

ADCUSPPYMA

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

Nº. -58-NOVIEMBRE/DICIEMBRE - 2023 = Nº. DL.T 494-2014 (Es) ISSN2604 – 1049



SANIDAD



NATURALEZA Y MEDIO AMBIENTE



EUROPEAN
DATA JOURNALISM
NETWORK
EUROPE EXPLAINED THROUGH DATA

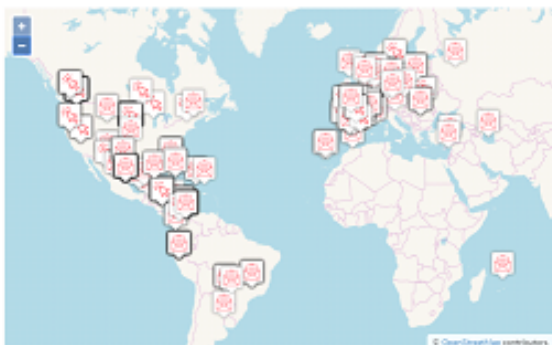
UNIÓN EUROPEA Y DERECHOS HUMANOS



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/

<http://www.adsyme.adcusppyma.es/>

<http://www.adcusppyma.es/>

revistaadcusppyma@gmail.com

adcusppyma@adcusppyma.es

aduspyma@tinet.cat

MÓVIL: 616718313

ISSN 2604 – 1049--- N°. DL.T 494-2014 (Es)

Consecutivo No. 901-2017 (Co)

Periodicidad: BIMENSUAL

TEF/FAX: 34+977550030

N°. DL.T 494-2014 (Es) ISSN2604 - 1049

CANAL ADSYME

<https://www.youtube.com/channel/UCi0mYUiGgJ>

IVKIJXO2DPsDA

DIRECCIÓN Y MONTAGE DE LA REVISTA

FRANCISCO OLIVA MARTINEZ

INFORMÁTICO: 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

PRUEBAS MÉDICAS Y ANALISIS

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.- Diplomado en Medicina Homeopática /

CALABAZA



La calabaza es el fruto en baya de la calabacera y pertenece a la familia de las Cucurbitáceas.

ORIGEN Y VARIEDADES

Algunas fuentes afirman que su origen está en América, parece ser que la calabaza es una hortaliza originaria de Asia Meridional. Numerosos autores antiguos citan a la calabaza en sus escritos y se sabe que su cultivo ya se producía entre los hebreos y egipcios.

Su consumo se extendió desde Asia hasta América Central y, a partir de allí, llegó tanto al sur como al norte de este continente. Sin embargo, no fue hasta el siglo XV cuando los españoles introdujeron la calabaza en Europa, donde se propagó en mayor medida por los países de clima más cálido.

En la actualidad, la calabaza se cultiva en terrenos cálidos y húmedos de todo el mundo.

Las principales variedades de calabaza son la de verano y la de invierno.

Calabaza de verano: variedad de piel clara y fina y semillas blandas. Tiene un periodo corto de conservación. Dentro de esta variedad se encuentra la calabaza bonetera (de color blanco, verde o

amarillo), la calabaza espagueti (de color amarillo) y la calabaza rondín (variedad de piel naranja y carne blanquecina).

Calabaza de invierno: variedad más dulce, pero más seca que la de verano, con menor contenido de agua y piel más gruesa. Se conserva durante más tiempo que la de verano gracias al grosor de su piel. Dentro de este grupo se encuentra la calabaza banana, la de cidra o zapallo (de pulpa gelatinosa e intenso color amarillo) y la confitera o de cabello de ángel (de forma y color variable), a partir de la cual se obtiene el cabello de ángel, utilizado como relleno en diversos productos de pastelería.

La calabaza del peregrino o calabaza del vinatero es una variedad con forma de botella estrangulada que una vez seca puede utilizarse como recipiente.

Existen también otras variedades de calabaza, aunque menos conocidas, como son la Americana, la Amarilla gruesa de París, la Llena de Nápoles, la Roja de Etampes, la Verde Española, la botonera y la calabacita de Brasil.

PROPIEDADES NUTRITIVAS

El componente principal de la calabaza es el agua, lo que, unido a su bajo contenido en hidratos de carbono y a su casi inapreciable cantidad de grasa, hace que sea un alimento con un escaso aporte calórico.

Es buena fuente de fibra que ofrece valor de saciedad y mejora el tránsito intestinal por la alta presencia de mucílagos. Éstos son un tipo de fibra soluble que tiene la capacidad de suavizar las mucosas del tracto gastrointestinal.

En relación con las vitaminas, la calabaza es rica en beta-caroteno o provitamina A y vitamina C. Presenta cantidades apreciables de folatos y en menor proporción de vitamina E y otras vitaminas del grupo B tales como la B1, B2, B3 y B6.

La vitamina A es esencial para la visión, el buen estado de la piel, el cabello, las mucosas, los huesos y para el buen funcionamiento del sistema inmunológico, además de tener propiedades antioxidantes.

La vitamina C, es un importante antioxidante, sobre todo para la prevención de cataratas, algunos tipos de cáncer y otras enfermedades degenerativas. Es importante tener en cuenta que una parte considerable de la vitamina C puede perderse en el proceso de cocción.

Los folatos participan en la producción de glóbulos rojos y blancos, en la síntesis de material genético y en la formación de anticuerpos del sistema inmunológico.

En cuanto a su riqueza mineral, la calabaza es un alimento rico en potasio. También contiene otros minerales como fósforo y magnesio, pero en menores cantidades. El potasio es un mineral necesario para la transmisión y generación del impulso nervioso y para la actividad muscular normal, además de intervenir en el equilibrio de agua dentro y fuera de la célula.

El fósforo, al igual que el magnesio, juega un papel importante en la formación de huesos y dientes, pero este último además se relaciona con el funcionamiento del intestino, nervios y músculos, mejora la inmunidad y posee un suave efecto laxante.

La calabaza presenta calcio y una pequeña cantidad de hierro, pero dichos minerales apenas se asimilan en nuestro cuerpo en comparación con los procedentes de alimentos de origen animal.

Composición por 100 gramos de porción comestible

Energía (Kcal)	32
Agua (ml)	89,4
Hidratos carbono (g)	5,6

Fibra (g)	2,4
Potasio (mg)	304
Magnesio (mg)	10
Calcio(mcg)	18
Vitamina A (mcg)	34
Folatos (mcg)	25
Vitamina C (mg)	12

CARDO



Cardo es el nombre común de varias plantas de la familia de las Asteráceas o Compuestas, con más de un millar de géneros y más de 20.000 especies de las que muy pocas son cultivadas.

ORIGEN Y VARIEDADES

En general, las hortalizas de esta familia son originarias de regiones templadas. Por tanto, su crecimiento y desarrollo están adaptados a zonas de temperaturas moderadas. Esta planta crece de forma espontánea en los países de Europa mediterránea y del norte de África, donde se viene utilizando desde tiempos muy antiguos.

En la actualidad, el cultivo de cardo está muy extendido en Europa. Los principales países productores son Italia, Francia y España. En España, la producción de cardo se extiende por la mayoría de las regiones donde se cultiva la alcachofa, es decir, Navarra, Zaragoza, La Rioja, Cataluña y Comunidad Valenciana.

Existen numerosas variedades de cardo que atienden a diversas características:

Cardo de ciclo precoz o tardío.

De talla enana o gigante.

Con pecíolos (tallos) verdes o plateados,

Pecíolos huecos o llenos,

Provistos de espinas o sin ellas

Con hojas casi enteras o muy laminadas.

En general, las variedades más cultivadas en la actualidad son las enanas de pecíolo plateado, llano y sin espinas, o las que ofrecen un tallo mediano, de hojas recortadas y pencas anchas y espesas también sin espinas.

Entre ellas destacan: **Lleno Blanco, Blanco marfil de Asti, Espinoso de Niza, Blanco Mejorado Bergamo, Blanco de Peralta, Verde de Peralta, Lleno Blanco, Lleno de España, Valencia.**

CARACTERÍSTICAS

Forma: la parte de consumo son las pencas o pecíolos, una porción de la nervadura central de las hojas y los tallos tiernos. Las pencas son huecas, estriadas y alargadas y terminan en unas grandes hojas verdosas, más pequeñas y blanquecinas en el interior. Tiene numerosas espinas a lo largo del tallo que dificultan su limpieza.

Tamaño y peso: el cardo adquiere un gran tamaño y puede alcanzar los 2 metros de altura.

Color: las pencas de los cardos silvestres desarrollan un color verde más o menos oscuro. Si proceden de cultivo, se blanquean durante las etapas finales de crecimiento. Para ello se cubre la planta de modo que sólo las hojas reciban luz. Las pencas son de color verde claro con tonalidades rojizas o casi blancas.

Sabor: las pencas blanqueadas son crujientes, tiernas y presentan un sabor delicado, dulce y con reminiscencias amargas. El blanqueado, además de eliminar el color verde, también reduce notablemente el sabor amargo.

PROPIEDADES NUTRITIVAS

El cardo se asemeja en la composición nutritiva a la alcachofa. De su análisis bromatológico se desprende un modesto contenido en hidratos de carbono, constituidos en su mayor parte por inulina, un tipo de fibra soluble, además de un aporte poco significativo de proteínas y grasas.

En general, los elementos nutritivos del cardo no son muy significativos debido sobre todo a la elevada cantidad de agua que contiene.

Respecto a las sales minerales, el cardo sobresale frente a otras verduras por su abundancia en calcio y hierro. Sin embargo, estos minerales, a pesar de su abundancia no se asimilan tanto porque la fibra de la verdura interfiere en la absorción a nivel intestinal. Por ello, las cantidades de estos minerales aportadas por cualquier vegetal no son comparables con las suministradas por los alimentos de origen animal (lácteos, carnes o pescados). Además se puede destacar el potasio, el magnesio y el sodio.

El potasio es un mineral necesario para la transmisión y generación del impulso nervioso y para la actividad muscular normal, además de intervenir en el equilibrio de agua dentro y fuera de la célula. El magnesio se relaciona con el funcionamiento de intestino, nervios y músculos, forma parte de huesos y dientes, mejora la inmunidad y posee un suave efecto laxante. El sodio, es importante en la hidratación del organismo. Es necesario para la transmisión nerviosa y para la contracción muscular.

Su contenido vitamínico es variado, y son los folatos los que destacan, y en menor proporción la vitamina E y C, aunque esta última en cantidades muy pequeñas si se compara con la mayoría de verduras.

Los folatos, intervienen en la producción de glóbulos rojos y blancos, en la síntesis de material genético y formación de anticuerpos del sistema inmunológico.

No obstante, al cardo se le reconocen sus propiedades coleréticas, hepatoprotectoras y diuréticas, entre otras, debido a su contenido en cinarina e inulina, sustancias que también se encuentran en la alcachofa, verduras de su mismo género.

Composición por 100 gramos de porción comestible

Energía (Kcal)	22
Agua (ml)	94
Hidratos carbono (g)	3,5
Fibra (g)	1
Potasio (mg)	392
Magnesio (mg)	32
Calcio (mg)	70
Hierro (mg)	1,5
Sodio (mg)	220
Vitamina C(mcg)	1
Folatos (mcg)	34
Vitamina B3 (mg)	183

mcg = microgramos (millonésima parte de un gramo)

CEBOLLA



La cebolla pertenece al género *Allium*, el más importante de la familia de las Liliáceas, que incluye más de 500 especies.

ORIGEN Y VARIEDADES

El origen de la cebolla no se conoce con exactitud. Algunos autores afirman que procede de Asia Central, otros señalan que son originarias de Asia Occidental y hay quienes opinan que son originarias del norte de África. De lo que sí hay certeza es de que las cebollas eran muy valoradas por los egipcios, al igual que el ajo y el puerro.

Se puede dividir las cebollas en diferentes grupos:

Tipo Babosa: variedad de consistencia tierna, dentro de la que se incluyen distintos tipos como la Babosa temprana (sabor dulce, piel amarillenta y carne blanca), la cebolla de Figueras (color violáceo) y la Coler (variedad muy precoz y de buen tamaño).

Tipo grano de oro: su piel es amarillenta y en algunos casos rojiza. La carne es blanca.

Tipo Liria: variedades de color amarillento y sabor dulce.

También se clasifican según su uso culinario:

Para cocinar: son variedades de bulbo grande. Su sabor varía del suave al fuerte y su color del blanco al rojo. Las más blancas suelen consumirse en ensalada, además de ser utilizadas para la obtención de cebolla deshidratada.

Entre una y otra variedad garantizan la presencia de esta verdura en los mercados a lo largo de todo el año.

Para ensalada: son las conocidas cebolletas de manojo o cebollas dulces, de sabor suave y de gran demanda en Estados Unidos.

Para encurtir: pequeñas, blancas y de sabor picante.

Existe una variedad de cebolla denominada "cebolla morcillera", que se utiliza en la elaboración de morcillas. Es una cebolla de gran tamaño que consigue mejorar la calidad de los productos de charcutería.

CARACTERÍSTICAS

Forma: globosa, esférica o elipsoidal.

Tamaño y peso: su diámetro oscila entre los tres y los diez centímetros. Su peso medio se sitúa entre los 100 y los 250 gramos.

Color: blanco, amarillo, rojo intenso, violáceo o con o sin vetas.

Sabor: en general picante, si bien según la variedad también las hay dulces.

PROPIEDADES NUTRITIVAS

Las cebollas son un alimento con un escaso aporte calórico porque su contenido en agua es de alrededor del 90%. En la composición de las cebollas se ha de tener en cuenta su apreciable aporte de fibra y su contenido mineral y vitamínico, que la convierten en un excelente alimento regulador del organismo.

Las cebollas son una buena fuente de potasio, y presentan cantidades significativas de calcio, hierro, magnesio y fósforo. El calcio vegetal no se asimila tanto comparado con el de los lácteos u otros alimentos que se consideran buena fuente de este mineral. Algo similar ocurre con el hierro, cuya absorción es mucho mayor cuando procede de alimentos de origen animal.

El potasio es un mineral necesario para la transmisión y generación del impulso nervioso y para la actividad muscular normal, además de intervenir en el equilibrio de agua dentro y fuera de la célula. El fósforo, al igual que el magnesio, juega un papel importante en la formación de huesos y dientes, pero este último además se relaciona con el funcionamiento de intestino, nervios y músculos, mejora la inmunidad y posee un suave efecto laxante.

En cuanto a su contenido vitamínico, se pueden destacar las vitaminas del grupo B, como los folatos y las vitaminas B3 y B6. Asimismo, presenta cantidades discretas de vitamina C y E, ambas con efecto antioxidante.

Los folatos intervienen en la producción de glóbulos rojos y blancos, en la síntesis de material genético y en la formación de anticuerpos del sistema inmunológico. La vitamina B3 o niacina interviene en distintas fases del metabolismo y aprovechamiento de los hidratos de carbono, ácidos grasos y aminoácidos entre otras sustancias. La vitamina B6 es esencial para que funcionen bien las enzimas (proteínas que regulan los procesos químicos del cuerpo). También influye en el desarrollo cerebral durante el embarazo y la infancia, al igual que el sistema inmunitario.

La vitamina E, al igual que la C, tiene acción antioxidante, pero ésta última además interviene en la formación de colágeno, glóbulos rojos, huesos y dientes. También favorece la absorción del hierro de los alimentos y aumenta la resistencia frente a las infecciones.

No obstante, las propiedades salutíferas de las cebollas se deben, más que a su composición nutritiva, a su abundancia de antioxidantes, entre ellos los flavonoides y los compuestos azufrados. Estos últimos son sustancias precursoras de compuestos volátiles que son los que aportan a la cebolla ese olor y sabor tan característicos.

Composición por 100 gramos de porción comestible

Energía (Kcal)	26
Agua (ml)	91,8

Hidratos carbono (g)	5,3
Fibra (g)	1,8
Potasio (mg)	162
Magnesio (mg)	4,2
Fósforo (mg)	33
Vitamina B6 (mg)	0,13
Vitamina C (mg)	7
Folatos (mcg)	7

mcg = microgramos (millonésima parte de un gramo)

COLES DE BRUSELAS



Las coles de Bruselas pertenecen a la gran familia de las Crucíferas, en la que aparecen registrados más de 300 géneros y unas 3.000 especies propias de regiones templadas o frías del hemisferio norte.

ORIGEN Y VARIEDADES

La col de Bruselas, también conocida como repollito, es una variedad que se puede calificar como moderna de la Brassica oleracea.

Existen numerosas variedades de coles de Bruselas que atienden a su tamaño, sabor, color y época de recolección.

Según la época de recolección se encuentran los siguientes tipos:

Precoces: se recolectan antes de 150 días tras la siembra. En España se recolectan entre septiembre y noviembre. Un ejemplo de coles de Bruselas de variedad precoz es "Peer Gynt", una col de tamaño medio.

Intermedios: se recogen a los 150 y 180 días. Se recolectan entre noviembre y diciembre. Se pueden incluir algunas variedades como “Welland” y “Citadel”.

Tardíos: se cosechan después de 180 días tras su siembra. Se cosechan entre diciembre y marzo. Algunas de las variedades son “Rampart”, “Fortress” y “Zid Fasolt”.

CARACTERÍSTICAS

Forma: las coles de Bruselas son las yemas a modo de pequeños repollos que se forman a lo largo del tronco de la planta del mismo nombre. Los repollitos están constituidos por un tallo corto y engrosado, que sostiene numerosas hojas pecioladas dispuestas una sobre otra, donde las hojas exteriores cubren y protegen la yema terminal y las hojas más jóvenes. La forma del repollito es ovalada y las hojas lisas.

Tamaño y peso: miden entre 2 y 5 centímetros de diámetro.

Color: su color es verde, aunque también puede ser rojo o morado.

Sabor: poseen un sabor intenso; con un marcado gusto acre o amargo característico y un ligero toque dulzón.

PROPIEDADES NUTRITIVAS

Estas verduras son las que más calorías aportan de su género, a expensas de su mayor contenido en hidratos de carbono y proteínas (de bajo valor biológico). Comparten con el resto de verduras su elevada proporción de agua.

Constituyen la mayor fuente de vitamina C respecto de las verduras de su misma familia. Son una fuente interesante de folatos y vitamina B6, y, en menor proporción, de beta-caroteno y algunas vitaminas del grupo B (B1, B2 y B3). Entre los minerales destaca la presencia de potasio, fósforo y yodo, así como cantidades discretas de zinc, calcio (de pobre absorción), magnesio y sodio.

El contenido de fibra insoluble es elevado, lo que favorece la sensación de saciedad y el tránsito intestinal, con lo que mejora el estreñimiento. Las coles son ricas en ácido cítrico, que potencia la acción beneficiosa de la vitamina C.

Los folatos intervienen en la producción de glóbulos rojos y blancos, en la síntesis de material genético y en la formación de anticuerpos del sistema inmunológico. La vitamina C es reconocida por su acción antioxidante, colabora en la formación de colágeno, huesos, dientes y glóbulos rojos, además de favorecer la resistencia a las infecciones y la absorción de ciertos nutrientes de los alimentos (hierro, ácido fólico y ciertos aminoácidos). La vitamina B6 es esencial para que funcionen bien las enzimas (proteínas que regulan los procesos químicos del cuerpo). También influye en el desarrollo cerebral durante el embarazo y la infancia, al igual que el sistema inmunitario.

El potasio participa en la transmisión y generación del impulso nervioso, en el funcionamiento de la actividad muscular normal, así como en el equilibrio de agua dentro y fuera de la célula.

El fósforo, al igual que el magnesio, juega un papel importante en la formación de huesos y dientes, pero este último además se relaciona con el funcionamiento del intestino, nervios y músculos, mejora la inmunidad y posee un suave efecto laxante.

El yodo es un mineral indispensable para el buen funcionamiento de la glándula tiroides. Ésta produce las hormonas tiroideas, que intervienen en numerosas funciones metabólicas como el mantenimiento de la temperatura y del metabolismo corporal. Asimismo, el yodo es esencial en el crecimiento del feto y en el desarrollo de su cerebro.

Al igual que otras verduras del mismo género, su consumo habitual está justificado por su contenido en fitoquímicos (glucosinolatos, isotiocianatos e indoles). Éstos contribuyen a la prevención de algunas enfermedades degenerativas y a estimular el sistema inmunológico. Muchos de estos compuestos azufrados (dimetilsulfuro, trimetilsulfuro...) son responsables del fuerte aroma que desprende esta verdura durante su cocción. El sabor amargo de las coles de Bruselas se debe a su contenido en goitrina.

Composición por 100 gramos de porción comestible

Energía (Kcal)	35
Agua (ml)	84,4
Hidratos carbono (g)	3,5
Fibra (g)	4,3
Potasio (mg)	411
Magnesio (mg)	23
Fósforo (mg)	77
Yodo (mcg)	10
Zinc (mg)	0,5
Vitamina C (mg)	110
Folatos (mcg)	55,6
Vitamina A (mcg)	13
Vitamina E (mg)	0,9
Vitamina B1 (mg)	0,14
Vitamina B2 (mg)	0,13
Vitamina B3 (mg)	0,69
Vitamina B6 (mg)	0,28

mcg = microgramos (millonésima parte de un gramo)

COLIFLOR



La coliflor es una inflorescencia de forma redondeada, carnosa y de gran tamaño. Pertenecce a la familia de las Crucíferas, que engloba a más de 300 géneros y unas 3.000 especies propias de regiones templadas o frías del hemisferio norte.

ORIGEN Y VARIETADES

La coliflor es una verdura procedente de las regiones del Mediterráneo oriental, en concreto del cercano oriente (Asia Menor, Líbano y Siria). En la Antigüedad no era consumida como alimento. Se utilizaba para tratar algunas enfermedades como el dolor de cabeza o la diarrea. Los romanos fueron los primeros en cultivar la coliflor.

China es el principal productor de coliflor, si bien esta verdura se cultiva en todo el mundo.

Existen numerosas variedades de coliflor que pueden clasificarse en función de diferentes criterios. Si se atiende a su color, se distingue entre coliflores blancas, verdes y moradas.

Coliflor blanca: es la variedad más común. Su color blanco se debe a que los agricultores unen por encima de la mata las hojas verdes que la rodean. Impiden así la entrada del sol e inhiben el desarrollo de la clorofila, pigmento que les confiere su color verde.

Coliflor verde: se permite su exposición al sol y por tanto tiene lugar el desarrollo de la clorofila. Esta variedad es más aromática que la anterior y contiene más vitamina C. Dentro de este grupo se incluye una variedad conocida como "Romanesco", que tiene forma de torrecilla o minarete.

Coliflor morada: variedad caracterizada por la presencia de antocianinas, unos pigmentos con acción antioxidante, responsables de su color violáceo. Sin embargo, su peculiar color desaparece con la cocción y

da lugar a un tono amarillo verdoso. Se puede hacer una segunda clasificación de la coliflor según los requerimientos térmicos para la formación de la pella.

Coliflores tropicales: son capaces de producir pellas de calidad aceptable a temperaturas superiores a los 20º C. Dentro de este grupo, se encuentran la White Baron y la White Corona.

Coliflores vernalizantes: requieren temperaturas más bajas para producir pellas de buena calidad. Son típicas de países del norte de Europa. Dentro de este grupo se encuentra la variedad Walcheren Winter y sus derivados, así como la Gigante de Nápoles.

Coliflores no vernalizantes: capaces de producir pellas de calidad a temperaturas de entre 14 y 20º C. Son propias de regiones templadas. Se conocen en Europa con el nombre de coliflores tardías. Dentro de este grupo se encuentran la coliflor Erfurt, la tipo Snowball, Suprimax y la variedad Matra.

También se clasifican en función de su época de maduración.

De verano: son coliflores compactas. Presentan la ventaja de que no todas maduran a la vez, por lo que las puede encontrar en el mercado desde principio hasta finales de verano.

De otoño: pueden ser coliflores grandes y vigorosas o más pequeñas y compactas.

De invierno: a pesar del nombre que reciben, son variedades que maduran en primavera.

Existe un tipo de coliflor llamada "minicoliflor" que se destina sobre todo a la alta gastronomía debido a su elevado precio.

CARACTERÍSTICAS

Forma: consta de una parte redonda y blanca denominada masa y una cubierta exterior de hojas.

Tamaño y peso: presenta un diámetro de hasta 30 centímetros. Un buen ejemplar puede llegar a pesar más de 2 kilogramos.

Color: la masa puede ser de color blanco, verde o violeta, según la variedad a la que pertenezca. Sus hojas son de color verde más o menos intenso.

Sabor: posee un sabor suave, en ocasiones con un toque dulzón.

PROPIEDADES NUTRITIVAS

El principal componente de la coliflor es el agua, lo que, acompañado del bajo contenido que presenta tanto de hidratos de carbono y proteínas como de grasas, la convierte en un alimento de escaso aporte calórico. Se considera buena fuente de fibra, así como de vitaminas y minerales. En relación con las vitaminas destaca la presencia de vitamina C y folatos. También contiene otras vitaminas del grupo B, como la B1, B2, B3 y B6 pero en menores cantidades.

La vitamina C tiene acción antioxidante, interviene en la formación de colágeno, huesos, dientes y glóbulos rojos, además de favorecer la absorción del hierro de los alimentos y mejorar las defensas frente a las infecciones.

Los folatos participan en la producción de glóbulos rojos y blancos, en la síntesis de material genético y en la formación de anticuerpos del sistema inmunológico. La vitamina B1 actúa en el metabolismo de los hidratos de carbono. Por ello, los requerimientos de esta vitamina dependen, en parte, del contenido en hidratos de carbono de la dieta diaria. Su deficiencia se puede relacionar con alteraciones neurológicas o psíquicas (cansancio, pérdida de concentración, irritabilidad o depresión).

La vitamina B2 o riboflavina se relaciona con la producción de anticuerpos y de glóbulos rojos y ayuda en la producción de energía y en el mantenimiento del tejido epitelial de las mucosas.

La vitamina B3 o niacina colabora en el funcionamiento de los sistemas digestivo y nervioso, el buen estado de la piel y en la conversión de los alimentos en energía, mientras que la B6 participa en el metabolismo celular y en el funcionamiento del sistema inmunológico.

En cuanto a su contenido en minerales, se considera a la coliflor un alimento rico en potasio y fósforo. También contiene, en cantidades discretas, hierro, magnesio y calcio. Éste último es de peor aprovechamiento que el que procede de los lácteos u otros alimentos que son fuente importante de este mineral, al igual que ocurre con el hierro, cuya absorción es mucho mayor cuando procede de alimentos de origen animal.

El potasio es un mineral necesario para la transmisión y generación del impulso nervioso y para la actividad muscular normal. Además, interviene en el equilibrio de agua dentro y fuera de la célula. El magnesio juega un papel importante en la formación de huesos y dientes, se relaciona con el funcionamiento de intestino, nervios y músculos. Además, mejora la inmunidad y posee un suave efecto laxante. El fósforo, al igual que el magnesio, juega un papel importante en la formación de huesos y dientes.

Al igual que otras verduras del mismo género Brassica, el consumo de coliflor se aconseja por su alto contenido en elementos fitoquímicos (glucosinolatos, isotiocianatos e indoles). Estos contribuyen a la prevención de algunas enfermedades degenerativas y a estimular el sistema inmunológico por su carácter antioxidante. Muchos de estos compuestos azufrados (dimetilsulfuro, trimetilsulfuro...) son responsables del fuerte aroma que desprende esta verdura durante su cocción.

Composición por 100 gramos de porción comestible

Energía (Kcal)	18
Agua (ml)	92,5
Hidratos carbono (g)	2,1
Fibra (g)	2,3
Potasio (mg)	193
Calcio(mg)	22
Fósforo(mcg)	35
Magnesio	12
Folatos (mcg)	64
Vitamina C (mg)	47
Vitamina B6 (mg)	0,12

ENDIBIAS



La endibia es una hortaliza que pertenece a la familia de las Asteráceas (Compuestas), en la que se incluyen a más de 1000 géneros y 20.000 especies de las que muy pocas son cultivadas.

ORIGEN Y VARIEDADES

Se cree que la endibia es originaria del Mediterráneo, ya que era consumida por egipcios y más tarde por griegos y romanos. Durante mucho tiempo fueron consumidas las formas silvestres.

Las endibias pueden clasificarse en función del sistema de cultivo que se utilice. De este modo distinguimos dos variedades:

Endibias forzadas: durante los meses de invierno producen cogollos a partir de raíces que se mantienen en la oscuridad. Son compactas y de forma alargada. Dentro de este grupo se incluye: la endibia de Bruselas, la Normato, la Pax y la Witloof.

Endibias no forzadas: se recolectan en los meses de otoño. No necesitan blanquearse. Dentro de ellas se pueden encontrar variedades como la endibia Sugar Loaf y la Cristal Head.

Existe una variedad de endibia de color rojo que se obtiene de un cruce entre la achicoria y el radicchio o achicoria roja, que es la que aporta ese característico tono rojizo. Sin embargo, el color rojo de esta variedad desaparece con la cocción.

CARACTERÍSTICAS

Forma: puntiaguda y cilíndrica.

Tamaño y peso: mide de 8 a 9 centímetros de largo y tiene en torno a 3 centímetros de diámetro.

Color: son de un tono blanquecino que se convierte en amarillento en las puntas de las hojas.

Sabor: un ligero toque amargo y refrescante.

PROPIEDADES NUTRITIVAS

La composición y las propiedades de las endibias son muy similares a las de la achicoria. Su principal componente es el agua y su contenido en hidratos de carbono, proteínas y grasas es muy bajo, mientras que presenta una cantidad interesante de fibra.

Todas estas características convierten a la endibia en un alimento con un bajo aporte calórico. Destacan las siguientes vitaminas: folatos y provitamina, C y E.

Los folatos intervienen en la producción de glóbulos rojos y blancos, en la síntesis de material genético y en la formación de anticuerpos del sistema inmunológico.

La provitamina A de las endibias se transforma en vitamina A conforme el cuerpo lo necesita. Dicha vitamina, también denominada retinol, es esencial para la visión, el buen estado de la piel, los tejidos y para el buen funcionamiento de nuestro sistema de defensas. La vitamina C, al igual que la provitamina A, tiene acción antioxidante, interviene en la formación de colágeno, huesos, dientes y glóbulos rojos, además de favorecer la absorción del hierro de los alimentos y mejorar las defensas frente a las infecciones. La vitamina E interviene en la estabilidad de las células sanguíneas y en la fertilidad. Además, posee acción antioxidante.

En cuanto a los minerales, las endibias son buen fuente de potasio, y en menor proporción de calcio, fósforo y yodo, y hierro.

El potasio es un mineral necesario para la transmisión y generación del impulso nervioso y para la actividad muscular normal, además de intervenir en el equilibrio de agua dentro y fuera de la célula. El fósforo juega un papel importante en la formación de huesos y dientes y participa en los procesos de obtención de energía. El calcio vegetal no se asimila apenas en relación con el de los lácteos u otros alimentos que son buena fuente de este mineral. Algo similar ocurre con el hierro, cuya absorción es mucho mayor cuando procede de alimentos de origen animal. El yodo es un mineral indispensable para el buen funcionamiento de la glándula tiroides que produce las hormonas tiroideas, participantes en numerosas funciones metabólicas, como el mantenimiento de la temperatura y del metabolismo corporal. Asimismo, el yodo es esencial en el crecimiento del feto y en el desarrollo de su cerebro.

Generalmente las endibias se consumen en forma cruda (ensalada) por lo que se evitan las pérdidas de nutrientes durante el cocinado.

Composición por 100 gramos de porción comestible

Energía (Kcal)	9
Agua (ml)	93,8
Proteínas (ml)	1,1
Hidratos de carbono (g)	0,7
Fibra (g)	1,9
Potasio (mg)	205
Yodo (mcg)	5,9

Calcio (mg)	39
Fósforo (mg)	33
Magnesio (mg)	8
Vitamina A (mcg)	17
Folatos (mcg)	115
Vitamina C (mg)	10

ESCAROLA



La escarola es una verdura que pertenece a la familia de las Asteráceas (Compuestas) con más de un millar de géneros y más de 20.000 especies. De ellas se cultivan muy pocas..

ORIGEN Y VARIEDADES

No se ha podido demostrar si las variedades de cultivo de esta especie proceden del sur de Asia o del Mediterráneo porque se han cultivado en ambas áreas durante siglos.

Fue conocida y consumida por los antiguos egipcios, griegos y romanos. Como ocurrió con numerosas verduras y hortalizas, la escarola tuvo en un principio un uso más medicinal que culinario. No obstante, en la literatura egipcia hay referencias al consumo cocido y crudo en ensalada de esta verdura.

Escarola lisa (*Cichorium endivia* L. var. *latifolium*.): conocida también como escarola de hojas enteras. Éstas son anchas, casi lisas, de borde algo ondulado. Es parecida a la lechuga y se puede encontrar sobre todo en los meses de invierno. Algunas variedades son: Stratego, Gigante hortelana, Agora, Brevo, Salanca.

Escarola rizada (*Cichorium endivia* L. var. *crispum*.): se le llama achicoria rizada, escarola crispa o rizada, en alusión a sus hojas angostas, crespas, partidas en estrechos y retorcidos segmentos y bordes fuertemente dentados. Las más representativas: Oxiale, Wallonne, Frida, Priscilla, Tosca, Cabello de Ángel, etc.

Unas u otras variedades se distinguen por su hoja ancha o rizada, por la rapidez de crecimiento, cogollo más o menos voluminoso y compacto.

CARACTERÍSTICAS

Forma: el órgano de consumo en esta especie corresponde a la roseta, formada por 50 o más hojas lisas o rizadas (sobre todo las variedades de invierno), unidas a una nervadura central blanca.

Tamaño y peso: las más voluminosas pueden alcanzar hasta los cincuenta centímetros de diámetro.

Color: el color de la verdura es variable y va desde el verde oscuro hasta el amarillo. Las hojas externas son más oscuras y las del interior amarillas o blancas.

Sabor: vegetal, agradable, con un sabor característico dulce-amargo.

PROPIEDADES NUTRITIVAS

Cuando se habla de la escarola se hace referencia a una verdura que comparte con el resto de vegetales su bajo contenido energético, dado su escaso contenido en nutrientes energéticos (hidratos de carbono, proteínas y grasas).

El agua es el elemento que predomina en la composición. En ella están disueltas pequeñas cantidades de vitaminas hidrosolubles (B1, B2, C, folatos -es la verdura más rica en esta vitamina, con diferencia sobre el resto-) y en menor proporción beta-caroteno (provitamina A), así como minerales como el calcio, el magnesio, el hierro y el potasio, éste último el más abundante.

Por otra parte, las hojas de la escarola contienen intibina, compuesto responsable de su sabor amargo, además estimula el apetito, favorece la digestión y aumenta la actividad de la vesícula biliar.

Los folatos intervienen en la producción de glóbulos rojos y blancos, en la síntesis de material genético y en la formación anticuerpos del sistema inmunológico.

El beta-caroteno es un pigmento natural que confiere el color amarillo-anaranjado-rojizo a los vegetales y que el organismo transforma en vitamina A en función de sus necesidades. En el caso de la escarola, el beta-caroteno está enmascarado por la clorofila, pigmento más abundante. La vitamina A es esencial para la visión, el buen estado de la piel, el cabello, las mucosas, los huesos y para el buen funcionamiento del sistema inmunológico, además de tener propiedades antioxidantes. También participa en la elaboración de enzimas en el hígado y de hormonas sexuales y suprarrenales.

La vitamina C tiene acción antioxidante, interviene en la formación de colágeno, huesos, dientes y glóbulos rojos, además de favorecer la absorción de ciertos nutrientes de los alimentos (hierro, ácido fólico y ciertos aminoácidos) y mejorar la resistencia frente a las infecciones.

La vitamina B1 actúa en el metabolismo de los hidratos de carbono. Por ello, los requerimientos de esta vitamina dependen, en parte, del contenido en hidratos de carbono de la dieta diaria. La vitamina B2 se relaciona con la producción de anticuerpos y de glóbulos rojos y ayuda en la producción de energía y en el mantenimiento del tejido epitelial de las mucosas.

El potasio es un mineral necesario para la transmisión y generación del impulso nervioso y para la actividad muscular normal. Participa además en el equilibrio acuoso dentro y fuera de la célula. El magnesio se relaciona con el funcionamiento de intestino, nervios y músculos, forma parte de huesos y dientes, mejora la inmunidad y posee un suave efecto laxante.

El calcio y el hierro presentes en la escarola a pesar de su abundancia, no se asimilan tanto porque la fibra de la verdura interfiere en la absorción a nivel intestinal. Por ello, las cantidades de estos minerales aportadas por cualquier vegetal no son comparables con las de los alimentos de origen animal (lácteos, carnes o pescados).

Composición por 100 gramos de porción comestible

Energía (Kcal)	12
Agua (ml)	93,8
Hidratos carbono (g)	1
Fibra (g)	2,6
Potasio (mg)	327
Magnesio (mg)	13
Hierro (mg)	1
Calcio (mg)	55
Provitamina A (mcg)	73
Folatos (mcg)	110
Vitamina C (mg)	10
Vitamina B1 (mg)	0,06
Vitamina B2 (mg)	0,09

ESPÁRRAGOS



Los espárragos son tallos jóvenes y tiernos de la esparraguera, planta herbácea de la familia de las Liliáceas que alcanza hasta metro y medio de altura.

ORIGEN Y VARIEDADES

El espárrago es nativo del Mediterráneo. Su origen se sitúa cerca de los ríos Tigris y Eúfrates. Egipcios y griegos ya los consumían y los utilizaban como ofrenda para sus dioses. Sin embargo, fue en la época romana cuando su consumo se popularizó, por sus excelentes cualidades organolépticas y sus propiedades terapéuticas. Los romanos introdujeron el espárrago en España, pero con el declive del imperio romano el consumo de este vegetal descendió de manera notable. Hacia el año 1.300 los espárragos volvieron a adquirir popularidad gracias a sus supuestas cualidades medicinales.

Existen dos variedades principales de espárrago, el blanco y el verde.

Espárrago blanco: crece bajo tierra, por lo que, al no recibir la luz solar, no desarrolla la clorofila, pigmento responsable del color verde de los vegetales. Dentro de este grupo, destacan: la "Argentevil", variedad gruesa y firme, y "Darbonne", que son espárragos gruesos de alta productividad.

Espárrago verde: también llamado espárrago negro, amargo o triguero. Crece en contacto con la luz del sol. Por lo tanto, la clorofila se desarrolla y aporta a esta variedad su color verde. Estos espárragos son muy apreciados por su sabor y por la época en la que están disponibles en el mercado, que transcurre entre los meses de noviembre y marzo.

En función de su calibre también se clasifican en:

Extra grueso: su grosor varía entre los 14 y 19 milímetros.

Grueso: de 11 a 14 milímetros de grosor.

Medio: de 9 a 11 milímetros de grosor.

Delgado: su calibre es de menos de 9 milímetros.

Además, se distinguen categorías de espárragos según otros parámetros: turbidez, color o uniformidad. De este modo los espárragos se clasifican en categoría Extra, Primera y Segunda.

CARACTERÍSTICAS

Forma: su forma es alargada, con pequeñas hojas en la punta en forma de escamas..

Tamaño: mide entre 20 y 40 centímetros de largo. El calibre y peso dependen de la categoría a la que pertenezcan.

Color: son blancos o verdes, aunque en algunos casos presentan tonalidades violetas o rosadas.

Sabor: muy suave, con un ligero toque amargo a veces imperceptible.

PROPIEDADES NUTRITIVAS

Los espárragos frescos están constituidos sobre todo por agua. Su contenido en azúcares y en grasas es muy bajo, mientras que son una de las hortalizas más ricas proteínas. Además, contienen un alto contenido en fibra.

En relación con su contenido vitamínico, destaca la presencia de folatos, provitamina A (beta-caroteno) y de las vitaminas C y E. A excepción de los folatos, el resto cumplen una importante acción antioxidante. También están presentes otras vitaminas del grupo B como la B1, B2, B3 y B6.

Los folatos intervienen en la producción de glóbulos rojos y blancos, en la síntesis de material genético y la formación de anticuerpos del sistema inmunológico. La vitamina C participa en la formación de colágeno, glóbulos rojos, huesos y dientes, al tiempo que favorece la absorción de hierro de los alimentos y aumenta la resistencia frente a las infecciones.

La vitamina E colabora en la estabilidad de las células sanguíneas y en la fertilidad. El beta-caroteno es un pigmento que el organismo transforma en vitamina A según sus necesidades. La vitamina A es esencial para

la visión, el buen estado de la piel, el cabello, las mucosas, los huesos y para el buen funcionamiento del sistema inmunológico.

La vitamina B1 interviene en el metabolismo de los hidratos de carbono. Por ello, los requerimientos de esta vitamina dependen, en parte, del contenido en hidratos de carbono de la dieta. Su deficiencia se relaciona con alteraciones neurológicas o psíquicas (cansancio, pérdida de concentración, irritabilidad o depresión). La vitamina B2 se relaciona con la producción de anticuerpos y de glóbulos rojos y ayuda en la producción de energía y en el mantenimiento del tejido epitelial de las mucosas. La vitamina B3 facilita el funcionamiento del sistema digestivo, el buen estado de la piel, el sistema nervioso y la conversión de los alimentos en energía... La vitamina B6 participa en el metabolismo celular y en el funcionamiento del sistema inmunológico.

En cuanto a minerales, los espárragos presentan cantidades importantes de potasio, hierro, fósforo y yodo, además de calcio y magnesio, aunque en menor proporción.

El fósforo juega un papel importante en la formación de huesos y dientes, al igual que el calcio. Sin embargo, este último no se asimila apenas en relación con los lácteos u otros alimentos que son buena fuente de este mineral. Algo similar ocurre con el hierro, cuya absorción es mucho mayor cuando procede de alimentos de origen animal.

El yodo es indispensable para el buen funcionamiento de la glándula tiroides que regula el metabolismo

El magnesio se relaciona con el funcionamiento de intestino, nervios y músculos. Además forma parte de huesos y dientes, mejora la inmunidad y posee un suave efecto laxante.

Los espárragos blancos contienen menor cantidad de vitaminas que los verdes, sobre todo si se toma como referencia su aporte de folatos y de vitamina C. También poseen menos asparagina, sustancia que forma parte de su aceite esencial volátil y responsable de su particular sabor.

Por otra parte, los espárragos en conserva contienen menos minerales debido al tratamiento que sufren para su procesado, salvo de sodio, ya que se añade sal (cloruro sódico) como conservante.

Composición por 100 gramos de porción comestible

	Espárrago Verde	Espárrago Blanco
Energía (Kcal)	25	24
Agua(ml)	92,8	93,4
Proteínas (ml)	2,9	1,9
Hidratos de carbono (g)	2	3,4
Fibra (g)	1,7	1
Potasio (mg)	207	160
Sodio (mg)	3	2
Fósforo(mg)	59	43
Magnesio (mg)	12,5	15
Vitamina A (mcg)	53	65
Folatos (mcg)	113	30
Vitamina C (mg)	21,6	15

INFORMACIÓN SANITARIA



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

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

COVID19 RESFRIADOS ALERGIAS Y LA GRIPE: ¿CUÁLES SON LAS DIFERENCIAS?

La COVID-19, el resfriado común, las alergias estacionales y la gripe tienen varios síntomas similares.

Si tienes síntomas de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), es importante que te comuniques con tu médico de inmediato para que te dé asesoramiento médico. Sin embargo, la COVID-19, el resfriado común, las alergias estacionales y la gripe (influenza) causan síntomas similares. Entonces, ¿cómo puedes saber si tienes la COVID-19?.

¿Qué es la COVID-19, cómo se trasmite y cómo se trata?

La COVID-19 es una enfermedad respiratoria contagiosa causada por la infección con el coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2. Suele contagiarse entre personas que están en contacto cercano. El virus se contagia a través de gotitas respiratorias que se liberan cuando alguien respira, tose, estornuda, habla o canta. Estas gotitas pueden inhalarse o caer en la boca o en la nariz de una persona que está cerca. El virus también se contagia si tocas una superficie o un objeto donde se encuentra el virus y, luego, te llevas la mano a la boca, la nariz o los ojos. Sin embargo, este riesgo es bajo.

Los síntomas más frecuentes de la COVID-19 son fiebre, tos y cansancio. No obstante, existen muchos otros signos y síntomas posibles.

Por el momento, se ha aprobado para el tratamiento de la COVID-19 un único medicamento antiviral que contiene remdesivir. Hay otros medicamentos que pueden disminuir la gravedad de la COVID-19.

¿Cuál es la diferencia entre la COVID-19 y el resfriado común?

Tanto la COVID-19 y el resfriado común son causados por virus. La COVID-19 se produce a causa del coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2, mientras que el resfriado, por lo general, se debe a rinovirus. Todos estos virus se diseminan de manera similar y provocan muchos síntomas iguales. Sin embargo, existen algunas diferencias.

Comprobación de síntomas: ¿Es COVID-19 o un resfriado?

Síntoma	COVID-19	Resfriado
Dolor de cabeza	Normalmente	Raramente

Comprobación de síntomas: ¿Es COVID-19 o un resfriado?

Tos	Normalmente (seca)	Normalmente
Dolores musculares	Normalmente	A veces
Cansancio	Normalmente	A veces
Estornudos	Raramente	Normalmente
Dolor de garganta	Normalmente	Normalmente
Congestión o goteo nasal	Normalmente	Normalmente
Fiebre	Normalmente	A veces
Diarrea	A veces	Nunca
Náuseas o vómitos	A veces	Nunca
Pérdida reciente del sentido del gusto o del olfato	Normalmente (de forma temprana, a menudo con congestión nasal)	A veces (especialmente sin congestión nasal)

Los síntomas de la COVID-19 generalmente comienzan de 2 a 14 días después de la exposición al coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2. Sin embargo, los síntomas de un resfriado común suelen aparecer de 1 a 3 días después de la exposición a un virus que causa resfriado.

No hay cura para el resfriado común. Es posible que el tratamiento incluya analgésicos y remedios para tratar el resfriado que están disponibles sin receta médica, como los descongestionantes. A diferencia de la COVID-19, un resfriado suele ser inofensivo. La mayoría de las personas se recupera de un resfriado en un plazo de 3 a 10 días. Sin embargo, algunos resfriados pueden durar de dos a tres semanas.

¿Cuál es la diferencia entre la COVID-19 y las alergias estacionales?

A diferencia de la COVID-19, la causa de las alergias estacionales no es un virus. Las alergias estacionales son respuestas del sistema inmunitario desencadenadas por la exposición a alérgenos, como el polen estacional de los árboles o de la hierba.

La COVID-19 y las alergias estacionales provocan muchos síntomas similares. Sin embargo, existen algunas diferencias.

Comprobación de síntomas: ¿Es COVID-19 o una alergia estacional?

Síntoma	COVID-19	Alergia
Dolor de cabeza	Normalmente	Raramente
Tos	Normalmente (seca)	A veces
Fiebre	Normalmente	Nunca
Dolores musculares	Normalmente	Nunca
Cansancio	Normalmente	A veces
Picazón en la nariz, en los ojos, en la boca o en el oído interno	Nunca	Normalmente
Estornudos	Raramente	Normalmente
Dolor de garganta	Normalmente	Raramente
Congestión o goteo nasal	Normalmente	Normalmente
Conjuntivitis	A veces	A veces
Náuseas o vómitos	A veces	Nunca
Diarrea	A veces	Nunca
Pérdida reciente del sentido del gusto o olfato	Normalmente (de forma temprana, a menudo sin congestión ni goteo nasal)	A veces

La COVID-19 puede provocar falta de aire o dificultad para respirar. Sin embargo, las alergias estacionales no suelen causar estos síntomas, a menos que la persona tenga una afección respiratoria, como asma, que pueda desencadenarse por una exposición al polen.

El tratamiento de las alergias estacionales puede consistir en usar antihistamínicos de venta libre o con receta médica, sprays nasales de esteroides o descongestionantes y en evitar la exposición a los alérgenos, siempre y cuando sea posible. Las alergias estacionales pueden durar varias semanas.

¿Cuál es la diferencia entre la COVID-19 y la influenza (gripe)?

Tanto la COVID-19 como la gripe son enfermedades respiratorias contagiosas causadas por virus. La causa de la COVID-19 es el coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2. La causa de la gripe son los virus de la influenza A y B. Todos estos virus se diseminan de manera similar.

La COVID-19 y la gripe causan síntomas similares. Las enfermedades también pueden ser asintomáticas, causar síntomas leves o causar síntomas graves. Por estas semejanzas, es posible que se te hagan pruebas para saber si tienes la COVID-19 o la gripe. También puedes tener las dos enfermedades al mismo tiempo. Sin embargo, existen algunas diferencias.

Comprobación de síntomas: ¿Es COVID-19 o gripe?

Síntoma	COVID-19	Gripe
Dolor de cabeza	Normalmente	Normalmente
Tos	Normalmente (seca)	Normalmente
Dolores musculares	Normalmente	Normalmente
Cansancio	Normalmente	Normalmente
Dolor de garganta	Normalmente	Normalmente
Congestión o goteo nasal	Normalmente	Normalmente
Fiebre	Normalmente	Normalmente
Náuseas o vómitos	A veces	A veces (más común en los niños)
Diarrea	A veces	A veces (más común en los niños)
Falta de aire o dificultad para respirar	Normalmente	Normalmente
Pérdida reciente del sentido del gusto o del olfato	Normalmente (de forma temprana, a menudo sin congestión ni goteo nasal)	Raramente

Los síntomas de la COVID-19 generalmente aparecen de 2 a 14 días después de la exposición al coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2. Los síntomas de la gripe suelen aparecer de 1 a 4 días después de la exposición al virus que causa esta enfermedad.

En comparación con la gripe, la COVID-19 puede provocar formas más graves de la enfermedad en algunas personas. Además, con la COVID-19 pueden surgir complicaciones diferentes a las de la gripe, como coágulos de sangre, afecciones posteriores a la enfermedad y síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico.

Hay un solo tratamiento antiviral para la COVID-19. Sin embargo, hay varios medicamentos antivirales que se pueden usar para tratar la gripe. Además, puedes recibir una vacuna anual contra la gripe para disminuir el riesgo de contraer esta enfermedad. La vacuna contra la gripe también puede hacer que la enfermedad sea menos grave y, por lo tanto, reducir el riesgo de complicaciones. La vacuna se puede administrar en forma de inyección o de espray nasal. En el caso de la COVID-19, puedes vacunarte contra la enfermedad para reducir el riesgo de contraerla.

¿Cómo puedes evitar contraer la COVID-19, un resfriado, y la gripe?

Vacúnate contra la COVID-19. Las vacunas contra la COVID-19 reducen el riesgo de contagiarte de la enfermedad y diseminar el virus de la COVID-19. Vacúnate también contra la gripe. Recibir una vacuna

contra la gripe todos los años reduce el riesgo de contagiarse de la enfermedad. Se puede administrar con una inyección o con un spray nasal. La vacuna contra la gripe también reduce la probabilidad de padecer un caso grave de gripe, además de reducir el riesgo de complicaciones.

Puedes reducir el riesgo de contagiarte de la COVID-19 si te mantienes al día con las vacunas contra esta enfermedad y sus refuerzos. La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) autorizó el uso de emergencia de varias vacunas para personas a partir de los 6 meses de edad. La Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos aprobó el uso de dos de esas vacunas para personas a partir de los 12 años.

Puedes reducir el riesgo de infección por virus que causan el resfriado común, la gripe y la COVID-19 tomando algunas medidas estándar de seguridad. Las investigaciones sugieren que seguir estas medidas, como el distanciamiento físico y el uso de mascarilla, podría haber ayudado a acortar la duración de la temporada de gripe y a disminuir el número de personas afectadas en la temporada 2019-2020 de esta enfermedad.

Sigue estas precauciones estándar:

- Vacúnate contra la gripe y la COVID-19.
- Evita el contacto cercano con cualquier persona que esté enferma o tenga síntomas.
- Mantén distancia con los demás cuando estés en espacios públicos cerrados. Esto es especialmente importante si corres un mayor riesgo de presentar un cuadro grave de la enfermedad. Ten en cuenta algunas personas pueden tener la COVID-19 y diseminar el virus a otras, aunque no tengan síntomas ni sepan que tienen la enfermedad.
- Usa una mascarilla en espacios públicos cerrados si te encuentras en un área donde hay una gran cantidad de personas hospitalizadas por la COVID-19 y nuevos casos de la COVID-19, incluso si estás vacunado. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades recomiendan usar de forma habitual una mascarilla que brinde la mayor protección posible, se ajuste bien y sea cómoda de forma habitual.
- Lávate las manos a menudo con agua y jabón durante 20 segundos como mínimo o usa un desinfectante para manos que contenga al menos un 60 % de alcohol.
- Evita los espacios cerrados donde haya multitudes y los lugares cerrados que no tengan buena ventilación.
- Mejora la circulación de aire en los espacios cerrados. Abre las ventanas. Enciende los ventiladores para que el aire salga por las ventanas. Si no es posible abrir las ventanas, considera la posibilidad de usar filtros de aire. Además, enciende los extractores en el baño y la cocina. Podrías considerar también la posibilidad de usar un filtro de aire portátil.
- Cúbrete la boca y la nariz con la parte interna del codo o un pañuelo desechable cuando tosas o estornudes. Desecha en la basura el pañuelo que usaste. Lávate las manos de inmediato.
- Evita tocarte los ojos, la nariz y la boca.
- Si estás enfermo, evita compartir platos, vasos, toallas, ropa de cama y otros artículos de la casa.
- Limpia y desinfecta regularmente las superficies que se tocan con frecuencia, como los pomos de las puertas, los interruptores de la luz, los dispositivos electrónicos y las encimeras.
- Quédate en casa en aislamiento y no vayas al trabajo, a la escuela ni a lugares públicos si estás enfermo, a no ser que vayas para recibir atención médica. Evita el transporte público, los taxis y los viajes compartidos si estás enfermo.

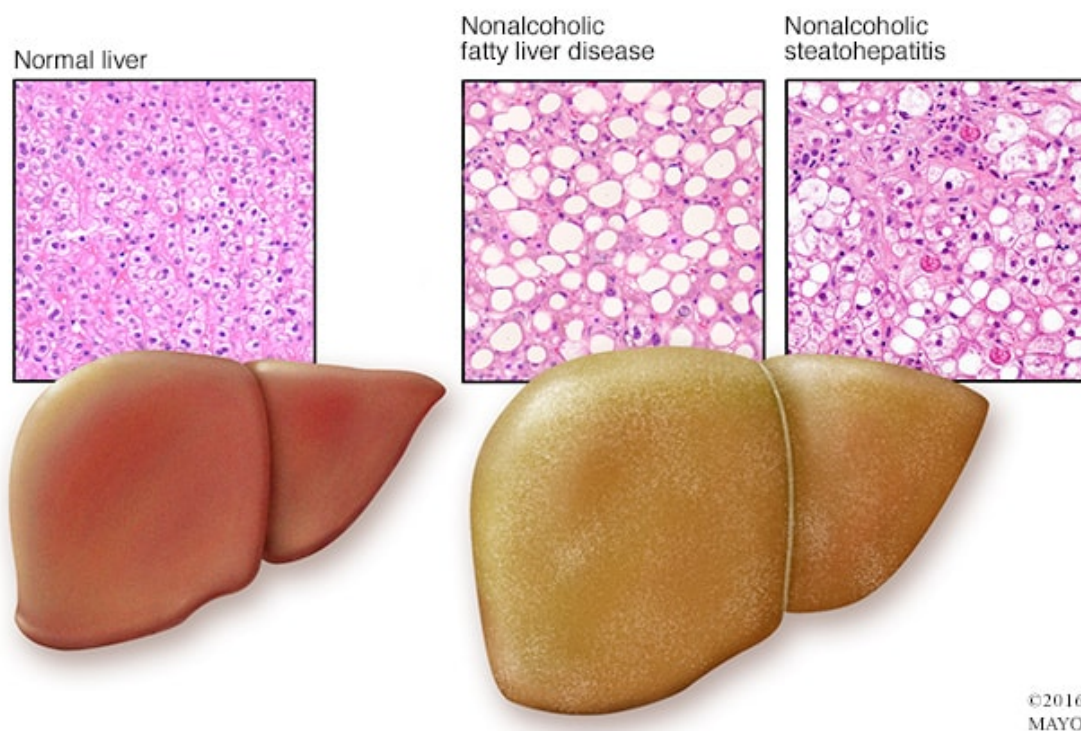
¿Se pueden prevenir las alergias?

La mejor manera de prevenir las alergias estacionales es evitar sus desencadenantes conocidos. Si tienes alergia al polen, durante las épocas que hay mayor cantidad de polen en el aire, permanece en lugares cerrados, con las puertas y las ventanas cerradas.

El uso de una mascarilla también puede ofrecer cierta protección contra las alergias estacionales. Las mascarillas pueden evitar la inhalación de algunas partículas más grandes de polen. Sin embargo, las partículas más pequeñas de polen pueden atravesar las mascarillas. Asimismo, es importante lavar la mascarilla después de cada uso, ya que es posible que tenga partículas de polen.

//Fuente: Escrito por el personal de Mayo Clinic//

ENFERMEDADES DEL HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO



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

Enferme

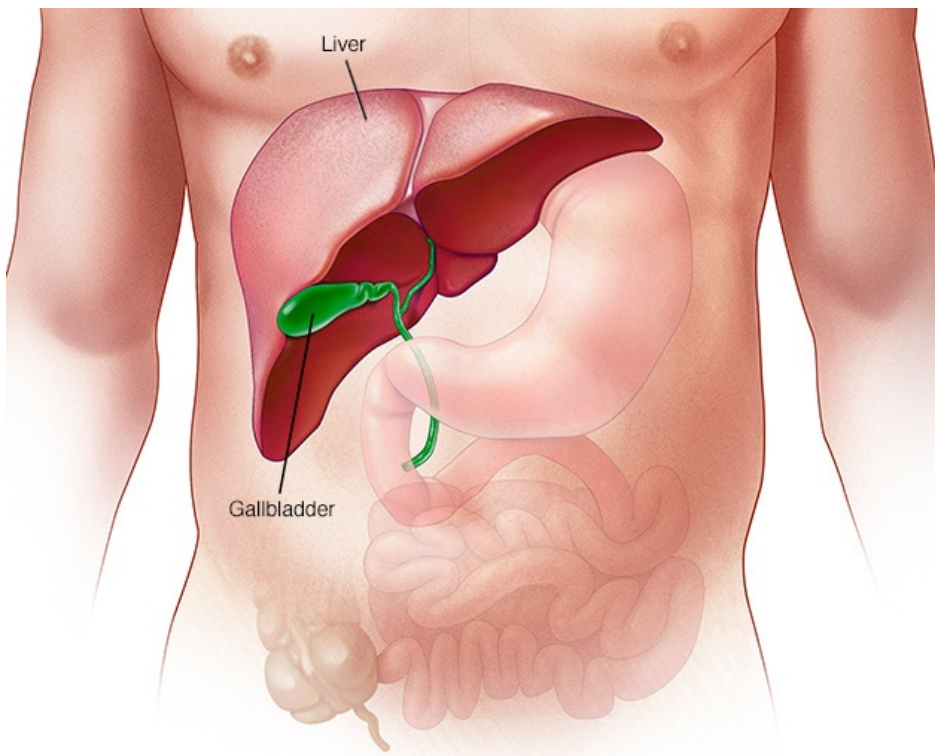
dad hepática grasa no alcohólica

En comparación con un hígado normal (izquierda), un hígado graso (derecha) se ve agrandado y descolorido. En la enfermedad del hígado graso no alcohólico, las muestras de tejido revelan depósitos de grasa; mientras que la inflamación y la cicatrización avanzada (cirrosis) son visibles en la esteatohepatitis no alcohólica.

La NAFLD es cada vez más común en todo el mundo, especialmente en los países occidentales. En los Estados Unidos, es la forma más común de enfermedad hepática crónica, y afecta aproximadamente a una cuarta parte de la población.

Algunos individuos con NAFLD pueden desarrollar esteatohepatitis no alcohólica (NASH), una forma agresiva de enfermedad del hígado graso, que se caracteriza por la inflamación del hígado y puede progresar a cicatrización avanzada (cirrosis) e insuficiencia hepática. Este daño es similar al daño causado por el consumo excesivo de alcohol.

SINTOMAS



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

El hígado

El hígado es el órgano interno más grande del cuerpo. Tiene un tamaño similar al de una pelota de fútbol americano y se ubica principalmente en la parte superior derecha del abdomen, debajo del diafragma y encima del estómago.

La NAFLD generalmente no causa signos ni síntomas. Cuando lo hace, pueden incluir:

- Fatiga
- Dolor o molestia en la parte superior derecha del abdomen

Entre los signos y síntomas posibles de NASH y cicatrización avanzada (cirrosis) se incluyen los siguientes:

- Hinchazón abdominal (ascitis)
- Vasos sanguíneos agrandados justo debajo de la superficie de la piel
- Bazo agrandado
- Palmas rojas
- Color amarillento en la piel y en los ojos (ictericia)

CAUSAS

Los expertos no saben exactamente por qué algunas personas acumulan grasa en el hígado mientras que otras no. De manera similar, no se termina de entender por qué algunos hígados grasos desarrollan inflamación que avanza hasta la cirrosis.

La enfermedad del hígado graso no alcohólico y la esteatohepatitis no alcohólica están relacionadas con lo siguiente:

- Sobrepeso u obesidad

- Resistencia a la insulina, en la cual las células no absorben azúcar en respuesta a la hormona insulina
- Azúcar alta en la sangre (hiperglucemia), lo que indica prediabetes o diabetes tipo 2
- Niveles altos de grasas, particularmente triglicéridos, en la sangre

Estos problemas de salud combinados parecen favorecer el depósito de grasa en el hígado. Para algunas personas, este exceso de grasa actúa como una toxina para las células hepáticas, lo que causa inflamación del hígado y esteatohepatitis no alcohólica, lo que puede llevar a una acumulación de tejido cicatricial en el hígado.

FACTORES DE RIESGO

Una amplia gama de enfermedades y afecciones pueden aumentar el riesgo de padecer NAFLD, como las siguientes:

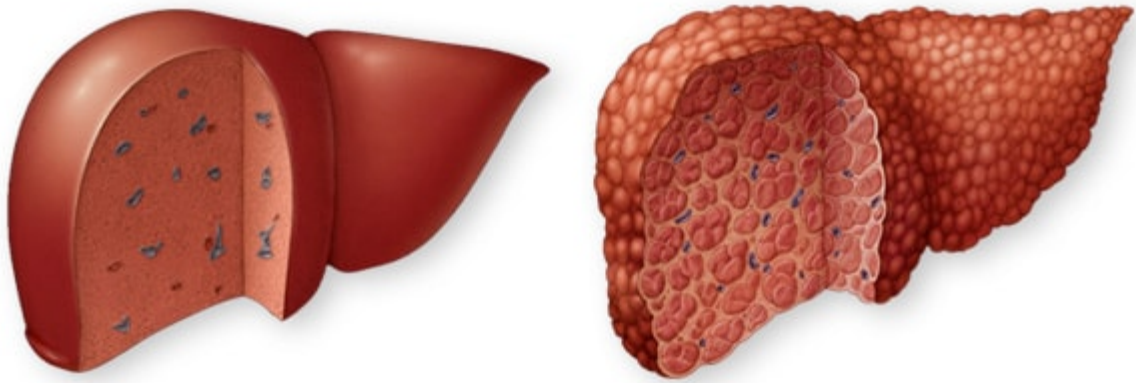
- Colesterol alto
- Niveles altos de triglicéridos en la sangre
- Síndrome metabólico
- Obesidad, particularmente cuando la grasa se concentra en el abdomen
- Síndrome del ovario poliquístico
- Apnea del sueño
- Diabetes tipo 2
- Baja actividad de la tiroides (hipotiroidismo)
- Baja actividad de la glándula pituitaria (hipopituitarismo)

La NASH es más probable en estos grupos:

- Personas mayores
- Personas con diabetes
- Personas con grasa corporal concentrada en el abdomen

Es difícil distinguir entre NAFLD y NASH sin más pruebas.

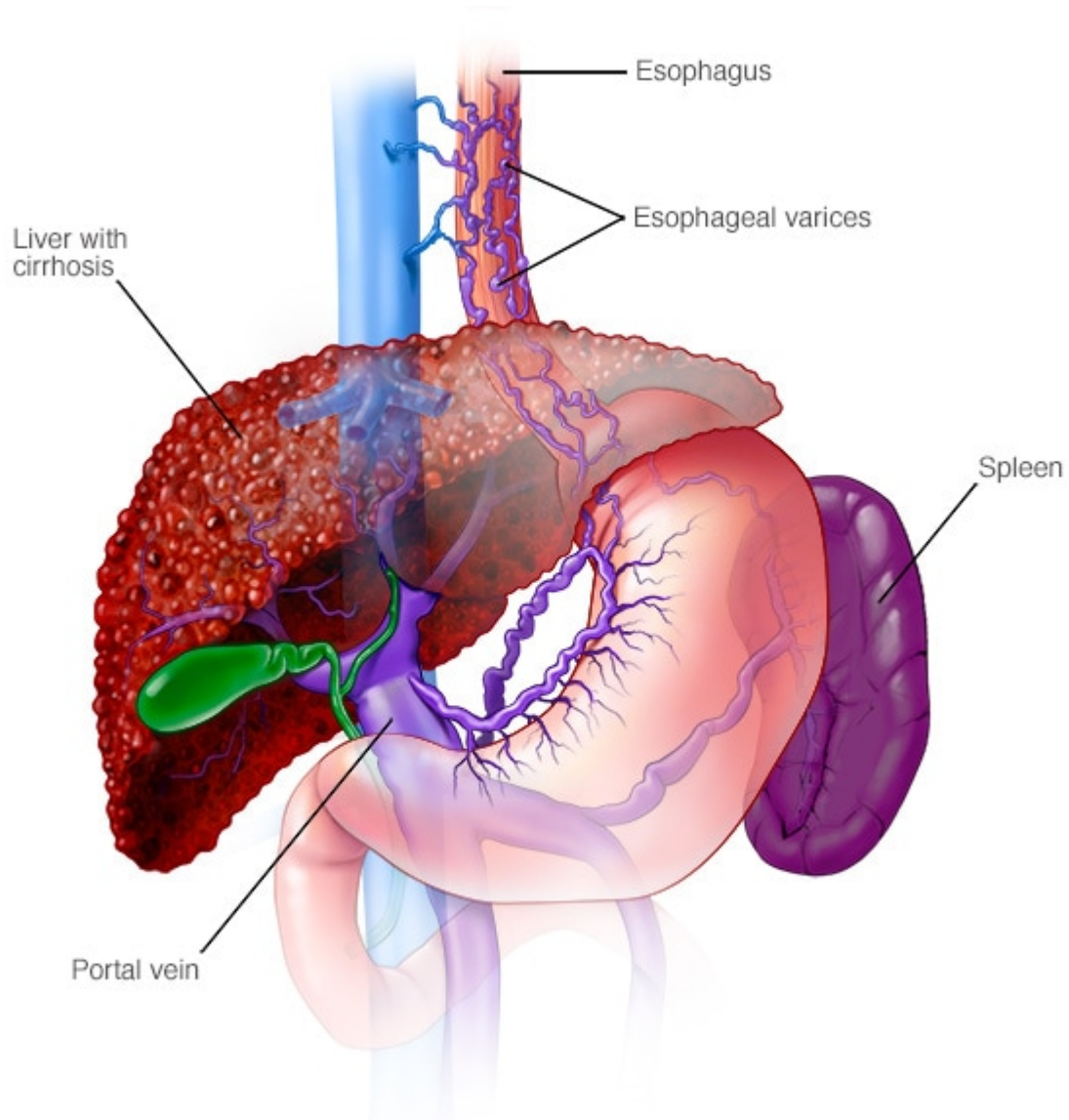
COMPLICACIONES



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

Un hígado sano comparado con un hígado con cirrosis

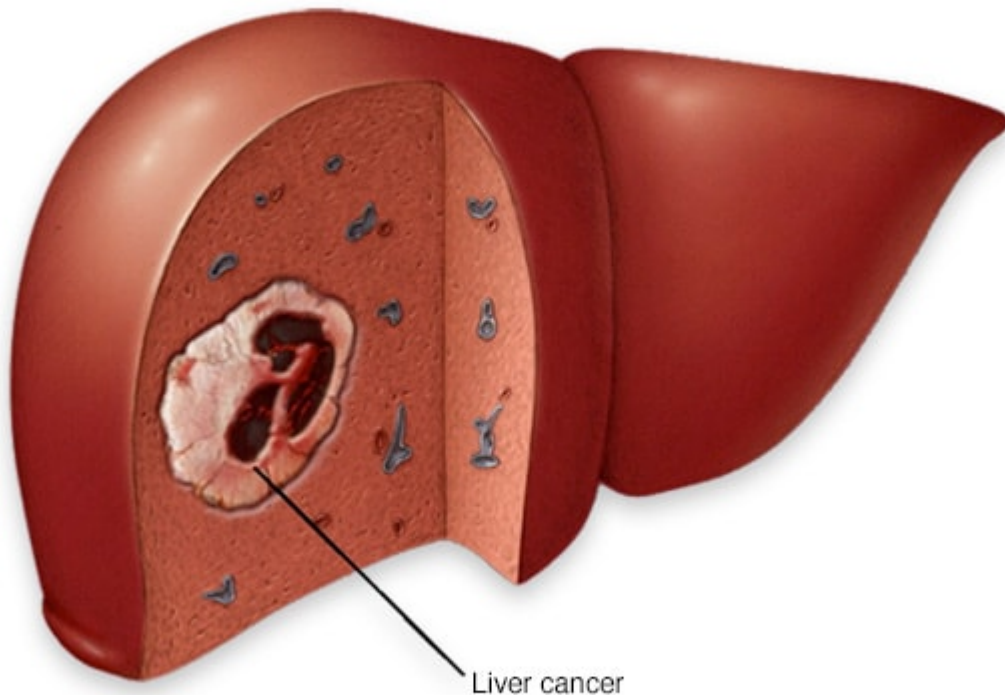
Un hígado sano (izquierda) no muestra signos de cicatrices. En un hígado con cirrosis (derecha), el tejido cicatricial reemplaza el tejido hepático sano.



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

Varices esofágicas

Las vórices esofágicas son venas dilatadas en el esófago. A menudo, se deben a la obstrucción de la circulación sanguínea a través de la vena porta, que transporta la sangre desde el intestino, el páncreas y el bazo hasta el hígado.



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

Cáncer de hígado

El cáncer de hígado comienza en las células del hígado. La forma más común de cáncer de hígado comienza en las células llamadas hepatocitos y se llama carcinoma hepatocelular.

La principal complicación de la enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD) y la esteatohepatitis no alcohólica (NASH) es la cirrosis, que es una cicatrización tardía en el hígado. La cirrosis ocurre en respuesta a una lesión hepática, como la inflamación en la esteatohepatitis no alcohólica. A medida que el hígado trata de detener la inflamación, produce áreas de cicatrización (fibrosis). Con la inflamación continua, la fibrosis se propaga y afecta a cada vez más tejido hepático.

Si el proceso no se interrumpe, la cirrosis puede provocar lo siguiente:

- Acumulación de líquido en el abdomen (ascitis)
- Hinchazón de las venas del esófago (vórices esofágicas), que pueden romperse y sangrar
- Confusión, somnolencia y dificultad en el habla (encefalopatía hepática)
- Cáncer de hígado

- Insuficiencia hepática terminal, lo cual significa que el hígado ha dejado de funcionar

Entre el 5 % y el 12 % de las personas con esteatohepatitis no alcohólica desarrollarán cirrosis.

PREVENCION

Para reducir tu riesgo de NAFLD, haz lo siguiente:

- Opta por una dieta saludable. Elige una dieta saludable basada en plantas que sea rica en frutas, verduras, cereales integrales y grasas saludables.
- Mantén un peso saludable. Si tienes sobrepeso o eres obeso, reduce el número de calorías que consumes cada día y haz más ejercicio. Si tienes un peso saludable, trata de mantenerlo eligiendo una dieta saludable y haciendo ejercicio.
- Haz ejercicio. Haz ejercicio la mayoría de los días de la semana. Obtén la aprobación del médico primero si no has estado haciendo ejercicio regularmente.

//Fuente: Escrito por el personal de 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.- Diplomado en Medicina Homeopática /

RESERVAS NATURALES FLUVIALES

Las Reservas naturales fluviales son una figura de protección española que tiene como objetivo preservar aquellos tramos de ríos con escasa o nula intervención humana y en muy buen estado ecológico.

La figura es declarada en ríos pertenecientes a diez demarcaciones hidrográficas competencia del Estado y su delimitación puede coincidir o no con la longitud total de una masa de agua. Así, se contribuye a su preservación, ya que aparte de la protección los planes hidrológicos de cuenca incluyen acciones específicas de seguimiento ecológico y promoción de la vegetación de ribera, que contribuyen a su vez a la supervivencia de especies. Las hay de tres tipos:

- **Reservas naturales fluviales:** cauces o tramos de cauces de corrientes naturales en los que las presiones e impactos producidos por la actividad humana no alteran el estado natural.

- **Reservas naturales lacustres:** lagos o masas de agua de la categoría lago en estado natural no alterado por la actividad humana.
- **Reservas naturales subterráneas:** acuíferos y masas de agua subterráneas donde las presiones e impactos no han alterado su estado natural.













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 en Derecho Mercantil/

LA DEROGACIÓN DE LAS FALTAS Y LA CREACIÓN DE LOS DELITOS LEVES POR LA LO 1/2015

Introducción

El Código Penal en su artículo 10, define el concepto de delito al establecer que “Son delitos las acciones y omisiones dolosas o imprudentes penadas por la ley». Hasta la reforma operada por la **Ley Orgánica 1/2015**, de 30 de marzo, (en adelante LO1/2015) distinguía entre delitos y faltas, y dentro de los primeros entre delitos graves y menos graves, atendiendo a la naturaleza de la pena que llevaban aparejada.

Tras la reforma de la LO 1/2015 el Código Penal distingue entre delitos graves, delitos menos graves y delitos leves, cuya diferencia continua anclada en la pena impuesta^[1], siendo su artículo 33 el que contiene la clasificación de las penas a aplicar a cada tipo delictivo.

El objetivo que se pretende con la reforma operada y los cambios sustanciales en la figura de los delitos leves ocupará las siguientes líneas de nuestro estudio.

Razones para la supresión de las faltas y la creación de los delitos leves

De la lectura del **preámbulo de la LO 1/2015**, se deduce que el objetivo de la ley con la supresión de las faltas, es alcanzar una racionalización del uso de la Administración de Justicia orientado por el principio de intervención mínima, que facilitará una disminución del número de asuntos menores que, en gran parte, pueden encontrar respuesta a través del sistema de sanciones administrativas y civiles; en este sentido, señala el legislador que “una buena parte de los operadores jurídicos viene reclamando la supresión de las infracciones penales constitutivas de falta: por la notoria desproporción que existe entre los bienes jurídicos que protegen y la inversión en tiempo y medios que requiere su enjuiciamiento; pero también por la dudosa necesidad de que conductas carentes en muchos casos de gravedad suficiente, deban ser objeto de un reproche penal”.

Se trata, en definitiva, de una medida que reduce el número de tipos penales leves en el Código Penal con la finalidad de aligerar la carga burocrática que suponían, hasta su entrada en vigor, los juicios de faltas.

“En tal sentido se viene pronunciando la Fiscalía General del Estado, que aboga por que las actuales infracciones consideradas como faltas penales queden al margen del Código Penal por su escasa gravedad. Y también el Consejo General del Poder Judicial, que de forma reciente ha propuesto despenalizar ciertos comportamientos tipificados como faltas penales como medida adecuada para reducir los elevados niveles de litigiosidad, que son especialmente altos en el orden jurisdiccional penal. En nuestro Derecho no existe una diferencia cualitativa entre delitos y faltas. Las diferencias son puramente formales, por el carácter que la ley otorga a una u otra infracción, o cuantitativas en atención al tipo de pena que se les impone. La tipificación de determinadas conductas como faltas penales obedece a simples razones de política criminal, que en el momento actual carecen de suficiente justificación. Y se aprecia una cierta distorsión en la comparativa con el Derecho administrativo sancionador, que en muchos casos ofrece una respuesta sancionadora más contundente que la prevista en el Código Penal para conductas teóricamente más graves. De ahí que la reforma lleve a cabo una supresión definitiva del catálogo de faltas regulado en el Libro III del Código Penal, tipificando como delito leve aquellas infracciones que se estima necesario mantener. La supresión de las infracciones constitutivas de falta introduce coherencia en el sistema sancionador en su conjunto, pues una buena parte de ellas describen conductas sancionadas de forma más grave en el ámbito administrativo; en otras ocasiones, se trata de infracciones que son corregidas de forma más adecuada en otros ámbitos, como las faltas contra las relaciones familiares que tienen una respuesta más apropiada en el Derecho de familia; y, en algunos casos, regulan conductas que, en realidad, son constitutivas de delito o deberían ser reguladas de forma expresa como delito. Y añade que, esta modificación no supone necesariamente una agravación de las conductas ni de las penas actualmente aplicables a las faltas. Algunos comportamientos tipificados hasta ahora como falta desaparecen del Código Penal y se reconducen hacia la vía administrativa o la vía civil, dejando de sancionarse en el ámbito penal”.

Para ello la LO 1/2015 ha modificado los **artículos 962 y siguientes de la LECrim** que regulaban el antiguo juicio de faltas creando un procedimiento distinto para la tramitación y enjuiciamiento de los hechos de carácter leve, en los que se mantienen aquellas infracciones merecedoras del suficiente reproche punitivo

para poder incluirlas en el catálogo de delitos y que se configuran en su gran mayoría como delitos leves castigados con penas de multa.

Una de las principales aportaciones de la LO 1/2015 es la potestad que atribuye al Ministerio Fiscal de instar la terminación anticipada del procedimiento por razones de estricta oportunidad, según se desprende del contenido de los **artículos 962 y 963.1 de la LECrim** que a continuación analizaremos.

LOS DELITOS LEVES EN EL CÓDIGO PENAL

A partir de la entrada en vigor de la LO 1/2015 los delitos leves ya no se encuentran bajo una misma rubrica, sino que se encuentran recogidos por el Libro II del CP junto con el resto de delitos, identificándose generalmente con los tipos atenuados de otras conductas delictivas que poseen una pena leve.

Con la actual regulación, a los delitos leves le son de aplicación algunas de las previsiones del Libro I del CP que no lo eran para las faltas, a saber: los delitos leves prescriben, según el artículo 131.1 CP en un año, a diferencia de las faltas que prescribían a los seis meses; en lo referente a los antecedentes penales, según lo contenido en el artículo 136.1.a) del CP, los delitos leves sí generan antecedentes penales hasta los seis meses después de extinguida la pena. Se trata de antecedentes penales no computables a efectos de reincidencia (**art. 22.8 CP**) y de suspensión de las penas (**art. 80.2.1ª del CP**), pero sí para la agravación del hurto por habitualidad (artículo 235.1.7º CP) y de la estafa, administración desleal y apropiación indebida por habitualidad (**art. 250.1.8º CP**); el perdón del ofendido extingue la responsabilidad penal cuando se trate de delitos leves perseguibles a instancias del agraviado (**art. 130.1.5 CP**); en cuanto a las reglas generales para la aplicación de las penas se ha derogado el **art. 638 CP**, y solo se prevé la inaplicación a los delitos leves del contenido del **art. 66.1 CP** sobre las consecuencias penológicas de la concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad, al establecer, en su apartado segundo que los jueces o tribunales aplicarán las penas a su prudente arbitrio, sin sujetarse a las reglas prescritas en el citado precepto.

Ubicación de los delitos leves en el Código Penal

Faltas contra las personas

- La falta de denegación de auxilio a menores abandonados del 618.1 CP y la falta de denegación de asistencia a ancianos y discapacitados del art. 619 CP solo seguirán siendo típicas si resultan subsumibles en los delitos de omisión del deber de socorro del artículo 195 CP, omisión de asistencia profesional sanitaria del art. 196 CP, abandono de menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección del art. 229 CP o abandono temporal de menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección del art. 230 CP; si no fueran típicas pero produjeran resultado lesivo, se considerará el ilícito civil del art. 1902 CC.

- La falta de desobediencia en el cumplimiento de obligaciones de convenio judicial familiar no constitutivo de delito del art. 618.2 CP y la falta de infracción en el régimen de custodia de hijos menores del art. 622 CP solo serán típicas si son subsumibles en los delitos de incumplimiento de obligaciones económicas del art. 227 CP o de desobediencia del art. 556 CP; de lo contrario, deberán desarrollarse a través del procedimiento de ejecución del art. 776 LEC.

- La falta de injuria leve o vejación injusta del art. 620 CP se destipifica salvo que se trate de las personas a las que hace referencia el art. 173.4 CP

- Falta de lesiones con tratamiento médico de menor entidad cometidas por imprudencia grave del art. 621.1 CP, pasan a estar tipificadas como delito menos grave pero no leve de acuerdo con el vigente art. 152.1 CP.

- La falta de homicidio por imprudencia leve del antiguo artículo 621.2 CP se destipifica y se remite a la tutela jurisdiccional civil.

- La falta de lesiones por imprudencia menos grave o leve del art. 621.3 CP se destipifica, excepto las de especial gravedad subsumibles en el art. 152.2 CP.

Faltas contra el patrimonio

- La falta de hurto de uso de vehículo a motor en cuantía inferior a 400 euros del art. 623.3 CP, pasa a estar tipificada como delito menos grave pero no leve del art. 244.1 CP.

- La falta contra la propiedad intelectual e industrial en cuantía inferior a 400 euros del art. 623.5 CP, pasa a estar tipificada como delito menos grave del art. 270.2.2 CP y 274.3.2 CP respectivamente.

- La falta del art. 626 CP se destipifica y es sancionada en el orden administrativo según el art. 37.13 de la LO 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana, como infracción leve, cuando se trate de bienes de dominio público.

Faltas contra los intereses generales

- La falta de abandono de jeringuillas o instrumentos peligrosos del art. 630 CP se destipifica y es sancionada en el orden administrativo por la LO 4/2015 en su art. 36.16 como infracción grave.

- La falta de suelta de animales feroces o dañinos en condiciones de causar mar del art. 631.1 CP, se destipifica y es sancionado en el orden administrativo por la LO 4/2015 en su art. 37.16 como infracción leve.

Faltas contra el orden público

- La falta de alteración leve del orden en el juzgado, actos públicos, espectáculos deportivos, culturales o reuniones del art. 633 CP se destipifica con remisión a la jurisdicción civil excepto cuando sea subsumible dentro del art. 556 y ss del CP.

- La falta de desobediencia leve a la autoridad o a sus agentes del art. 635 CP se destipifica y es sancionado en el orden administrativo por la LO 4/2015 en su art. 36.6 como infracción grave.

- La falta de ejercicio de actividades careciendo de seguro obligatorio del art. 636 CP se destipifica y es sancionada por el derecho administrativo.

- La falta de atribución pública de calidad profesional amparada por el título académico que no se posea del art. 637 del CP se convierte en una agravante del art. 403.2.a) del CP.

El procedimiento por delitos leves

Los delitos leves se sustanciarán conforme al procedimiento previsto en el Libro VI de la vigente Ley de Enjuiciamiento Criminal (arts. 962 a 982 LECrim), que se adecúa a la nueva categoría delictiva, manteniendo los juzgados de instrucción (art. 14.1 LECrim) y los juzgados de violencia de género (art. 14.5.d) LECrim) la competencia para el conocimiento y fallo de estos delitos.

Enuncia el Código Penal como perceptiva la interposición de la correspondiente denuncia para el inicio del procedimiento para la persecución de algunos delitos leves, estos son: del Homicidio por imprudencia menos grave (art. 142.2 CP); de las lesiones sin tratamiento médico (art. 147.2 CP); de las lesiones de especial entidad (arts. 149 y 150 CP) causadas por imprudencia menos grave (art. 152.2 CP); del golpeo o maltrato sin lesión (art. 147.3 CP); de la amenaza leve del art. 171.7 CP; de la coacción leve del art. 172.3 CP; y de la injuria o vejación injusta de carácter leve a persona del 173.2 CP, según el art. 173.4 CP.

La LO 1/2015 distingue dentro del Libro VI de la LECrim dos tipos de procedimientos para el enjuiciamiento de este tipo de delitos, en función del tipo delictivo que se trate:

a) Para el enjuiciamiento de los delitos contemplados en el artículo 962 y 963 de la LECrim, véase delitos leves de lesiones o maltrato de obra, de hurto flagrante, de amenazas, de coacciones o de injurias, prevé una modalidad de enjuiciamiento rápido que se realiza inmediatamente en el servicio de guardia del Juzgado de instrucción cabiendo la citación policial de las partes.

Recibido el atestado por el Juzgado de Guardia, éste decidirá: 1) el sobreseimiento del proceso, cuando lo solicite el Ministerio Fiscal a la vista de las siguientes circunstancias: a) El delito leve denunciado resulte de muy escasa gravedad a la vista de la naturaleza del hecho, sus circunstancias, y las personales del autor, y b) no exista un interés público relevante en la persecución del hecho. En los delitos leves patrimoniales, se entenderá que no existe interés público relevante en su persecución cuando se hubiere procedido a la reparación del daño y no exista denuncia del perjudicado. (art. 963.1.1 LECrim). En este caso comunicará inmediatamente la suspensión del juicio a todos aquellos que hubieran sido citados. El sobreseimiento del procedimiento será notificado a los ofendidos por el delito.; o 2) Acordará la inmediata celebración del juicio en el caso de que hayan comparecido las personas citadas o de que, aun no habiendo comparecido alguna de ellas, el juzgado reputare innecesaria su presencia.

Si no pudiera celebrarse en el servicio de guardia (art. 965 de la LECrim): 1.- y el Juzgado considera que no es competente se inhibirá en favor de competente; 2.- Si el juzgado se considera competente, el secretario judicial procederá en todo caso a la celebración del juicio y a las citaciones precedentes para el día hábil más próximo posible dentro de los predeterminados a tal fin, y en cualquier caso en un plazo no superior a siete días.

b) Para el enjuiciamiento del resto de delitos leves, (art. 964 de la LECrim) y remitido al Juzgado el atestado por la policía judicial (sin notificación a los interesados) o la denuncia recaída conforme a las normas de reparto o presentación directa ante el Juzgado de guardia, o por inhibición de otro juzgado, determinará el sobreseimiento, la inhibición o señalará fecha para la vista conforme a lo expuesto en el apartado anterior.

Respecto a la regulación del desarrollo del juicio oral de los delitos leves, esta no varía de la anterior regulación del juicio de faltas (artículos 965 y ss. de la LECrim).

Régimen transitorio

La nueva regulación de los delitos leves será de aplicación a los hechos cometidos a partir del 1 de julio de 2015. Si los hechos se cometieren con anterioridad a dicha fecha o son, al momento de la entrada en vigor de la Ley, objeto de un procedimiento penal ya iniciado la Disposición transitoria 4ª de la LO 1/2015 señala que:

1. La tramitación de los procesos por falta iniciados antes de la entrada en vigor de esta Ley, por hechos que resultan tipificados como delitos leves, continuará sustanciándose conforme al procedimiento previsto para el juicio de faltas en el Libro VI de la vigente Ley de Enjuiciamiento Criminal.
2. La tramitación de los procesos por falta iniciados antes de la entrada en vigor de esta Ley por hechos que resultan por ella despenalizados o sometidos al régimen de denuncia previa, y que lleven aparejada una posible responsabilidad civil, continuarán hasta su normal terminación, salvo que el legitimado para ello manifestare expresamente no querer ejercitar las acciones civiles que le asistan, en cuyo caso se procederá al archivo de lo actuado, con el visto del Ministerio Fiscal. Si continuare la tramitación, el juez limitará el contenido del fallo al pronunciamiento sobre responsabilidades civiles y costas, ordenando la ejecución conforme a lo dispuesto en la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Asimismo dispone la LO 1/2015 que la revisión de los pronunciamientos contenidos en la sentencia podrá hacerse:

- 1.- Según su Disposición Transitoria 3.ª en el recurso de apelación pudiéndose invocar los preceptos de la nueva ley cuando resulten más favorables.

2.- Según su disposición transitoria 2.ª, de las sentencias firmes cuando contengan penas distintas de la de multa, no ejecutadas y no suspendidas.

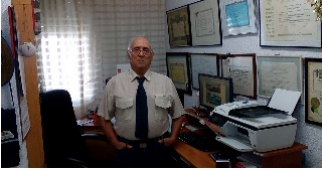
Conclusiones finales

La principal finalidad del legislador con la supresión de las antiguas faltas y la incorporación de los delitos leves parece ser, por un lado, la racionalización en el uso de la Administración de justicia, al considerar que el juicio de faltas no cumplía los fines para los que fue concebido, y por otro lado, revalorizar el principio de reserva penal, a fin que el derecho penal sea el último escalón al que el ciudadano deba acudir para que el sistema jurídico cumpla su finalidad.

Existen dos novedades importantes que efectivamente pueden ayudar a conseguir ese objetivo: la obligatoriedad de la denuncia previa para la iniciación del enjuiciamiento de ciertos delitos leves tal y como hemos visto, y la potestad que se le confiere al Fiscal para solicitar el sobreseimiento cuando concurren una serie de circunstancias. El tiempo dirá si dichas novedades generan una disminución de asuntos judiciales, porque apenas se va a cumplir un año desde su entrada en vigor, pero por otro lado en el plano social, la eliminación de alguna de las antiguas faltas generará problemas a medio y largo plazo. Un ejemplo de ello es la desaparición de la falta del art. 618.2 relacionada con el cumplimiento del régimen de visitas. Con la nueva regulación se obliga al progenitor no custodio a acudir al largo y costoso procedimiento de ejecución de medidas ante la jurisdicción civil para hacer valer su derecho. Por ello, cierto es que la reforma evitará mayor colapso de los juzgados de instrucción, pero todo parece indicar, que en determinados casos, trasladará esa carga a los juzgados de primera instancia, como hemos visto en el ejemplo meramente ilustrativo de los inconvenientes de la total eliminación de alguna de las faltas del derogad

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 13: "1. Son delitos graves las infracciones que la Ley castiga con pena grave. 2. Son delitos menos graves las infracciones que la Ley castiga con pena menos grave. 3. Son delitos leves las infracciones que la ley castiga con pena leve."

LA DENUNCIA



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

/Transcrito por: Fco. O. Martínez/

UN TIROTEO ENTRE DOS FAMILIAS EN EL BARRIO DE CAMPCLAR-TARRAGONA ACABA CON UN MUERTO Y DOS HERIDOS

Los Mossos activaron un gran dispositivo policial y entraron en un domicilio donde había diez personas escondidas, seis de las cuales han acabado detenidas



//Fuente:

https://www.diarimes.com/es/noticias/tarragona/2023/10/11/un_tiroteig_entre_dues_families_barri_camplclar_acaba_amb_mort_dos_ferits_145161_1091.html//

Continuamos con la gran inseguridad en el Barrio, el actual Alcalde del PSOE-PSC no se entera de lo que va la “copla”.

Recuérdese, señor Alcalde, cuando usted ere concejal de Ciudadanos y visitó el Barrio, lo primero que dijo, “es urgente aplicar un plan de choque”, en la actualidad usted es el Alcalde, aplique su urgente plan de choque, ¡pregonar es una cosa, hacer, es harina de otro “saco”!

LA JUSTICIA CONDENA A LA SANIDAD CANARIA POR PROLONGAR HASTA 17 HORAS UN PARTO GEMELAR SIN DAR A LA MADRE OPCIÓN A CESÁREA

Los facultativos prolongaron el alumbramiento natural, causando lesiones cerebrales irreversibles a uno de los pequeños



Un juez de

Las Palmas de Gran Canaria ha dictado una sentencia pionera en España que reconoce el “derecho fundamental” de una embarazada a elegir entre parto natural o cesárea y condena a la sanidad canaria a indemnizar a una madre con un millón de euros por prolongar un parto gemelar durante 17 horas, al considerarlo un acto de “violencia obstétrica”.

En una sentencia, el Juzgado de lo Contencioso Administrativo número 5 de la ciudad falla que, al imponer el parto natural a la madre, los médicos del Hospital Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria no respetaron el “derecho fundamental” de la madre a decidir si quería que sus gemelos nacieran por vía vaginal o por cesárea, provocando lesiones cerebrales irreversibles a uno de los pequeños.

CONDENADA LA SANIDAD GALLEGA POR CONFUNDIR UN CÁNCER CON UNA LUMBALGIA

El viudo y los huérfanos de una mujer que murió con 56 años serán indemnizados con 20.000 euros por las negligencias del médico de cabecera y las urgencias del hospital vigués Álvaro Cunqueiro, que solo le dieron analgésicos

Entre el 16 de julio y el 7 de septiembre de 2015, una vecina de Ponteareas (Pontevedra) de 56 años y su familia vivieron la peor pesadilla. La peor historia de terror, porque fue real, y el dolor acabó invadiendo a la mujer hasta lo insoportable, sin que los profesionales que la atendieron en la sanidad pública gallega fuesen capaces de ver más allá de la lumbalgia que se le diagnosticó en la primera visita al médico de cabecera. Esa consulta tuvo lugar el 16 de julio, y el 7 de septiembre, en la última llamada de auxilio del esposo y los hijos, el aviso que atravesó la centralita del 061 alertó de “probable parada cardiorrespiratoria”. Cuando llegaron los sanitarios a la casa, la paciente —que había sido tratada con dosis cada vez más fuertes de analgésicos en vez de ser sometida a pruebas de medicina interna— estaba tendida en su cama “con pupilas midriáticas arreactivas a la luz”,

según el informe facultativo. El personal la colocó en el suelo y la sometió a maniobras de reanimación durante 25 minutos, pero no logró salvarla. No respiraba, no le latía el corazón. Durante casi dos meses de sufrimiento extremo, ningún médico de los que recibieron en consulta a esta mujer, que fumaba entre 10 y 20 cigarrillos diarios desde hacía 30 años, se paró a pensar que aquello no podía ser una lumbalgia. El diagnóstico llegó tan tarde que lo hizo de la mano del forense: la autopsia concluyó que la muerte se había producido por “un fallo multiorgánico”, con “causa fundamental en la existencia de un tumor neuroendocrino de células grandes infiltrantes” localizado en los pulmones, “con metástasis ganglionares y metástasis extensas del hígado”.

La Sala de lo Contencioso del Tribunal Superior de Justicia de Galicia confirmó a finales de marzo la condena al Sergas (Servizo Galego de Saúde) y a la aseguradora Segurcaixa Adeslas SA a indemnizar con 20.000 euros al viudo y los dos hijos de la paciente fallecida en 2015. La resolución judicial llega después de que la Administración desestimase en 2018 la reclamación de responsabilidad patrimonial por daños respecto a la actuación del médico de cabecera y de las urgencias del hospital vigués Álvaro Cunqueiro, el buque insignia de la política sanitaria de la Xunta en tiempos de Alberto Núñez Feijóo, un centro que acababa de estrenarse aquel año 2015 en junio. La familia pedía una indemnización de 80.000 euros, pero el tribunal tiene en cuenta los informes de las partes demandadas, que defienden que aunque no fue diagnosticada, cuando acudió a la sanidad por el dolor y fue tratada con simples analgésicos para casos de traumatología, el cáncer ya estaba muy avanzado.

UN NIÑO CON UN BRAZO ROTO ACABA EN LA UCI AL PREPARAR LA ENFERMERA UNA DOSIS DE SEDANTE PARA UN ADULTO DE 130 KILOS

La Comunidad de Madrid afronta decenas de reclamaciones por malas prácticas que acaban en los tribunales. En esta ocasión, la comisión asesora ofrece a la familia 4.500 euros en lugar de los 15.000 que reclama



//Proceden del EL PAIS//

PUEBLOS DE ESPAÑA



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

ZUHEROS/CORDOBA



Vista general de Zueros

Zuheros es un municipio español de la provincia de Córdoba, Andalucía. En el año 2016 contaba con 657 habitantes. Su extensión superficial es de 42,31 km² y tiene una densidad de 15,53 hab/km².

Historia de Zuheros

La presencia del hombre en esta zona se remonta a la Prehistoria, como lo atestiguan las pinturas rupestres y otros hallazgos de la Cueva de los Murciélagos. Estos restos junto a piezas de cerámica nos conducen al Neolítico.

El poblamiento ibérico del término de Zueros se circunscribe, en la actualidad, a la existencia de cuatro magníficas fortificaciones y algunas otras evidencias de escasa entidad. Este tipo de ocupación que se establece con el único objetivo de controlar el territorio, puede confirmar la idea de la existencia de una frontera entre los grandes estados ibéricos de la campiña y las Sierras Subbéticas.

Algunos investigadores identifican esta villa con la Sucubo romana citada por Plinio.

De época visigoda se encuentra la Necrópolis de Fuenfría.

El Castillo de Allende parece ser el núcleo original de Zuheros.

Se piensa que el primer núcleo de población surgió hacia finales del siglo IX, cuando los soldados Banu Himsi construyeron un castillo sobre las rocas inexpugnables, denominadas "sujaira", estableciéndose allí. Eligen un lugar privilegiado desde donde dominan el territorio, seguros por su inaccesibilidad, controlan los caminos más transitados, desde Córdoba a Granada y desde Zuheros a Luque y más tarde a Doña Mencía.

En sus orígenes, perteneció a la Cora de Elvira (Granada), siendo fortificada a finales del siglo XII.

Gozó de una gran importancia militar y estratégica durante la dominación árabe.

Siendo conquistada tras duro asedio por Fernando III en 1240, que la donó a su mujer Doña Juana. Poniendo el castillo bajo jurisdicción señorial y fortaleciendo de este modo la frontera con el reino nazarí de Granada.

La referencia escrita más antigua que conocemos sobre la existencia de Zuheros en la Edad Media se remonta a la Primera Crónica General, elaborada durante el reinado de Alfonso X, aludiendo a las conquistas de 1240-41 de Fernando III el Santo. En ésta y en una carta de Alfonso X fechada en 1254 la referencia al topónimo de Zuheros es doble (como Çuheros y Çuheret), de lo que podemos deducir que se trata de dos asentamientos próximos, uno de los cuales es de menor entidad que el otro. En fechas posteriores (1284, 1290 y 1294), bajo el reinado de Sancho IV, la referencia a Zuheros es ya única, en la forma de Çuheros o Cuferos. Esto hace suponer que el lugar de Çuheret había dejado de existir, despoblándose, y que se habría integrado en Çuheros.

Entre los años 1240 y 1241 se firma un pacto, que permitía a los habitantes musulmanes se quedaran en este lugar con sus propiedades, costumbres, justicia y religión.



de Zuheros

Castillo















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.- Diplomado en Medicina Homeopática /

NEXT GENERACIÓN EU

NextGenerationEU es más que un plan de recuperación: es una oportunidad única de salir reforzados de la pandemia, transformar nuestras economías y sociedades, y diseñar una Europa que funcione para todos.

Contamos con todo lo necesario para conseguirlo: tenemos una visión, tenemos un plan y hemos acordado invertir juntos 806 900 millones de euros. ¿Quieres descubrir cómo está logrando la UE que Europa sea más saludable, más verde y más digital, y cómo puedes participar tú en ese cambio?

Haz que sea verde

Europa está bien encaminada para convertirse en el primer continente climáticamente neutro de aquí a 2050, esto es, no produciremos más gases de efecto invernadero de los que nuestros ecosistemas puedan absorber de forma natural. Gracias a NextGenerationEU, invertiremos en tecnologías respetuosas con el medio ambiente, crearemos vehículos y transportes públicos más ecológicos, y conseguiremos que nuestros edificios y espacios públicos sean más eficientes desde el punto de vista energético.

No obstante, también tenemos que proteger nuestro entorno natural. Para ello:

- mejoraremos la calidad del agua de nuestros ríos y mares, reduciremos los residuos y los desechos plásticos, plantaremos miles de millones de árboles y recuperaremos las abejas;
- crearemos espacios verdes en nuestras ciudades y aumentaremos el uso de energías renovables;
- haremos que la agricultura sea más respetuosa con el medio ambiente, de modo que nuestros alimentos sean más saludables.

La UE liderará la Acción por el clima, pero todos podemos contribuir: recurriendo al transporte público o la bicicleta, comiendo más verduras y menos carne, comprando productos de segunda mano, o reciclando y reutilizando.

Esto es NextGenerationEU. [Hagamos que sea verde](#)

Haz que sea digital

El futuro estará impulsado por la tecnología. ¡Hagamos que los próximos diez años sean la década digital de Europa! Gracias a NextGenerationEU:

- podrás conectarte donde quieras con la tecnología 5G y la banda ancha ultrarrápida disponible en toda la UE;
- recibirás una identidad digital que te facilitará el acceso a los servicios públicos en línea y te dará un mayor control sobre tus datos personales;
- nuestras ciudades serán más inteligentes y eficientes;
- las compras en línea serán más seguras;
- la inteligencia artificial nos ayudará a combatir el cambio climático y a mejorar la asistencia sanitaria, el transporte y la educación.

La UE financia cursos de formación en línea para que todos, jóvenes o mayores, podamos mejorar nuestras capacidades digitales. Estamos ayudando a las pequeñas y medianas empresas a operar en internet y haciendo que la enseñanza en línea sea más accesible.

Haz que sea saludable

La pandemia de coronavirus nos ha afectado a todos, ya sea física, mental o socialmente. Ahora queremos construir una UE más segura y saludable para estar mejor preparados ante cualquier crisis futura.

Gracias a NextGenerationEU:

- trabajaremos con todos los países de la UE para estar protegidos ante las amenazas para la salud;
- invertiremos más en investigación e innovación para desarrollar vacunas y tratamientos, no solo para nuevas enfermedades como el coronavirus, sino también para el cáncer;
- modernizaremos nuestros sistemas sanitarios para que los hospitales de todos los países de la UE tengan un mejor acceso a las nuevas tecnologías y a suministros médicos;
- financiamos la formación de los profesionales médicos y sanitarios europeos.

Juntos podemos hacer que Europa sea más saludable, pero no hablamos solamente de acciones a gran escala. Una buena alimentación y la práctica habitual de ejercicio pueden contribuir mucho a nuestro bienestar físico y mental.

Con NextGenerationEU, estamos preparados para construir una Europa saludable.

Haz que sea fuerte

La pandemia nos ha afectado a todos. Muchos han sufrido la enfermedad o han perdido a un ser querido, otros han perdido su empleo o su fuente de ingresos. Ahora queremos construir una Europa más fuerte y resiliente.

Gracias a NextGenerationEU:

- estamos animando a los jóvenes a realizar estudios científicos y tecnológicos, que abren puertas a los empleos verdes y digitales del futuro;
- estamos apoyando la educación continua y la formación de aprendices;
- estamos ofreciendo préstamos y subvenciones a jóvenes emprendedores.

Pero la UE también está ayudando a muchos sectores a recuperarse. Estamos impulsando el apoyo al turismo, la cultura y las artes en toda la Unión y haciéndolos más digitales y sostenibles.

¿Quieres saber cómo puede la UE ayudarte a continuar tus estudios o a encontrar el trabajo de tus sueños? Consulta la Garantía Juvenil de la UE y las oportunidades que ofrece Erasmus+. Descubre qué ayudas existen para conseguir que tu empresa sea más verde y más digital.

Con NextGenerationEU, estamos preparados para construir una Europa fuerte.

Haz que sea igualitaria

Desde el norte hasta el sur y desde el este hasta el oeste, queremos construir una Europa que funcione para todos. Queremos que todos los europeos tengan las mismas oportunidades, sean quienes sean y vivan donde vivan, y queremos celebrar la diversidad en todas sus formas.

Gracias a NextGenerationEU:

- estamos luchando contra el racismo y la xenofobia;
- estamos promoviendo la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres;
- estamos protegiendo los derechos de la comunidad LGBTQI+ y luchando contra la discriminación;
- estamos reforzando el Derecho de la Unión para que abarque todas las formas de incitación al odio y de delitos motivados por el odio.

La igualdad también implica oportunidades económicas y sociales para todos. Gracias a NextGenerationEU, estamos impulsando las oportunidades de empleo para las personas con discapacidad, así como para las que viven en zonas rurales, remotas o desfavorecidas. Estamos ayudando a más personas a conseguir una vivienda digna y adecuada. Y estamos invirtiendo en una educación inclusiva para la infancia, independientemente del origen, la situación o las necesidades especiales.

Todos podemos contribuir, promoviendo la igualdad de oportunidades y denunciando la discriminación y la incitación al odio, tanto en la vida real como en línea.

//Fuente: Unión Europea//



(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.- Diplomado en Medicina Homeopática /

ADENOCARCINOMA DE ESÓFAGO

Definición de la enfermedad

El adenocarcinoma de esófago (ACE) es un subtipo de carcinoma de esófago (CE) que afecta a las células glandulares del esófago inferior en la unión con el estómago.

Epidemiología

Tiene una incidencia anual estimada en 1/35.000.

Descripción clínica

La edad de aparición es a los 50-60 años y se observa con más frecuencia en varones. El ACE suele ser asintomático hasta una etapa avanzada de la enfermedad. Los síntomas de presentación más comunes son disfagia y pérdida de peso involuntaria. A menudo hay una historia de enfermedad por reflujo gastroesofágico crónico (ERGE). Cuando se presentan los síntomas, la enfermedad suele haber avanzado localmente y haberse extendido a través del revestimiento del esófago afectando a los ganglios linfáticos o zonas más distantes.

Etiología

Su etiología exacta se desconoce. Hay una fuerte asociación con el reflujo gastroesofágico crónico y la obesidad. No hay una relación genética específica conocida. El principal precursor patológico es el esófago de Barrett (EB), caracterizado por una metaplasia en el revestimiento del esófago a distancia variable por encima del estómago, y que se identifica mediante endoscopia y estudio anatomopatológico. Un alto porcentaje de casos de ACE surgen en pacientes con antecedentes de esófago de Barret.

Métodos diagnósticos

La endoscopia y la biopsia de la lesión esofágica permiten establecer el diagnóstico. Para determinar el estadio de la enfermedad, una tomografía axial computarizada (TAC) del cuello, tórax y abdomen, o una TAC combinada con una tomografía por emisión de positrones (PET-TAC) identificará el tumor primario en la mayoría de los casos, así como cualquier extensión a los ganglios linfáticos y órganos como hígado, pulmones o huesos. La ecografía endoscópica (EE) también se está usando cada vez más para establecer el estadio, y es valiosa para cánceres tempranos. La laparoscopia se usa en casos determinados para completar el estadiaje.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial incluye: aclasia idiopática, cáncer gástrico y estenosis esofágica benigna.

Manejo y tratamiento

El tratamiento puede ser curativo cuando la enfermedad se limita al esófago e incluso cuando el tumor primario afecta a los ganglios linfáticos locales, y cuando el paciente presenta un estado general adecuado para tolerar el tratamiento. La base del tratamiento del ACE es la resección quirúrgica, y ocasionalmente una incisión en el cuello. En determinados casos se realiza una esofagectomía transhiatal (sin abrir el tórax). En pacientes diagnosticados con cánceres iniciales, en concreto en pacientes bajo seguimiento para el esófago de Barret, el uso de cirugía endoscópica, a menudo en combinación con ablación por radiofrecuencia (RFA), puede sustituir la necesidad de una cirugía abierta. También hay un aumento en el uso de quimioterapia o de la combinación de quimioterapia y radioterapia antes y después de la cirugía. Varios ensayos clínicos apoyan esta práctica, especialmente cuando el tumor está avanzado localmente, y éste es cada vez más el tratamiento estándar en Europa y Norteamérica. Los fármacos quimioterapéuticos usados con más frecuencia en terapia de combinación son epirubicina, cisplatino y 5-fluorouracilo (esquema ECF). La capecitabina y el oxaliplatino son agentes menos tóxicos que pueden usarse en pacientes con problemas cardíacos y renales. En pacientes que no son aptos para los enfoques terapéuticos que implican cirugía, cada vez más se usan altas dosis de radioterapia y quimioterapia como alternativa. Para un abordaje paliativo, los stents metálicos autoexpandibles (SEMS) pueden aliviar la disfagia, y también se tienen en cuenta la quimioterapia, la radioterapia y el uso del láser.

Pronóstico

Como el diagnóstico suele tener lugar en un estadio avanzado de la enfermedad, el pronóstico general es desfavorable, con una supervivencia general a los 5 años del 10-20%. Sin embargo, la tasa de curación es actualmente de aproximadamente el 40% en los pacientes tratados con intención curativa, gracias al incremento de diagnósticos en fases tempranas, y a la mejora de los tratamientos.

(Fuente: Orphanet)

ADENOMA DE PÁNCREAS

Definición de la enfermedad

Es un tumor de páncreas benigno y poco frecuente caracterizado por una variedad, en número y tamaño, de quistes revestidos por células epiteliales ricas en glucógeno. Las manifestaciones clínicas pueden incluir dolor epigástrico o abdominal, pérdida de peso, diabetes, ictericia y masa abdominal palpable. Algunos afectados son asintomáticos y el tumor es detectado de manera incidental.

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma es la neoplasia maligna más frecuente de páncreas, con un pronóstico infausto debido a que la gran mayoría de los casos se presentan en estadios avanzados, por lo que no son candidatos a la cirugía, siendo esta la única modalidad potencialmente curativa. En España, el cáncer de páncreas es la tercera neoplasia más frecuente del tubo digestivo, y su incidencia en los países occidentales es de 10 por 100.000. Es la cuarta causa de muerte por cáncer en los países occidentales.

El 90% de las neoplasias del páncreas exocrino son adenocarcinomas ([Tabla I](#)). El 70% de los adenocarcinomas de páncreas se localizan a nivel de cabeza del páncreas, y el 30% restantes a nivel de cuerpo y cola. Estos últimos generalmente se presentan en estadios avanzados con presencia de metástasis hepáticas o carcinomatosis peritoneal. La supervivencia mediana sin tratamiento es de unos 4-6 meses, y con gemcitabina la supervivencia al año es de 20-25%.

TABLA I	
VARIANTES HISTOLÓGICAS DEL CÁNCER DE PÁNCREAS EXOCRINO	
1.	Adenocarcinoma pancreático (90%)
2.	Tumores pancreáticos quísticos: —Cistoadenocarcinoma mucinoso —Cistoadenocarcinoma seroso —Tumor pseudopapilar sólido
3.	Tumores neuroendocrinos enteropancreáticos
4.	Linfomas
5.	Metástasis de otros tumores sólidos: —Cáncer de mama; cáncer de pulmón y melanomas

El 10% restante está formado por los tumores quísticos de páncreas, tumores neuroendocrinos enteropancreáticos, linfomas y metástasis pancreáticas de otras neoplasias.

ETIOPATOGENIA

La etiología del cáncer pancreático es desconocida. Se sabe que en la mayoría de los adenocarcinomas de páncreas existen alteraciones genéticas y/o cromosómicas. En el 70% de los casos se halla mutaciones del oncogén K-ras, lo que resulta interesante en el diagnóstico de la enfermedad mediante su detección en el jugo pancreático o aspirado de masas pancreáticas por punción con aguja fina. Otras alteraciones genéticas son deleciones o mutaciones del gen supresor p53, APC o DCC. Entre las alteraciones cromosómicas destacan las deleciones del 9p, 17p y 18q, que contienen muchos genes supresores.

Los factores de riesgo para el adenocarcinoma de páncreas incluyen ([Tabla II](#)):

1. Antecedentes familiares de cáncer de páncreas: 5-10% de los cánceres pancreáticos son hereditarios.
2. Edad avanzada (> 60 años): el 80% de los casos se producen entre los 60 y los 80 años de edad, siendo la edad media al diagnóstico de unos 65 años. El cáncer de páncreas es raro en personas menores de 45 años.
3. Tabaquismo: el efecto nocivo del tabaco se debe a las aminas aromáticas presentes en el humo de tabaco.

4. Sexo: el cáncer de páncreas es más frecuente en los varones, sin embargo en los no fumadores no hay predominio sexual.
5. Exposición ocupacional: es más frecuente entre los trabajadores de la industria petroquímica, en relación con una mayor exposición a las aminas aromáticas.
6. Obesidad: parece aumentar el riesgo de cáncer de páncreas
7. Dieta rica en grasas, pescado y carnes fritas, y pobre en frutas y vegetales.
8. Pancreatitis crónica: la pancreatitis crónica aumenta el riesgo de padecer cáncer de páncreas con un riesgo acumulado de 4% a los 20 años. Las pancreatitis crónicas hereditarias tienen un mayor riesgo de malignización.
9. El consumo de café y alcohol no son factores de riesgo de cáncer de páncreas.
10. Lesiones premalignas: el cistoadenoma mucinoso es el que tiene un mayor riesgo de malignización.
11. Gastrectomía parcial: puede aumentar el riesgo de cáncer de páncreas a los 15-20 años.

TABLA II

FACTORES DE RIESGO DEL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS

1. Antecedentes familiares de cáncer de páncreas
2. Edad avanzada
3. Tabaquismo
4. Exposición ocupacional (Industria petroquímica)
5. Obesidad
6. Pancreatitis crónica (especialmente las hereditarias)
7. Dieta rica en carnes y pescados fritos; y pobre en frutas y verduras
8. Gastrectomía parcial
9. Lesiones premalignas (en especial el cistoadenoma mucinoso)
10. Alteraciones genéticas/hereditarias (mutación K-ras, APC, DCC, P-53)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El cáncer de páncreas suele ser asintomático en las fases iniciales de la enfermedad, o bien se presenta con síntomas inespecíficos. Entre las manifestaciones clínicas cabe destacar el síndrome constitucional (pérdida de peso llamativa, astenia y anorexia) y caquexia, ictericia mucococonjuntival, dolor abdominal, diarrea con esteatorrea, diabetes mellitus, náuseas, vómitos, tromboflebitis migratoria y hemorragia digestiva.

El dolor abdominal es el síntoma más frecuente, suele tratarse de un dolor epigástrico y/o en ambos hipocondrios, de intensidad severa, que se irradia "en cinturón" a las regiones dorsolumbares. Suele tener un predominio nocturno, impide conciliar el sueño o despierta al paciente, empeora con las comidas y con el decúbito supino, y se alivia con la flexión ventral de la columna vertebral. El dolor se debe a dos motivos: a) invasión perineural del plexo celíaco y compresión de las estructuras vecinas; b) obstrucción parcial o total del conducto pancreático. La ictericia se debe en el caso de los tumores de cabeza de páncreas a una obstrucción de la vía biliar, y en los casos de tumores de cuerpo y cola a la presencia de metástasis hepáticas.

En la exploración física se puede poner de manifiesto la presencia de ictericia, lesiones por rascado, palpación de una vesícula distendida (signo de Courvoisier), a veces se palpa una masa abdominal, ascitis por carcinomatosis peritoneal o menos frecuentemente por hipertensión portal.

DIAGNÓSTICO

Ante la sospecha clínica de cáncer de páncreas se debe recurrir a una técnica de imagen, siendo la Tomografía Computarizada (TC) de alta resolución con contraste intravenoso la mejor prueba inicial, aunque algunos autores proponen la ecografía abdominal como la primera prueba a realizar. La TC permite al mismo tiempo evaluar la localización y tamaño del tumor, la extensión local y a distancia del tumor. La resonancia magnética no mejora la información aportada por la TC.

Otras técnicas a tener en cuenta en el diagnóstico del adenocarcinoma de páncreas son la CPRE y la ecoendoscopia, estas dos técnicas además permiten obtener muestra para estudio citológico y genético (mutación de K-ras). El diagnóstico de cáncer de páncreas requiere la confirmación histológica o citológica, a través de las muestras obtenidas por punción aspiración con aguja fina dirigida por ecografía o TC o ecoendoscopia; o bien por cepillado/aspiración del jugo pancreático mediante CPRE.

El marcador tumoral CA 19.9, que es sintetizado por el epitelio del árbol biliar y páncreas exocrino, suele ser un buen indicador de enfermedad diseminada cuando se encuentra cifras muy elevadas.

ACTITUD TERAPÉUTICA

La única modalidad terapéutica potencialmente curativa en el cáncer de páncreas es la cirugía. Pero, la mayoría de los casos son irresecables. Tan sólo el 20% de los cánceres de páncreas son candidatos a la cirugía.

La resecabilidad del tumor viene determinado por la ausencia de metástasis a distancia y la ausencia de afectación de las estructuras vasculares vecinas. Para los tumores de cabeza de páncreas la técnica quirúrgica de elección es la duodenopancreatectomía cefálica de Whipple; mientras que para los tumores de cuerpo y cola la técnica de elección es la pancreatectomía distal o total con o sin esplenectomía.

Sin embargo, el 80% de los tumores de páncreas son irresecables (40% son localmente avanzados y 40% presentan metástasis), en estos casos las posibilidades terapéuticas tienen una intención paliativa.

Si existe una ictericia obstructiva (colestasis) por compresión de la vía biliar se puede recurrir a diversas técnicas de drenaje de la vía biliar:

1. Técnicas conservadoras: drenaje biliar interno y/o externo mediante la colocación de stent y tubos de drenaje, mediante CPRE y/o técnicas de radiología intervencionista (CPH).
2. Técnicas quirúrgicas: la técnica de elección es la colecistoyeyunostomía, y si esta no es posible entonces la coledocoyeyunostomía.

En caso de obstrucción o estenosis gastroduodenal por extensión local del tumor, se puede colocar un stent duodenal o bien realizar una gastroyeyunostomía.

El tratamiento paliativo debe incluir siempre un buen control del dolor mediante el empleo escalonado de los analgésicos según la escala de la Organización Mundial de la Salud, y evitar los cuadros malabsortivos mediante la administración de suplementos enzimáticos. Si el dolor es medicamente intratable se puede recurrir al bloqueo neurolítico celiaco o esplácnico, siendo su principal complicación la hipotensión postural.

ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS RESECABLE

Sólo una minoría se puede beneficiar de la cirugía con intención curativa (adenocarcinomas menores de 6 cm en su diámetro mayor, confinados al páncreas, sin metástasis, ni invasión de estructuras vasculares), siendo las técnicas de elección la duodenopancreatectomía cefálica de Whipple (en los tumores de cabeza) y pancreatectomía distal (en los tumores de cuerpo y cola).

Debido al alto riesgo de recidiva local y a distancia a pesar de la cirugía radical, se considera oportuno intentar añadir al tratamiento quirúrgico, un tratamiento adyuvante, en forma de quimioterapia o quimiorradioterapia.

Las diversas posibilidades de tratamiento adyuvante son:

1. Quimiorradioterapia neoadyuvante/ preoperatoria:

-Radioterapia de 45-50,4 Gy asociada a tegafur oral, seguido de radioterapia intraoperatoria (RIO) (17). Se ha estado aplicando con resultados esperanzadores en nuestro centro. Consiste en la asociación de radioterapia externa de 45-50,4 Gy, dividido en 1,8 Gy/fracción, con tegafur 400 mg/8 horas via oral de manera continua mientras dura el periodo de la radioterapia, incluyendo fines de semana, vacaciones o períodos en los que se interrumpe momentáneamente la radioterapia. Tras completar la quimiorradioterapia concomitante se realiza la resección del tumor con administración de RIO de 10-15 Gy.

-Otra variante es la asociación de radioterapia con quimioterapia basada en 5-Fluorouracilo (5FU 300 mg/m²/día por 5 días a la semana) desarrollada por Spitz y cols. (18).

-Otro esquema de quimiorradioterapia concomitante se basa en la administración de gemcitabina, en el seno de un ensayo clínico que se encuentra en fase II, con resultados esperanzadores.

2. Quimiorradioterapia coadyuvante/ postoperatoria frente a quimioterapia postoperatoria:

El estudio ESPAC-1, que ha sido severamente criticado, es la serie más larga de la que disponemos. Los pacientes fueron tratados con cirugía seguida de quimioterapia sola, quimiorradioterapia concomitante o quimiorradioterapia concomitante seguida de quimioterapia (con esquemas basados en 5FU). Dicho estudio evidenció que la quimiorradioterapia concomitante postcirugía no ofrece beneficios, en comparación con la quimioterapia coadyuvante sola. Los autores recomiendan la quimioterapia con esquema 5FU 420 mg/m²/día en bolus intravenoso durante 5 días, asociado a leucovorin 20 mg/m²/día en bolus intravenoso durante 5 días con una periodicidad de 28 días, con un número total de 6 ciclos.

En el estudio EORTC se está ensayando una quimiorradiación postoperatoria basada en gemcitabina, consistente en 2 ciclos de gemcitabina, seguido por gemcitabina semanal por 5 semanas concomitante con radioterapia de 50,4 Gy.

ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO (IRRESECABLE)

El 40% de los casos se diagnostican en esta fase, y el tratamiento depende del estado general del paciente y de la extensión del tumor. Así, en los pacientes con buen estado general y ausencia de carcinomatosis peritoneal descartada mediante técnicas de imagen (resonancia magnética o tomografía computerizada) y/o por laparoscopia o laparotomía se debe intentar la quimiorradiación concomitante; con la posibilidad de conseguir en algunos pocos casos una reducción de la masa tumoral, pasando a ser una enfermedad resecable.

En el resto de los casos de adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado hay que recurrir a la quimioterapia sola con esquemas basados en gemcitabina.

ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS AVANZADO (METÁSTASICO)

El uso de la quimioterapia en los casos de adenocarcinoma de páncreas avanzado ha demostrado un beneficio en la supervivencia y en la calidad de vida de los pacientes en comparación con el tratamiento paliativo. El agente quimioterápico más activo en el cáncer de páncreas diseminado es la gemcitabina, siendo el primer agente que ha demostrado una mejoría de los síntomas relacionados con el cáncer de páncreas (reducción del dolor y de la necesidad de analgesia) y de la supervivencia.

Por tanto, en el tratamiento del cáncer de páncreas avanzado se debe emplear esquemas de tratamiento basados en gemcitabina, ya sea en monoterapia o bien en combinación con otros agentes. Actualmente existe un estudio en fase II, que viene a demostrar la superioridad de la perfusión a dosis fija de gemcitabina en monoterapia con respecto al esquema convencional. La perfusión a dosis fija de gemcitabina consiste en la administración de gemcitabina a una velocidad de 10 mg/m²/minuto (1.500 mg/m² en 150 minutos) los días 1,8 y 15 de cada ciclo de 28 días.

En cuanto a las poliquimioterapias basadas en gemcitabina cabe mencionar que la asociación de 5-FU o de irinotecan a la gemcitabina no aporta ninguna ventaja. Una asociación con resultados esperanzadores en cuanto a la tasa de respuesta y supervivencia libre de enfermedad se refiere, es el denominado GEMOX (gemcitabina y oxaliplatino), sin embargo aún no hay datos sobre la supervivencia global. Otras asociaciones que se están investigando son la gemcitabina con bevacizumab, gemcitabina con gefitinib o cetuximab, y gemcitabina con cisplatino.

//Fuente: Anales de Medicina Interna//

INVESTIGACIÓN MÉDICA

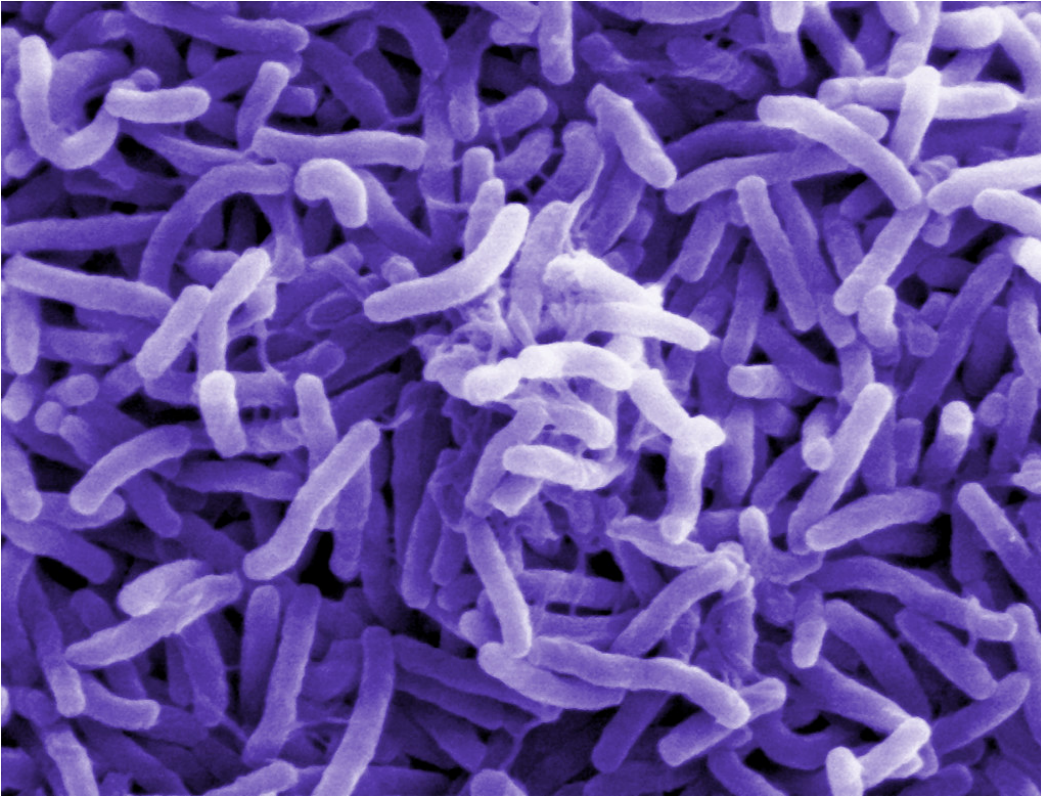


//Transcrito por: Fco. O. Martínez.- Diplomado en Medicina Homeopática //

EL MICROBIOMA INFLUYE EN LA RESISTENCIA AL CÓLERA

Un equipo de investigadores del Departamento de Microbiología y Patología Vegetal de la Universidad de California ha descubierto cómo el microbioma de algunos individuos les confiere cierta resistencia a la infección de *Vibrio cholerae*. Sus resultados fueron publicados el pasado 25 de junio en la revista Cell.

El cólera afecta anualmente a casi 4 millones de personas alrededor de todo el mundo, de las cuales casi 140 000 mueren por la enfermedad. El cólera es una enfermedad de origen bacteriano causado por la infección del microorganismo *Vibrio cholerae*, cuyo síntoma principal es una diarrea aguda que, de no ser tratada, puede ser mortal. La infección por *Vibrio cholerae* se transmite principalmente por el consumo de alimentos o agua contaminados por este microorganismo, normalmente en zonas pobres, con medidas de obtención de agua potable mal diseñadas y escaso sistema de alcantarillado.



El cólera

afecta anualmente a casi 4 millones de personas alrededor de todo el mundo, de las cuales casi 140 000 mueren por la enfermedad.

Vibrio cholerae se encuentra, por lo general, en hábitats acuáticos, donde no resulta patogénica. Sin embargo, al ser ingerida, se encuentra con un medio totalmente distinto, en el que abundan las sales biliares sintetizadas en la vesícula biliar, entre otros compuestos. Estas condiciones activan los genes característicos de la virulencia en el genoma de *Vibrio cholerae*, permitiéndole sobrevivir y reproducirse en el intestino humano.

Ahora, un nuevo estudio ha descubierto un mecanismo molecular que podría explicar cómo el microbioma de una persona influye en su resistencia al cólera.

En el estudio, los autores buscaban determinar cómo ciertas condiciones de estrés, como la malnutrición, influyen en la vulnerabilidad a la infección por *Vibrio cholerae*, por lo que tomaron datos de dos poblaciones humanas con diferencias notorias en estas condiciones. Sin embargo, descubrieron algo totalmente diferente. Según los resultados, la susceptibilidad a la infección por este microorganismo no depende de ninguna de estas condiciones de estrés, sino que dependen del microbioma de cada individuo.

Para determinar la influencia de la microbiota intestinal en la resistencia al cólera, los autores utilizaron ratones modelo, a los que introdujeron el microbioma de los diferentes grupos humanos a estudiar. Durante el estudio, los investigadores observaron que, al transferir la microbiota de ratones “sanos” al intestino de ratones “vulnerables”, se reducía la colonización de *Vibrio cholerae*. Tras varias pruebas, el equipo detectó que una de las posibles causas de la diferencia en la susceptibilidad al cólera, la abundancia del microorganismo *Blautia obeum* en el intestino de cada individuo. Según el estudio, esta bacteria puede “desactivar” los mecanismos moleculares que vuelven a *Vibrio cholerae* una bacteria patogénica.

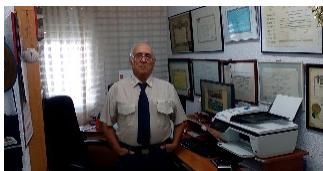
Blautia obeum es un microorganismo anaerobio presente en mayor o menor medida como parte la microbiota intestinal del ser humano. Se trata de una bacteria no patogénica, cuya actividad protectora contra la infección de *Vibrio cholerae* ya se había demostrado previamente en otros modelos animales.

El mecanismo de *Blautia obeum* que proponen los investigadores y logra evitar la infección por *Vibrio cholerae* se basa en una hidrolasa, que “rompe” algunos compuestos de las sales biliares presentes en el intestino. Esto reduce considerablemente la vulnerabilidad al cólera, pues *Vibrio cholerae* utiliza estas sales biliares para activar los genes necesarios para colonizar el intestino humano.

Este nuevo estudio explica cómo la variación en el microbioma intestinal humano influye en la vulnerabilidad a diferentes infecciones. Además, los resultados del estudio abren las puertas a nuevas investigaciones para evitar la infección por *Vibrio cholerae*, basándose en la actividad normal de *Blautia obeum*. Tal y como afirman los autores, “esto sugiere que la modificación dirigida del microbioma puede ser un objetivo protector contra el cólera”. De igual modo, ya se está investigando cómo el microbioma de cada individuo influye en la vulnerabilidad a diferentes agentes infecciosos, entre ellos, el SARS-CoV-2.

//Fuente: Microbiome confers resistance to cholera. Universidad de California, Riverside//.

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.-Diplomado en Derecho Mercantil//

SINOPSI DE LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS

Artículo 17: El derecho a la propiedad

Los pueblos aborígenes de Australia no tienen una lengua escrita, por tanto, transmiten su legado a través de ceremonias y tradición oral. Mientras los mayores recitan, a menudo otros dibujan símbolos en la arena que representan creencias, eventos y lugares donde pueden encontrarse agua y comida. Al terminar la ceremonia, se aparta la arena para mantener a salvo los secretos.

Durante los últimos 50 años, se animó a estos aborígenes a transferir sus pinturas secretas de la arena a los lienzos. Sus llamativas pinturas, que incluyen puntos, espirales y sombreados transversales se han convertido en valiosas obras de arte.

En el año 2000, en un tribunal, los aborígenes también consiguieron obtener el título de propiedad de un amplio territorio en el Gran Desierto de Victoria en el oeste de Australia. El tribunal dictaminó que dicho territorio era su hogar ancestral, aceptando las pinturas como prueba de la demanda del pueblo Spinifex en vez de una escritura formal. Kirsten Anker, una experta en derecho indígena dijo que para este grupo: “la pintura no es sólo un hecho sobre la ley, sino que es la ley”.

El artículo 17 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) garantiza el derecho a la propiedad. Se trata de otro derecho incluido como reacción a las atrocidades del Holocausto, cuando se confiscaron las propiedades de los judíos y otras personas, a menudo para enriquecer a los oficiales nazis. Los judíos europeos fueron despojados del equivalente a billones de dólares en dinero en efectivo, obras de arte, casas, negocios y objetos personales. “La Solución Final de Hitler no sólo fue un acto de genocidio: también fue una campaña de robo organizado”, dice un escritor.

A pesar de esta motivación, mientras la DUDH estaba siendo redactada entre 1946 y 1948, el mundo se estaba dividiendo en los bloques ideológicos de la Guerra Fría, con países democráticos y capitalistas a un lado y Estados socialistas y no democráticos al otro lado.

“La teoría del comunismo puede ser resumida en una frase: abolir toda la propiedad privada.”

–**Karl Marx**

Los países socialistas, así como algunos países en desarrollo, eran hostiles a la idea de la propiedad privada como un derecho humano fundamental. En algunos lugares, esta sospecha sigue existiendo hoy en día. A diferencia de muchos derechos de la DUDH que han sido desarrollados en otros importantes instrumentos de la ONU, el derecho a la propiedad privada no está específicamente desarrollado en convenciones de derechos humanos posteriores. Algunas prohíben la discriminación sobre la base de la propiedad (u otras formulaciones), pero ninguna incluye específicamente el derecho a la propiedad privada. Sin embargo, la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas reconoce los derechos de los pueblos indígenas a sus tierras, territorios y recursos.

Uno de los primeros borradores de la DUDH (posteriormente rechazado) apelaba a que los trabajadores tuvieran derecho a ser propietarios de los medios de producción. Parece ser que otro borrador requería que los gobiernos ayudaran a sus ciudadanos a obtener un mínimo de propiedad privada para asegurar “los bienes materiales esenciales para una vida digna.” La delegación de la Unión Soviética se opuso a cualquier derecho absoluto a la propiedad privada, pero finalmente accedió al párrafo 2, que dice: “nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.”

Hoy en día, esta formulación es a menudo invocada por minorías y grupos indígenas que han sido desplazados de sus tierras, ricas en recursos, por proyectos de desarrollo. El reconocimiento de los derechos de propiedad de los pueblos indígenas es fundamental para su capacidad de supervivencia (espiritual, cultural y económica), para defender su territorio y a menudo también para evitar el cambio climático – por ejemplo, a través de la destrucción de la selva amazónica.

El 26 de mayo de 2017, la Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos emitió una sentencia histórica sobre un caso que involucraba el desalojo masivo del pueblo Ogiek de la selva Mau por parte del Servicio Forestal de Kenia. La Corte dictaminó que el gobierno keniano había violado siete artículos de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos; incluyendo violaciones como la negación persistente a los Ogiek de sus derechos a la tierra y sus prácticas religiosas, culturales y de caza y recolección.

En el otro lado del mundo, el sistema interamericano ha contribuido a la comprensión y fortalecimiento de los derechos de los pueblos indígenas, por ejemplo, a través de sentencias innovadoras de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre el requerimiento de contar con el consentimiento libre, previo e informado en un caso con el pueblo Saramaka de Surinam. La Corte sostuvo que “respecto ael desarrollo de gran envergadura o los proyectos de desarrollo que pudieran tener un gran impacto dentro del territorio Saramaka, el Estado tiene la obligación, no sólo

de consultar con los Saramaka, sino también de obtener su consentimiento libre, previo e informado, de acuerdo con sus costumbres y tradiciones.”

También las mujeres son a menudo excluidas del sistema de propiedad por leyes y normas sociales. El Banco Mundial afirma que alrededor del 40% de las economías del mundo cuentan al menos con una restricción legal sobre los derechos de las mujeres a la propiedad, y que en 39 países se permite que los hijos hereden una proporción de bienes mayor que las hijas. No fue hasta 1922 cuando el Reino Unido y los Estados Unidos permitieron a las mujeres heredar de la misma manera que los hombres. Y en 1976, las mujeres en Irlanda pudieron ser propietarias de sus casas de forma definitiva.

Muchas personas ven un vínculo entre el derecho de las mujeres a la propiedad y la prosperidad. Las mujeres educadas que poseen el control sobre sus propiedades benefician a la sociedad, dice la escritora chilena Isabel Allende. “Si una mujer está empoderada, sus hijos y su familia estarán mejor. Si las familias prosperan, el pueblo prospera, y con el tiempo todo el país lo hace.”

PRUEBA MÉDICAS Y ANÁLISIS



Recuerden, esto es

solo información, los valores que publicamos, son unos valores estándar (orientativos)

// Remember, this is just information, the values we publish are standard values (guidelines)//

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

TIROTROPINA (TSH)

La tiroides es una hormona endocrina encargada de producir las hormonas tiroideas triyodotironina (T3) y tiroxina (T4). Estas hormonas son esenciales para el funcionamiento del organismo, pues modulan la frecuencia cardíaca y el aprovechamiento de nutrientes (entre otras muchas cosas). La hipófisis está muy conectada a esta glándula, ya que estimula a la tiroides mediante secreción de tirotropina (TSH).

A nivel estructural, la TSH se concibe como una glucoproteína secretada por el lóbulo anterior de la hipófisis. Su efecto directo es una mayor producción y liberación de T3 y T4 por parte de la glándula tiroides.

¿Qué es la tirotropina?

La tirotropina, también conocida como hormona estimulante de la tiroides o TSH, es una hormona producida por la adenohipófisis. La función principal de la TSH es regular la síntesis y liberación de las hormonas tiroideas por parte de la glándula tiroides. Esta hormona se une a receptores específicos en la tiroides y estimula la descomposición de la tiroglobulina, lo que resulta en la secreción de triyodotironina (T3) y tiroxina (T4) hacia el torrente sanguíneo.

Cabe destacar que, a su vez, esta hormona está regulada por la hormona liberadora de tirotrópina, secretada desde el hipotálamo. Los efectos de la TSH en el organismo son múltiples. Entre todos ellos, destacan los siguientes:

1. Como ya se ha citado, la TSH estimula la secreción de T3 y T4. Esto deriva en múltiples efectos en varios órganos y sistemas.
2. Aumenta el tamaño y la funcionalidad secretoria de la tiroides.
3. Incrementa la yodación de la tirosina y su acoplamiento, un paso esencial para la formación de las hormonas tiroideas.

¿Para qué sirve la prueba de tirotrópina en sangre?

La prueba de tirotrópina en sangre es de gran utilidad para diagnosticar problemas tiroideos. Cuando la glándula tiroides está produciendo una cantidad insuficiente de hormonas (hipotiroidismo), la hipófisis secreta más TSH con el fin de estimularla y aumentar la producción de T3 y T4. Por el contrario, si la tiroides sintetiza y libera hormonas de más (hipertiroidismo), el nivel de TSH en sangre debería ser más bajo de lo esperado.

El análisis de TSH tiene los siguientes usos principales:

1. Diagnosticar un problema en la glándula tiroides.
2. Monitorizar el tratamiento de un problema tiroideo ya conocido para adaptarlo al paciente.
3. Evaluar el funcionamiento de la hipófisis, pues si esta no desempeña su labor bien el nivel de TSH en sangre también puede ser bajo.

Los resultados se interpretan de la siguiente forma:

- El intervalo normal suele oscilar entre 0,37 y 4,7 mUI/L.
- Si el paciente ya está recibiendo tratamiento para un problema tiroideo, lo más probable es que los niveles se encuentren entre 0,5 y 4.0 mIU/L.
- Los niveles pueden fluctuar a lo largo del día. Por ello, se recomienda hacerse la prueba temprano por la mañana.

¿Qué significa tener la tirotrópina alta?

La causa más común de la tirotrópina alta en sangre es el hipotiroidismo. Esta enfermedad se caracteriza por la disminución de la actividad de la tiroides y el descenso de la secreción de hormonas tiroideas. Como esta glándula no produce al ritmo que debería, se aumenta la secreción de TSH para tratar de contrarrestar el evento. El hipotiroidismo cursa con los siguientes síntomas principales:

- Fatiga.
- Aumento de peso.
- Problemas para tolerar las temperaturas bajas.
- Hinchazón en el rostro.
- Piel seca.
- Cabello delgado y seco.
- Dolor articular.
- Estreñimiento.
- Irregularidad en el periodo menstrual.
- Depresión.
- Problemas de fertilidad.

A su vez, el hipotiroidismo (y, por tanto, el aumento de tirotrópina en sangre) puede tener múltiples causas. Las enfermedades autoinmunitarias, la extirpación previa total o parcial de la tiroides, el tratamiento con yodo radiactivo, el consumo de ciertos medicamentos, la ingesta de yodo desbalanceada, las patologías hipofisarias y más pueden causar este cuadro. El tratamiento principal para el hipotiroidismo es el uso diario de la hormona tiroidea sintética levotiroxina.

PRUEBA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (ACE)

¿Por qué hacer el análisis?

Principalmente, para el seguimiento del cáncer, tanto desde el punto de vista de la respuesta al tratamiento como de las posibles recidivas; como un indicador de la masa tumoral (cantidad de tumor) y para establecer el pronóstico y realizar el estadiaje del cáncer; ocasionalmente después de que una prueba de cribado de cáncer haya sido positiva. Realizar las determinaciones antes y después del tratamiento permiten ver si la concentración ha vuelto a la normalidad y por lo tanto no queda masa tumoral después del tratamiento.

¿Cuándo hacer el análisis?

Cuando el paciente ha sido diagnosticado de cáncer de colon, páncreas, ovario, mama, tiroides, pulmón u otros tipos de cáncer. Si antes del inicio del tratamiento el CEA está elevado, se realiza también su determinación de manera regular durante y después del tratamiento; ocasionalmente, puede ser de ayuda cuando se sospecha la existencia de cáncer.

¿Qué muestra se requiere?

La determinación se realiza a partir de una muestra de sangre venosa del brazo. Ocasionalmente se puede obtener la muestra de algún líquido biológico, como el líquido cefalorraquídeo, el líquido peritoneal o el líquido pleural.

¿Qué es lo que se analiza?

El antígeno carcinoembrionario (CEA) es una proteína que se encuentra en algunos tejidos del feto cuando se está desarrollando. En el momento del nacimiento, la concentración de CEA en sangre es muy baja. En los adultos, el CEA se encuentra normalmente en pequeñas cantidades en la sangre, pero puede aumentar en algunos tipos de cáncer. Esta prueba mide la cantidad de CEA en sangre y es de utilidad en la evaluación de las personas con cáncer.

El CEA es un marcador tumoral. Originalmente se pensó que el CEA era específico del colon. Sin embargo, se ha demostrado posteriormente que pueden observarse aumentos de CEA en otros tipos de cáncer. Además, el CEA puede aumentar aunque no exista cáncer en los casos de inflamación, cirrosis, úlcera péptica, colitis ulcerosa, pólipos rectales, enfisema, trastornos mamarios benignos, así como en los fumadores. Por este motivo, el CEA no constituye una prueba de cribado de cáncer aplicable a la población general. No obstante, es un marcador tumoral que juega un papel muy importante en la evaluación de la respuesta al tratamiento del cáncer y en la vigilancia del mismo. Cuando se diagnostica un cáncer, se suele realizar una determinación basal (en el momento del diagnóstico) de CEA. Si el CEA está elevado, se realizan determinaciones seriadas para monitorizar la evolución de la enfermedad durante el tratamiento y también posteriormente.

Preguntas comunes

¿Cómo se utiliza?

El antígeno carcinoembrionario (CEA) puede utilizarse:

- Para el seguimiento del tratamiento de personas con cáncer de colon. También puede utilizarse como marcador tumoral en los siguientes casos de cáncer: páncreas, ovario, mama, medular de tiroides, pulmón, hígado, estómago, recto u otros tipos de cáncer. Se solicita una determinación basal (inicial) de CEA antes de comenzar el tratamiento (quimioterapia, radioterapia o similar) para tener un valor basal. Si está elevado, el CEA será muy útil para el seguimiento de la respuesta al tratamiento y para determinar si el cáncer progresa o recidiva.

- Para determinar el estadio del cáncer. El estadiaje tiene en cuenta tanto el tamaño del tumor como su diseminación.
- Cuando se realiza la determinación en un líquido biológico, nos permite saber si el cáncer se ha diseminado hacia alguna cavidad del organismo como el tórax (líquido pleural) o el abdomen (líquido peritoneal).
- En la evaluación de un cáncer, la determinación de CEA puede combinarse con la de otros marcadores tumorales.

No todos los cánceres producen CEA, ni todos los resultados positivos de CEA se asocian a cáncer. Por esta razón, no se recomienda emplear el CEA como prueba de cribado en la población general.

¿Cuándo se solicita?

La determinación del CEA puede solicitarse cuando ya se ha diagnosticado un cáncer de colon u otros tipos específicos de cáncer. Se mide antes de iniciar el tratamiento y posteriormente de manera regular, para evaluar la respuesta al tratamiento y detectar posibles recidivas.

Algunas veces se solicita el CEA cuando existe una elevada sospecha de cáncer, antes de que se haya establecido el diagnóstico. No es un uso frecuente de la prueba, ya que este marcador puede estar aumentado en diversas situaciones; no obstante, puede proporcionar información valiosa al médico.

Ocasionalmente, si el médico sospecha que el cáncer se ha diseminado a distancia (metástasis), se puede solicitar la determinación de CEA en los líquidos biológicos distintos de la sangre (por ejemplo: el líquido cefalorraquídeo, el líquido peritoneal o el líquido pleural).

¿Qué significa el resultado?

Seguimiento de la respuesta al tratamiento y vigilancia de recidivas

Cuando la concentración de CEA está elevada antes del tratamiento y posteriormente disminuye, significa que el cáncer se ha tratado con éxito y que se ha conseguido una buena respuesta al tratamiento. Un incremento sostenido en las concentraciones de CEA suele ser una de las primeras señales de recidiva o reaparición del tumor.

Estadiaje

En los cánceres pequeños y en fases muy poco avanzadas, es probable que el CEA en la primera determinación sea normal o esté muy poco aumentado. Cuando el tumor es más grande, si está en una fase más avanzada o si se ha propagado a otras zonas del organismo, es más probable que la concentración de CEA esté bastante más elevada.

Detección de metástasis

En el caso de que se detecte CEA en algún otro líquido biológico distinto de la sangre, es muy probable que el cáncer se haya diseminado hacia las áreas del organismo de donde se ha obtenido el líquido. Por ejemplo, en el caso de detectarse CEA en líquido cefalorraquídeo (LCR), es posible que existan metástasis en el sistema nervioso central.

Como no todos los tipos de cáncer producen CEA, es posible tener un cáncer y tener unos valores de CEA normales. Si el cáncer no produce CEA, este marcador tumoral no es útil como herramienta de seguimiento de la enfermedad.

¿En el caso de ser fumador, un CEA elevado equivale a cáncer?

No necesariamente. Los fumadores pueden presentar valores de CEA el doble de altos de los que se consideran normales en no fumadores, sin tener cáncer.

¿Se determina el CEA a todas las personas con cáncer?

No. El CEA desempeña un papel importante en ciertos tumores, particularmente en el cáncer de colon. Sin embargo, para el seguimiento de cánceres específicos de otros órganos existen otros marcadores tumorales. Por ejemplo, en el seguimiento del cáncer de mama se emplea el CA 15-3 o el CA 27.29. En algunos tipos de cáncer, no se conoce ningún marcador tumoral que pueda ser útil para el diagnóstico o el seguimiento.

CONTAMINACIÓN



CONTAMINACIÓN DEL AIRE: CAUSAS Y TIPOS



La contaminación del aire es uno de los principales retos a los que nos enfrentamos. Los efectos de la contaminación atmosférica pueden ser irreversibles para la vida en el planeta, por lo que hay que trabajar para evitar, reducir, compensar o mitigar la contaminación del aire.

Cada año se bate el récord de contaminación del aire. En el año 2019 se alcanzaron casi 40 mil millones de toneladas de CO₂ en la atmósfera, superando el registro del año anterior. Sin medidas eficaces, los efectos de la contaminación atmosférica serán nefastos para la vida en la Tierra.

El cambio climático seguirá avanzando a gran escala y producirá todo tipo de fenómenos adversos, como el crecimiento del nivel del mar, el incremento de las sequías, el aumento de la temperatura global, etc.

Conocer en qué consiste la contaminación del aire y cuáles son los principales enemigos de nuestra atmósfera. En este artículo, arrojaremos luz sobre qué es concretamente la contaminación del aire y cuál es la tipología contra la que nos enfrentamos.

¿Qué es la contaminación del aire?

La **contaminación atmosférica** consiste en la presencia de materias o formas de energía en el aire que pueden suponer un riesgo, daño o molestia de diferente gravedad para los seres vivos. Entre las consecuencias directas de la contaminación atmosférica, se podría destacar el desarrollo de enfermedades y afecciones en los seres humanos y la biodiversidad, así como la pérdida de visibilidad en zonas de grandes concentraciones o la aparición de olores desagradables.

La producción, el desarrollo del transporte y el uso de a partir de la Revolución Industrial ha disparado los niveles de dióxido de carbono y otros gases contaminante en la atmósfera. Esto ha provocado que la contaminación en el aire sea ya un problema ambiental global.

El aumento de gases de efecto invernadero están acelerando el calentamiento global del planeta.

La niebla gris que engloba las grandes ciudades es la forma más común en la que se muestra que la contaminación del aire es un problema real siendo ya visible ante nuestros ojos. El aumento de gases de efecto invernadero está provocando un calentamiento generalizado de nuestro planeta y el deterioro de la capa de ozono. Ambos efectos suponen un peligro tanto para la salud de los seres humanos como para la vida de los ecosistemas que ven alterado su equilibrio ecológico.

La acción humana es la principal culpable de la contaminación atmosférica. La quema de combustibles fósiles, como el carbón o el petróleo, es una de las principales causas de este problema ambiental que pone en peligro no solo a nuestra naturaleza sino a nuestra propia salud.

¿Qué tipos de sustancias producen la contaminación del aire?

La contaminación atmosférica se presenta en diferentes sustancias que se derivan fundamentalmente de cinco focos de actividades humanas: la industria, la agricultura, los residuos, los hogares y el transporte. Una concentración elevada de gases de efecto invernadero es altamente nocivo para la salud del planeta y sus habitantes. Estas son los principales gases contaminantes:

- El monóxido de carbono
- El dióxido de carbono
- El dióxido de nitrógeno
- El óxido de nitrógeno
- El ozono a nivel del suelo
- El material particulado
- El dióxido de azufre
- Los hidrocarburos

- El plomo

¿Dónde se produce la contaminación del aire?

Estas emisiones tienen cinco focos básicos producidos por el ser humano:

Industrias

En muchos países, la producción de energía es la fuente principal de la contaminación del aire, aunque no la única. La quema de carbón por parte de centrales eléctricas o aquellas plantas basadas en diésel, son dos de las fuentes de emisión más frecuentes y nocivas. De la misma manera, aunque en menor medida en comparación con las anteriores, los procesos industriales y el uso de solventes en industrias químicas contribuyen a la contaminación del aire y el calentamiento global.

Frente a esta problemática, se incentiva globalmente a las industrias por medio de políticas y programas a nivel internacional para que realicen un uso eficiente de energía e inviertan en fuentes renovables de energía. Con ello, se contribuye a que la actividades industriales logren una producción de energía más limpia, una mayor eficiencia energética y una reducción de los efectos de la contaminación atmosférica.



Transporte



Imagen de

redacción

Cerca de 25% de todas las emisiones de CO₂ (dióxido de carbón) relacionadas con la energía provienen del transporte. Estas emisiones producen aproximadamente cerca de 400.000 muertes prematuras al año por la mala calidad del aire. La mitad de ellas son consecuencia de la emisión de diésel debido a la emisión de óxidos de nitrógeno. No cabe duda que el transporte actual es ineficiente, caro e insostenible al no poderse mantener al mismo ritmo sin comprometer a las generaciones futuras.

Solo en España la contaminación ha provocado la muerte de cerca de 100.000 personas en la última década. Y es que, según datos de Naciones Unidas, el coche causa el 13% de la contaminación del aire en los países miembros de la Unión Europea. La soberanía del coche frente a otros medios más sostenibles es una tarea pendiente para todos.

En las áreas urbanas con grandes concentración de población resulta imprescindible trabajar en políticas de que contribuyan a la reducción de la contaminación del aire mediante. Por ejemplo, mediante el uso de combustibles más limpios o la implementación de medios de transporte movidos por medio de energías renovables que no sean nocivas para las personas.

Agricultura



Imagen de

redacción

En este sector hay dos fuentes principales que producen el 24% de todos los gases de efecto invernadero. Por un lado, la quema de residuos agrícolas y, por otro, el metano y amoníaco que genera la ganadería. Las emisiones de metano son especialmente destacables, puesto que afectan al ozono a ras de suelo. Esta contaminación del aire es causante de enfermedades respiratorias y aumenta el asma. El metano, es además un gas de efecto invernadero (aunque no siempre se refuerce esta idea) que tiene un impacto mayor que el CO₂ a largo plazo (por ejemplo, en períodos de 100 años).

Para reducir esta contaminación desde el sector agrícola, las personas que trabajan en él pueden llevar a cabo una reducción del metano optimizando la digestibilidad de los alimentos, mejorando el pastoreo y con una gestión más adecuada y sostenible de los pastizales. Pero el consumidor también es parte importante para reducir estas emisiones. Por ejemplo, disminuyendo el consumo de carne o minimizando el desperdicio de alimentos, evitando de este modo una sobreproducción basada en una amplia demanda de comida.

Residuos

Se calcula que el 40% de los residuos generados en el mundo y los desechos orgánicos se queman al aire libre, lo que genera emisiones a la atmósfera de dioxinas nocivas, furanos, metano y carbono negro. Una problemática que afecta especialmente a aquellas regiones o zonas que están en proceso de urbanización o a países en vías de desarrollo.



Entre las estrategias para evitar los efectos de este tipo de contaminación atmosférica se encuentra la mejora en la recolección, separación y eliminación de desechos sólidos. Con ello podría reducirse la cantidad de materiales depositados en vertederos y posteriormente quemados al aire libre.

Al igual que en el sector agrícola, un menor desperdicio de alimentos ayudaría a reducir la cantidad de desechos orgánicos que hay que gestionar. Del mismo modo, una separación de estos y su conversión en compost o bioenergía ayudaría a la mejora de la fertilidad y la calidad del suelo, generando además una manera de crear una fuente de energía alternativa, más limpia y sostenible para el aire.

Hogares



Imagen de

redacción

La contaminación del aire desde el ámbito doméstico es nociva en dos maneras. Por un lado, porque es el aire que las personas respiran en sus hogares de manera directa, produciendo a medio y largo plazo enfermedades respiratorias; por otro lado, porque repercute en el aire exterior. La fuente de esta contaminación proviene de la quema de madera y combustibles fósiles para actividades como cocinar, calentar o iluminar los hogares.

Aunque en términos generales, el 85% de los hogares tienen acceso a fuentes de energía más limpias, al menos en 97 países del mundo, lo cierto es que se estima que aproximadamente 3.000 millones de personas continúan usando combustibles sólidos, lo cual es una cifra muy elevada que produce una gran cantidad de emisiones contaminantes al aire.

Mantener la calidad en el aire es fundamental para la supervivencia de las personas y las especies que viven en la Tierra. Los efectos de la contaminación atmosférica pueden ser fatídicos para las especies, puesto que la polución afecta de manera negativa en su salud, propiciando el desarrollo de enfermedades y afecciones de diferentes tipos, como la respiratoria. Como siempre, existen una serie de consejos que podemos seguir y que pueden tener un gran impacto en la protección de la calidad del aire que respiramos.

Consejos para frenar la contaminación atmosférica

Revertir esta situación es una tarea de todos. Por ello, desde Fundación Aquae queremos ofrecerte una serie de recomendaciones para que contribuyas a ser parte de la solución y frenemos, entre todos, un problema medioambiental:

- Sustituye el coche por el transporte público u otros medios más sostenibles
- Reduce el consumo de plástico
- Apuesta por la regla de las 3 R's: recicla, reutiliza y reduce.
- Vigila los productos que consumes y opta por aquellos cuyo impacto en el medio ambiente sea mínimo.

- Opta por la eficiencia energética y minimiza el consumo de energía.

//Fuente: Fundación Aquae//