adicionales obtenidos de modelos para elaborar reanálisis completos de la atmósfera. La combinación de observaciones y resultados de modelos permite estimar las temperaturas que se dan en cualquier momento y lugar del planeta, incluso en zonas para las que se dispone de pocos datos, como las regiones polares.

El servicio de Copernicus relativo al cambio climático estima que 2021 fue el quinto año más cálido del que se tiene constancia, aunque sus valores solo superaron ligeramente los registrados en 2015 y 2018. La NOAA y Berkeley Earth consideran que 2021 fue el sexto año más cálido en términos nominales. Según el conjunto de datos GISTEMP de la NASA y el HadCRUT, 2021 fue, junto con 2018, el sexto año más cálido jamás registrado. Por último, los datos del reanálisis del JMA sitúan 2021 como el séptimo año más cálido en términos nominales. Las mínimas diferencias entre esos conjuntos de datos indican el margen de error contemplado para calcular la temperatura media mundial.

Los valores de temperatura se incorporarán a la versión final del informe sobre el estado del clima en 2021, que verá la luz en abril de 2022. Esa publicación, que es la versión actualizada del informe provisional publicado en octubre de 2021 coincidiendo con el 26º período de sesiones en la Conferencia de las Partes (CP26) en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (CMNUCC), incluye información sobre el conjunto de los principales indicadores climáticos y sobre determinados efectos atribuidos al clima.

//Fuente: Noticias 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 (Diplomado Derecho Mercantil)/

CONDENA A LA ASEGURADORA DEL HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA POR EL RETRASO DE 1 AÑO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE UN CÁNCER DE MAMA.

La Audiencia Provincial de Madrid, sección 12º, ha dictado sentencia por la que confirma la sentencia del Juzgado de 1ª Instancia nº1 de Majadahonda audiencia por la que se condena a la aseguradora del Hospital General de Collado Villalba a abonar el importe de **71.087 euros** (65.010,06 Euros más 6077,28 los intereses del art. 20 de la

Ley de Contrato de Seguro) por el **retraso en el diagnóstico y tratamiento de un cáncer de mama, así como las costas del procedimiento.**

La Sentencia de la Audiencia Provincial es FIRME en estos momentos, así como la consignación de las cantidades y entrega a la afectada.

Doña I.D.S., de 45 años, en enero de 2016 notó un **bulto en la mama izquierda** y acudió al ginecólogo en el Hospital General de Collado Villalba. Se le realizó mamografía que objetivó *“Microcalcificaciones pleomórficas regionales cuadrante superoexterno de mama izquierda”* e indicó expresamente que había que completar el estudio con una ecografía que se realizó en febrero de 2016, sin tener en cuenta los resultados de la mamografía se catalogó incorrectamente como BIRADS 3 y se recomendó control en 6 meses cuando, -según los protocolos-, **se le debería haber realizado una biopsia.**

En agosto de 2016 volvió a acudir donde se le realizó ecografía y **se le volvió a indicar que regresara en 6 meses pese al crecimiento del nódulo.** Se citó a la paciente en febrero de 2017, en este caso se cataloga como BIRADS 4 y se indica la realización de una biopsia que **confirmó el cáncer de mama, con metástasis en los ganglios axilares.** Tras ello se le tuvo que realizar una **mastectomía más linfadenectomía**, recibiendo posteriormente tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

Como reconoce la Sentencia: *“Hay unanimidad en que hubo un error en el diagnóstico que reside en el hecho de haber considerado la lesión como Bi-RADS 3 cuando correspondía BIRADS 4, lo que habría exigido según protocolo la realización de biopsia con aguja gruesa (BAG) de la lesión lo que hubiera posibilitado una detección anterior de la enfermedad”*, es decir, **la propia aseguradora reconoce que se debería haber practicado la biopsia un año antes pero no se hizo.**

Se reconoce, que el error de diagnóstico no fue la causa del cáncer, **pero sí** fue la causa de su agravación y ello debe ser objeto de indemnización y se trata de valorar la pérdida de oportunidad en haber obtenido un diagnóstico precoz de su enfermedad de haberse confirmado la existencia de un tumor cancerígeno en el año 2016 y quizás haber aplicado un tratamiento médico menos invasivo, o menos agresivo, que el que tuvo lugar en el año 2017”. **SE PERDIÓ UN AÑO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.**

La sentencia que reconoce la mala praxis en el diagnóstico del cáncer de mama reconoce la indemnización de 65.010,06 Euros por el daño ocasionado así como los intereses del art. 20 LCS **71.087 Euros y las costas del procedimiento** dado que la cuestión discutida que es la negligencia en la prestación médica ha sido **SUSTANCIALMENTE** estimada. La aseguradora recurrió ante la Audiencia Provincial de Madrid que alegaba que la afectada sólo había perdido un 5% de esperanza de vida y había curado la enfermedad, sin embargo, la AP ha dictado sentencia confirmando la Sentencia del Juzgado, reconociendo la mala praxis y reconociendo como **SE PERDIÓ UN AÑO EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**, lo que hubiera permitido un tratamiento médico menos agresivo.

Dicha sentencia se centra igualmente en analizar la condena en costas y la teoría de la estimación sustancia de la demanda reconociendo expresamente como procede esa condena, pese a haber estimación parcial de la demanda, al obligar a la afectada al procedimiento judicial para que sea reconocida esa responsabilidad y esa negligencia médica.

La Audiencia Provincial de Madrid reconoce que el caballo de batalla del proceso ha sido la determinación de la responsabilidad y no la indemnización estimando en consecuencia la condena en costas en el procedimiento.

(Fuente: Servicios Jurídicos de la Asociación ‘El Defensor del Paciente’).

CONDENAN AL SCS A PAGAR 1,2 MILLONES POR UNA 'INCOMPENSIBLE NEGLIGENCIA' CON UN BEBÉ DE LANZAROTE

Se trata de la segunda cuantía de compensación más alta de España por un error médico



Hospital Molina Orosa de Lanzarote. / Cadena SER

La Sección Primera de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias ha condenado al Servicio Canario de Salud (SCS) a pagar 1,2 millones de euros a los padres de un bebé nacido en 2012 en el Hospital Dr. Molina Orosa (Lanzarote) por una "incomprensible negligencia" médica que le provocó una parálisis cerebral irreversible.

De esta manera, la Sala ha estimado el recurso de los padres del menor contra el fallo de instancia --que únicamente ordenó retrotraer el expediente-- y ha declarado probado que la tetraparesia espástica severa que presenta el niño se debió "a la incomprensible negligencia producida durante las horas siguientes a su nacimiento por parte de los profesionales médicos que atendieron el parto".

En un comunicado, el TSJC ha explicado que la cuantía de la compensación es la segunda más alta que hasta la fecha ha establecido un tribunal de la jurisdicción contencioso administrativa en España por una negligencia médica.

A ésta solo la supera la de 1,3 millones de euros que la misma sala de Las Palmas impuso en septiembre de 2018, igualmente a la administración sanitaria canaria, por error de diagnóstico en un síndrome hereditario (Lesch Nyham).

EL MENOR REQUIERE "MÚLTIPLES AYUDAS DE POR VIDA"

Por su parte, el ponente del fallo, el magistrado Francisco José Gómez Cáceres, ha cuantificado el daño "partiendo de que el menor ha sido finalmente diagnosticado de una parálisis cerebral tetraparesia espástica severa que requiere de múltiples ayudas de por vida", así como de "la angustia, también vitalicia, que no es difícil imaginar acompañará a los padres".

La Sala confirma así el criterio del fallo de instancia, que afirma que en el caso "se cumplen todos los requisitos para declarar la existencia de responsabilidad patrimonial del Servicio Canario de la Salud".

Para el tribunal, se ha producido "un daño, real, efectivo, evaluable económicamente e individualizado" como consecuencia del funcionamiento anormal del Servicio Público sanitario al existir "actuación negligente del personal de SCS".

"Todas las secuelas físicas y neurológicas que presenta el menor fueron debidas a la falta de un tratamiento adecuado de la ictericia que presentaba desde el momento de su nacimiento", asevera el fallo.

El mismo añade que mientras los protocolos indican que toda ictericia de aparición precoz, dentro de las primeras 24 horas, debe considerarse como patológica, siendo más urgente valorar cuanto más precoz se presenta la misma, en el caso de autos "se apreciaba el color amarillento del niño en el momento del nacimiento, pese a la cual el menor no fue examinado por ningún pediatra hasta el día siguiente, y cuando lo hizo simplemente indicó que el neonato debería ponerse al sol".

Según la sentencia, "no se recomendó ninguna prueba para tratar de determinar la causa de la ictericia, lo que impidió que con posterioridad se pudiera valorar su evolución".

"Además --continúa-- se soslayó la presencia de un hematoma cefálico, lo que unido a la ictericia, revelaba un posible aumento de bilirrubina en sangre hasta valores patológicos, tampoco se le realizó una medición de la cifra de bilirrubina en sangre para comprobar si la misma se encontraba el dentro de los niveles normales".

LA FOTOTERAPIA SE APLICÓ 20 DÍAS DESPUÉS DEL NACIMIENTO

Posteriormente, recapitula, la fototerapia se aplicó "20 días después del nacimiento" manteniendo cifras altas de bilirrubina, mientras que al ser diagnosticado de hiperbilirrubina grave "no se le realizó una exanguino-transfusión, que habría disminuido el daño que sufrió después". Asimismo, una vez reveladas las secuelas neurológicas, "tampoco fue derivado a neurología pediátrica para ser valorado".

Con todo, el fallo apunta a que las secuelas neurológicas que presenta el menor "son debidas al tratamiento inadecuado de la de ictericia, que no se tuvo en cuenta la presencia de hematoma cefálico en un niño con ictericia como posible causa del aumento de bilirrubina, que al no ser explorado del nacimiento tampoco se valoró la progresión de la ictericia y, según los protocolos la decisión de medir la bilirrubina depende del momento en el que aparezcan los síntomas de ictericia pero siempre ha de hacerse sí aparece durante 24 horas del nacimiento".

Por ello, la presencia de bilirrubina en niveles durante un periodo prolongado de tiempo, concluye la resolución, "ocasionó un daño irreversible en sistema nervioso central por depósito de bilirrubina en globus pálidos (kernicterus)".

Como consecuencia de todo esto, el menor acusa en la actualidad graves secuelas neurológicas y fisiológicas "lo que ha llevado a que es la de reconocido una discapacidad del 69% y posteriormente de 98%".

(Fuente:cadenaser _lanzarote)

CONDENA A LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE CASTILLA Y LEÓN Y A SU ASEGURADORA POR LA MUERTE DE UN PACIENTE COMO CONSECUENCIA DE UNA PERITONITIS TRAS SER INTERVENIDO.

El TSJ de Castilla y León ha dictado Sentencia, tramitada por los Servicios Jurídicos de la Asociación 'El Defensor del Paciente', mediante la cual se condena a la Consejería de Sanidad de Castilla y León y a su aseguradora a pagar más de **300.000**

Euros a la viuda e hijos de un paciente fallecido.

El paciente, de 61 años, sufrió una **peritonitis secundaria a una perforación intestinal** tras una intervención quirúrgica realizada el día 30/08/2017 para cierre de ileostomía en el **Hospital Clínico Universitario de Valladolid**. Tras aquella cirugía, el paciente presentó dolor abdominal intenso en los días sucesivos, que precisó continuamente adelanto de analgesia y múltiples rescates con cloruro mórfico que no obstante no consiguieron aliviar del dolor. A pesar de ello, no se consideró oportuno realizar TAC abdominal o cualquier otra prueba de imagen para comprobar que no se hubiera producido una complicación postquirúrgica.

El día 4/09/2017, quinto día del postoperatorio, el paciente entró en situación de shock. Se decidió entonces intervención quirúrgica urgente, en la que se constató la existencia de una **peritonitis secundaria a una perforación en la zona intervenida**, pero falleciendo al día siguiente por fallo multiorgánico tras shock séptico secundario a esta peritonitis muy evolucionada y con importante afectación.

La Sentencia reprocha que durante los 5 días posteriores a la cirugía no se realizara ***“una mínima actividad dirigida a excluir las causas que motivaban el dolor, más allá de enmascararlo mediante el suministro de morfina”***.

Durante esos 5 días la perforación que se produjo durante la intervención quirúrgica fue abocando a la cavidad abdominal restos fecaloideos y material purulento, provocando una sepsis importantísima con afectación multiorgánica, que llevó a un fallo fulminante del paciente.

Un diagnóstico precoz de la perforación y la intervención quirúrgica urgente hubieran evitado las complicaciones secundarias a la peritonitis y, con ello, el fallecimiento del paciente.

Carmen Flores, presidenta de la Asociación 'El Defensor del Paciente' indica al respecto: ***“Silenciar el dolor del paciente sin comprobar su causa es una práctica habitual en nuestros hospitales que, desgraciadamente, en ocasiones como ésta tiene gravísimas consecuencias”***.

(Fuente: Servicios Jurídicos de la Asociación 'El Defensor del Paciente').

LA DENUNCIA



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

/Transcrito por: Fco. O. Martínez/

UN TOTAL DE 175 MENORES «BAJO LA TUTELA» DE LA GENERALITAT VALENCIANA HAN SUFRIDO ABUSOS SEXUALES EN UN AÑO

El Síndic de Greuges insta a la Conselleria de Mónica Oltra a incrementar los controles frente a los casos que afecten a niños y adolescentes

Un informe elaborado por el **Síndic de Greuges**, equivalente al Defensor del Pueblo valenciano, señala que **un total de 175 menores**, bajo la tutela de la Generalitat, han sufrido abusos sexuales en un año. El documento revela que del total de casos recogidos entre el 20 junio de 2020 y la misma fecha de 2021, hasta 127 corresponden a menores bajo acogimiento residencial y 48 en el ámbito familiar.

//Fuente: (abc.es/espana/comunidad-valenciana/abci-pp-denuncia-175-menores-bajo-tutela-generalitat-valenciana-sufrido-abusos-sexuales-2022-01-03-1355_noticia.html)//

CONDENADA A PRISIÓN A UNA PARLAMENTARIA DANESA POR OPONERSE AL MATRIMONIO INFANTIL MIENTRAS LOS “GRUPOS DE DERECHOS HUMANOS” PERMANECEN CALLADOS

//Fuente: <https://www.alertadigital.com/2021/12/18/condenada-a-prision-una-parlamentaria-danesa-por-oponerse-al-matrimonio-infantil-mientras-los-grupos-de-derechos-humanos-permanecen-callados/>:(18-12-2021)

PRESUNTOS CASOS DE PEDERASTIA EN LA IGLESIA

Las nuevas denuncias de abusos de la Iglesia obligan al Congreso y la Justicia a reaccionar.

"En esa sala entré niño y salí superviviente". Con esta frase, el escritor **Alejandro Palomas** desencadenó hace una semana una reacción nacional contra los abusos sexuales a menores por parte de la Iglesia que llevaban años silenciados. El ganador del Premio Nadal en 2018 ya lo había denunciado hace dos años en una columna, sin embargo, ha sido ahora cuando los **poderes ejecutivo y judicial** se han puesto manos a la obra y, mientras que el Congreso ha dado el primer paso para la creación de una comisión de investigación, la Fiscalía General del Estado asumió el lunes todos los procedimientos penales para su recopilación.

//https://www.elconfidencial.com/espana/2022-02-01/iglesia-abusos-comision-investigacion-congreso_3367838///

OMS LA NEGLIGENCIA MÉDICA ES MÁS LETAL QUE EL SIDA

Más de 138 millones de pacientes se ven perjudicados por errores médicos y 2,6 millones mueren cada año, advirtió el organismo internacional.

Más de 138 millones de pacientes se ven perjudicados por errores médicos y 2,6 millones mueren cada año, advirtió la Organización Mundial de la Salud (OMS) a pocos días de celebrar el primer Día Mundial para la Seguridad de los Pacientes.

Mientras que las muertes relacionadas con el sida en 2018 fueron 1,1 millones por año, de acuerdo con el reciente informe de Onusida.

La doctora Neelam Dhingra-Kumar, coordinadora de seguridad para los pacientes en la OMS, detalló que la negligencia va desde fallas en el diagnóstico, en la prescripción de medicamentos y tratamientos, hasta el uso inapropiado de fármacos, destacó en rueda de prensa.

"Estos errores ocurren porque los sistemas sanitarios no están adecuadamente diseñados para afrontar estos errores y aprender de ellos", subrayó la experta, quien admitió que muchas instalaciones médicas ocultan estos errores médicos, lo que en muchos casos impide tomar medidas para evitar que ocurran.

Las cifras facilitadas ayer por la OMS se refieren únicamente a los países de ingresos medios y bajos (en los que vive 80 % de la población global), por lo que el número real podría ser mayor, teniendo en cuenta que también en países desarrollados uno de cada diez pacientes es víctima de fallas en la atención médica.

Ejemplos de estos errores son la aplicación de medicamentos por vías para las que no fueron diseñados, errores en las transfusiones de sangre o la obtención de radiografías, o en casos más dramáticos equivocaciones al indicar qué miembro debe ser amputado o qué lado del cerebro debe ser sometido a cirugía.

De acuerdo con la organización con sede en Ginebra, sólo los errores relacionados con una prescripción errónea de medicamentos les cuestan a los sistemas sanitarios de todo el mundo unos 42 mil millones de dólares.

PUEBLOS DE ESPAÑA



(Siempre buscaremos Pueblos y Ciudades, que no superen los CINCO MIL habitantes).
/Transcrito por: Fco. O. Martínez/

ORTIGUEIRA



(Imagen de Redacción)

Ortigueira es una villa, parroquia y municipio español de la provincia de A Coruña (Galicia).

El municipio de Ortigueira ocupa una superficie de 209,60 km², siendo el más poblado y extenso de toda la comarca de Ortegal, integrada además por los ayuntamientos vecinos de,-Cariño,-Cerdido,-Mañón.

// Ortigueira is a Spanish town, parish and municipality in the province of A Coruña (Galicia).

The municipality of Ortigueira occupies an area of 209.60 km², being the most populous and extensive in the entire Ortegal region, also made up of the neighboring municipalities of,-Cariño,-Cerdido,-Mañón//



Ría de Ortigueira (Imagen de Redacción)

La ría de Ortigueira es el accidente geográfico más destacado del municipio. Se halla encuadrada en las denominadas Rías Altas, ocupando el amplio estuario creado por los ríos Mayor, Baleo y Mera. Este último, mucho más caudaloso y de mayor longitud, sirve de frontera natural con el municipio de Cerdido. Se trata uno de los humedales más importantes de Galicia, siendo el de mayor extensión de los cinco espacios protegidos por el convenio de Ramsar en Galicia.

//The Ortigueira estuary is the most outstanding geographical accident in the municipality. It is framed in the so-called Rías Altas, occupying the wide estuary created by the Mayor, Baleo and Mera rivers. The latter, much larger and longer, serves as a natural border with the municipality of Cerdido.

It is one of the most important wetlands in Galicia, being the largest of the five areas protected by the Ramsar agreement in Galicia//.

Historia

Existen vestigios arqueológicos que atestiguan la existencia de asentamientos nómadas en la zona en torno al año 35000 a.C. en el año 35000 a.C.



Vista parcial del castro de *Punta dos Prados* (Imágenes de Redacción)

Se conservan restos del periodo Megalítico, sobre todo en las crestas de las sierras de Capelada, Faladoira y Coriscada. Entre los monumentos megalíticos cuyos restos han pervivido hasta la actualidad, se halla el dólmen de *Forno dos mouros*, situado en la frontera actual entre los municipios de Ortigueira y Mañón, así como numerosos túmulos, muchos de ellos descubiertos y catalogados durante las décadas de 1930 y 1940 por el arqueólogo e historiador ortegano Federico Maciñeira.

En torno al siglo IX a.C., en la transición entre la edad de bronce y la edad de hierro, se levantaron en Ortigueira los primeros asentamientos permanentes en forma de castros. De la era de la cultura castreña se conservan los restos del castro de *Punta dos prados*, situado en la línea de costa de la parroquia de Espasante, en la ribera oriental de la desembocadura de la ría de Ortigueira. Datado en torno al siglo IV a.C., es un recinto fortificado en el que destaca la existencia de una edificación, de planta semicircular, que era utilizada para baños de vapor rituales

// *History*

There are archaeological remains that testify to the existence of nomadic settlements in the area around the year 35,000 BC. in the year 35000 BC.

Remains from the Megalithic period are preserved, especially on the crests of the Capelada, Faladoira and Coriscada mountain ranges. Among the megalithic monuments whose remains have survived to the present day, is the Forno dos Mouros dolmen, located on the current border between the municipalities of Ortigueira and Mañón, as well as numerous burial mounds, many of them discovered and cataloged during the 1930s. and 1940 by the Ortegan archaeologist and historian Federico Maciñeira.

Around the 9th century BC, in the transition between the Bronze Age and the Iron Age, the first permanent settlements in the form of castros were built in Ortigueira. From the era of the Castro culture, the remains of the Punta dos Prados fort are preserved, located on the coast line of the Espasante parish, on the eastern bank of the mouth of the Ortigueira estuary. Dating from around the 4th century BC, it is a fortified enclosure in which the existence of a semicircular building stands out, which was used for ritual steam baths.

In Ortigueira, the International Celta World Festival has been held annually since 1978//



Os tres Aguillóns (Imagen de Redacción)



Ayuntamiento de Ortigueira (Imagen de Redacción)

En Ortigueira se celebra anualmente desde 1978 el Festival Internacional do Mundo Celta



(Imagen de Redacción)



Zona de acampada en el pinar de la playa de Ortigueira (Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)



(Imágenes de Redacción)



(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)



(Imagen de Redacción)



(Imágenes de Redacción)

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/

PREGUNTAS Y RESPUESTAS: UNA ESTRATEGIA DE NORMALIZACIÓN DE LA UE

1. ¿Por qué son importantes los estándares?

Las normas han desempeñado un papel destacado en la creación del mercado único de la UE y en el apoyo a la competitividad europea. Ayudan a los fabricantes a garantizar la interoperabilidad de productos y servicios, reducir costes, mejorar la seguridad y fomentar la innovación.

Las normas sustentan el despliegue exitoso de importantes proyectos de inversión, como el hidrógeno o las baterías. Al valorizar la inversión en innovación, proporcionan una ventaja de ser los primeros en actuar para las empresas de la UE.

Como emisor de estándares globales, la Unión Europea también exporta las mejores prácticas y aumenta las sinergias en las cadenas de valor globales. Esto mejora los flujos comerciales y las oportunidades para que las empresas europeas amplíen sus actividades. Las normas de la UE son sinónimo de calidad en todo el mundo.

2. ¿Qué son las normas europeas armonizadas?

Una norma europea armonizada es una norma europea desarrollada a petición de la Comisión por una de las organizaciones europeas de normalización (ESO), con vistas a aplicar la legislación de armonización de la Unión.

Las normas armonizadas de la UE proporcionan las especificaciones técnicas necesarias para que un producto respete la legislación de la UE. Complementan y especifican los requisitos de la respectiva legislación armonizada de la UE. El cumplimiento de una norma armonizada otorga a los productos la presunción de conformidad con la legislación pertinente. Esto permite a los fabricantes acceder al mercado de la UE.

La lista de normas armonizadas se actualiza periódicamente y se publica en el Diario Oficial de la UE. Actualmente, se publican más de 3600 referencias a normas armonizadas en el Diario Oficial de la UE en apoyo de la legislación de productos de la UE.

Cada norma europea (EN) apoya el funcionamiento del Mercado Único. Las normas europeas sustituyen a 34 normas nacionales diferentes en la UE, el EEE/AELC y los países candidatos/vecinos, evitando la fragmentación técnica y asegurando la coherencia del sistema.

3. ¿Cómo funciona la normalización de la UE?

El sistema europeo de normalización se basa en una asociación público-privada entre la Comisión y la comunidad de normalización, que se estructura en organizaciones privadas sin ánimo de lucro: el Comité Europeo de Normalización (CEN), el Comité Europeo de Normalización Electrotécnica (CENELEC) y el Instituto Europeo de Normas de Telecomunicaciones (ETSI). Las normas europeas en apoyo de la legislación y las

políticas de la UE se desarrollan exclusivamente a través de uno de ellos. Las actividades de normalización en estas organizaciones se basan en la creación de consenso entre diferentes actores, incluidos la industria, las PYME, las organizaciones comerciales y otras partes interesadas privadas, sociales y públicas.

La Comisión es responsable de la evaluación de las normas europeas armonizadas desarrolladas en apoyo de la legislación de la UE y de su referencia en el Diario Oficial de la UE. Una vez que se hace referencia a una norma en el Diario Oficial, se considera que forma parte de la legislación de la UE.

La Comisión proporciona apoyo financiero a las tres organizaciones europeas de normalización por su trabajo en apoyo de la legislación y las políticas de la UE.

4. ¿Por qué se necesita una nueva estrategia de estandarización?

Hasta ahora, la normalización se ha considerado a menudo una cuestión meramente técnica, y con demasiada frecuencia se ha dado por sentado el liderazgo de la UE en la normalización internacional.

La nueva estrategia de normalización sitúa las normas en el centro de la política de la UE. Las normas desempeñarán un papel facilitador fundamental para hacer frente a los desafíos actuales de nuestras industrias. Necesitaremos estándares para la economía de datos, para permitir la interoperabilidad de datos, ya sea para robots, automóviles autónomos o maquinaria. Los estándares también son esenciales para garantizar que las nuevas tecnologías reflejen nuestros valores democráticos, ya sea para garantizar los estándares de protección de datos o para abordar la gobernanza de los protocolos de Internet.

Al mismo tiempo, las normas también se están convirtiendo en un aspecto crucial para fortalecer la autonomía estratégica abierta de Europa. Cada vez más, los terceros países adoptan una postura más asertiva hacia la normalización y promueven sus soluciones tecnológicas a través de comités técnicos de normalización. La UE quiere liderar tales esfuerzos, especialmente cuando se trata de áreas estratégicas como baterías u otras soluciones relacionadas con las transiciones verde y gemelo digital.

5. ¿Cuáles son los objetivos clave de la nueva estrategia de normalización?

La nueva estrategia propone una serie de acciones destinadas a garantizar el liderazgo europeo en estándares globales, hacer de la estandarización un motor de la competitividad y la resiliencia europeas, garantizar que los estándares respalden nuestras inversiones en las transiciones verde y digital e incorporar valores democráticos en las aplicaciones tecnológicas.

Para ello, la Estrategia propone en primer lugar acciones para mejorar la agilidad y la gobernanza del sistema europeo de normalización y acortar el tiempo necesario para desarrollar normas europeas. Esto incluye anticipar y priorizar mejor las necesidades urgentes de normalización en áreas estratégicas y mejorar la gobernanza de las organizaciones europeas de normalización. Desde este punto de vista, la Comisión propone modificar las normas relativas a la gobernanza de las Organizaciones Europeas de Normalización, para garantizar que las decisiones clave sean tomadas por organismos

nacionales de normalización de la UE y el Espacio Económico Europeo (EEE). Esto también garantizará una mayor inclusividad del proceso, dado que estos organismos nacionales representan a todas las partes interesadas relevantes en sus respectivos Estados miembros.

La Estrategia también contempla una serie de medidas para apoyar la estandarización de los resultados de la investigación financiada con fondos europeos. Dada la creciente falta de experiencia en estandarización disponible, especialmente debido a un cambio generacional, la Estrategia también apoyará el desarrollo de nuevos expertos calificados para apoyar la estandarización de tecnologías de nueva generación.

La estrategia también prevé acciones para aumentar la coordinación de los intereses europeos y de los Estados miembros en las organizaciones internacionales de normalización. Esto ayudará a abordar la fragmentación actual y fortalecerá la voz de la UE en la normalización global, de manera inclusiva. También ayudará a aprovechar el potencial de Europa para ser el pionero y liderar el establecimiento de estándares internacionales, aprovechando su cooperación con otros socios internacionales de ideas afines.

6. ¿Qué hará la Comisión para mejorar el proceso de normalización en Europa?

La UE necesita un sistema de normalización rápido, receptivo, eficiente e inclusivo para cumplir sus objetivos de transición digital y ecológica de la economía de la UE, y para fortalecer la resiliencia y el funcionamiento del mercado único.

Esto implica abordar mejor las urgencias de normalización o las áreas en las que se necesitan normas para evitar dependencias estratégicas y manifestar el liderazgo mundial de la UE en tecnologías estratégicas. Mejorar la gobernanza de las organizaciones europeas de normalización ayudará a lograr estos objetivos.

Además, la Comisión también presenta un nuevo programa de trabajo anual de la Unión para la normalización europea para 2022, que refleja las urgencias de la normalización. Pide a las Organizaciones Europeas de Normalización (ESO) que prioricen la entrega de las solicitudes de normalización indicadas sin demora.

Además, un foro de alto nivel reunirá a representantes de los Estados miembros, las organizaciones europeas de normalización y los organismos nacionales de normalización, la industria, las PYME, la sociedad civil y el mundo académico para ayudar a establecer prioridades, asesorar sobre las futuras necesidades de normalización, coordinar los intereses europeos y garantizar que la normalización europea las actividades responden a las ambiciones de las transiciones gemelas y la resiliencia de la UE. Además, la Comisión aumentará la coordinación interna de las actividades de normalización mediante la creación de un *centro de excelencia de la UE* sobre normas, dirigido por un director de normalización.

7. ¿Por qué aborda la Comisión la gobernanza de las organizaciones europeas de normalización?

El Reglamento de Normalización otorga un papel central a tres Organizaciones Europeas de Normalización, a saber, CEN, CENELEC y ETSI. Estas son las únicas entidades autorizadas a desarrollar normas europeas en apoyo de la legislación de la UE.

La Comisión quiere garantizar una representación equilibrada de las partes interesadas dentro de los ESO para evitar que las grandes corporaciones (que en muchos casos no tienen su sede en la UE) dominen los procesos de toma de decisiones. En particular, quiere garantizar que las decisiones clave sobre estándares que se desarrollan a pedido de la Comisión sean tomadas por los organismos nacionales de normalización de los Estados miembros de la UE y el EEE, que representan a la comunidad de partes interesadas en su totalidad. Esto también garantizará que estas organizaciones puedan responder a las solicitudes de normalización europeas mediante el desarrollo de normas que cumplan las normas impuestas en interés de los ciudadanos de la UE. Con este fin, la Comisión presenta hoy una modificación del Reglamento (UE) n.º 1025/2012 mejorar la gobernanza en el sistema europeo de normalización. La Comisión insta a las organizaciones europeas de normalización a alinear sus procesos de gobernanza interna en consecuencia para permitirles seguir respondiendo a las solicitudes de la Comisión para el desarrollo de nuevas normas armonizadas.

Además, la Comisión seguirá prestando mucha atención a la inclusividad del sistema (el papel de las PYME, la sociedad civil) mediante el lanzamiento de un proceso de revisión de las medidas nacionales.

8. ¿Cómo piensa la Comisión coordinar mejor los intereses de la UE y de los Estados miembros a nivel mundial?

La UE sigue comprometida con un sistema de normalización abierto y transparente en consonancia con sus obligaciones en virtud del Acuerdo OMC/OTC.

Tradicionalmente, la UE ha sido un fuerte líder en las actividades de normalización internacional, pero debe tener en cuenta una situación geopolítica cambiante, ya que otros países comienzan a abordar la normalización internacional de manera más estratégica y ganan influencia en los comités de normalización internacional.

Para fortalecer la posición de la UE en los foros internacionales de normalización, la nueva estrategia propone coordinar mejor las actividades de normalización entre la UE y los organismos nacionales de normalización. Con este fin, el Foro de Alto Nivel facilitará la identificación de las actividades de normalización de importancia estratégica para la UE y facilitará la concertación política entre la Comisión y los Estados miembros sobre dichas prioridades. Esta coordinación política de alto nivel servirá como base para colaboraciones en importantes actividades de normalización internacional entre la UE y socios afines.

9. ¿Qué está haciendo la Comisión para facilitar la normalización de la investigación financiada por la UE?

La Comisión propone aprovechar mejor el potencial de la investigación financiada por la UE para valorizar el valor innovador de dichos proyectos y su potencial de estandarización. Identificar oportunidades futuras de estandarización desde el principio ayudará a construir puentes importantes entre las comunidades de investigación,

innovación y estandarización y anticipar las necesidades de estandarización temprana. Para ello, la Comisión pondrá en marcha un «impulsor de la normalización», una plataforma para ayudar a los beneficiarios, cuyos resultados de investigación de Horizonte 2020 y Horizonte Europa probablemente conduzcan a la revisión o creación de una norma, a probar la pertinencia de sus resultados para la normalización. .

Además, un Código de prácticas sobre normalización para investigadores permitirá fortalecer el vínculo entre la investigación/innovación y la normalización dentro del Espacio Europeo de Investigación (ERA), previsto para mediados de 2022.

10. **¿Qué está haciendo la Comisión para mejorar las habilidades y la experiencia en normalización?**

Las normas dependen de los mejores expertos, pero Europa se enfrenta actualmente a un cambio generacional que corre el riesgo de perder experiencia crucial en normalización. Además, no hay educación formal o formación profesional sobre normalización. Al mismo tiempo, el panorama de la estandarización se vuelve más complejo: los nuevos desafíos tecnológicos y las consideraciones horizontales, como la protección de datos o la ciberseguridad, requerirán nuevas habilidades en el desarrollo de estándares.

Para abordar esto, es crucial involucrarse con la comunidad de investigación e innovación desde el principio en el desarrollo de estándares y brindar oportunidades para desarrollar experiencia y habilidades en la estandarización. Además, la Comisión promoverá una mayor concienciación académica sobre las normas a través de la futura organización de Días Universitarios de la UE. También se fomentará la formación de investigadores a través de las herramientas existentes en el marco de Horizonte Europa y el Programa de Investigación y Formación de EURATOM.



(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/

AGAMMAGLOBULINEMIA LIGADA AL CROMOSOMA X

(Enfermedad de Bruton)

(Por James Fernandez, MD, PhD, Cleveland Clinic Lerner College of Medicine at Case Western Reserve University)

La agammaglobulinemia ligada al cromosoma X es una inmunodeficiencia hereditaria debida a una mutación en un gen situado en el cromosoma X (sexual). El trastorno da lugar a la inexistencia de linfocitos B (o células B, un tipo de linfocitos) y una concentración muy baja o inexistente de anticuerpos (inmunoglobulinas).

- Los bebés con agammaglobulinemia ligada al cromosoma X empiezan a tener tos y/o infecciones recurrentes de los oídos, la nariz, los senos nasales, la piel y los pulmones alrededor de la edad de 6 meses.
- El diagnóstico se realiza mediante análisis de sangre para medir la concentración de inmunoglobulinas además del número de linfocitos B.
- Se puede administrar concentrado de inmunoglobulinas durante toda la vida, así como antibióticos de forma continua.

(Véase también Introducción a las inmunodeficiencias.)

La agammaglobulinemia ligada al cromosoma X tiene su origen en una mutación en un gen del cromosoma X (sexual) (lo que se denomina trastorno ligado al cromosoma X). Los trastornos ligados al cromosoma X afectan únicamente a los niños de sexo masculino.

Síntomas

Aproximadamente durante los primeros 6 meses de vida, las inmunoglobulinas de la madre los protegen de las infecciones. En torno a los 6 meses, la concentración de inmunoglobulinas empieza a descender, y los bebés afectados comienzan a contraer de forma recurrente tos, infecciones nasales (rinitis) y/o infecciones en los oídos, en la piel, en los senos paranasales y en los pulmones. Las infecciones se deben generalmente a bacterias como los neumococos, los estreptococos y las bacterias *Haemophilus*. También pueden contraerse infecciones cerebrales de tipo vírico, pero no es habitual. Las amígdalas son muy pequeñas y los ganglios linfáticos no se desarrollan.

La agammaglobulinemia ligada al cromosoma X aumenta el riesgo de desarrollar infecciones en las articulaciones (artritis infecciosa), dilatación irreversible de las vías respiratorias debida a la inflamación crónica (bronquiectasias) y ciertos tipos de cáncer.

Si se cuenta con un diagnóstico y un tratamiento precoces, la esperanza de vida no suele verse afectada, a menos que se contraigan infecciones cerebrales.

Diagnóstico

- Análisis de sangre
- A veces, estudios genéticos

Se realizan análisis de sangre para medir la concentración de inmunoglobulinas además del número de linfocitos B.

Las pruebas genéticas pueden hacerse para confirmar el diagnóstico de agammaglobulinemia ligada al cromosoma X, pero generalmente no se necesitan. Las pruebas se recomiendan en el caso de los familiares cercanos.

Se recomienda realizar un cribado genético prenatal cuando se ha identificado la mutación que causa la agammaglobulinemia ligada al cromosoma X en familiares de la persona afectada.

Tratamiento

- Inmunoglobulinas
- Antibióticos

Se administra un tratamiento con un concentrado de inmunoglobulinas (anticuerpos obtenidos de la sangre de personas con un sistema inmunitario sano) durante toda la vida, para aportar los anticuerpos de los que carece la persona y evitar así las infecciones. El concentrado de inmunoglobulinas puede inyectarse a través de una vena (por vía intravenosa) o bajo la piel (por vía subcutánea).

Las infecciones bacterianas se tratan administrando antibióticos de inmediato y puede que de forma continua.

A las personas con agammaglobulinemia ligada al cromosoma X no se les administran las vacunas que contienen organismos vivos pero debilitados (virus o bacterias). Entre estas vacunas se incluyen la antirrotavírica, la triple vírica, la vacuna contra la varicela, un tipo de vacuna contra la varicela-zóster (culebrilla) y la vacuna con el bacilo de Calmette-Guérin (BCG), así como la vacuna contra la gripe administrada como aerosol nasal y la vacuna contra el virus de la polio administrada por vía oral.

A pesar de estas medidas, con frecuencia se producen infecciones crónicas en los senos paranasales y en los pulmones.

/Fuente: Manuales MSD/

ADENOMATOSIS DE HÍGADO

Hepatic adenomatosis: A disease with controversial treatment

Eli Lucas^a, Eugenia Pareja , Nicolás Carvajal^a, Ariel Pacheco, Ángel Moya^a
Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, Hospital Universitario La Fe,
Valencia, España Unidad de Diagnóstico por la Imagen, Hospital Universitario La Fe, Valencia,
España

La adenomatosis hepática es una enfermedad rara definida por la presencia de múltiples lesiones sobre un parénquima hepático normal. Descrita por primera vez por Flejou, en 1985, se estableció arbitrariamente en 10 el número de lesiones adenomatosas para diagnosticar esta entidad¹; posteriormente, Ribeiro consideró suficiente la presencia de 4 o más lesiones².

Presentamos un nuevo caso de adenomatosis hepática en un varón joven, con historia previa de toma de anabolizantes esteroideos, que ingresa en el hospital por presentar cuadro de dolor abdominal agudo secundario a hemorragia intratumoral.

Aunque la adenomatosis hepática es de etiología incierta, se ha asociado a malformaciones o anomalías vasculares, como la hiperplasia nodular focal, la ausencia de vena porta o shunts venosos hepáticos. También se ha notificado la transmisión autosómica al haberse descrito 4 casos de esta entidad en una misma familia³. Inicialmente se comunicó una distribución igual en ambos sexos, aunque publicaciones recientes muestran un claro predominio femenino, relacionándola con la esteatosis hepática y las enfermedades por depósito de glucógeno. Sin embargo, la asociación con el uso de anticonceptivos orales y esteroides androgénicos es incierta³⁻⁵. Se presenta en un 10-24% de los pacientes con adenoma hepático.

Se han descrito 2 formas de adenomatosis hepática. La forma masiva, como la que presentaba nuestro paciente, con gran hepatomegalia, deformación del contorno hepático por grandes nódulos tumorales cuyo tamaño oscila entre 2 y 10cm de diámetro, que pueden progresar rápidamente. El otro tipo es la multifocal, con un hígado de tamaño normal que no se deforma, predominando uno o 2 adenomas sobre las lesiones más pequeñas, con un curso clínico aparentemente menos agresivo.

Generalmente asienta sobre hígado sano; los pacientes suelen estar asintomáticos, siendo las analíticas hepáticas normales, aunque en ocasiones se detecta una elevación de las enzimas hepáticas de colestasis (fosfatasa alcalina y gammaglutamiltransferasa) en función del volumen que ocupan los tumores.

El diagnóstico suele ser casual en la mayor parte de los enfermos o secundario a una hemorragia (intraperitoneal o intratumoral). El método más útil para el diagnóstico inicial es la tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética nuclear (RMN)^{5,6}. El diagnóstico de confirmación es anatomopatológico. Los adenomas son, típicamente, bien delimitados y pueden tener una cápsula parcial o total. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el carcinoma hepatocelular multifocal y con la enfermedad metastásica.

Las complicaciones que con mayor frecuencia presentan este tipo de pacientes son el sangrado y la posibilidad de degeneración maligna de las lesiones.

El tratamiento definitivo sigue siendo controvertido; entre las opciones terapéuticas se plantea la posibilidad de seguimiento clínico, resección hepática, y el trasplante hepático (TH). Dado que no es posible reseca todas las lesiones excepto con el TH, las lesiones sintomáticas accesibles a la cirugía o con riesgo de sangrado deben ser resecadas, aunque otras modalidades de tratamiento, tales como la embolización y la ablación por radiofrecuencia, pueden ser complementos útiles en casos seleccionados. La única solución definitiva para esta enfermedad es el TH, sin embargo el beneficio del trasplante para prevenir el sangrado o la degeneración maligna en estos pacientes jóvenes debe equilibrarse con el riesgo potencial que supone un TH. Se recomienda ante la transformación maligna de algún adenoma, poco frecuente pero factible, y en pacientes muy sintomáticos con tumores múltiples irresecables.

El seguimiento debe realizarse con pruebas de imagen de TC o RMN, y solicitar control de alfafetoproteína, ante el riesgo de degeneración maligna; sin embargo, es difícil de estimar este riesgo, dada la rareza de las lesiones.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 25 años, sin antecedentes médicos de interés, tomador habitual de esteroides anabolizantes, que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal epigástrico de inicio brusco.

A la inspección inicial, el paciente presenta sudoración, palidez mucocutánea, taquicardia e hipotensión. A la exploración presenta un abdomen doloroso a la palpación con signos de irritación peritoneal. Analíticamente, destaca un aumento de transaminasas (AST: 234 UI/L, ALT: 136 UI/L, GGT: 97 UI/L) y discreta leucocitosis ($13,2 \times 10^9/L$), sin alteración de la serie roja ni de la coagulación.

La ecografía detecta una hepatomegalia con múltiples lesiones sólidas y otras con componente líquido, que afectan de forma difusa a ambos lóbulos hepáticos, la de mayor tamaño en segmento (S) IV y lóbulo hepático derecho (LHD) de 12cm. Se completa el estudio con TC y posteriormente con RMN, estableciendo el diagnóstico de adenomatosis hepática, que pone en evidencia la presencia de múltiples lesiones hipervasculares, las de mayor tamaño en: S IVb de $11 \times 12 \times 8,5\text{cm}$, S V/VIde $11 \times 8,1\text{cm}$ (ambas con comportamiento hemorrágico) y entre S VII/VIII de $8,2 \times 7,2\text{cm}$, S III de $9,1 \times 8\text{cm}$, S VII de $4 \times 3\text{cm}$; destacan múltiples lesiones sólidas de menor tamaño en el resto del parénquima. El parénquima preservado no presenta enfermedad (fig. 1).

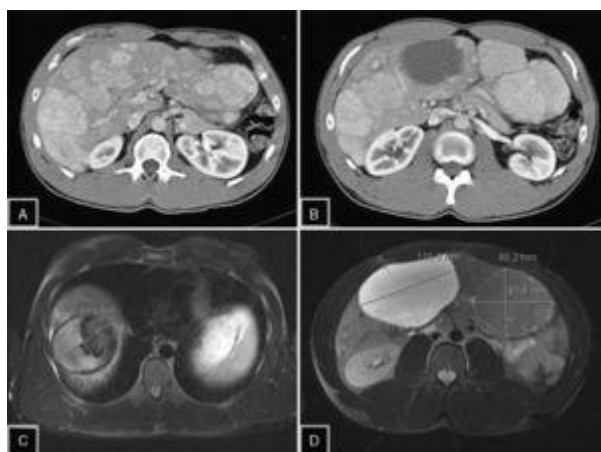


Figura 1.

A) La tomografía computarizada (TC) de abdomen con contraste muestra la presencia de múltiples adenomas con realce en fase arterial, ocupando prácticamente todo el parénquima hepático. B) TC con lesión adenomatosa, heterogénea por sangrado

intratumoral en segmento (S) IV. C) Resonancia magnética (RM) potenciada en T1 con saturación de la grasa, que evidencia lesión hiperintensa en S VIII por el componente hemorrágico intralesional. D) RM potenciada en T2 con saturación de la grasa: se identifican 2 lesiones, una en S V-VI, hiperintensa con componente quístico, y otra en S III isointensa, característica típica del adenoma hepático.

(0,21MB).

Los valores de alfafetoproteína están dentro del rango de la normalidad.

Tras ceder el cuadro agudo, ante la imposibilidad de resección de las lesiones, se propone al paciente el TH, opción que rechaza, por lo que actualmente sigue control en nuestras consultas, habiendo presentado una disminución de tamaño de las lesiones con componente hemorrágico y con alfafetoproteína dentro de la normalidad (fig. 2).

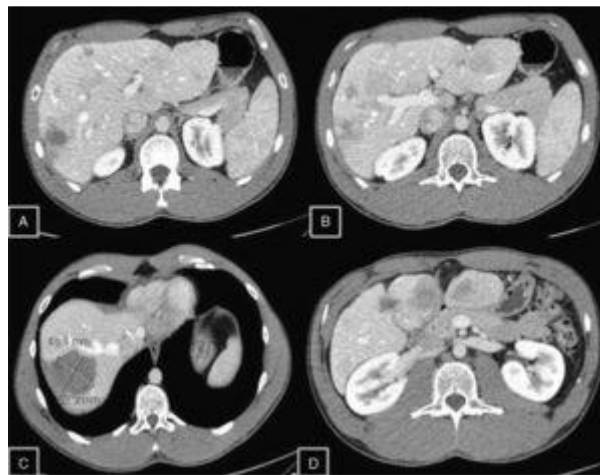


Figura 2.

TC de control a los 3 años. A-D) Se aprecia disminución del número, tamaño de los adenomas hepáticos así como un cambio de su densidad. C) Disminución del tamaño y componente hemorrágico del adenoma del S VIII, sin signos de resangrado. D) Reabsorción parcial del componente quístico del S V.

(Fuente: Elsevier)

INVESTIGACIÓN MÉDICA



//Transcrito por: Fco. O. Martínez//

PERFILES GENÓMICOS PARA DETECTAR DE FORMA TEMPRANA EL CÁNCER DE ESÓFAGO

(Amparo Tolosa, Genotipia)

El análisis genómico permite diferenciar qué pacientes desarrollarán cáncer de esófago a partir de una condición conocida como esófago de Barrett años antes de que se manifieste, concluye un reciente estudio dirigido por investigadores de la Universidad de Cambridge y el Instituto Europeo de Informática EMBL-EBI.

El trabajo, publicado esta semana en *Nature Medicine*, indica que las alteraciones en el número de copias de fragmentos de ADN pueden utilizarse como biomarcadores de diagnóstico temprano del cáncer de esófago derivado de esófago de Barrett. La aplicación de los resultados en un contexto clínico podría favorecer el diagnóstico e inicio de un tratamiento en aquellos pacientes que lo necesitan y reducir el número de pruebas invasivas innecesarias en los que presentan esófago de Barrett de bajo riesgo tumoral.



Un estudio internacional ha identificado un perfil genómico que permite identificar a los pacientes con esófago de Barrett con mayor riesgo a desarrollar cáncer de esófago.

Imagen: NASA's Marshal Space Flight Center (CC BY 2.0, <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.0/>).

Uno de los factores de riesgo a tener cáncer de esófago es la condición conocida como **esófago de Barrett**. Este trastorno, caracterizado por la alteración de las células que recubren la capa interna del esófago, está causado por un reflujo prolongado del contenido del estómago al esófago que irrita el tejido y favorece su transformación. En algunas personas el esófago de Barrett deriva en un cáncer de esófago, cuya tasa de supervivencia a los cinco años del diagnóstico es menor del 20%. Por esta razón, las personas afectadas por esófago de Barrett suelen ser sometidas a controles periódicos en busca de células precancerosas. El inconveniente de esta aproximación es que la monitorización frecuente implica diferentes procedimientos agresivos como la obtención de biopsias invasivas. “Necesitamos encontrar nuevas formas de detectar de forma precisa la progresión del cáncer en estadio temprano que nos ayuden a identificar a aquellos pacientes en mayor riesgo”, señala Rebecca Fitzgerald, profesora de Prevención del Cáncer, directora interina de la Unidad de Cáncer del Consejo de Investigación Médica de Reino Unido y codirectora del estudio.

El objetivo de los investigadores era **identificar un biomarcador molecular que permita reconocer de forma temprana los cambios que ocurren en las células de las personas con esófago de Barrett que desarrollarán cáncer**. Para ello analizaron el genoma obtenido de las biopsias de pacientes a lo largo del tiempo y estimaron qué cambios en el número de copias de fragmentos de ADN y ganancias o pérdidas de fragmentos del genoma se habían producido en las células del esófago de aquellos que desarrollaron cáncer. Inicialmente, el equipo analizó 777 biopsias obtenidas de 88 pacientes con esófago de Barrett a lo largo de 15 años y a partir de esta información desarrolló un modelo estadístico que validó en dos muestras independientes.

A través del análisis del ADN, **el equipo ha identificado perfiles de alteraciones genómicas características de la evolución del esófago de Barrett al cáncer presentes en las células hasta 10 años antes de que el proceso tumoral sea reconocible** mediante los métodos de análisis morfológicos habituales. Los pacientes con el trastorno que desarrollan cáncer suelen tener un mayor número de alteraciones en el número de copias de fragmentos de ADN. Además, estas alteraciones crecen en número y complejidad con el tiempo.

Los resultados del trabajo podrían marcar una diferencia importante en la forma de abordar a los pacientes con esófago de Barrett. Por una parte, el análisis genómico permitiría identificar a los pacientes con mayor riesgo a desarrollar cáncer de esófago, favoreciendo una vigilancia más intensa de su condición, así como una detección temprana del cáncer. Por otra parte, el modelo también predice en qué pacientes se muestra estable el esófago de Barrett, por lo que podría evitar la realización de pruebas invasivas no necesarias en estas personas.

Debido a que el número de muestras analizadas es reducido, los resultados deberán confirmarse en otros pacientes, que contribuirán también a mejorar el modelo predictivo. “Este es un emocionante ejemplo de cómo una colaboración entre biólogos computacionales e investigadores clínicos puede traer nuevo conocimiento a un importante problema clínico”, destaca Rebecca Fitzgerald. “El cáncer esofágico es

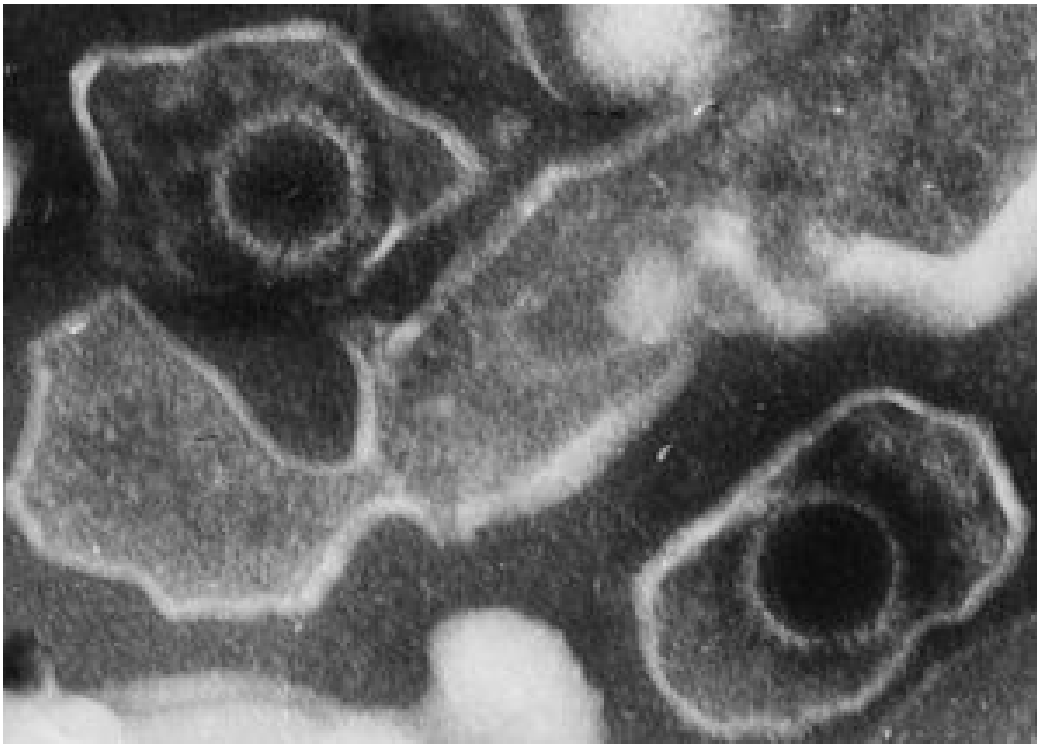
devastador cuando se diagnostica de forma tardía, pero puede realizarse una intervención temprana endoscópicamente y ahorrar a los pacientes la innecesaria quimioterapia y extirpación de su esófago. Aproximaciones similares podrían extenderse a otros tipos de cáncer en el futuro”.

//**Artículo original:** Killcoyne S, et al. Genomic copy number predicts esophageal cancer years before transformation//.

EL VIRUS EPSTEIN BARR REPROGRAMA EL ADN PARA PROMOVER EL CÁNCER

(*Amparo Tolosa, Genotipia*)

Un estudio internacional revela algunos de los mecanismos moleculares por los que el virus Epstein Barr contribuye al desarrollo de cáncer. Los investigadores plantean que el genoma del virus interacciona con la cromatina de las células infectadas y la reprograma causando la activación de protooncogenes cercanos. Los resultados del trabajo fueron publicados el pasado julio en *Nature Genetics*.



Viriones de Epstein-Barr. Imagen: De Liza Gross – (2005) Virus Proteins Prevent Cell Suicide Long Enough to Establish Latent Infection. PLoS Biol 3(12): e430 DOI: 10.1371/journal.pbio.0030430 <http://biology.plosjournals.org/perlserv?request=get-document&doi=10.1371/journal.pbio.0030430>, (CC BY 2.5).

El virus Epstein Barr es uno de los siete virus que comparten la característica de inducir el cáncer en humanos. Está presente en hasta un 40% de los linfomas de Hodgkin y un

10% de los cánceres gástricos y ha sido asociado con el cáncer de nariz y garganta, el sarcoma de Kaposi y otros linfomas.

A partir del análisis tridimensional de la organización de la cromatina en líneas celulares de cáncer gástrico y en muestras de tejido sano y afectado por el cáncer, los investigadores han identificado regiones del genoma humano a las que se puede unir el ADN del virus Epstein Barr. Además, han encontrado que la infección induce cambios en las histonas que modifican la topología de la cromatina y dejan accesibles regiones intensificadoras de la expresión que activan genes cercanos con capacidad oncogénica.

Armado con ADN de doble cadena el virus Epstein Barr no se suele integrar en el genoma de las células que invade, sino que se replica como una molécula independiente. Los resultados del trabajo muestran una forma mediante la que este virus (y potencialmente otros genomas virales no integrativos) puede influir en la expresión génica y con ello inducir el desarrollo tumoral. El mecanismo, denominado “infestación de intensificadores”, está basado en facilitar el acceso de la maquinaria de expresión génica a regiones del genoma que regulan la actividad de los genes. Estas regiones normalmente están silenciadas y permanecen latentes en las células huésped. No obstante, una vez se produce la infección, el virus reprograma el genoma y quedan expuestas pudiendo activar genes cercanos con capacidad para inducir el cáncer.

Atsushi Kaneda, profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad Chiba, en Japón, y uno de los directores del trabajo señala que “mientras que del 8 al 10% del cáncer de estómago está asociado al virus Epstein Barr, creemos que nuestro modelo de infestación de regiones intensificadoras proporciona un nuevo mecanismo de cáncer que relaciona alteraciones epigenómicas con la infección viral que puede ser relevante para un rango más amplio de cánceres y enfermedades asociadas”.

Una observación muy interesante del estudio es que las alteraciones en la topología de la cromatina de las células infectadas son estables y permanecen tras la eliminación del genoma viral, por lo que el impacto del virus se extiende más allá de la infección.

Los resultados del trabajo podrían tener implicaciones en el desarrollo de tratamientos. Patrick Tan, profesor en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Singapur y codirector del trabajo destaca que el estudio “resalta potenciales nuevas dianas de fármacos para los tumores positivos para el virus Epstein Barr, reveladas partir de la epigenética, que habían sido invisibles con los estudios de secuenciación convencionales”. En la actualidad ya existen diversos reguladores epigenéticos aprobados para el tratamiento de ciertos tumores. La identificación del virus de Epstein-Barr como modificador epigenético podría abrir nuevas estrategias de investigación para los tumores en los que interviene como agente inductor.

//Artículo original: Okabe A, et al. Cross-species chromatin interactions drive transcriptional rewiring in Epstein–Barr virus–positive gastric adenocarcinoma//.

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//

Sigo publicando la SINOPSI de los artículos de la Declaración Universal de Derechos Humanos

Artículo 9: ser libre de detención arbitraria

¿Puedes acabar entre rejas por ser poeta? En la Unión Soviética en 1964, sí. Joseph Brodsky, ahora considerado uno de los más grandes poetas rusos, fue llevado ante un tribunal en Leningrado, acusado de ser “un pseudo-poeta con pantalones de terciopelo” – y más concretamente, un aprovechado que no contribuía en nada a la sociedad. Sencillamente, los jueces soviéticos no veían el valor de la poesía. A pesar de no tener ninguna enfermedad mental, Brodsky fue enviado en dos ocasiones a prisiones psiquiátricas en las que fue torturado – uno de los miles que sufrió dicho destino en la Unión Soviética.

El abuso de la psiquiatría para mantener a raya a los disidentes es una de las violaciones contempladas en el artículo 9 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), que establece que nadie puede ingresar en prisión y permanecer ahí sin una buena razón. Esto se aplica no sólo para las prisiones, sino también para un número cada vez mayor de lugares donde se mantiene a personas sin un juicio justo o una sentencia fundamentada: centros de detención para personas solicitantes de asilo, centros migratorios y de tratamiento de adicciones.

El uso de la “psiquiatría política” – que define la oposición como una enfermedad y confina a los disidentes en hospitales psiquiátricos – desapareció temporalmente tras el colapso de la Unión Soviética en 1991. Sin embargo, un pequeño número de países han sido acusados de seguir abusando de la psiquiatría como medida de control sobre sus ciudadanos.

Ser libre de la detención arbitraria está estrechamente relacionado con otras secciones de la Declaración Universal de Derechos Humanos: el derecho a la vida del artículo 3, la prohibición de la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes del artículo 5. A pesar de que la DUDH nunca usa el término *habeas corpus* (que en latín significa “tú tienes el cuerpo”), la prohibición de la detención arbitraria se remonta al antiguo derecho de cada preso de ser llevado ante un tribunal para poder determinar si había sido encarcelado ilegalmente y si debería ser puesto en libertad.

El derecho a la libertad personal bajo la DUDH no es ilimitado, pero la detención debe ser llevada a cabo de acuerdo con las leyes nacionales e internacionales. Las autoridades sólo deberían detener a personas siguiendo procedimientos transparentes y públicos. Para evitar ser clasificada como arbitraria, una detención debe ser apropiada, predecible, proporcionada, necesaria y basada en la justicia. Por tanto, los países pueden privar a las personas de la libertad – con ciertos límites – mientras esperan juicio, y tras ser condenados y sentenciados, entre otras situaciones.

La detención es considerada arbitraria si no hay un juicio justo o no hay una base legal para la misma, así como cuando una persona es mantenida bajo custodia tras cumplir su condena. Nadie debe ser encarcelado simplemente por ejercer ciertos derechos establecidos en la DUDH, como la libertad de expresión (artículo 9), la libertad de culto (artículo 18) o el derecho a solicitar asilo (artículo 14).

“El derecho a la libertad personal es fundamental y se extiende a todas las personas en todo momento y circunstancia, incluyendo a los migrantes y solicitantes de asilo, sin importar su ciudadanía, nacionalidad o estatus migratorio.”

-- Grupo de Trabajo de la ONU sobre la detención arbitraria

Estados Unidos ha sido acusado de detención arbitraria en su llamada “Guerra contra el terror”, particularmente en su prisión militar en la Bahía de Guantánamo en Cuba, y en otros lugares alrededor del mundo. Más recientemente, el Grupo de Trabajo de la ONU sobre la detención arbitraria instó a los EEUU a proteger los derechos de los jóvenes migrantes.

Australia ha sido criticada repetidamente por detener de manera rutinaria a los solicitantes de asilo, incluyendo un hombre apátrida que permaneció preso durante nueve años sin cargo o juicio alguno. En 2018, el Grupo de Trabajo dio un paso extraordinario al instar a Australia a revisar sus leyes nacionales, y determinó que dicho país había violado un cierto número de leyes internacionales de derechos humanos. Un hombre iraní, dijo, ha permanecido detenido simplemente por ejercer su derecho a solicitar asilo.

La detención de migrantes no es el único caso preocupante. Por ejemplo, en 2013, en una visita a Hungría, el Grupo de Trabajo encontró un número excesivo de personas que llevaban detenidas un año o más antes de sus juicios por cargos penales. La detención preventiva, dijo, debe ser una excepción y no la regla.

Con el artículo 9, parte de una amplia sección de la DUDH (artículos 6 al 11) se dedica a los estándares para la administración de justicia. La Declaración Universal deja claro que la libertad de una persona no se evapora automáticamente al ser arrestada o condenada. La persona sigue teniendo derechos ante un tribunal o en prisión – y el derecho a que las autoridades que le arrestaron o encarcelaron respeten ciertas normas.

EFFECTOS DEL CONSUMO MODERADO DE CERVEZA EN RELACIÓN CON EL DEPORTE.

Creo de gran interés, la publicación de este breve artículo

La cerveza está muy presente en nuestro día a día en el estilo de vida relacionada especialmente con entornos de socialización, por eso, no es raro encontrarla relacionada con la práctica deportiva.

Tal y como vemos cada vez más a través de diferentes estudios, **la riqueza en polifenoles resulta muy interesante para los investigadores debido a la relación que tiene con la salud humana**. Sin embargo, esta riqueza en polifenoles y los efectos antioxidantes son aplicables cuando se realiza un consumo moderado, ya que, de manera contraria, el contenido de alcohol puede provocar efectos negativos.

Un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Old Dominion en Norfolk, Virginia, ofrece una revisión sobre los **efectos del consumo moderado de cerveza tras la práctica deportiva en el rendimiento, la recuperación y la adaptación al ejercicio**. Así, a través de una revisión bibliográfica de estudios, generan algunas conclusiones muy útiles como que la ingesta de cerveza sin alcohol y rica en polifenoles podría ser eficaz para prevenir infecciones respiratorias durante la práctica deportiva intensa. La composición corporal y las cualidades de la fuerza, siempre en un contexto de consumo moderado, no se ven afectadas por la cerveza.

Estas conclusiones se basan en gran medida en estudios que estandarizaron el volumen de la bebida, y los resultados pueden no aplicarse igualmente a otras situaciones. Esta revisión abre la puerta a investigaciones futuras en las que se deben incorporar protocolos que incluyan a más mujeres y dar prioridad a los diseños de estudios continuados y el uso de protocolos que evalúen la reposición de líquidos a cuando se realiza de manera //Fuente: Wynne Jaison L., Wilson Patrick B. "Got Beer? A Systematic Review of Beer and Exercise", International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism, 2021, 31, 438-450//

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//

/Transcrito por: Fco. O. Martínez,- Diplomado Medicina Homeopática/

LA HOMEOPATÍA

La homeopatía es una disciplina médica que caracteriza la individualidad y totalidad sintomática de un paciente, la cual prescribe medicamentos diluidos y dinamizados experimentados en el hombre sano y que responde científicamente a la ley de la similitud.

Por lo tanto, con el fin de encontrar el remedio homeopático correcto, el homeópata debe buscar en la totalidad de los síntomas aquellos que son característicos para cada caso individual.

Para el homeópata los signos individualizados no ocurren al azar, no constituyen un fenómeno colateral sino que por el contrario, la reacción terapéutica homeopática será tanto más eficaz cuanto mayor sea la individualización del tratamiento.

La tendencia internacional actual es una marcada propensión al empleo de la llamada Medicina Alternativa o Complementaria y dentro de ella al uso de la homeopatía. En instituciones académicas regladas, como las Facultades de Medicina de las Universidades de Valladolid y Sevilla ofrecen una especialidad médica de Homeopatía, mientras otras en España: como Santiago de Compostela, Granada, Murcia y País Vasco, o de Europa y Estados Unidos, ofrecen estudios sobre Homeopatía, siguiendo la tendencia a integrarla en los estudios universitarios de Medicina, en forma de cursos de postgrado.

Se ha elevado el nivel científico e investigativo de los homeópatas graduados, con la participación en los Congresos Nacionales e Internacionales de Homeopatía.

En la terapéutica de los homeosores los homeópatas se convierten en verdaderos médicos alópatas sin establecer diferencia alguna para llegar al tratamiento, similar a las guías terapéuticas más actualizadas.

En resumen, si la medicina llamada alopática (clásica) se contenta con el diagnóstico de la enfermedad, el médico homeópata, a la vez que establece igualmente detallado este indispensable diagnóstico, no se da por satisfecho, necesita además el diagnóstico del enfermo, la manera en que tal o cual sujeto hace su enfermedad, pues la homeopatía es ante todo, una medicina individualizada.

La grandeza de esta doctrina está sustentada en la inmutabilidad de sus principios, transmitidos por tradición desde Hipócrates. El valor de este método terapéutico, se funda en su variabilidad, que asegura la constancia de los resultados. A la luz de los hechos que se observan cotidianamente, al estudiar los efectos terapéuticos obtenidos, al razonar, simplemente con sentido común, buscando el porqué de tales resultados. Los homeópatas han llegado a concepciones clínicas que, por no ser de perfecta ortodoxia, les permiten pensar que no están lejos de la verdad.

En el estudio de la personalidad, de lo psíquico, de lo que trasunta la totalidad del individuo, es en donde la homeopatía halla su función específica como terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hahnemann S. Organon de Medicina. 6ta ed. New Delhi: Jain Publisher; 1982.
- Van DE. Parte teórica. En: Van E, editor. Homeopatía Clásica. Medicina basada en evidencia. VI. 1ra ed. Alonissos: Academy of classical homeopathy; 2011. p. 18.
- Schrogens F. Essentials synthesis homeopathic book. London: Publishers; 2007.
- Hahnemann S. Enfermedades crónicas. New Delhi: Jain Publisher; 1992.

CONTAMINACIÓN



CONTAMINACIÓN

Bastantes artículos he escrito sobre la contaminación ambiental, pero nunca puse un comentario que explicara que es, es por lo que hoy quiero hacer una breve descripción de lo que es:

La **contaminación ambiental** o **polución** es la introducción de sustancias u otros elementos físicos en un medio, que provocan que este sea inseguro o no apto para su uso. El medio ambiente puede ser un ecosistema, un medio físico o un ser vivo. El contaminante puede ser una sustancia química o energía (como sonido, calor, luz o radiactividad). Es siempre una alteración negativa del estado natural del medio ambiente y, por lo general, se produce como consecuencia de la actividad humana considerándose una forma de impacto ambiental.

La contaminación puede clasificarse según el tipo de fuente de donde proviene, o por la forma de contaminante que emite o medio que contamina. Existen muchos agentes contaminantes, entre ellos las sustancias químicas (como plaguicidas, cianuro, herbicidas y otros), los residuos urbanos, el petróleo o las radiaciones ionizantes. Todos estos pueden producir enfermedades, daños en los ecosistemas o el medio ambiente. Además existen muchos contaminantes gaseosos que juegan un papel importante en diferentes fenómenos atmosféricos, como la generación de lluvia ácida, el debilitamiento de la capa de ozono y el cambio climático.

QUÉ SON LOS AGENTES CONTAMINANTES FÍSICOS, QUÍMICOS Y BIOLÓGICOS



(Imagen de Redacción)

Contaminantes químicos: son sustancias que pueden ser naturales o de origen artificial, orgánicas o inorgánicas, que se encuentra presentes en el medio natural pudiendo ser absorbidas por el organismo de los seres vivos causándole efectos dañinos, tanto a corto como a largo plazo. En este otro post puedes aprender más sobre la Contaminación química: qué es, causas y consecuencias.



(Imagen de Redacción)

Contaminantes físicos: estos con su sola presencia en el ambiente, modifica la calidad de sus componentes. Se caracterizan por intercambiar energía entre el entorno y los seres vivos. Algunos ejemplos de este tipo de contaminantes son: ruido, radiaciones, agentes térmicos, entre otros.



(Imagen de Redacción)

Contaminantes biológicos: son organismos capaces de causar la degradación del aire, el agua, el suelo y los alimentos mientras realizan su ciclo de vida. Son un peligro para muchos seres vivos, ya que pueden generar enfermedades infecciosas o parasitarias. Unos ejemplos de tipos de contaminantes biológicos son los virus y las bacterias patógenas. Si te interesa, puedes consultar este otro artículo sobre los Tipos de contaminantes ambientales para aprender más sobre ello. A continuación, se mostrarán aquellos agentes contaminantes del medio ambiente, clasificados en agentes contaminantes del agua, del suelo, del aire y de los alimentos.

Agentes contaminantes del agua



(Imagen de Redacción)

Las aguas subterráneas y superficiales, así como todos los cuerpos de agua dulce y salada, se ven afectados por diferentes tipos de contaminantes. Los **principales agentes contaminantes del agua** son:



(Imagen de Redacción)

Aguas residuales: estas están cargadas de sustancias tóxicas, materia orgánica, metales pesados o químicos. Debería ser tratadas en plantas depuradoras, aunque la realidad es que muchas industrias y poblaciones no cuentan con plantas para tratarlas o porque les resulta más económico no tratarlas, acaban vertiéndolas a ríos y mares. Si quieres aprender más sobre este problema, puedes consultar este otro post acerca de Qué son las aguas residuales y cómo se clasifican.



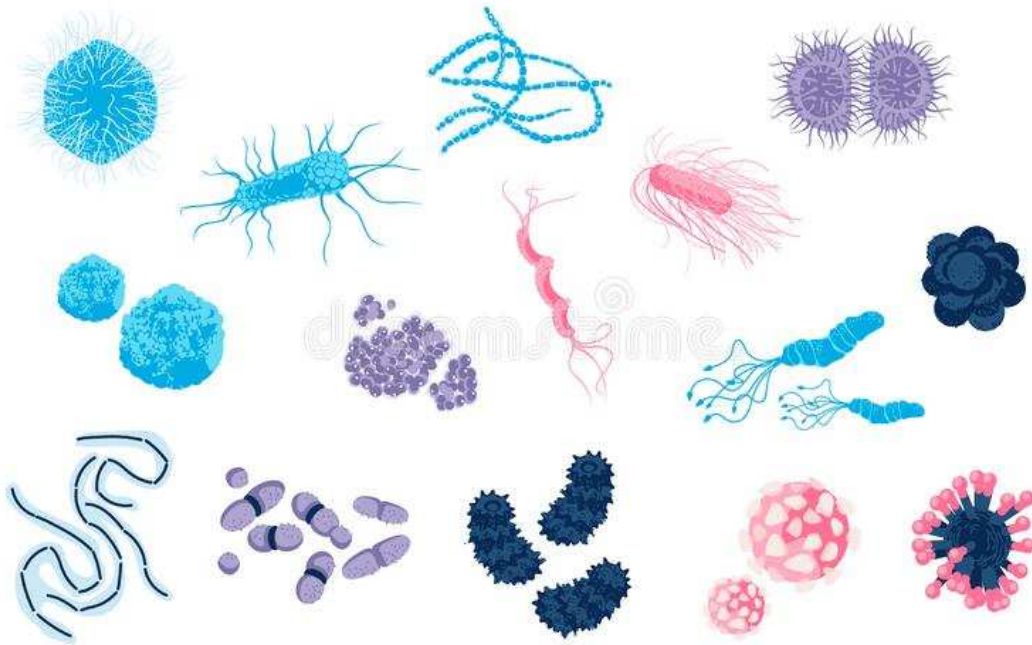
(Imagen de Redacción)

Metales pesados: son muy tóxicos y pueden inducir enfermedades como el cáncer o mutaciones. Entre ellos encontramos el cadmio, el cromo, el mercurio, el cobre, la plata y el plomo. Estos metales están relacionados a la actividad minera e industrial. Aquí te contamos mucho más sobre Cómo se produce la contaminación por metales pesados en el agua.



(Imagen de Redacción)

Pesticidas: la actividad agrícola necesita de pesticidas para enfrentar las plagas de insectos, además de usarlos en la ganadería para evitar infecciones y enfermedades en los animales. Estos son un peligro para las aguas subterráneas, ya que llegan a ellas por lixiviación, algunos de ellos se han prohibido con el paso del tiempo ya que son muy dañinos para la salud humana.



(Imagen de Redacción)

Microorganismos patógenos: estos ya pueden existir de forma natural en el agua, aunque la contaminación del agua por aguas residuales puede aumentar su número. Estos microorganismos pueden provocar enfermedades como infecciones, diarreas e incluso la muerte.



(Imagen de Redacción)

Hidrocarburos: dentro de estos están la gasolina, el diésel o el petróleo, son transportados en barcos, que pueden producir vertidos al mar por accidentes o fugas. Son muy difíciles de eliminar, además de ser muy tóxicos destruyendo numerosos hábitats.



(Imagen de Redacción)

Agentes contaminantes emergentes: estos hacen referencia a la presencia de medicamentos, drogas, productos de higiene, microplásticos, productos de limpiezas, etc. Son aquellos contaminantes que antes no podían detectarse, pero gracias a los avances tecnológicos ahora sí que se pueden detectar, o bien que hace unas décadas no existían. Conoce más sobre los Contaminantes emergentes: definición, ejemplos y cómo nos afectan.



(Imagen de Redacción)

Agentes radiactivos: principalmente la procedencia proviene de las centrales nucleares, por algún accidente o fuga, en ocasiones los residuos radiactivos también han podido ser vertidos ilegalmente, para deshacerse de ellos. Quizás es de los contaminantes mas peligrosos, ya que es muy difícil de contener y eliminar. Aquí puedes conocer más sobre la Contaminación radiactiva: causas, consecuencias y soluciones.

Si buscas ampliar más tus conocimientos sobre la contaminación del agua, te animamos a leer estos otros artículos relacionados con este tema: [Cuáles son los agentes contaminantes del agua](#) y [Los residuos más contaminantes y difíciles de separar del agua](#).



(Imagen de Redacción)

Agentes contaminantes del suelo

El suelo puede verse muy contaminado por las acciones de las personas. Estos son los **principales agentes contaminantes del suelo**:



(Imagen de Redacción)

Plaguicidas: todos los productos plaguicidas como, insecticidas, herbicidas o fungicidas usados en la agricultura y ganadería, perjudica gravemente al suelo.



(Imagen de Redacción)

Metales pesados: la acumulación de estos metales en el suelo procedentes, sobre todo, de la actividad minera. Son muy perjudiciales para el organismo de los seres vivos.



(Imagen de Redacción)

Acumulación de basura: la acumulación en vertederos, hace que empiece a producirse la fermentación de los desechos orgánicos, haciendo que haya infiltraciones en el suelo de sustancias tóxicas.

Agentes contaminantes del aire

Podríamos hacer una larga lista de todos los agentes contaminantes que afectan al aire. De modo resumido, podemos decir que estos son los **agentes contaminantes del aire o de la atmósfera**:



(Imagen de Redacción)

Partículas en suspensión: éstas son muy pequeñas y es por eso que son tan dañinas para los seres vivos, ya que pueden penetrar con más facilidad en el organismo de estos, provocándoles enfermedades. Un ejemplo de estas partículas es el dióxido de nitrógeno.



(Imagen de Redacción)

Gases de efecto invernadero: como el ozono, dióxido de azufre, CFC o clorofluorocarbonos, dióxido de carbono, monóxido de carbono y el metano. El ozono procede de reacciones químicas de otros componentes como los hidrocarburos. El CFC se usaba para producir aerosoles, frigoríficos y aire acondicionados, aunque se prohibió su uso por ser muy peligroso. El metano tiene su principal foco de emisión en la ganadería y el resto de gases, proceden principalmente por actividades de combustión. Algunos de

ellos como el CO₂ o el CH₄ ya se encontraban en la atmósfera de forma natural, el problema viene cuando estos empiezan a aumentar por las actividades antrópicas.

Agentes contaminantes de los alimentos



(Imagen de Redacción)

Organismos vivos: las bacterias, los hongos y otros parásitos pueden empezar a aparecer en los alimentos en un momento determinado, por no estar bien conservados o dejarlos demasiado tiempo sin comer desde el momento en que los adquirimos. Actualmente, esto está completamente controlado si se siguen las pautas de higiene y conservación de los alimentos. No obstante, seguramente, habrás visto alguna vez un pequeño gusano en una fruta o un pequeño insecto en alguna hortaliza.



(Imagen de Redacción)

Contaminación natural: son toxinas que se encuentra de forma natural en los alimentos y que si no los ingerimos de forma correcta pueden ser perjudiciales para los seres vivos. Por ejemplo, comer la patata cruda es peligroso para el ser humano, ya contiene una sustancia tóxica llamada solanina justo debajo de la piel, así que cuando comemos patata debemos hacerlo cuando esta esté cocinada y sin piel.



(Imagen de Redacción)

Pesticidas y plaguicidas: el uso de estos en agricultura y ganadería hacen que se contaminen los alimentos, que al final terminan en la cadena trófica llegando a animales y humanos.

//Fuente: Instituto Navarro de Salud Laboral//

¿Qué son los COV?



(Imagen de Redacción)

Algunos líquidos o sólidos, por ejemplo materiales de construcción, alfombras o muebles, generan contaminantes químicos en forma de gas. Estos productos químicos suelen llamarse COV (compuestos orgánicos volátiles). Incluso algunos productos de limpieza del hogar y la parafina de las velas pueden generar contaminantes químicos. Según la EPA, existen miles de productos que emiten contaminantes que pueden resultar perjudiciales para la salud si se ingieren, inhalan o absorben a través de la piel.

Un trastorno conocido como «síndrome del edificio enfermo» podría ser consecuencia de los bajos niveles de calidad del aire atribuibles a la presencia de COV. Los edificios de nueva construcción, las remodelaciones o el rediseño de hogares u oficinas pueden incrementar el nivel de contaminantes químicos ambientales generados por los materiales de construcción, las pinturas, los productos de limpieza y los muebles.

Posibles fuentes de COV:

- Productos de limpieza y desinfectantes
- Pintura y otros disolventes
- Materiales de construcción
- Mobiliario
- Aromatizantes y perfumes
- Aerosoles
- Pesticidas
- Productos de limpieza y desinfectantes

LANZAN UNA NUEVA CAMPAÑA PARA REDUCIR LA CONTAMINACIÓN DE LOS MICROPLÁSTICOS QUE OCASIONAN LOS CIGARRILLOS



Unsplash/Brian Yurasits

Colillas de cigarrillos y cápsulas de vapear encontradas durante la limpieza de una playa en Estados Unidos.

Las colillas son el residuo más desechado de todo el mundo sumando anualmente cerca de 766,6 millones de kilogramos de basura tóxica. Las sustancias químicas nocivas de los microplásticos causan la mortandad a largo plazo de la vida marina, entre ellas la de las aves, los peces, los mamíferos, las plantas y los reptiles.

El Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente y la Secretaría del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco lanzarán próximamente una campaña en las redes sociales que pretende concienciar sobre el impacto medioambiental y sanitario que provocan los microplásticos presentes en las colillas de los cigarrillos, el residuo más desechado en todo el mundo.

La asociación tiene lugar gracias a la campaña Mares Limpios, una coalición mundial formada por 63 países dedicada a acabar con la contaminación marina por plásticos.

Esta nueva alianza une la experiencia de ambos organismos en materia de salud y de políticas públicas de los productos derivados del tabaco junto a la investigación y la promoción del PNUMA sobre la contaminación por plásticos.

Las colillas de los cigarrillos, el producto que genera más basura

La producción anual de cigarrillos a nivel mundial supera los seis billones. En cada uno de ellos hay filtros compuestos principalmente de microplásticos conocidos como fibras de acetato de celulosa.

Cuando se desechan de forma inadecuada, las colillas se descomponen por la acción de la luz solar y de la humedad ayudando a desprender esos microplásticos, metales pesados y muchas otras sustancias químicas impactando en la calidad de los ecosistemas.

Las colillas son el residuo más desechado de todo el mundo **sumando anualmente cerca de 766,6 millones de kilogramos de basura tóxica**. Asimismo, son el residuo más común en las playas aumentando la susceptibilidad de los ecosistemas marinos a las descargas de microplástico.

Cuando se ingieren, las sustancias químicas nocivas de los micro plásticos ocasionan la mortandad a largo plazo de la vida marina, como la de las aves, la de los peces, la de los mamíferos, la de las plantas y la de los reptiles.

Posteriormente, **estas sustancias tóxicas entran en la cadena alimenticia y conllevan graves impactos en la salud de las personas** como cambios genéticos, los daños cerebrales y afectaciones en la velocidad de la respiración, entre otras.

//Noticias ONU//