

# ADCUSPPYMA

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

EDICIÓN -26- JULIO/AGOSTO- 2018 DL.T 494-2014 - ISSN 2604-1049



ORTIGUEIRA- LA CORUÑA-GALICIA



LAUJAR DE ANDARAX-ALPUJARRAS ALMERIENSE-ANDALUCIA



CABO DE GATA PARQUE NATURAL-ALMERIA-ANDALUCIA

## DONDE SE ENVÍA LA REVISTA:

### EXTERIOR:

ALEMANIA.-AMERICA DEL SUR.- ANGOLA.-AUSTRALIA.- BELGICA.-BULGARIA.-CANADA.- CHINA-HONG KONG.-CUBA.-EGIPTO.- ESLOVAQUIA.-ESLOVENIA.-ESTADOS UNIDOS DE AMERICA.-FILIPINAS.-FRANCIA.-GHANA.-INDONESIA.-IRLANDA.-ITALIA.-JAPON.-JORDANIA.-KAZAJSTAN. MARRUECOS.-MONGOLIA.-NAMIBIA.- NORUEGA.-NUEVA ZALANDIA.- OMAN.-PAISES BAJOS.-PARLAMENTO EUROPEO.-POLONIA.-PORTUGAL.-REPUBLICA CHECA.-RUMANIA.-SENEGAL.-SINGAPUR.-SUDAFRICA.-SUECIA.-TAILANDIA.-TURQUIA.-

EN ESPAÑA:.-ASOCIACIONES DE VECINOS; ASOCIACIONES DE ENFERMEDADES RARAS; GREMIO EMPRESARIAL; AYUNTAMIENTOS; AUTONOMIAS; PERSONAS FISICAS; LABORATORIOS; COLEGIOS OFICIALES; ORGANIZACIONES DE JUECES Y FISCALES; ORGANIZACIONES DE NOTARIOS; EMISORAS DE RADIO; PRENSA; HOSPITALES; CLINICAS; FARMACIAS; ORGANIZACIONES CARNICAS; AGROALIMENTARIAS; HOMEOPATAS; NATUROPATAS; GANADEROS; AGRICULTORES; SINDICATOS DE TÉCNICOS SUPERIORES SANITARIOS; ASOCIACIONES DE PROFESIONALES DE LA MEDICINA; CASAS REGIONALES EN EL EXTERIOR; SINDICATOS MEDICOS; SINDICATOS FERROVIARIOS; SINDICATOS DE PILOTOS; CLUBS DE SENDERISMO; CLUBS CICLISTAS

Cada dos meses, enviamos más de TREINTA MIL (30.000) REVISTA.



C/RIO LLOBREGAT-BLQ. 2 ESCA. 9-5º-2ª  
43006-TARRAGONA /ESPAÑA/  
<http://usuaris.tinet.org/aduspyma/>  
[aduspyma@yahoo.es](mailto:aduspyma@yahoo.es) [adsyme@adsyme.net](mailto:adsyme@adsyme.net)  
MÓVIL: 616718313  
TEF/FAX: 34+977550030  
**Nº. DL.T 494-2014 (Es) ISSN 2604-1049**  
**Consecutivo No. 901-2017 (Co)**  
**Periodicidad: BIMENSUAL**

NIF: G-43/401579 NIF: G-55552731

**CANAL ADSYME**

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

[YUIGGJIVKIIXO2DPsDA](https://www.youtube.com/channel/UCi0m)

**DIRECCIÓN Y MONTAJE DE LA REVISTA**

FRANCISCO OLIVA MARTINEZ

**INFORMATICO:** FRANCISCO OLIVA DOMINGUEZ

## **CONTENIDO DE LA REVISTA**

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN  
INFORMACIÓN SANITARIA  
CONTAMINACIÓN Y MEDIO AMBIENTE  
DERECHO Y SENTENCIAS JUDICIALES  
LA DENUNCIA  
PUEBLOS DE ESPAÑA  
SUS DERECHOS Y SES DEBERES  
ENFERMEDADES RARAS  
NOTICIAS DE LAS ONG Y OTRAS  
EL RINCON DEL PRESIDENTE  
MEDICINA DEPORTIVA .I Y II PARTE  
LA PORTADA



# INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN Y



ALIMENTACIÓN



NUTRICIÓN

## NUTRICIÓN

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

### Alimentación

### ETIQUETADO DE LOS ALIMENTOS



- ¿Qué productos alimenticios han de tener etiquetado?
- ¿Qué información tiene que presentarse en la etiqueta de los alimentos?
- Etiquetado específico de los alimentos
  - Frutas y hortalizas
  - Huevos
  - Carne de vacuno
  - Pescado
  - Aceite
- Otras etiquetas (Eusko Label, etiquetado ecológico, denominación de origen protegida, indicación geográfica protegida, especialidad tradicional garantizada, producción integrada, productos transgénicos, alimentos infantiles, productos alérgenos, etiquetado nutricional)

## Introducción

La buena alimentación es muy importante para poder llevar un estilo de vida saludable. En los establecimientos de alimentación podemos encontrar alimentos que nos aportan energía y nutrientes; y su oferta, tanto en cantidad como en variedad, es cada vez mayor. Por eso, es muy importante conocer la composición de los alimentos que consumimos.

## Etiquetado de los alimentos

### ¿Qué productos alimenticios han de tener etiquetado?

---

El etiquetado es obligatorio en los alimentos destinados a ser entregados sin una posterior transformación a la persona consumidora final. También deben etiquetarse los alimentos destinados a los restaurantes, hospitales, comedores y otros similares.

### ¿Qué información tiene que presentarse en la etiqueta de los alimentos?

---

La etiqueta tiene que aparecer en el envase, y no debe inducir a error a la persona consumidora. Los datos de las características del producto, el origen, la composición, la forma de obtención y la fecha de caducidad deben aparecer de forma clara y legible. La etiqueta no puede atribuir al producto ningún tipo de propiedad única o especial si todos los de su tipo la tienen.

Algunos de los elementos más importantes que deben recoger las etiquetas de los productos alimenticios son los siguientes:

- La denominación oficial de venta del producto.
- Los ingredientes, y el peso que tienen en el producto, en orden decreciente.
- La fecha de duración mínima o fecha de caducidad de los productos muy perecederos.
- El peso o la cantidad neta en la mayoría de productos envasados (l, cl, ml, kg, g...).
- Las condiciones especiales de conservación y de tratamiento del producto.
- El país de origen del producto, cuando sea de fuera de la Unión Europea.
- La identificación de la empresa que comercializa el producto.
- La identificación del lote del producto.
- En algunos productos, como la fruta envasada, debe indicarse el número de registro sanitario de la empresa envasadora.

Todas estas indicaciones deben ser fácilmente comprensibles, visibles y legibles. No pueden ser tapadas o disimuladas. Cuando la cara mayor de un envase tenga una superficie inferior a 10 cm<sup>2</sup> sólo será obligatorio especificar la cantidad neta, la denominación del producto y el marcado de fechas.

### ***Frutas y hortalizas***

Las frutas y hortalizas frescas sin envasar destinadas a la venta a la persona consumidora en el mercado interior se pueden presentar en sus envases de origen o fuera de ellos. En un cartel bien visible debe figurar:

- Denominación específica del producto.
- Variedad.
- Categoría comercial. Está expresamente prohibida la utilización de adjetivos calificativos diferentes a los establecidos en las normas.
- Calibre.
- Precio de venta al público.

### ***Huevos***

Los huevos frescos que podemos encontrar en los establecimientos comerciales recogen la siguiente clasificación por peso:

- **XL**: Super grandes, con un peso de 73 gramos o mayor.
- **L**: Grandes, con un peso de 63 a 73 gramos.
- **M**: Medianos, con un peso de 53 a 63 gramos.
- **S**: Pequeños con un peso de 53 gramos.

Para una correcta identificación del producto, en el embalaje del huevo constará, al menos, la siguiente información:

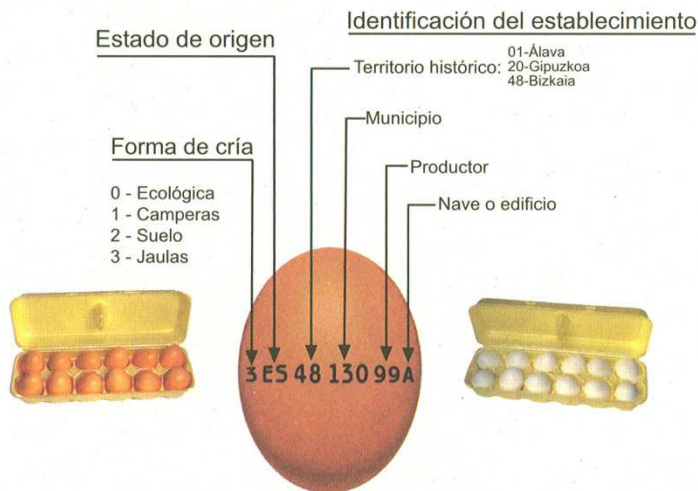
- La fecha de consumo preferente (en formato dd-mm).
- El consejo de conservación (refrigeración).
- El número de unidades.
- La clase, según peso en gramos.
- La categoría (A es la categoría destinada al consumo humano directo).
- La denominación (frescos –se venden preferentemente en un plazo de 28 días desde la puesta- y extrafrescos –se venden en un plazo máximo de 9 días desde la puesta-).
- El modo de cría de las gallinas.
- La razón social de la empresa de embalaje o que haya encargado embalar.
- El código del centro clasificador (para centros de España el código comienza por 1114, y se concede por el Ministerio de Sanidad y Consumo).

Además, puede aparecer información adicional acerca del valor nutricional y energético, la alimentación de las gallinas, la fecha de puesta...



El código marcado en el huevo nos ofrece la siguiente información:

- El modo de cría de las gallinas ponedoras (0: producción ecológica; 1: camperas; 2: de suelo; 3: de jaulas).
- El país de origen (ES: España, FR: Francia...).
- El productor (dígitos de provincia, municipio y explotación).



### Carne de vacuno

La clasificación de las carnes se efectúa según la especie del animal, su edad y la categoría. La categoría depende simplemente de la posición que el corte de la carne tenga dentro del cuerpo del animal.

La información que debe mostrar el etiquetado de la carne de vacuno depende de si se presenta envasada o no.

#### Carne de vacuno envasada:

- Denominación comercial de la pieza (ternera, solomillo).

- Lote o identificación del animal.
- Identificación de la sala de despiece.
- Identificación del matadero en el que se sacrifica.
- Sello de inspección veterinaria.
- País de nacimiento.
- País de cría.
- Identificación de la empresa.
- Fecha de consumo preferente.
- Cantidad neta.
- Precio por kilogramo y precio total.

## ETIQUETADO CARNE VACUNO ENVASADA

Denominación de la pieza	SOLOMILLO TERNERA	Identificación de la empresa	CARNICAS RIBERA S.A. C/ TRIANO, S/N VITORIA (ALAVA)	
Identificación del animal	Nº RES: ES 001578369847	Identificación del matadero	SACRIFICADO EN E. 10.05462/VI	
		Identificación sala de despiece	DESPIECE EN E. 10.34238/VI	
País de origen	FRANCIA	Países de cría	FRANCIA ESPAÑA	Sello Inspección veterinaria
				ESPAÑA 10.34238/VI C.E.E.
Precio por Kg	25,24 €/Kg	Cantidad neta	0,512 Kg	Marcado de fechas
	12,92 €	Importe total		
				envasado el: 08.01.2002 consumir pref. antes de: 14.01.2002

### Carne de vacuno sin envasar:

- Denominación comercial de la pieza (ternera, solomillo).
- Identificación del animal.
- Identificación de la sala de despiece.
- Identificación del matadero.
- País de origen.
- País de cría.
- Precio por kilogramo.

## ETIQUETADO CARNE VACUNO NO ENVASADA

Denominación de la pieza		SOLOMILLO TERNERA
Identificación del animal	Identificación del matadero	SACRIFICADO EN E. 10.05462/VI
Nº RES: ES 001578369847	Identificación sala de despiece	DESPIECE EN E. 10.34238/VI
País de origen	Países de cría	Precio por Kg
FRANCIA	FRANCIA ESPAÑA	25,24 €/Kg

La carne picada requiere un etiquetado particular en el que, además, deben constar los siguientes datos:

- Número de identificación del animal o grupo de animales de los que proceda la carne o lote.
- País de sacrificio del animal.
- País en el que se ha elaborado el producto.
- País de origen si no coincide con el país de elaboración.

### ***Pescado***

Se deben identificar todos los productos de la pesca y de la acuicultura, frescos, refrigerados o cocidos obtenidos a partir de productos frescos o refrigerados, independientemente de su procedencia. El producto deberá estar etiquetado en todo el proceso de comercialización, es decir, la etiqueta tiene que acompañar al producto desde su primera puesta a la venta o puesta en el mercado hasta que llega al consumidor final, incluso durante su transporte y distribución.

La etiqueta, cartel o tablilla debe contener, en caracteres legibles e indelebles los siguientes datos:

- Nombre comercial de la especie. Hay diferentes denominaciones, por lo que, junto a la denominación comercial, debe figurar el nombre científico. Esto evitará la picaresca o el fraude de otorgar denominaciones comerciales comunes a especies diferentes de morfología similar. En la venta a la persona consumidora, la inclusión del nombre científico es opcional.
- Método de producción: pescado, pescado en aguas dulces o criado.
- Zona de captura:
  - Para productos pescados en el mar: se indicará la zona correspondiente (Atlántico noroeste, noreste, centro-oeste, centro-este, sudoeste o sudeste; Mar Báltico, Mar Mediterráneo, Mar Negro, Océano Índico, Océano Pacífico o Antártico).



- Para productos pescados en aguas dulces: se señalará el Estado miembro o tercer país de origen.
- Para productos de cría: se indicará el Estado miembro o tercer país de cría en el que se haya desarrollado la fase final del producto.
- Calibre. Tamaño de la pieza en función de su talla y peso. La escala va del 1 al 5, según las especies. El 1 corresponde a los calibres mayores. Se entiende por calibre mínimo, o talla mínima de comercialización de una especie, el peso mínimo de una pieza por debajo del cual no puede comercializarse. Cuando para una especie haya definida una talla mínima biológica y un calibre mínimo, la talla mínima biológica prevalecerá sobre la talla mínima de comercialización o calibre mínimo. Asimismo, cuando para una especie sólo haya definida una talla se aplicará ésta en cualquiera de las diferentes fases del proceso de comercialización. Sólo se aplica a determinadas especies pesqueras.
- Frescura (sólo se aplica a determinadas especies pesqueras) y fecha en que se determine dicha frescura. La primera categoría de frescura y fecha que, obligatoriamente, deben figurar en la etiqueta serán las que correspondan en el momento de su primera venta. En el caso de que durante el circuito comercial, se modifiquen o alteren las condiciones de frescura, en la etiqueta, en cada momento, se hará constar, por el tenedor del producto, que será responsable de su clasificación, la nueva categoría de frescura y fecha en que ésta se determine. En el caso de un lote de volumen escaso, no superior a 10 kilogramos, podrá no ser homogéneo el estado de frescura, en cuyo caso la categoría de frescura será la inferior de las contenidas en el lote. La frescura se divide en tres categorías: E (extra), A o B.
- Modo de presentación del producto (forma de preparación o tratamiento de cocción que será: eviscerado (evs), es decir, sin vísceras, con cabeza (c/c), sin cabeza (s/c); fileteado (fl) o cocido (cc). En otro caso, debe aparecer el nombre completo de la preparación.
- Expedidor, número de autorización oficial y domicilio en el caso de productos procedentes de la Unión Europea. Si son productos de terceros países constará el nombre o dirección del expedidor y la fecha de expedición y clasificación. El expedidor es quien realiza la primera venta.
- Precio por kilogramo.
- Si son productos envasados, figurará, además, el nombre científico de la especie, el peso neto, las fechas de envasado y de caducidad y el importe total.

En el caso de especies de pescado que, por su tamaño u otras razones físicas, se expongan para la primera venta sin embalaje ni envasado, y en aplicación de la legislación vigente, por etiquetado se entenderán las indicaciones contenidas en el documento que acompañe a dicha especie, en el que se hará constar todos los requisitos de información requeridos en la normativa. Esta etiqueta ha de constar en el envase o embalaje, teniendo que acompañar al producto en las diversas fases de comercialización, desde la primera venta o puesta en el mercado hasta el consumidor final, incluyendo el transporte y la distribución.

El contenido del etiquetado, que ha de servir de información en la venta a la persona consumidora final, en el caso de que la etiqueta no sea plenamente visible será expuesto en los lugares de venta en una tablilla o cartel de tal forma que aquél pueda identificar las características del producto; conteniendo, como mínimo, las siguientes

especificaciones: país de origen, calibre, frescura, nombre comercial, forma de obtención y modo de presentación y tratamiento.

Los productos envasados por titulares del comercio minorista y que se presenten de esta forma el mismo día del envasado para su venta inmediata deberán cumplir todos estos requisitos, salvo el tamaño mínimo de la etiqueta, que habrá de ser el adecuado para cada envase.

### ETIQUETADO PESCADO ENVASADO

Nombre comercial y científico de la especie MERLUZA / MERLUCCIUS MERLUCCIUS			
Zona de captura ATLÁNTICO NORESTE	Calibre 1	Frescura Extra	Fecha 08.10.2002
	Método de producción PESCADO	Modo de presentación del producto C/C	
envasado el: 08.10.2002 consumir pref. antes de: 10.10.2002 Precio por Kg 15,95 €/Kg 500 g Importe total 7,97 €		Expedidor PESCADOS DE ONDARROA C/ BARRENA, S/N ONDARROA BIZKAIA E 00.00.000/BI CE	

4 cm (altura) / 9,5 cm (anchura)

### ETIQUETADO PESCADO NO ENVASADO

Nombre comercial de la especie MERLUZA			
Zona de captura ATLÁNTICO NORESTE	Calibre 1	Frescura Extra	Fecha 08.10.2002
	Método de producción PESCADO	Modo de presentación del producto C/C	
15,95 €/Kg Precio por Kg		Expedidor PESCADOS DE ONDARROA C/ BARRENA, S/N ONDARROA BIZKAIA E 00.00.000/BI CE	

4 cm (altura) / 9,5 cm (anchura)

#### Aceite

Además de la denominación de venta, debe figurar de manera clara e indeleble la siguiente información:

- **Aceite de oliva virgen extra:** “Aceite de oliva de categoría superior obtenido directamente de aceitunas y sólo mediante procedimientos mecánicos”.

- **Aceite de oliva virgen:** “Aceite de oliva obtenido directamente de aceitunas y sólo mediante procedimientos mecánicos”.
- **Aceite de oliva:** “Aceite que contiene exclusivamente aceites de oliva que se hayan sometido a un tratamiento de refinado y de aceites obtenidos directamente de aceitunas”.
- **Aceite de orujo de oliva:** “Aceite que contiene exclusivamente aceites procedentes del tratamiento del producto obtenido tras la extracción del aceite de oliva y de aceites obtenidos directamente de aceitunas” o “aceite que contiene exclusivamente aceites procedentes del tratamiento del orujo de oliva y de aceites obtenidos directamente de las aceitunas”.

La designación del origen mediante nombre geográfico sólo podrá figurar en el caso de aceites de oliva vírgenes o vírgenes extra. La designación puede hacerse a escala regional en los productos que se acojan a una denominación de origen o a una indicación geográfica protegida. En los demás casos, la designación consistirá en la indicación de un Estado miembro, la Comunidad o un tercer país.

Otras etiquetas

---

### *Eusko Label*



Para distinguir y proteger aquellos productos alimenticios con unas características de elevada calidad y personalidad producidos en el País Vasco, se creó en 1989 la marca Eusko Label, el distintivo vasco de calidad alimentaria. La carne de vacuno, huevos, tomates, pollos de caserío, miel o alubias son algunos de los productos del catálogo de alimentos que aglutina esta etiqueta. Los productos con distintivo Eusko Label están sujetos a un riguroso reglamento técnico específico y a una exhaustiva selección.

De un alimento con sello Eusko Label se puede afirmar que se ha controlado su origen o variedad, la cadena de producción y que ha sido elaborado en el País Vasco; que cumple con los requisitos de seguridad y garantía sanitaria; y que se trata de un alimento de una calidad superior: nutritiva o sensorial, producido con respeto medioambiental y teniendo en cuenta, en su caso, el bienestar de los animales.

### *Etiquetado ecológico*



Algunos productos llevan una etiqueta numerada y con un logotipo específico indicando que es un producto ecológico. Esto quiere decir que la

empresa donde se ha producido el producto está sometida a una serie de controles e inspecciones correspondientes por parte de la autoridad establecida para ello.

### ***Denominación de origen protegida***

La denominación de origen se asigna a un producto que ha sido producido, transformado y elaborado en una zona geográfica determinada, con unos conocimientos específicos reconocidos y comprobados.

### ***Indicación geográfica protegida***

Llevan esta etiqueta los productos en los que el vínculo con el medio geográfico sigue presente en, al menos, una de las etapas de la producción, de la transformación o de la elaboración.

### ***Especialidad tradicional garantizada***

No hace referencia al origen del producto, sino que informa de una composición o producción tradicional del mismo.



### ***Producción integrada***

Este etiquetado se emplea en productos que han sido producidos mediante sistemas agrícolas de obtención de vegetales que aprovechan al máximo los recursos y los mecanismos de producción naturales.

### ***Productos transgénicos***

Actualmente sólo es obligatorio el etiquetado específico, indicando que puede contener organismos modificados genéticamente (OMGs), cuando pueda ser detectado en el alimento el ADN modificado por la manipulación genética o las proteínas de este ADN modificado.



### ***Alimentos infantiles***

El etiquetado de los alimentos infantiles para lactantes y niños de corta edad debe cumplir las normas del etiquetado general de alimentos y, además, cumplir otra serie de indicaciones:

- La edad a partir de la cual se puede consumir el producto, teniendo en cuenta su composición, textura y otras propiedades particulares. La edad indicada debe ser, como mínimo, de cuatro meses para cualquier producto.
- La presencia o ausencia de gluten cuando la edad indicada para el consumo sea inferior a seis meses.
- El valor energético disponible expresado en kJ y kcal y el contenido en proteínas, hidratos de carbono y lípidos, expresados en forma numérica, por cada 100 g ó 100 ml del producto en su forma de comercialización y, cuando proceda, por cantidad de producto propuesta para el consumo.
- De la misma forma, debe mostrarse la cantidad media de cada uno de los minerales y vitaminas que contiene el producto.
- En caso necesario, las instrucciones sobre la correcta preparación del producto, subrayando la importancia de ajustarse a las mismas.

### ***Productos alérgenos***

Las etiquetas de los alimentos deben indicar obligatoriamente si contienen algún tipo de alérgeno (gluten, pescado, crustáceos, huevos, cacahuets, soja, leche y sus derivados incluida la lactosa, apio, mostaza, frutos de cáscara, granos de sésamo y sulfitos).

### ***Etiquetado nutricional***

Es la información que aparece en la etiqueta en relación al valor energético (calorías) y los nutrientes, como proteínas, hidratos de carbono, grasas, fibra, sodio, vitaminas y sales minerales.

No es obligatorio presentar una etiqueta nutricional, a no ser que se afirme que el producto alimenticio tiene ciertas cualidades nutricionales (“rico en fibra”, “con 8 vitaminas y hierro” o, por ejemplo, “bajo contenido en grasa”).

Algunas empresas emplean diferentes formatos para el etiquetado nutricional como, por ejemplo, los conocidos semáforos nutricionales. Este tipo de etiquetado es voluntario y sirve para dar más información a las personas consumidoras, pero en ningún caso pueden contravenir la información reflejada en la etiqueta nutricional.

### **Ejemplos de etiquetado nutricional.**

Información Nutricional		Por 100g	Por porción
1	Valor Energético	365 kcal 1540 kJ	182,5 kcal 770 kJ
2	Proteínas	10g	5g
3	Hidratos de carbono de los cuales: - Azúcares - Almidón	74g 20g 54g	37g 10g 27g
4	Grasas de las cuales: - Saturadas - Monoinsaturadas - Poliinsaturadas - Colesterol	3g 1,2g 0,8g 1g 0,3 mg	1,5g 0,5g 0,4g 0,5g 0,15 mg
5	Fibra	1g	0,5g
6	Vitaminas y minerales - Vitamina A - Ácido fólico - Calcio - Hierro	120µg (15%CDR) 20µg (10%CDR) 96mg (12%CDR) 7mg (50%CDR)	60µg (7%CDR) 10µg (5%CDR) 48mg (6%CDR) 3,5mg (22%CDR)

Información nutricional		
VALORES MEDIOS	por 100g	por ración (260g)
Valor energético	150kcal (624kJ)	389kcal (1622kJ)
Proteínas	11,4g	29,6g
Hidratos de carbono de los cuales:	4,3g	11,3g
Azúcares	0,0g	0,0g
Grasas de las cuales saturadas	9,6g 3,0g	25,0g 7,8g
Monoinsaturadas	4,2g	11,0g
Poliinsaturadas	2,4g	6,3g
Fibra Alimentaria	0,7g	1,7g
Sodio	0,53g	1,37g

Una ración de 96g (1/4 de la pizza) contiene:



de la Cantidad Diaria Orientativa (CDO) para un adulto\*

## Reclamaciones

En caso de problemas con un alimento adquirido, debemos reclamar directamente, lo antes posible, en el establecimiento donde lo hayamos comprado; exigiendo, en su caso, la devolución del dinero o el cambio por otro producto en buen estado.

Kontsumobide (Instituto Vasco de Consumo) es el organismo competente en materia de reclamaciones entre las empresas y las personas consumidoras y usuarias.

Más información: [Reclamaciones. Resolución de conflictos.](#)

## Recomendaciones

- No hay que comprar nunca alimentos en establecimientos que no cumplan los requisitos de higiene en el local, o por parte de sus empleados, ni en aquéllos que no mantengan bien conservados los alimentos. Por ejemplo, debemos fijarnos en

que los refrigerados y congelados estén alejados de focos de calor, que los alimentos estén elevados del suelo, etc.

- Es fundamental que nos fijemos siempre en la fecha de caducidad, o en la de consumo preferente de los artículos que estén obligados a llevarlas, en especial en los productos alimenticios en oferta.
- No debemos creer todo lo que la publicidad dice. En el caso de los alimentos funcionales, por ejemplo, la legislación actual no exige a los fabricantes probar científicamente los supuestos beneficios que estos productos aportan a nuestra salud. La mejor manera de garantizar nuestra buena salud y el aporte de nutrientes adecuados para nuestro organismo es mantener una dieta variada y equilibrada, además de mantenerse en buena condición física.
- La publicidad de alimentos dirigida al público infantil copan la televisión. Sin embargo, la mayoría de esos productos no son los más aconsejables para una dieta equilibrada. Por tanto, es muy recomendable educar a menores en hábitos nutricionales saludables, y dejar productos de bollería o comida rápida (pizzas, hamburguesas, perritos...) para ocasiones especiales.

## **INFORMACIÓN SANITARIA**



*(Por muy acreditadas que sean las fuentes, esto es solo información, sus síntomas deben ser tratados por un profesional de la medicina*

\*\*\*\*\*

*However well reputed the sources may be, this is only information, and your symptoms should be treated by a medical professional)*

## **NO DESCUBRO NADA NUEVO**

Con este extraño título, quiero iniciar una serie de artículo relacionados con la **medicina homeopática**.

Hace la friolera de CINCUENTA años, que me entregaron el primer título de medicina, su ejercicio, fue en diferentes disciplina, farmacia, botiquín, consulta, auxilio sanitario en carretera, empresas del montaje industrial y, un largo etc.

En el año 1971, fecha que fui graduado en medicina homeopática, su ejercicio, lo compatibilice con las diferentes disciplinas.

Desde el 1971, el interés por esta medicina, me lleva a buscar libros y tratados, a lo largo y ancho de, Bibliotecas, Internet, Escuelas de Homeopatía, acumulando miles y miles de temas.

Esta revista, en sus inicios, tenía un apartado sobre la Medicina Homeopática, por falta de colaboración, se retiró.

Será varios los artículos que publicare sobre la Homeopatía, sin entrar en el debate de si es mejor o peor, simplemente, explicare mi modo de entender la Homeopatía, lo estudiado y lo practicado.

Como todo artículo, es poco el espacio del que se dispone, seré breve, pero claro en mi exposición y concepto de ver la aplicación de la medicina homeopática.

Para entender la homeopatía, debemos trasladarnos a la época de Hipócrates, (siglo V a.C.), recordando sus magistrales definiciones, como bien podríamos exponer la que con justicia corresponde: <<siempre afirmó que no había enfermedades, sino enfermos>>.

La medicina alopática se diferencia cuando aparece Galeno año 600 D.C., considera que lo importante son los órganos y las afecciones de los mismos, por lo cual desarrolla una teoría que con altibajos, siguió creciendo hasta la actualidad, donde lo importante es el órgano, **el nombre de la enfermedad y el fármaco que suprime esas manifestaciones.**

Con estas breves aclaraciones, doy comienzo a los artículos sobre la medicina Homeopática, que insisto, no pretenderé demostrar ni inventar el universo, solo simple y llanamente, aclarar lo que me enseñaron y lo que yo pude comprobar, las interpretaciones, para los intérpretes.

### **MEDICINA CONVENCIONAL (ALOPATICA):**

-Clasifica las enfermedades según una visión fisiopatológica y bioquímica, valorando únicamente los síntomas comunes y rechazando la sintomatología particular del paciente.

-Ignora el estado emocional y mental del paciente, así como las posibles causas emocionales de la enfermedad.

-Propone tratamientos en masa, estandarizados, basados en el diagnóstico de la enfermedad o en la sintomatología física, sin tener en cuenta los síntomas particulares ni emocionales del paciente.

-Sus fármacos son sustancias químicas, con posibles riesgos y efectos secundarios, que actúan sobre órganos o tejidos suprimiendo los síntomas, borrándolos, haciendo con ello profundizar la enfermedad.

### **MEDICINA HOMEOPÁTICA:**

- Individualiza al paciente, resaltando los síntomas raros, curiosos, particulares del enfermo. Los síntomas comunes de la enfermedad son relegados a un segundo plano.



-Diagnostica individualmente al paciente. Diferencia a los pacientes aún con diagnósticos idénticos de enfermedad.

- Considera el enfermo como una totalidad: un órgano enfermo refleja únicamente la localización de un desorden general.

- Los remedios homeopáticos son sustancias naturales diluidas y dinamizadas que estimulan las reacciones defensivas del organismo globalmente, ordenando y acelerando el proceso de curación del paciente en su totalidad, con escasos efectos secundarios.

Realizadas estas breves aclaraciones, pero muy precisas, podemos decir sin miedo a equivocarnos: la diferencia fundamental entre la medicina alopática y la homeopatía, en lo siguiente:

La **alopatía** fundamenta su acción terapéutica bajo diferentes principios, se apoya en el principio del "contrario", los síntomas se combaten con la aplicación de sustancias químicas que se oponen a su manifestación.

La **Homeopatía** se basa en el principio de "semejante cura lo semejante" y "A mayor dilución mayor potencia".

Quiero terminar este primer artículo, con las siguientes reflexiones o, aclaraciones, cada lector le puede dar su nombre:

Estoy cansado de escuchar a los Sr. Licenciados en Medicina y Cirugía, a los actuales Médicos de Familia y, a los distintos especialistas, la siguiente expresión <usted tiene reuma>, ¡no Srs. Licenciados en Medicina!, ni existió ni existe enfermedad alguna que se llame REUMA, existe y existió, una degeneración más o menos pronunciada, de las distintas articulaciones o, de los huesos, dependiendo donde afecte la degeneración, se llama artrosis o artritis, que por otra parte, son totalmente diferentes.

Otras de las muchas definiciones que se suele escuchar, ¡por desgracia con demasiada frecuencia!, es la siguiente: <usted tiene una bronquitis crónica o, usted tiene una tendinitis crónica>.

No existió ni existe en su inicio, una enfermedad crónica, ¡cuidado!, no confundamos las enfermedades genéticas, con las enfermedades mal llamadas crónicas.

Las enfermedades crónicas, tienen su causa, en un mal diagnóstico y peor tratamiento, no busquemos más causas, no se encontrarán.

Los dos ejemplos que expongo, bronquitis y tendinitis, son el espejo de un mal tratamiento, me explico; Un resfriado mal curado, en un corto tiempo, se convierte en agudo, dificultan el buen funcionamiento de las vías respiratorias.

La tendinitis, debe su causa, a un ejercicio no habitual y repetitivo, que NUNCA es tomado en consideración por los Srs. Licenciados en Medicina, lo que provoca, que con el paso del tiempo y un mal tratamiento, esta dolencia se convierta en crónica.

No quiero terminar este primer artículo, sin dejar muy claro, lo siguiente: **La Medicina Homeopática, no lo cura todo, tiene sus limitaciones y muy bien definidas.**

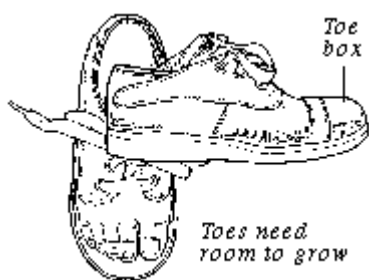
Francisco Oliva Martínez.- D. en Medicina Homeopática

## **CÓMO ELEGIR CALZADO PARA NIÑOS**

La mayoría de los niños aprenden a caminar cuando cumplen su primer año de vida, aunque algunos lo hacen antes o después. A medida que su hijo comienza a caminar, es probable que usted tenga dudas respecto de qué zapatos debe usar. Un niño en crecimiento necesitará zapatos nuevos frecuentemente y surgirán más dudas.

Usted se hará las siguientes preguntas cuándo elija los zapatos de su hijo:

- ¿Cuánto calza?
- ¿Cómo está confeccionado el zapato?
- ¿El tipo de zapato es apropiado para la edad de su hijo?



### **El calce**

Preste atención al largo, ancho y profundidad adecuados al colocarle un zapato a su hijo. El mal calce del zapato puede provocar al niño problemas en los dedos del pie, uñas encarnadas, dedos en martillo, callos y juanetes.

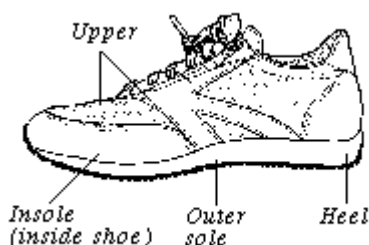
Los pies de los niños crecen aceleradamente y requieren zapatos nuevos cada tres o cuatro meses. La mayoría de los bebés de menos de 16 meses de edad crecen más de una mitad de talla de pie en dos meses. Los bebés de entre 16 y 24 meses crecen un promedio de una mitad de talla de pie cada tres meses. Los bebés mayores, de entre 24 y 36 meses, crecen aproximadamente una mitad de talla de pie cada cuatro meses, y los niños de más de 3 años de edad experimentan aumentos de una mitad de talla de pie cada cuatro o seis meses.

El setenta por ciento de los niños usa zapatos de ancho D y E. La mayoría de los niños usan ancho E y la mayoría de las niñas usan ancho D. Un zapato ajustado con cordones puede adaptarse a ambos anchos. Revise la profundidad del zapato para asegurarse de que la punta del zapato no presione los dedos o las uñas. Busque zapatos con punteras redondeadas para darles a los dedos mayor espacio y movimiento.

Recuerde que los zapatos deben resultar cómodos desde el comienzo. Si los zapatos nuevos deben ablandarse o amoldarse, significa que no se diseñaron apropiadamente o no encajan en el pie de su hijo.

### **Confección del zapato**

Los zapatos están formados por cuatro partes: la parte superior, la plantilla, la suela y el taco.



### **Parte superior**

La parte superior del zapato del niño debe estar confeccionada con cuero, lona o los nuevos materiales de red. Los pies de los niños sudan mucho y la parte superior de sus zapatos debe estar confeccionada con materiales que permitan el ingreso de aire. El cuero y la lona permiten que los pies respiren. Evite materiales sintéticos, como el plástico.

### **Plantilla**

Asegúrese de que la plantilla esté hecha de material absorbente. Es probable que usted prefiera plantillas acolchadas. La mayoría de los niños no necesitan plantilla ortopédica. La mayoría de los bebés menores de 16 meses tienen pie plano y desarrollan un arco entre los 6 y los 8 años.

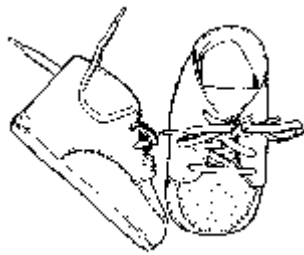
### **Suela**

La suela proporciona adherencia, amortiguación y flexibilidad al zapato. Algunas suelas engomadas y gruesas pueden entorpecer el movimiento del niño y provocar caídas. Por lo tanto, deben evitarse.

### **Taco**

Los bebés no necesitan tacos en sus zapatos. Las suelas planas les facilitan aprender a caminar. Los niños más grandes pueden usar zapatos con tacos, pero no deben ser muy altos (más altos de una pulgada), dado que los tacos altos pueden provocar que el pie se deslice hacia adelante y apriete los dedos contra el interior del zapato.

### **El calzado apropiado**



*Soft shoes with flexible soles*

### **El calzado para usar antes de comenzar a caminar**

Los bebés y los niños que gatean no necesitan zapatos. Necesitan patucos (escarpines) únicamente, calcetines que mantengan sus pies abrigados o calzado para usar antes de comenzar a caminar que no dañen sus pies. El zapato debe ser flexible además de proporcionar un soporte rígido, y es muy importante que tenga la forma del pie del niño.

Su hijo puede estar descalzo en un entorno protegido

como el interior de su casa.

### **Zapatos para niños pequeños**

Los zapatos para los niños pequeños de 9 meses a 3 años deben permitir que el pie respire dado que suda muchísimo. Evite materiales sintéticos.

Los zapatos para los bebés de entre 9 meses y 3 años deben permitir que el pie respire dado que suda muchísimo. Evite materiales sintéticos.

*(insert image)*

Para los niños de entre 9 y 18 meses, opte por un zapato de canillera alta que se ajustará al pie mejor que un zapato oxford o de canillera baja. Los zapatos de cuero o lona, con cordones, son más seguros y se adaptarán y ajustarán mejor a pies pequeños. La suela del zapato debe ser suave como la palma de su mano. Una suela suave implica menos fricción, entonces el zapato tendrá menos agarre al piso y provocará que su hijo se caiga.

Elija un zapato liviano dado que su hijo consume mucha energía al caminar a esta edad. Los bebés pueden estar descalzos en un entorno protegido como el interior de su casa.

## **Zapatos para niños en edad escolar**

El estilo y el calce son aspectos importantes para niños en edad escolar. A esta edad, pueden elegir entre una diversidad de opciones, como calzados deportivos, sandalias, zapatos de senderismo, etc.

Busque un par de zapatos bien ventilados, flexibles y de un precio razonable con mucho espacio para cuando el pie crezca. Si le resulta difícil encontrar zapatos que le queden bien a su hijo o si desarrolla cayos, dolor u otro problema en los pies, no dude en consultar a su médico.

### **Problemas en los pies de los niños**

Durante los primeros años, el pie de su hijo continúa tomando forma. En este tiempo, pueden aparecer problemas como pie plano o arcos elevados, pero no es necesario someter al niño a un tratamiento. Si estos problemas son graves, pueden ser síntomas de otras enfermedades más graves y, probablemente, su hijo necesite diagnósticos y exámenes médicos.



AMERICAN ORTHOPAEDIC  
FOOT & ANKLE SOCIETY.

AMERICAN ORTHOPAEDIC FOOT & ANKLE SOCIETY

## **LA ARTROSIS PUEDE ESTAR DESENCADENADA POR ALTERACIONES EN LA COMUNICACIÓN CELULAR ENTRE CONDROCITOS**

### **Según un estudio español presentado en el Congreso de OARSI 2013**

Hasta ahora se creía que las células responsables de la formación y mantenimiento del cartílago articular -condrocitos- se encontraban aisladas; no obstante, se ha demostrado que están físicamente unidas a través de una red de conexión celular. En este sentido, “los condrocitos de pacientes con artrosis presentan alteraciones en la expresión y en la localización de las proteínas que forman los canales de comunicación. Por tanto, alteraciones en la función de estos canales podrían desencadenar artrosis”, según concluye un estudio español presentado en el Congreso de la Sociedad Internacional de Investigación en Artrosis (OARSI, en sus siglas en inglés), celebrado del 18 al 21 de abril en Filadelfia (Estados Unidos).

En concreto, el grupo de la Dra. María Dolores Mayán y el Dr. Francisco Blanco, del Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), ha demostrado que los condrocitos en tejido están físicamente unidos a través de una red de conexión celular, que les confiere la capacidad de intercambiar de forma directa información en forma de segundos mensajeros, pequeñas moléculas de RNA y nutrientes como la glucosa, así



como responder de forma coordinada y uniforme ante cualquier estímulo o daño celular.

“Estos resultados ayudarán a entender el correcto funcionamiento del cartílago articular y sin duda contribuirán al desarrollo de nuevas dianas terapéuticas para el tratamiento de patologías articulares”, ha explicado la Dra. Mayán, del INIBIC, que ha asistido al Congreso gracias a una de las becas OARSI de la Sociedad Española de Reumatología, en colaboración de Bioibérica Farma.

En concreto, los condrocitos están físicamente conectados a través de finas prolongaciones del citoplasma que permiten el contacto de célula a célula y la comunicación ocurre a través de canales conexinas (denominados uniones Gap o Gap Junctions). Estos canales son los responsables de las sinapsis eléctricas en neuronas o de la transmisión del impulso eléctrico entre las células del corazón. Los resultados mostrados por el grupo de investigadores evidencian que en el caso del cartílago articular, la existencia de una red celular y de los canales de conexinas permiten el acoplamiento metabólico y el intercambio de información.

La investigación, bajo el título ‘Comunicación intercelular entre condrocitos inmersos en cartílago articular a través de largas extensiones citoplasmáticas y canales de conexinas: intercambio de segundos mensajeros y acoplamiento metabólico’, concluye que las conexinas y sus canales podrían estar jugando un papel fundamental en la comunicación celular y coordinación metabólica con el objetivo de custodiar la fisiología y homeostasis del cartílago para preservar la estructura del cartílago articular y mantener el buen funcionamiento de las articulaciones.

Estas conclusiones, junto con los resultados previos recientemente publicados en *American Journal of Pathology*, sugieren que alteraciones en la función de las conexinas y sus canales podrían desencadenar en patologías como la artrosis.

### **Un total de siete becas OARSI**

En el marco de este Congreso OARSI, la SER y la compañía Bioibérica Farma -cuyo objetivo es fomentar y respaldar la investigación en el área de la artrosis- han concedido un total de siete becas a trabajos que han tratado sobre diversas temáticas relacionadas con esta patología reumática.

La artrosis es una enfermedad degenerativa que en los últimos años ha ido adquiriendo importancia dada su alta prevalencia y repercusión económica y sociosanitaria determinada por la incapacidad que provoca en los afectados. Se estima que esta afección tiene una prevalencia de en torno al 10% de la población en España, según datos del estudio EPISER de la Sociedad Española de Reumatología.

En concreto, los trabajos que han sido premiados son los siguientes:

#### **Epigenetic regulation during fetal femur development: DNA methylation matters**

Dra. M<sup>a</sup> Carmen de Andrés González. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña)

#### **Hydrogen sulfide donors alleviate iL-1 $\beta$ induced inflammation-like effects in human articular osteoarthritic chondrocytes.**

Dra. Elena Fernández Burguera. INIBIC-Hospital Universitario A Coruña.

**Downregulation of wnt signaling pathway and mir335 through mir335 in mscs from osteoarthritis patients**

Dr. Benjamín Fernández Gutiérrez. Hospital Clínico Universitario San Carlos (Madrid)

**TGF-β1 increases oxidative stress in human osteoarthritis articular chondrocytes through mechanisms involving Nox4**

Dra. Laura Lugo García. Fundación Jiménez Díaz (Madrid)

**Articular chondrocytes are physically connected through a cellular network that is responsible of the metabolic coupling between chondrocytes located in different layers of the tissue**

Dra. María Dolores Mayán Santos. INIBIC-Hospital Universitario A Coruña.

**The mtDNA haplogroups influence the progression of osteoarthritis (OA). Data from the osteoarthritis initiative (OAI)**

Dr. Ignacio Rego Pérez. INIBIC-Hospital Universitario A Coruña.

**Oligomycin, an inhibitor of complex v of mitochondrial respiratory chain, induces an inflammatory response in rat knee joint**

Dr. Carlos Vaamonde García. INIBIC-Hospital Universitario A Coruña (A Coruña)

<<Sociedad Española de Reumatología

## **VASECTOMÍA: GENERALIDADES**

Una vasectomía es un procedimiento quirúrgico que se realiza en los hombres como método de control de la natalidad. Implica cortar los tubos (llamados conductos deferentes) que transportan el espermatozoides de los testículos.

La vasectomía es uno de los métodos de control de la natalidad más efectivos. Solo 15 de cada 10.000 parejas se embarazan en el año posterior a la realización de una vasectomía en el hombre.

Como parte de un programa de investigación sobre la seguridad y la efectividad de los anticonceptivos masculinos, el NICHD apoya estudios y otras actividades para entender mejor la vasectomía.

## **ARRITMIA**

**Otros nombres: Disrritmias, Problemas con los latidos del corazón, Ritmo cardíaco anormal**

### **Introducción**

Una arritmia es cualquier trastorno en los latidos o el ritmo del corazón. Significa que el corazón late demasiado rápido o demasiado lento o que tiene un patrón irregular. Cuando el corazón late más rápido de lo normal se denomina taquicardia. Cuando late demasiado lento se llama bradicardia. El tipo más común de arritmia es la fibrilación auricular, que causa un latido irregular y rápido del corazón

Existen muchos factores que pueden afectar el ritmo cardíaco, como haber tenido un ataque al corazón, fumar, defectos cardíacos congénitos y estrés. Algunas sustancias o medicinas también pueden causar arritmias.

Los síntomas de arritmia incluyen:

- Latidos cardíacos rápidos o lentos
- Latidos perdidos
- Mareos o vértigo

- Dolor en el pecho
- Falta de aire
- Sudoración

El médico puede realizar pruebas que detecten si padece de arritmia. El tratamiento para restablecer un ritmo cardíaco normal puede incluir medicamentos, un desfibrilador cardioversor implantable o un marcapasos y, a veces, cirugía.

NIH: Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre

## LA ESCALERA ANALGÉSICA DE LA OMS Y LOS FÁRMACOS DEL DOLOR

### ESCALERA-ASCENSOR ANALGÉSICO DE LA OMS Y LOS FARMACOS DEL DOLOR

#### Escala analgésica de la OMS<sup>(1)</sup>



#### LA ESCALERA DEL DOLOR DE LA OMS

Es un método secuencial farmacológico que utiliza un pequeño número de medicamentos con eficacia ampliamente demostrada y seguridad probada.

##### PRIMER ESCALÓN:

ANALGÉSICOS NO OPIOIDES: paracetamol, metamizol (dolor visceral).

AINES (y AAS): de elección en dolor óseo/metastásico.

Se pueden añadir *fármacos coadyuvantes*.

## ***SEGUNDO ESCALÓN: OPIOIDES DÉBILES***

CODEÍNA (+/- PARACETAMOL), DIHIDROCODEÍNA.

TRAMADOL (de elección): ajustar dosis con comprimidos de absorción normal, luego pasar a formulación retard +/- gotas de rescate.

Pueden añadir *fármacos del primer escalón*.

Pueden añadir *fármacos coadyuvantes*.

## ***TERCER ESCALÓN: OPIOIDES POTENTES***

MORFINA:

Si no tomaba opioides empezar con dosis bajas : 30-60mg/día

Si ya tomaba convertir la dosis e ir subiendo la dosis (30-50%/24-48h) hasta control de dolor

Es mejor ajustar dosis con comprimidos liberación rápida y pasar después a liberación prolongada.

FENTANILO:

La vía transdérmica preferible en dolor crónico estable, en tumores de cabeza y cuello o intolerancia de la vía oral.

La formulación transmucosa se puede utilizar como rescate en agudizaciones del dolor.

Puede añadir fármacos del 1º escalón o adyuvantes.

No se recomienda mezclar opioides

## ***FARMACOS DEL DOLOR***

### **ANALGÉSICOS Y ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINES)**

Los analgésicos antitérmicos como paracetamol y metamizol tienen escasa o nula acción antiinflamatoria, mientras que el grupo de los AINES existe graduación en cuanto a su actividad antiinflamatoria.

Los AINES Y analgésicos antitérmicos son usados como terapia inicial en dolor leve, porque son efectivos, usualmente son de venta libre y pueden ser usados en combinación con opioides y analgésicos adyuvantes si la intensidad del dolor aumenta.

### **PARACETAMOL**

Incluido en este grupo, a pesar que su efecto antiinflamatorio es escaso, tiene una potencia analgésica y características farmacológicas similares a los AINES, Una ventaja importante en comparación con los otros AINES es que no afecta la función plaquetaria y puede ser de elección en pacientes trombocitopénicos, es también relativamente económico.

Dosis: 1g/ 6- 8 horas/ vía oral o iv.

Efectos adversos: a dosis terapéuticas ligero aumento de las enzimas hepáticas. Sobredosis (10- 15 g y en enólicos > 4 g) pueden producir necrosis hepática potencialmente irreversible y su toxicidad hepática es dosis dependiente. Su uso crónico condiciona daño renal (retención hidrosalina, HTA, nefritis intersticial crónica).

## **METAMIZOL**

Dosis: 1- 2 g/ 6 horas/ im, oral, iv lenta.

Presenta acción analgésica y también espasmolítica.

Efectos adversos: agranulocitosis (riesgo relativo a tener en cuenta: 1.1 casos por millón); a dosis altas (2g) llega a producir lesiones gástricas; a dosis más altas: decaimiento, hipotensión, aturdimiento. Por vía endovenosa: riesgo de hipotensión y colapso cardiovascular.

## **AINES**

Disminuyen los niveles de mediadores inflamatorios que se generan en el lugar de la lesión tisular al inhibir la ciclooxigenasa, la cual cataliza la conversión de ácido araquidónico a prostaglandinas y leucotrienos. Estos mediadores sensibilizan los nervios a los estímulos dolorosos. Aunque los AINES pueden también ejercer acciones en el sistema nervioso central, estos fármacos no activan los receptores opioides y por lo tanto producen analgesia por un mecanismo diferente, por tanto la adición de AINES o acetaminofén a los analgésicos opioides puede lograr un “efecto ahorrador” de forma que una dosis menor de opioides puede aliviar el dolor con menos efectos secundarios.

En comparación con los opioides, los AINES tienen un espectro diferente de toxicidad. Usados como agentes únicos los AINES tienen techo en su potencial analgésico, y por lo tanto no se recomienda el uso de dosis más altas que las especificadas.

Los salicilatos no acetilados (salsalato, salicilato de sodio, trisalicilato de magnesio colina) no afectan marcadamente la agregación plaquetaria y no alteran el tiempo de sangrado.

La aspirina, el prototipo de los salicilatos acetilados, produce inhibición irreversible de la agregación plaquetaria, lo que puede prolongar el tiempo de sangrado varios días después de la ingestión.

Por lo tanto con la excepción de los salicilatos no acetilados mencionados, los AINES deben ser evitados en pacientes trombocitopénicos o con alteración en la coagulación.

Los AINES se unen ampliamente a las proteínas plasmáticas y por lo tanto pueden desplazar otros fármacos como la cumarina, metotrexato, digoxina, ciclosporina, hipoglucemiantes orales y derivados de las sulfas. Estas alteraciones pueden aumentar los efectos terapéuticos o tóxicos de cada uno de éstos fármacos.

## **EFFECTOS ADVERSOS DE LOS AINES**

### **Toxicidad gastrointestinal**

Leve: dispepsia, ardor epigástrico, náusea, vómito, anorexia, diarrea, estreñimiento, flatulencia, sensación de plenitud, dolor epigástrico y abdominal.

Grave :sangrado, úlceras, perforación. Los efectos graves no siempre son precedidos por efectos gastrointestinales menores; los pacientes deben ser informados de la importancia de vigilar cualquier síntoma gastrointestinal.

EFFECTO GASTROLESIVO: Ibuprofeno< Diclofenaco< Naproxeno.

### **Toxicidad hepática y renal**

Puede ocurrir en cualquier momento durante el tratamiento con AINES, pero es más común durante el uso crónico.

El riesgo de toxicidad renal es mayor en pacientes con edad avanzada, enfermedad renal preexistente, insuficiencia cardíaca, alteraciones en la función hepática, hipovolemia y terapia concomitante con otros fármacos nefrotóxicos como los diuréticos o con niveles altos de angiotensina II o catecolaminas.

No olvidar que los efectos antipiréticos y antiinflamatorios de los AINES pueden enmascarar los síntomas y signos usuales de infección.

Aunque los AINES son efectivos para aliviar el dolor leve y tienen “efecto ahorrador de opioides” en el dolor moderado a severo, su uso debe monitorizarse cuidadosamente para detectar tempranamente efectos secundarios.

La mayoría de los AINES están disponibles en jarabes, tabletas y cápsulas y algunos están disponibles en solución oral. En casi todos los países se dispone de supositorios rectales de aspirina, acetaminofén y de otros AINES o pueden ser fabricados fácilmente por el farmacéutico. El ketorolaco es el único AINE actualmente autorizado como analgésico para administración parenteral por periodos cortos.

No es posible predecir que AINE será mejor tolerado por un paciente en particular; ninguno ha demostrado superioridad sobre otros para aliviar el dolor. Una vez seleccionado, la dosis debe aumentarse hasta que el dolor haya sido aliviado o la dosis máxima recomendada haya sido alcanzada.

La duración de la analgesia no siempre se correlaciona con la vida media plasmática de los AINES, es por ello que la respuesta del paciente debe guiar al clínico en seleccionar el intervalo de administración.

Debido a que los AINES y los analgésicos adyuvantes tienen efecto tope en su eficacia, si un paciente no responde a la dosis máxima de un AINE, otro AINE debe iniciarse antes de suspender esta clase de analgésicos. La selección inicial de un AINE debe basarse en la eficacia, seguridad y costo relativo.

### **CORTICOSTEROIDES**

Los corticosteroides producen gran variedad de efectos que incluyen mejoramiento del estado de ánimo, actividad antiinflamatoria, actividad antiemética y estimulación del apetito.

Estos efectos pueden ser benéficos en el manejo de la caquexia y de la anorexia en enfermedades terminales.

Los corticosteroides también reducen el edema cerebral y espinal y son esenciales en el manejo de urgencias ocasionadas por aumento de la presión intracraneal y por compresión epidural de la médula espinal.



Los esteroides son parte de la terapia estándar para el tratamiento de la compresión de la medula espinal por tumor y también son efectivos para reducir el dolor secundario a edema perineural y compresión de las raíces nerviosas.

La dexametasona (16 a 24 mg/día) o la prednisona (40 a 100 mg/día) pueden ser añadidos a los opioides para el manejo del dolor en la plexopatía braquial o lumbosacra.

Los efectos indeseables que pueden ocurrir durante la terapia prolongada con esteroides son miopatía, hiperglucemia, aumento de peso y disforia.

### **FÁRMACOS COADYUVANTES:**

Son medicamentos que aumentan o modifican la acción de otro medicamento, su acción principal no es la analgesia pero tienen una actividad analgésica en determinadas condiciones o síndromes dolorosos.

### **AMITRIPTILINA**

Indicada en dolor neuropático constante, también en tenesmo rectal, o cuando hay insomnio o depresión asociados. Empezar con 25 miligramos noche e ir subiendo cada 3-4 días hasta lograr efecto o aparecer intolerancia (dosis total en 1 a 3 tomas).

### **CARBAMACEPINA:**

Indicada en dolor neuropático lancinante, inicio con 200 miligramos noche e ir subiendo semanalmente hasta conseguir efecto o intolerancia, repartir en 1-3 tomas.

### **GABAPENTINA:**

Indicada en dolor neuropático lancinante, iniciar con 900 miligramos diarios (en 3 tomas) e ir aumentando.

### **BENZODIACEPINAS:**

Para tratar ansiedad, espasmos e insomnio. Las más utilizadas son ALPRAZOLAM, DIAZEPAM, CLONAZEPAM, Y EL MIDAZOLAM se utiliza en sedación.

### **NEUROLÉPTICOS:**

Múltiples usos:

HIPO: CLORPROMAZINA

VÓMITOS Y COMPRESIÓN GÁSTRICA: HALOPERIDOL

TENESMO RECTAL LEVOPROMACINA

DOLOR NEUROPÁTICO Y AGITACIÓN: también se utilizan.

## **BIFOSFONATOS:**

En dolor óseo/metastásico refractario a otros tratamientos.

## **BACLOFENO:**

Como alternativa en espasmos y dolor neuropático lancinante. Inicio con 5 mg/8h e ir subiendo.

-

## **OPIOIDES**

**Los opioides son la clase más importante de analgésicos en el manejo del dolor moderado a severo debido a su efectividad, dosificación fácil y relación riesgo/beneficio favorable.**

Los opioides producen analgesia al unirse a receptores específicos dentro y fuera del SNC. Los analgésicos opioides se clasifican en *agonistas puros*, *agonistas parciales*, *agonistas-antagonistas*, dependiendo del receptor específico al cual se unen y a la actividad intrínseca sobre el receptor.

Los agonistas puros comúnmente usados incluyen morfina, tapentadol, hidromorfona, codeína, tramadol, oxicodona, hidrocodona, metadona, levorfanol y fentanilo. Estos opioides se clasifican como agonistas puros porque no tienen tope en su eficacia analgésica y no revierten o antagonizan los efectos de los otros opioides dentro de su clase cuando se administran simultáneamente. Los efectos secundarios incluyen estreñimiento, náusea, retención urinaria, confusión, sedación y depresión respiratoria. La incidencia y severidad de los efectos secundarios son diferentes para cada producto.

La buprenorfina es un agonista parcial. Tiene relativamente una eficacia intrínseca relativamente baja en el receptor opioide en comparación con los agonistas puros y tiene un efecto tope para la analgesia.

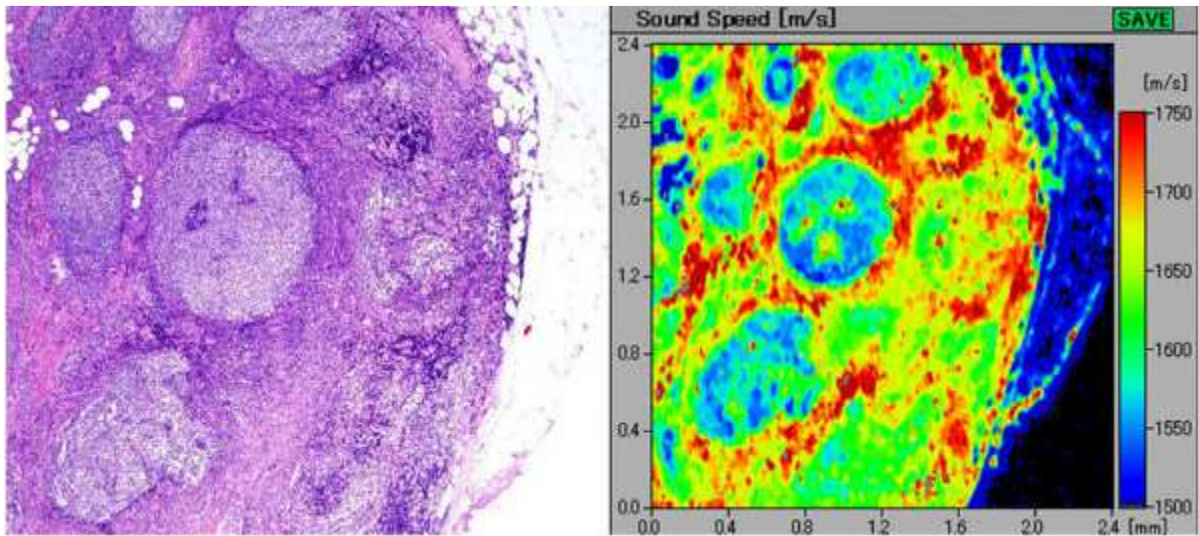
Los agonistas-antagonistas en uso clínico incluyen pentazocina, butorfanol, dezocina y nalbufina. Estos fármacos tienen techo para la analgesia. En contraste con los agonistas puros, bloquean la analgesia opioide en un tipo de receptor ( $\mu$ ) o son neutrales en este receptor, mientras que simultáneamente activan un receptor opioide diferente ( $\kappa$ ).

**Pacientes que estén recibiendo agonistas puros no deben recibir un opioide agonista-antagonista pues al hacerlo se puede precipitar un síndrome de abstinencia y aumentar el dolor.**

La morfina es el opioide más comúnmente usado en el tratamiento del dolor moderado a severo por su disponibilidad en una gama amplia de presentaciones, por su farmacocinética y farmacodinamia bien definidas y su relativo bajo costo.

La meperidina puede ser útil por periodos cortos (ej. por pocos días) para tratamiento del dolor agudo y el manejo de los temblores inducidos por medicación, pero generalmente se debe evitar en pacientes con cáncer debido a su corta vida media de acción (2.5-3.5 h) y a su metabolito tóxico, la normeperidina. Este metabolito se acumula, especialmente cuando la función renal está alterada y produce estimulación del SNC que puede llevar a disforia, agitación y convulsiones (Kaiko, Foley, Grabinski, et al., 1983). **La meperidina no debe usarse cuando se requiere el uso crónico de un opioide.**

## COPANLISIB APROBADO PARA LINFOMA FOLICULAR



Tinción con hematoxilina y eosina (izquierda) e imagen de microscopía acústica (derecha) de células de linfoma folicular.

Crédito: Miura K. Scientific Reports Feb 2013. doi:10.1038/srep01255

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) otorgó la aprobación acelerada de copanlisib (Aliqopa™) para el tratamiento de pacientes con linfoma folicular, una forma de linfoma no Hodgkin (LNH).

La aprobación cubre el uso de copanlisib en pacientes con linfoma folicular avanzado que regresó después de por lo menos dos tratamientos sistémicos previos.

Es característico que la FDA base sus aprobaciones aceleradas en datos de estudios clínicos de estadio temprano que indican claramente que una terapia mejora los resultados en una enfermedad para la que hay una necesidad insatisfecha.

En el caso de copanlisib, la aprobación acelerada se basó en los resultados de un estudio clínico no aleatorizado—patrocinado por el fabricante del fármaco, Bayer— en el que se probó el fármaco en pacientes con diferentes tipos de LNH. Entre los pacientes del estudio que tenían linfoma folicular, aproximadamente 60 % presentó al menos reducciones parciales de su enfermedad (respuesta parcial).

“El linfoma folicular ha sido un cáncer en el que se ha retrasado mucho el descubrimiento de fármacos en comparación con otros cánceres”, dijo Brad Kahl, M.D., que dirige el Programa de Linfoma en el Centro de Cáncer Siteman en St. Louis. “Por lo

tanto, sin duda estamos felices de contar con otra opción para nuestros pacientes en la clínica”.

### **Segundo inhibidor de PI3K aprobado por la FDA**

El linfoma folicular exhibe un comportamiento menos agresivo que muchos otros tipos de LNH. Aunque la mayoría de los pacientes responden bien a los tratamientos disponibles, la enfermedad a menudo regresa. Para estos pacientes, las opciones terapéuticas eficaces son limitadas.

Los investigadores han estudiado a fondo una familia de enzimas llamada cinasas PI3 (PI3K) que participan en una vía de señalización celular esencial y que cumple una función clave en el LNH, incluso en el linfoma folicular, explicó Mark Roschewski, M.D., de la Unidad de Malignidades Linfoides del Centro de Investigación Oncológica (CCR) del NCI. Se están probando en estudios clínicos varios fármacos que se dirigen a estas enzimas, conocidos como inhibidores de PI3K.

En 2014, la FDA aprobó el primer inhibidor de PI3K, idelalisib (Zydelig®) para tratar a los pacientes con recaída de un linfoma folicular. Ahora copanlisib es el segundo inhibidor de PI3K aprobado.

Aunque ambos fármacos se dirigen a las PI3K, presentan diferencias importantes. Las estructuras químicas de los fármacos son diferentes; mientras que idelalisib afecta sobre todo un solo tipo (o isoforma) de las enzimas PI3K, copanlisib se dirige a varias isoformas, expresó el doctor Roschewski.

No se han llevado a cabo estudios de comparación directa de los dos fármacos. Pero de acuerdo con los datos disponibles, la eficacia clínica de los dos fármacos en los pacientes con linfoma folicular “parece ser muy comparable”, agregó el doctor Kahl.

### **Algunas respuestas completas con copanlisib**

En el estudio en el que se basó la aprobación de la FDA, más de 100 pacientes tenían linfoma folicular. De los cerca de 60 % de pacientes cuya enfermedad respondió al tratamiento Notificación de salida, aproximadamente 14 % tuvo una respuesta completa, es decir, que su cáncer desapareció por completo.

La mediana de duración de las respuestas de los tumores fue de apenas un poco más de un año.

Los efectos secundarios graves más comunes entre los pacientes del estudio fueron la concentración alta de azúcar en la sangre (hiperglucemia), la presión sanguínea alta y

las infecciones pulmonares. Otros efectos secundarios importantes, pero menos frecuentes, fueron las reducciones en los recuentos de glóbulos blancos de la sangre y diarrea.

Casi tres cuartos de los pacientes tuvieron que retrasar temporalmente el tratamiento por los efectos secundarios, pero estos retrasos fueron breves en la mayoría de los casos. Cerca de un cuarto de los pacientes tuvo que reducir la dosis del fármaco.

### **Elección de idelalisib o copanlisib**

La elección del fármaco que un paciente debe recibir a menudo depende de factores específicos del paciente, aclaró Christopher Melani, M.D., también de la Unidad de Malignidades Linfoides del CCR.

Por ejemplo, explicó el doctor Melani, los fármacos se administran de formas diferentes. Copanlisib es un fármaco intravenoso que se administra una vez a la semana durante 3 semanas, seguido de una semana de descanso, hasta que el cáncer deja de responder a la terapia, mientras que idelalisib es una píldora que se toma todos los días.

“Los medicamentos intravenosos siempre son problemáticos porque los pacientes tienen que asistir [a la clínica] para obtenerlos”, agregó. “O sea que esa es una desventaja”.

Los fármacos también tienen diferentes efectos secundarios, señaló el doctor Kahl. En parte porque es un fármaco oral, idelalisib puede tener efectos secundarios gastrointestinales graves, incluso colitis y diarrea grave, explicó.

Copanlisib, por ser un medicamento intravenoso, evita en gran medida el tracto gastrointestinal. Sin embargo, debido a que puede causar hiperglucemia e hipertensión, quizá no sea la mejor opción para los pacientes con diabetes o presión sanguínea alta, indicó el doctor Melani.

 INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER Departamento de Salud y Servicios Humanos EE.UU.

## **CONTAMINACIÓN Y MEDIO AMBIENTE**



### **IMPACTOS SOBRE LA SALUD Y EL MEDIO AMBIENTE**

El **impacto sobre la salud** del PM depende, entre otros factores, del **tamaño de los aerosoles** ya que la capacidad de penetración de los mismos en las vías respiratorias aumenta al disminuir el tamaño:

- las partículas PM10 son retenidas en la región extra-torácica,
- la fracción de aerosoles con tamaño entre 2.5 y 10  $\mu\text{m}$  (PM10-PM2.5) alcanzan la zona traqueo-bronquial,
- la fracción con tamaño menor a 2.5  $\mu\text{m}$  tiene capacidad de pasar a través de los alvéolos pulmonares y llegar al torrente sanguíneo.

Esto hace que las partículas más finas multipliquen los efectos nocivos sobre la salud. Los estudios de epidemiología demuestran la correlación positiva entre la concentración de la fracción más fina de las partículas y los casos de mortalidad en las ciudades. Entre las afecciones que se han documentado como efecto de la contaminación están, entre otras, diversas afecciones cardiovasculares, exacerbación de episodios de asma, cáncer de pulmón y otras enfermedades pulmonares.

En la heterogénea mezcla de la que está compuesto el PM existen especies químicas que, al margen de su tamaño, por su **composición química**, tienen riesgos añadidos sobre la salud como aquellas con potencial carcinógeno como algunos metales e hidrocarburos aromáticos policíclicos.

Además de los **efectos** sobre la salud los aerosoles tienen efectos **climáticos** derivados de la capacidad de algunos aerosoles de absorber, dispersar y reflejar radiación. También pueden modificar los aerosoles los **niveles de visibilidad**, tienen **efectos sobre ecosistemas** (fertilización, acidificación, etc) y **degradan materiales de construcción**.

*Observatorio de la Sostenibilidad*

**OS**

*www.observatoriosostenibilidad.com*

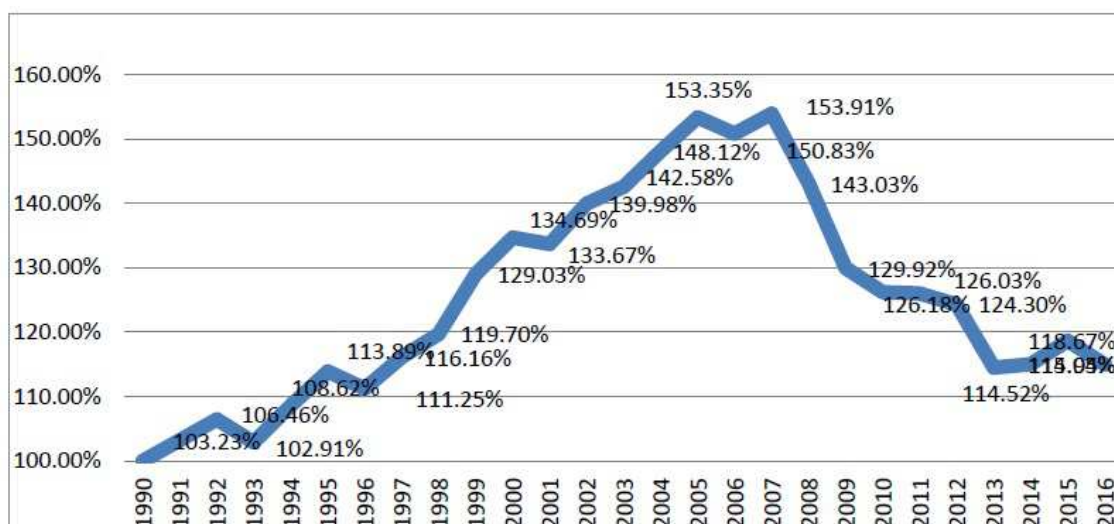
El 23 de Febrero de 2017 el Observatorio de la Sostenibilidad ha presentado el informe ESTIMACIÓN DE LAS EMISIONES CO2 2016, BALANCE CLIMATOLÓGICO Y ANÁLISIS ENERGÉTICO DEL AÑO, **CC17**, en el Gabinete de Historia Natural.

Se han presentado los datos estimados de las emisiones de gases de efecto invernadero del año 2016 realizados por el economista **José Santamarta**.

- Estos datos apuntan a que **en 2016 las emisiones de gases de invernadero disminuyeron un 3,13% respecto al año anterior**.

**Figura 1. Estimación emisiones de GEI en porcentaje hasta 2016 indexados a 1990**





**Fuente: J.Santamarta para el Observatorio de Sostenibilidad (OS) 2017**

□ Después del descenso experimentado en 2016, las emisiones alcanzan un incremento respecto del año base de 1990 del 14,95%.

- □ Las emisiones del año base 1990 eran de 285,9 millones de toneladas de CO2 equivalentes y las emisiones en 2016 fueron de 328,7 millones de toneladas de CO2 equivalente. En 2015 fueron 339,5 millones de toneladas de CO2 equivalente.

- □ El descenso de las emisiones de gases de efecto invernadero en el año 2016 puede imputarse en su casi totalidad a un descenso de la quema de carbón para la generación eléctrica en casi un 30,6%. En 2016 el consumo de petróleo creció un 3% y el gas natural un 1,4%

- □ La aportación de las energías renovables -sobre todo la eólica- a este resultado de reducción de emisiones es muy importante, por cuanto cubrieron el 40,8% de la generación de electricidad en 2016, muy por encima de lo que aportó la nuclear, el 22,9%. La eólica aportó el 19,3%, la hidráulica el 14,6%, la fotovoltaica el 3,1% y la termosolar el 2,1%.

- □ Es difícil evaluar si al menos una parte de la reducción de emisiones producida en 2016 se ha debido al descenso del consumo de carbón o a los resultados de las escasas estrategias y políticas puestas en marcha en los últimos años por el Gobierno para los sectores difusos.

- □ Es complicado porque algunas medidas para los sectores difusos consisten en recomendaciones o directrices genéricas cuya aplicación -que corresponde además a muchas Administraciones- es difícil de medir y porque, en otras más concretas, el Gobierno no establece los mecanismos adecuados para evaluar su ejecución. No obstante, estos programas de ayuda para incentivar la eficiencia y el ahorro energético no han tenido, en nuestra opinión, una dotación suficiente como para que la disminución de emisiones pueda apreciarse de manera significativa.

- □ Estimamos que en el sector del transporte la reducción de emisiones se debe sobre todo al aumento de los precios de los combustibles y a la reducción de desplazamientos laborales y de mercancías los últimos años por efecto de la crisis. Puede ser que algunas políticas, fundamentalmente municipales, hayan dado lugar a un ligero desplazamiento de viajes hacia modos menos contaminantes (tranvías o metros puestos en marcha, sistemas de alquiler municipal de bicicletas, avión por tren en algunos corredores de alta velocidad...).

- □ A pesar del importante descenso de las emisiones de GEI en 2016, España sigue siendo uno de los países industrializados donde más han aumentado las emisiones y sigue necesitando un importante esfuerzo para la etapa posterior al Protocolo de Kioto, sin acudir a los mecanismos de flexibilidad, que le permite adquirir en el exterior derechos de emisión, lo que hizo factible emitir durante los años 2008-2012 por encima del 15% en relación a 1990.

El Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación producirá estos datos de una forma oficial, previsiblemente, en el mes de Agosto.

Por otra parte, la doctora Yolanda Luna, de la AEMET, ha presentado un resumen climatológico del año (precipitaciones, temperatura y fenómenos meteorológicos extremos) acompañado de un análisis de las tendencias, lo que permite hablar de una aproximación al fenómeno del Cambio Climático en España.

- □ En promedio, 2016 ha sido un año cálido con una temperatura media de 15,8 °C (0,7 °C por encima del valor normal de referencia). Ha sido el 6º año más cálido desde 1965 y el 5º desde comienzos del s. XXI.
- □ En general, 2016 ha sido húmedo en España. El promedio anual ha sido de 682 mm de precipitación, alrededor de un 5% por encima del valor normal. Esta anomalía positiva se debe a que durante los 5 primeros meses la precipitación acumulada fue superior al 40% mientras

- que los siguientes fueron secos o muy secos (excepto Noviembre, que fue ligeramente húmedo).

- □ Situaciones extremas destacables: - La ola de calor registrada a principios de Septiembre, del 3 al 7, que afectó al área peninsular y a Baleares. 36 observatorios alcanzaron valores máximos por encima de los registros históricos y efemérides para el mes de Septiembre, e incluso para todo el verano. Por ejemplo 45,4 °C en Córdoba-aeropuerto el 6 de septiembre, 44,8 °C en Sevilla-aeropuerto el 5 de Septiembre y 44,6 °C en Murcia, también el 5 de Septiembre. Las temperaturas superaron los 40°C esos días en gran parte del sur peninsular y en el interior de Galicia.

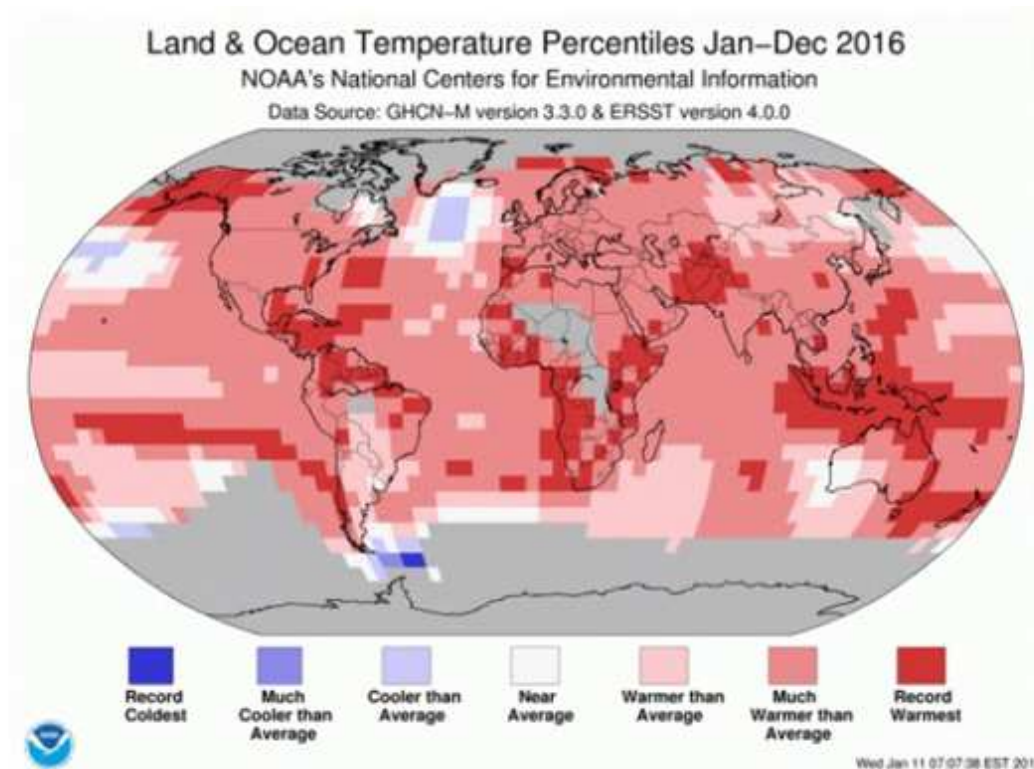
- - Precipitaciones intensas se produjeron entre el 16 y el 22 de diciembre afectando a grandes áreas del sureste, desde Valencia a Almería, además de Ibiza y Mallorca. Se acumularon más de 450 mm en alguna estación de Mallorca y más de 350 mm en el sur de Valencia.

- 

Resumen climatológico del año en el mundo

- □ La Organización Meteorológica Mundial, OMM, ha resaltado que el año 2016 ha sido el más caluroso de la Historia desde que se disponen de registros, alrededor de 1,1 °C por encima de la media de la era preindustrial. Se superaron las temperaturas excepcionalmente altas de 2015, de acuerdo con un análisis consolidado.

Figura 2. Cambios en las temperaturas en el océano y en la tierra entre Enero y Diciembre de 2016



**Fuente: OMM. 2017**

- La temperatura superó en unos 0,83 °C la media de 14 °C del período de referencia 1961-1990, establecido por la OMM, y en alrededor de 0,07 °C el récord anterior, alcanzado en 2015.
- Para el análisis de la OMM se utilizan datos de la Administración Nacional del Océano y de la Atmósfera (NOAA) de los Estados Unidos de América, del Instituto Goddard de Investigaciones Espaciales de la Administración Nacional de Aeronáutica y del Espacio (NASA), del Centro Hadley del Servicio Meteorológico del Reino Unido y de la Unidad de Investigación Climática de la Universidad de East Anglia. La OMM se basa también en los datos de reanálisis del Centro Europeo de Predicción Meteorológica a medio plazo y del Servicio Sobre el Cambio Climático del Programa Copernicus, que usan un sistema de predicción meteorológica para combinar múltiples fuentes de datos y facilitar así un panorama más completo de las temperaturas mundiales, en particular en las regiones polares.
- “2016 fue un año extremo para el clima mundial y se trata del año más caluroso del que se tengan datos”, dijo el Secretario General de la OMM, Petteri Taalas. “No obstante, las temperaturas no son sino un aspecto de la nueva realidad”. Finalmente, Juan Avellaner, Doctor Ingeniero Industrial ha analizado el año 2016 desde el punto de vista de la energía exponiendo su relación con el mix energético y los precios de la energía.
- El consumo de energía después de varios años de caída está repuntando con crecimientos intensos, +3% en 2016, indicador positivo de recuperación; aunque se desarrolla con una intensidad energética que señala un retorno no deseado hacia áreas económicas intensivas en energía.
- Sin embargo, la mejor noticia es la caída importante de las emisiones de GEI en el 3,1% (la energía es la responsable del 75% de éstas emisiones) debido,

fundamentalmente, a cambios que se confirmarán con la evolución futura si son o no estructurales, en el mix energético y no tanto debido a las políticas de mitigación.

- Sin embargo, el consumo eléctrico, indicador adelantado y directo de la economía de alto valor añadido, se mantiene prácticamente constante con una subida en 2016 del 0,6% (sin aplicar correcciones).

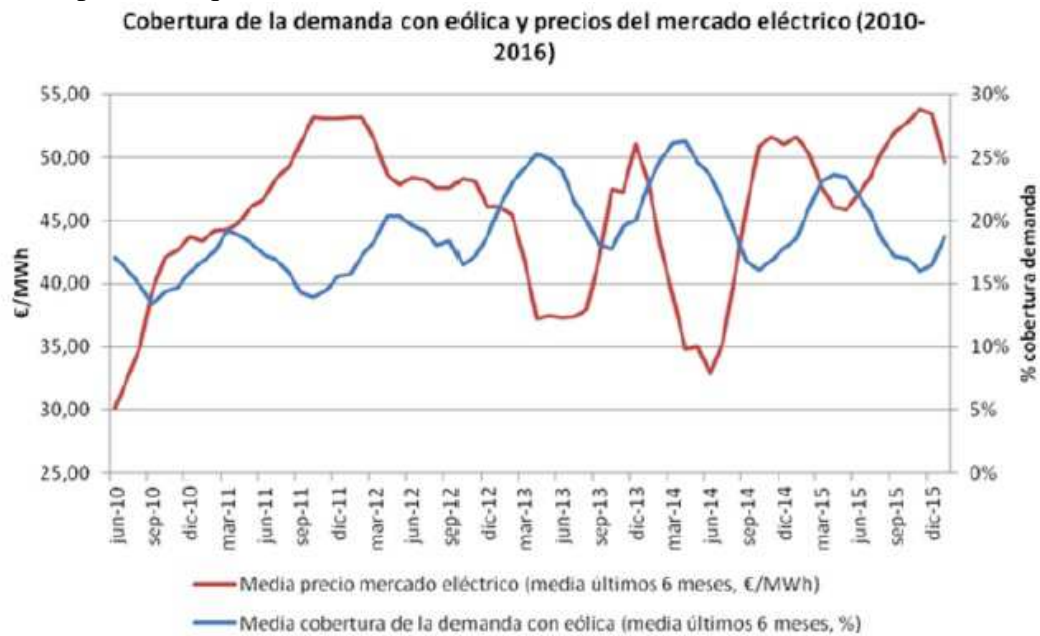
- La cobertura de la demanda, energía producida/demandada, parece recuperarse en 2016 a niveles del 28,5%, después de la caída profunda de 2015 que disminuyó hasta el 26,9%, cuando el objetivo debería situarse por encima de 1/3 de la demanda, valor aún así alejado de la media de la UE, que es del 50%.

- Las energías renovables se han estancado en todos los sectores y usos, manteniendo en 2016 un porcentaje del 14,0% o del 16,0% (según la metodología) y, en todo caso, lejos del 20% vinculante en 2020 para la UE. El intento de corrección se toma por el Gobierno con retraso y de forma abrupta, como demuestra la próxima subasta de potencia renovable sin un análisis coste-beneficio (empleo, industria, innovación) adecuado para una mayor inversión privada en el sector en los próximos años.

- Las energías renovables se han convertido en el mercado eléctrico en las amortiguadoras visibles de los precios; p.ej., la producción eólica además de aportar beneficios muy importantes en reducción de emisiones, empleo, industria, exportación, etc., permitió en 2015

- disminuir el coste anual de la energía (precio del KWh) en el 15,7%; esto es, las renovables no son las responsables de ningún tipo de déficit sino todo lo contrario, pues mejoran todos los indicadores.

- Figura 3. Correlación entre penetración eólica en el sistema y el Precio Voluntario para el Pequeño Consumidor



**Fuente AEE**

- El cambio hacia ese mix energético descarbonizado, base de la **transición energética**, impulsada por los Paquetes de Clima y Energía de la UE, está provocando cambios estructurales como los apuntados a modo de avance; además de nuevas formas de participación como el autoconsumo, la compra pública innovadora, las

responsabilidades de las ciudades en energía-medioambiente o la asunción de la pobreza energética.

- □ En **pobreza energética** debe señalarse que, entre otras consideraciones, los precios en España tienen una **marcada carga punitiva hacia los menos consumidores**: p.ej., en el tramo inferior de consumo, <1.000 KWh/año, el precio final con impuestos y tasas es de 529 €/MWh (unas **10 veces** el precio del mercado), el más alto en Europa, **superando la media europea en un 62,4%**. Esta **carga desproporcionada** hacia los pequeños consumidores debe resolverse inmediatamente.

- □ En la **I+D del sector energético**, esencial para España, durante 2016 ha destacado el potencial y capacidad de generar innovación del tejido científico-tecnológico, clave para abrir mercados domésticos y nuevas economías, generar empleos de calidad y avanzar hacia escenarios más atractivos. Realidad que debe requerir una nueva atención público-privada para no perder el ritmo que exige la competencia.

Finalmente, los nuevos modelos de gobernanza basados en el rigor y la moralidad se están implantando para quedarse, y afectan a todos los sectores de la economía y, en particular, al energético, por lo que deben esperarse de ello cambios y beneficios inmediatos.

(Publicado por el *Observatorio de la Sostenibilidad*)

### **De nuevo, nos recrearemos en ese inigualable medio ambiente que rodea a Laujar de Andarax, Capital de las Alpujarras Almeriense.**

No debemos olvidarnos, que la autora de las estupendas fotografías de las que tenemos el placer de contemplar, son de Rosa Fuentes Justicia, “GRACIAS”



Rosa Fuentes Justicia













## 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).*

### **CASTREJE & Co Abogados**

**CIRUGÍA: SECCION DE VÉJIGA EN HERNIA INGUINAL.MALA PRAXIS CONDENA**

Castreje&Co Abogados <Defensor del Paciente en Galicia>  
[www.castrejeabogados.com](http://www.castrejeabogados.com)

Condena a un Servicio de la Salud para que se indemnice a un paciente al que le seccionaron la vejiga en una intervención de hernia inguinal.

Un Juzgado de lo Contencioso Administrativo , mediante sentencia tramitada por los

Servicios Jurídicos de 'El Defensor del Paciente', ha estimado íntegramente la demanda presentada en representación de Don J. A. N. y se condena al Servicio de Salud al pago de 46.000 Euros de indemnización más los intereses legales desde la fecha de la reclamación. Los Servicios Jurídicos de 'El Defensor del Paciente' previamente presentaron reclamación ante el SS y ante el silencio administrativo presentaron demanda judicial, reclamando una indemnización de 46.000 euros (la inspección médica del SS calculó los daños en 17.414 Euros, pues al parecer no deseaba contemplar, ni el perjuicio estético ni los dos meses impeditivos). Al afectado no se le ofreció, ninguna opción indemnizatoria, a pesar de la reclamación extrajudicial realizada.

Don J. A. N., fue derivado desde su Centro de Salud , a un hospital privado de aquella localidad, para ser intervenido de una hernia inguinal derecha recidivada.

En Julio de 2009, fue operado en dicho centro, sufriendo por error la disección de la vejiga urinaria, precisando suturar el órgano en dos planos, colocación de dos sondas (una en la vejiga y otra en la uretra durante un mes), permaneciendo 4 días de hospitalización, más dos meses de baja impeditiva, cuando lo habitual en el tipo de intervención por el que originariamente acudió a los servicios médicos (hernia inguinal), con un solo día impeditivo y una pequeña cicatriz resulta suficiente, restándole además un perjuicio estético importante, debido a la enorme cicatriz que le quedó al precisar reparar la vejiga urinaria por colocación de 50 grapas en el abdomen, sufriendo la necesidad de soportar dos sondas vesicales durante un mes, en pleno verano, así como daños síquicos y morales, que lógicamente no fue informado ni por supuesto consentido, por lo que no consta en el documento correspondiente.

Posteriormente volvió a observar un abultamiento de la zona operada, por lo que acudió a un centro médico privado en donde se le diagnóstica de "pequeña eventración de laparotomía media a nivel supraumbilical" que precisa de nueva intervención quirúrgica.

Debido a esta nueva complicación, que apareció justo en la zona de sutura de la intervención anterior, es nuevamente operado en Febrero de 2010.

\*\*\*\*\*

## **EL TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DECLARA "NULO" EL SISTEMA DE CALCULO DEL PERIODO DE COTIZACION EN CONTRATOS A TIEMPO PARCIAL PARA EL CALCULO DE LAS PENSIONES CONTRIBUTIVAS.-**

Castreje&Co Abogados  
[www.castrejeabogados.com](http://www.castrejeabogados.com)

El Tribunal Constitucional (TC) ha dictado una sentencia en la que declara "inconstitucional y nulo" el sistema con el que se calculan los periodos de cotización en los contratos a tiempo parcial cuando se solicita el cobro de una pensión contributiva. Este método de cómputo, vigente en la Ley General de Seguridad Social desde 1998, ya fue cuestionado por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea el pasado mes de noviembre, cuando dictó una sentencia en la que calificaba de discriminatorio el trato

que daba la legislación española a los trabajadores a tiempo parcial respecto a los contratados a tiempo completo.

El TC ha hecho suya la interpretación de la justicia europea y considera que la regla de cálculo contenida en la normativa española "lesiona" el derecho a la igualdad (artículo 14 de la Constitución española) y es "discriminatoria" por razón de sexo, ya que la mayor parte de los trabajadores a tiempo parcial en España son mujeres.

El Alto Tribunal ha dictado esta sentencia a raíz de una cuestión de inconstitucionalidad planteada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia, derivada a su vez del caso de una trabajadora, M.S.N, a la que le fue denegada una pensión contributiva de jubilación por no haber reunido el periodo mínimo de cotización de 15 años exigido para ello.

La mujer tenía acreditados 18 años de cotización, once de ellos en jornada a tiempo parcial, pero insuficientes para cumplir los requisitos. Un caso parecido, el de una trabajadora de la limpieza que había cotizado 18 años a tiempo parcial, fue el que llevó a la justicia europea a dictaminar que la normativa española era discriminatoria.

Para determinar el periodo cotizado a fin de causar derecho a las prestaciones de jubilación, incapacidad permanente, muerte y supervivencia, incapacidad temporal, maternidad y paternidad, la norma dice que se computarán exclusivamente las cotizaciones efectuadas en función de las horas trabajadas, tanto ordinarias como complementarias, calculando su equivalencia "en días teóricos de cotización".

Para ello, prosigue la ley, el número de horas efectivamente trabajadas se dividirá por cinco, equivalente diario del cómputo de 1.826 horas anuales. Además, para causar derecho a las pensiones de jubilación e incapacidad permanente, al número de días teóricos de cotización obtenidos se le aplicará el coeficiente multiplicador de 1,5, resultando de ello el número de días que se considerarán acreditados para la determinación de los períodos mínimos de cotización, sin que pueda computarse un número de días cotizados superior al que correspondería de haberse realizado la prestación de servicios a tiempo completo.

Estas reglas para determinar los periodos de cotización vienen recogidas en la disposición adicional séptima de la Ley General de la Seguridad Social. Durante unos años, de 1994 a 1998, la redacción dada a este artículo era distinta y ya el TC, en una sentencia de diciembre de 2004, se opuso en su momento a la regulación antigua al entender que el trato que se dispensaba a los trabajadores a tiempo parcial y a tiempo completo no era igualitario.

Aunque la redacción se cambió, ahora el TC, en una sentencia fechada el pasado 14 de marzo y publicada este miércoles en el Boletín Oficial del Estado (BOE), cree que estas reglas de cálculo "no consiguen evitar los resultados especialmente gravosos y desmesurados a que la norma puede conducir".

Persiste la diferencia de trato

Para el TC, la norma sigue manteniendo una diferencia de trato en el cómputo de los períodos cotizados entre los trabajadores a tiempo completo y los trabajadores a tiempo parcial, que no está justificado por las exigencias de contributividad del sistema, tal y



como ya afirmó en su sentencia de diciembre de 2004.

"Es más, la aplicación de la primera regla puede incluso resultar potencialmente más perjudicial para los trabajadores a tiempo parcial que el criterio establecido en la regulación precedente", explica el TC, pues en virtud de ella la comparación entre un trabajador a tiempo completo cuya jornada laboral sea inferior a la máxima legal y un trabajador a tiempo parcial de su misma empresa o sector de actividad "permitirá apreciar una diferencia de trato, que actúa en perjuicio de este último".

En cuanto a la segunda regla, la que establece el coeficiente multiplicador de 1,5 al número de días teóricos de cotización obtenidos conforme a la regla anterior, el TC señala que su virtualidad como elemento de corrección es "limitada". "Cuando el trabajo a tiempo parcial no sea un episodio más o menos excepcional en la vida laboral del trabajador y cuando la jornada habitual del mismo no resulte muy elevada, la aplicación del criterio de proporcionalidad seguirá, a pesar de la regla correctora, constituyendo un obstáculo desproporcionado para su acceso a la pensión de jubilación", subraya el Tribunal.

Para el TC, este aspecto de la normativa dificulta el acceso mismo a la prestación, al exigir un mayor número de días trabajados para acreditar el periodo de carencia requerido en cada caso. En su opinión, esto resulta "especialmente gravoso o desmedido" en el caso de trabajadores que en muchos periodos de su vida laboral han estado trabajando a tiempo parcial y que solicitan prestaciones que exigen períodos de cotización elevados.

**CANCER DE PULMON: RETRASO DIAGNOSTICO:EX FUMADOR.INDEMNIZACION.-**

Castreje&Co Abogados Tlf:981 13 84 14.- Tlf: 629 33 95 80.-

Un TSJ ha dictado sentencia por el TSJ Murcia, por la que se estima parcialmente la demanda de un ex-fumador.- M.C.T., de 72 años, ex fumador y con antecedentes de EPOC y broncopatía crónica, acudió a Urgencias del Hospital el 30 de junio de 2008 por heces negras, pérdida de unos cinco kilos de peso y otros síntomas. Una vez allí se le realizó una radiografía de tórax y se le prescribe el ingreso del paciente para su estudio con diagnóstico inicial de melanosis y síndrome constitucional.

El paciente recibe el alta días más tarde con diagnóstico de diarrea autolimitada.

8 meses más tarde y por derivación de su médico de cabecera al observar masas en radiografías de tórax previas acompañado de otros síntomas, el 10 de febrero de 2009 ingresó y se le realizó broncoscopia, y se confirmó la existencia de cáncer: carcinoma epidermoide T2N3M1, luego informado como T2N3M0, no susceptible de ser intervenido quirúrgicamente. El paciente recibió tratamiento radio y quimioterápico.

El paciente acudió a la Asociación el Defensor del Paciente, quien tras el estudio médico legal de la historia clínica entendió que la asistencia médica fue contraria a la lex artis y a los protocolos médicos, pues al actor se le practicaron radiografías de tórax de en junio de 2008 que mostraban claramente la tumoración, a pesar de lo cual no se le

diagnosticó entonces el cáncer. Y tal cosa sí ocurrió con ocasión de un control rutinario de su médico de cabecera, quien remite al paciente a oncología en febrero de 2009, cuando su estadio ya era de IIIB. Tras la reclamación administrativa se interpuso demanda y ahora la sentencia avala el planteamiento del paciente y estima la demanda con el siguiente argumento:

...Después de todo lo expuesto, la Sala llega a la conclusión de que, en el presente caso resulta acreditado que nos encontramos ante una pérdida de oportunidad, al producirse un retraso en el diagnóstico del carcinoma que sufría el hoy recurrente. ...Y, entendemos que, el diagnóstico se pudo hacer ya a raíz de las radiografías de 30 de junio de 2008...

Respecto del daño y su valoración, la Sala lo valora en 30.000 euros partiendo de que ...se trata de indemnizar la pérdida de oportunidades por parte del recurrente, es decir, la indemnización se ha de referir sólo a tal pérdida, no a la de la salud en un sentido estricto, sino a la de un beneficio probable y futuro, que también abarca facultades, igualmente hipotéticas de actuación del sujeto afectado

## **LA DENUNCIA**



## **HOSPITAL PUERTA DEL MAR-CADIZ**

18 horas esperando quirófano para operar a un niño de 10 años de apéndice con acceso expulsando pus está es la sanidad que tenemos con lo que pagamos de seguros sociales ..... Tres turnos distintos quien coño es responsable de esto wally? Doy permiso para que se comparta que la gente sepa el abandono que están teniendo hacia un niño. Que están esperando que reviente el apéndice?

Esto solo suele ocurrir donde gobierna los Socialista con el apoyo de Ciudadanos, si esto ocurre en una comunidad gobernada por el PP, se manifiestan, has el monaguillo del Pueblo.





JUNTA DE ANDALUCÍA

LIBRO 240200810009 808

HOJA 0000044

LIBRO DE SUGERENCIAS Y RECLAMACIONES



CONTROL DE ENTRADA EN EL SERVICIO DESTINO

1.- IDENTIFICACIÓN DEL INTERESADO

1º Apellido: Sanchez  
 Nombre: Encarnat  
 Profesión: Auxiliar  
 Municipio: Puerto Real  
 Teléfono: 630.601.087  
 Edad: 37  
 Sexo:  M  F  
 Otros:

2.- IDENTIFICACIÓN DE LA DEPENDENCIA OBJETO DE LA RECLAMACIÓN

Centro: Hospital Puerta del Mar  
 Localidad: Cádiz

3.- TEXTO DE LA RECLAMACIÓN

Enfermo Eduardo Moreno Sanchez edad 1 año se encuentra en observación de pediatría desde ayer 14 de mayo a las 21:20 entro por urgencias con dolor abdominal confirmo apéndice inflamado con un acceso expulsando pus y cuando las 15:14 de la tarde del día 15 de mayo y aun no lo operan no disponen de quirofano ni tampoco de cama para subir a planta (mi hijo rabiando de dolor se encuentra junto a un niño que dice la pediatra por una posible meningitis, no se que estan esperando a que reviente el pecho)

18 Horas esperando quirofano y Cama en planta indignante!!!

4.- LUGAR FECHA Y FIRMA

Martes a 15 de Mayo de 2013  
 FIRMA DEL INTERESADO: [Firma]

1211901/2

IMPORTANTE

Las denuncias formuladas en este Libro no tendrán en ningún caso la calificación de recursos administrativos, ni paralizarán los plazos establecidos en la normativa vigente para interponerlos.

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que sus datos personales, obtenidos mediante la cumplimentación de este documento, van a ser incorporados, para su tratamiento, a un fichero automatizado, cuyo responsable es la Secretaría General para la Administración Pública. Dicho tratamiento tiene como finalidad recoger y dar trámite a las sugerencias y reclamaciones de los ciudadanos en relación con el funcionamiento de los servicios de la Administración de la Junta de Andalucía según la normativa vigente, dando traslado, en su caso, de las mismas, a los centros afectados y con el objeto de mejorar el funcionamiento de los servicios de la Junta de Andalucía. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Inspección General de Servicios de la Junta de Andalucía en la siguiente dirección: C/ Alberto Lista, 16. 41003 SEVILLA.

EUJEMPLAR PARA LA DEPENDENCIA AFECTADA

**AAVV SAN RAMON ESTÁ CON A V LA FLORESTA LA FLORESTA Y 22 PERSONAS MÁS.-TARRAGONA**



L'acord estableix la disposició de 862 papereres d'envasos lleugers i 409 de paper cartró a les instal·lacions de @Tarragona2018.( El acuerdo establece la disposición de 862 papeleras de envases ligeros y 409 de papel cartón a las Instalaciones)

#NetejaTGN (LIMPIEZA TGN). AQUÍ PARECE QUE SOLO IMPORTAN LOS JUEGOS DE TARRAGONA 2018, EL RESTO DE LA CIUDAD Y SUS BARRIOS NO IMPORTAN, ESTAREMOS ASÍ 10 AÑOS MÁS, AHORA ESO SÍ ASISTIREMOS TODOS A HACERNOS LA FOTO A LOS JUEGOS 2018. QUE VERGÜENZA NOS TENDRÍA QUE DAR TENER LOS BARRIOS ASÍ Y IR DE YUPIS DE JUEGOS Y DE GRANDES EVENTOS.

Esto es un "DESASTRE", el Barrio de Campo Claro, esta peor que el resto de Barrios, es la razón de la sin razón.

\*\*\*\*\*

*The agreement establishes the provision of 862 liters of light containers and 409 of cardboard to the Installations)*



*#NetejaTGN (CLEANING TGN). HERE IT SEEMS THAT THE TARRAGONA 2018 GAMES ONLY MATTER, THE REST OF THE CITY AND ITS NEIGHBORHOODS DO NOT MATTER, WE WILL BE 10 YEARS LATER, NOW THAT YES WE WILL ATTEND ALL TO MAKE THE PHOTO TO THE GAMES 2018. THAT SHAME WOULD HAVE TO GIVE US THE NEIGHBORHOODS AND GOING FROM YUPIS TO GAMES AND GREAT EVENTS.*

*This is a "DISASTER", the Barrio de Campo Claro, is worse than the rest of Barrios, it is the reason for the lack of reason.*

## **UN CORTE DE LUZ PROVÓCA LLAMARADAS ALTAS EN LA REFINERÍA DE CEPSA EN ALGECIRAS**

Les damos las gracias, a las personas que nos remitieron estas fotografías.

Les puedo garantizar, que conozco muy bien cómo funciona esta Refinería, de igual forma, como funciona todo el complejo de su alrededores.



**SOTODELREAL-05-03-2018**

Esta Ciudad por lo visto, no tiene solución, la suerte que tenemos los ciudadanos, es que cada cuatro años podemos hacer un cambio, si continuamos con lo mismo, es porque es lo que queremos







## **PUEBLOS DE ESPAÑA**



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

## REQUENA



Creo que fueron TRES la veces que pase por esta encantadora Ciudad, con dirección a Puerto Llano, ¡de locos! Dirán ustedes, pero lo cierto, es que cada viaje que realice a lo largo de mi vida laboral, nunca realizaba la misma ruta.

Este apartado, al inicio de la revista, estaba dedicado a la mujer Política, por algunas dificultades, se cambio a Pueblos de España, sin haberle escrito una sola línea sobre Requena, ¡no hubiese sido justo!.



Plaza de la Villa

Gracias a: **Ignacio Latorre Zacarés. Archivero-Bibliotecario de Requena.**

Nos escribe este estupendo artículo, que intentare hacer justicia con las imágenes.

**REQUENA: UNA VISITA OBLIGADA**



Si casi todo el que fue algo en la Historia de España paró e hizo fonda en la villa fronteriza de Requena, situada en el camino real que desde 1428 conectaba la corte castellana con Valencia, capital del reino homónimo; no debiera ser menos el lector que el Cid, Carlos V, Felipe II o Felipe III y planificar una estancia en un destino que seguro le sorprenderá.

Requena es una ciudad del interior valenciano de dimensiones amables situadas junto a la Autovía A3 a sesenta y siete kilómetros de Valencia, ciento tres de Albacete y menos de trescientos de Madrid. Posee un extenso término municipal de 814 km. cuadrados teñido de aldeas, caseríos y un paisaje de viña y montaña espectacular bañado por el río Cabriel.



Los valores patrimoniales, enológicos, gastronómicos, festivos y medioambientales de Requena aconsejan una visita sosegada a la ciudad y su espacio rural. La oferta turística, hostelera, restauradora y museística facilitan una estancia prolongada, agradable y provechosa. Si el lector es amante del patrimonio, la naturaleza y la buena mesa no tendrán excusa para hacer un alto en el camino.

### **Un poco de historia**





Nada sería Requena sin su historia que ha marcado poderosamente su urbanismo y su destino como población próspera del interior. Los primeros indicios de población de la Villa de Requena se remontan al siglo VII a. C. en el Ibérico Antiguo. Tras su romanización, la civilización musulmana dejó ya importantes testigos en la ciudad como el viejo amullaramiento que la circunda y su propio nombre que es de origen árabe. Fue una plaza fuerte musulmana que no sería conquistada hasta 1238 por el obispo de Cuenca para Fernando III de Castilla y León. En 1257 Alfonso X le dotó de carta puebla, la reguló bajo el Fuero de Cuenca y la puso bajo el dominio directo del rey, sin ningún señorío intermedio nobiliario o eclesiástico. Privilegiada por el rey Sabio y repoblada por cristianos viejos, ejerció desde sus inicios como frontera, puerto seco y aduana de Castilla frente al Reino de Valencia perteneciente a la Corona de Aragón.

Al primigenio barrio de la Villa, con el devenir de los tiempos y la historia, se le unió el morisco de Las Peñas y el antiguo barrio medieval del Arrabal por donde entraba el camino de Valencia y donde se fundó el primer convento del Carmelo en Castilla.

Su situación fronteriza y privilegiada le llevó a ser cabeza de corregimiento de un gran territorio y ya en el siglo XIX de partido judicial. A su ascendencia castellana, que sigue marcando el habla, costumbres, tradiciones y sentimientos, se le fue sumando una creciente influencia valenciana, especialmente a partir del siglo XVIII cuando Requena fue la cuarta ciudad sedera de España. En 1851, Requena y su comarca fue anexada a la provincia de Valencia proveniente de la de Cuenca, aunque en temas eclesiásticos siguió dependiendo del obispado de Cuenca hasta 1958. Su paisaje actual con extensos campos de viñedos es producto de la edad de oro de la plantación de vides que acaeció en la segunda mitad del siglo XIX a raíz de la crisis filoxérica de los viñedos franceses y europeos.

En la actualidad, Requena es una ciudad de servicios y agrícola que sigue conservando muchos de los tesoros que le ha legado la historia y cuyo carácter está marcado férreamente por la herencia del pasado.

## Callejeando por el barrio de la Villa

Los esfuerzos de restauración y musealización de los últimos años en el antiguo barrio de la Villa de Requena han contribuido a que su visita sea un paseo muy agradable y rico culturalmente que necesita de, al menos, un par de días para poderlo saborear en su necesaria intensidad. El barrio fue declarado en 1966 conjunto histórico-artístico.

Iniciaremos su visita por la parte alta de la villa donde se ubican los elementos principales de arquitectura militar. Nos da la bienvenida la bella **Torre del Homenaje** de tres plantas y con un bello cordón pétreo con nudos que la circunda. Se recomienda su visita interna donde un interesante audiovisual sintetiza la historia de Requena. Desde la parte superior con sus nuevas almenas hay una buena visión del barrio de la Villa y del interior de la alcazaba. Su datación inicial es de principios del siglo XIV según marcan unas ocultas ventanas ajimezadas posrománicas.



### Torre del Homenaje

Seguimos callejeando por la **alcazaba** con sus dos torres defensivas y paramento de muralla a la manera castellano-mudéjar con utilización de sillar, sillarejo y ladrillo. Subterráneos, pero visitables, en un lugar de buena restauración, encontramos los “**cubillos**” o pequeñas torres circulares que se antepoñían al foso que circundaba la fortaleza.



### **Alcazaba**

Seguimos por la **plaza del Árbol** al que da nombre una gigantesca y vieja morera de papel. Tras la plaza del Castillo, nos adentramos en la que fue antigua medina musulmana, por la calle principal de la Villa, la **calle de Santa María**, donde en sus grandes casonas se asentaron los caballeros repobladores y gentes de linaje que constituyeron el poder local. Así lo muestran las soberbias casonas, la rejería y cerrajería, los escudos nobiliarios e incluso algunos grandes arcos interiores de las casas.

En su callejear, no dejen detenerse en uno de sus adarves en la **Casa Museo de la Seda**, antigua Casa del Arte Mayor de la Seda, flanqueada por una imagen cerámica del patrón de los sederos, San Jerónimo. Su interior dispone de muchas piezas y un guión expositivo que analiza la gran importancia que tuvo la manufactura de la seda en el siglo XVIII en Requena. Cerca podrá adquirir vinos de la Denominación de Origen Utiel-Requena en el espacio Ferevín con una amplísima y económica oferta de caldos de la comarca.

En la parte central de la Villa se encuentran sus dos monumentos histórico-artísticos nacionales declarados en 1931: **las iglesias del Salvador y la de Santa María**. Iglesias góticas con gran intervención barroca en su interior. Sus portadas de principios del siglo XVI pertenecientes al gótico florido isabelino son impresionantes, destacando el riquísimo programa iconográfico e iconológico de Santa María con apóstoles, ángeles músicos, vírgenes mártires, querubines, animalario real y fantástico y labores vegetales entre otros elementos.





Iglesia del Salvador



Iglesia de Santa María

Seguimos por la amplia **plaza de la Villa o del coronel Albornoz** del siglo XVII donde se encuentra parte de la oferta gastronómica, turística, tiendas de suvenires y el emplazamiento de algún lugar enoturístico. Nos adentramos por las calles de la Villa con sus bellas casas donde se puede apreciar la utilización de la técnica del tapial y la madera. Imprescindible es la visita al elegante y hermoso **palacio gótico del Cid** del siglo XV, que actualmente acoge a un **Museo del Vino** con los trullos, jaraíces, bodega-cueva, tinajas y entrada de carros de la casona original y muchos útiles, aperos y paneles que recorren la historia de la elaboración del vino en la comarca.



Museo del vino

Proseguimos en nuestro deambular y alcanzamos la **Iglesia de San Nicolás** que, tras décadas de ruina y al borde de su desaparición, ha emergido con una magnífica y casi milagrosa e imaginativa restauración en su cubierta de cristal. Sus tumbas antropomorfas lo señalan como el templo más antiguo de Requena y está abierto a su visita. El observador atento podrá contemplar como por San Nicolás han pasado todos

los estilos arquitectónicos: románico, gótico, renacimiento, barroco y neoclasicismo. Fue declarado monumento de Bien de Interés Cultural en 2008.

Nos perdemos entre calles estrechas, sinuosas, rincones bellos como el **arco de Paniagua**, la **plaza de la Jorra** o el **arco del Ovejero**. Arribamos a la imponente **casona de los Tenreiro-Montenegro** donde destacan en su exterior sus soberbias y amplias solanas típicas (sobre todo las de la parte trasera). Actualmente alberga el **Museo de Arte Contemporáneo “Florencio de la Fuente”** con una colección permanente que incluye obras de Miró, Dalí, Tàpies, Mompó, Rueda, Guayasamín, Torner, etc., además de exposiciones temporales.

### **La Requena subterránea.**

Una de las curiosidades del barrio de la Villa es la existencia de una Requena subterránea. Una gran parte de las casas tienen su propia bodega en el subsuelo tras excavar las arcillas que están debajo de la toba caliza del barrio. Las arcillas y tierra se utilizaban para las casas cuando se estaban construyendo y la vivienda ganaba una nueva dependencia en el subsuelo. Los respiraderos a pie de suelo en las calles nos advierten de ellas. Seguramente las cuevas ya se practicaron en época musulmana.

El referente turístico requenense es justamente el complejo de **cuevas visitables de la Plaza de la Villa** que causa la admiración del turista que pasea por este subsuelo convertido en verdadera arqueología del vino con sus jaraíces, trullos y especialmente grandes y medianas tinajas. Las cuevas incluyen el osario de la Iglesia del Salvador y un silo de trigo. En la misma plaza de la Villa también son visitables las cuevas bodega de la firma **Murviedro** (inaugurada su restauración en 2017) y la del **Mesón la Villa**.

Pero, por si esto fuera poco, debajo del entramado de cuevas, el barrio posee otro horadamiento como el de la **red de túneles**.



### **Los túneles de Requena**

En 1706, en plena Guerra de Sucesión a la corona española, los austracistas excavaron el primer túnel con dos ramales para rendir la Requena borbónica. A partir de entonces, se excavaron más túneles con fines particulares e incluso como refugio antiaéreo en la Guerra Civil. Los túneles son también visitables desde la Oficina de Turismo.

## La otra Requena

Requena no acaba en la Villa para el paseante curioso e inquieto. En el antiguo barrio del Arrabal sobresale la **Iglesia del antiguo Convento del Carmen** de inicios del siglo XIV con su primitiva capilla de la Soterraña, sus bonitos exvotos pintados y las posteriores intervenciones gótico-renacentistas, barrocas y academicistas. Preste atención a su zócalo de azulejería. El claustro barroco se encuentra dentro del **Museo Municipal** que posee un interesante discurso etnográfico sobre la indumentaria, la vivienda y la tradición embutidera y otras salas como la ibero-romana o la de ciencias naturales.

Hay otra **Requena neoclasicista** en el barrio que secciona la antigua carretera en la calle Constitución, la **modernista** de la calle del Peso y plaza España o la del elevado barrio morisco de **Las Peñas** con la singular **ermita de San Sebastián**, edificio mudéjar castellano con empleo de tapial y artesonado de madera propio de la Diócesis de Cuenca. Aún deberemos subir más para visitar el **Convento de San Francisco** de 1617 que ha sido también hospital y fortín militar. Alberga el museo con los pasos de la solemne Semana Santa de Requena (abre en fin de semana).

A partir de 1942 emergió la **Requena moderna** que se inicia en la emblemática y popular **fuelle de los Patos** de 1885 (con esculturas que no son patos, sino cisnes). Una larga avenida da vida a toda una ciudad con restaurantes, bares y tiendas en sus orillas. En su mitad se puede admirar el **Monumento Universal a la Vendimia** erigido en 1972. Al final de la ciudad se encuentra la **Plaza de Toros** de 1901 con fachada neo-mudéjar, magnífico ejemplo del estilo historicista.

## El buen vantar y los superiores vinos

El buen caminante nunca puede rechazar un buen plato de comida, ni un buen vino y, de eso, Requena va sobrada. Son muchos los restaurantes que elaboran o se inspiran en la gastronomía local de claro acento castellano.

Requena dispone de un consejo regulador propio de la Indicación Geográfica Protegida de embutido que preserva, tutela y difunde sus “siete magníficos”: morcilla de cebolla, longaniza, chorizo, güeña, perro, sobrasada y orza (embutido y conserva al estilo tradicional). Los citados perro y güeña están incluidos en la lista de productos artesanales de la unión Europea. Además, los artesanos del pan se asocian en defensa del bollo de Requena, deliciosa masa de pan que se hornea con embutido, jamón o sardinas.

Zona de interior, fría en los inviernos, su cocina es contundente con platos como el gazpacho manchego, el ajo arriero o atascaburras, el arroz de matanza o con güeña, las migas del pastor, las patatas en caldo, el morteruelo, carne de caza, las almortas y la omnipresente orza. Para dulcificar la comida la acompañamos con migas dulces, turruncillos de fideos, almendrados, mantecados, suspiros, tortillas dulces, alajú...

La cocina requenense exige regarse con buenos vinos como son los elaborados con la variedad autóctona bobal que está reconocida por los grandes expertos. Blancos, rosados y tintos se acogen a la **Denominación de Origen Utiel-Requena**. Calidad y buen precio son sus distintivos. Son muchas las bodegas que ofertan su cata y visita guiada a las bodegas y que están asociadas en la **Ruta del Vino**. El paso por Requena exige siempre una parada enoturística.

Requena con su comarca ha sido designada como candidata en la lista indicativa de la UNESCO para Patrimonio de la Humanidad por sus **lagares ibéricos** de producción de vino datados en el VII-VI a.C. que se ubican en la Solana de las Pilillas (aldea de Los Duques). Su visita impresiona, dedíquenles una mañana.

Pero aquí no acaba, porque una singularidad de Requena es el ser una de las pocas poblaciones fuera de Cataluña que pueden elaborar **cava** y lo están haciendo en un progreso creciente y con una calidad y precio prácticamente imbatibles.



### **El mar de viñas y el Cabriel**

Es muy aconsejable coger el coche o andar por parte del término que en su parte mesetaria está monopolizado prácticamente por un paisaje de viña especialmente bello en primavera o con las pámpanas rojizas del bobal otoñal. Enfilen entre cepas la carretera que zigzaguea por las aldeas de Campo Arcís, Los Duques, Casas de Eufemia, Los Ruices hasta adentrarse en el mar de viñas del término de Venta del Moro. El paisaje está salpicado de pequeñas aldeas, caseríos y bodegas con puertas abiertas al visitante. En los rebordes montañosos proliferan los olivos y almendros y ya directamente en las montañas el bosque de pino mediterráneo, carrasca, enebro, lentisco, sabina, romero, espliego, ajedrea y una infinidad de especies.





Una parte importante del término se encuentra bajo el **Parque Natural de las Hoces del Cabriel**, siendo especialmente recomendable la visita a la pedanía de **Casas del Río** con una arquitectura del agua protagonizada por una antigua noria aún en funcionamiento, caces, molinos, acequias, lavaderos... El baño en las límpidas aguas del Cabriel es aconsejable en verano.



## Casas del Río



En la comarca Requena-Utiel, entre los términos municipales de Villargordo del Cabriel, Venta del Moro y Requena, se encuentra el **Parque Natural de las Hoces del**

**Cabriel**, uno de los espacios naturales más significativos y bonitos del territorio valenciano.

Y si al lector le interesa saber cómo se vivía en el pasado en el agro, no deje de concertar una visita al **caserío de Sisternas**, cercano a la aldea de Casas de Eufemia, donde le esperan cinco mil piezas que escenifican la vida agraria del siglo XIX y XX.



### **Requena festiva y tradicional**

La Requena urbana nunca ha olvidado sus raíces y defiende apasionadamente sus tradiciones como los mayos, las procesiones con panes benditos sobre la cabeza de las mujeres, las impresionantes procesiones de Semana Santa, el acto de correr la bandera o la música tradicional a ritmo de jota castellana, seguidillas, torrás, fandangos y romances.

Requena posee además el privilegio de contar con la primera **Fiesta de la Vendimia** de España creada en 1947 y con un programa variadísimo de eventos que se celebran en las dos últimas semanas de agosto. Miles de visitantes acuden a la anual **Muestra de Embutido Artesano y de Calidad de Requena** que se celebra a principios de febrero y que posee un programa lúdico, cultural y gastronómico muy estimable. Como cita obligada es **Ferevín**, la feria del vino que se celebra a finales de agosto y donde se pueden degustar los ricos caldos comarcanos.

Y a los amantes de la cultura les aconsejo la escucha de los magníficos conciertos de la **Semana de Música Sacra** que se celebra en Semana Santa o la ya antigua **Feria del Libro** que se desarrolla alrededor del segundo fin de semana de junio.

Y Requena no se acaba, pero el artículo debe llegar a su punto final. Déjenles que le sorprendamos.

## **SUS DERECHOS Y DEBERES**





*(Como su nombre indica, estará dedicado a la información de sus derechos y deberes).*

## **LEGISLACIÓN SOBRE ALQUILER VACACIONAL EN CADA COMUNIDAD DE ESPAÑA**

Como toda la legislación española, la de alquiler vacacional, no podía ser una excepción, casi cada Autonomía tiene sus propias leyes, un ejemplo son las siguientes Autonomías:

**Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Comunidad de Madrid, Comunidad Valenciana, País Vasco, Galicia, La Rioja y Navarra.**

La ley que afecta a los alquileres, LAU (Ley de Arrendamiento Urbano), ha pasado ya hace varios años a ser regularizada por las Comunidades Autónomas.

En esta primera parte, les diremos las Autonomías que tienen su propia legislación, en siguientes artículos, haremos un resumen de las mismas.

Mientras les exponemos la “literatura” de las leyes de cada Autonomía, deben saber que los Ayuntamientos tienen competencia inspectora, para hacer que se cumpla la ley, usted, debe hacer la reclamación, denuncia o queja, según proceda, en el ayuntamiento del Pueblo o Ciudad, donde se sintió engañado.

Nunca olviden de conservar las copias de los contratos, hacer fotos a la entrada y, a la salida del alojamiento.

### **– Andalucía**

**\*Decreto 194/2010, de 20 de abril**, de establecimientos de apartamentos turísticos

**\*Decreto 143/2014, de 21 de octubre**, por el que se regula la organización y funcionamiento del Registro de Turismo de Andalucía

**\*Decreto 28/2016, de 2 de febrero**, de las viviendas con fines turísticos y de modificación del

**\*Decreto 194/2010, de 20 de abril**, de establecimientos de apartamentos turísticos

### **– Aragón**

**\*Decreto 167/2013, de 22 de octubre**, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los apartamentos turísticos en Aragón

**\*Decreto 80/2015, de 5 de mayo**, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de las viviendas de uso turístico en Aragón

– **Asturias**

**\*Decreto 60/1986, de 30 de abril**, sobre ordenación de los apartamentos turísticos

**\*Decreto 48/2016, de 10 de agosto**, de viviendas vacacionales y viviendas de uso turístico

– **Baleares**

**\*Ley 8/2012, de 19 de julio** del turismo de las Illes Balears

**\*Decreto Ley 6/2013, de 29 de noviembre**, por el que se modifica el artículo 52 de la Ley 8/2012, de 19 de julio, del Turismo de las Illes Balears

**\*Decreto 20/2015, de 17 de abril**, dictado en desarrollo de la Ley 8/2012, de 19 de julio, de Turismo de las Illes Balears

**\*Reglamento 1/2015** por el que se regula la comercialización de estancias turísticas en viviendas en la isla de Formentera

**\*Ley 6/2017, de 31 de julio**, de modificación de la Ley 8/2012, de 19 de julio, del Turismo de las Islas Baleares con respecto a la comercialización de estancias turísticas en viviendas

– **Canarias**

**\*Decreto 142/2010, de 4 de octubre**, por el que se aprueba el Reglamento de la Actividad Turística de Alojamiento

**\*Decreto 113/2015, de 22 de mayo**, por el que se aprueba el Reglamento de las viviendas vacacionales de la Comunidad Autónoma de Canarias

– **Cantabria**

**\*Ley 5/1999, de 24 de marzo**, de Ordenación del Turismo de Cantabria

**\*Decreto 82/2010, de 25 de noviembre**, por el que se regulan los establecimientos de alojamiento turístico extrahotelero

**\*Decreto 19/2014, de 13 de marzo**, por el que se modifica el Decreto 82/2010, de 25 de noviembre, por el que se regulan los establecimiento de alojamiento turístico extrahotelero en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Cantabria

– **Castilla-La Mancha**

**\*Ley 8/1999, de 26 de mayo**, de Ordenación del Turismo de Castilla-La Mancha

– **Castilla y León**

**\*Decreto 75/2013, de 28 de noviembre**, por el que se regulan los establecimientos de alojamiento de turismo rural en la Comunidad de Castilla y León

**\*Decreto 17/2015, de 26 de febrero**, por el que se regulan los establecimientos de alojamiento en la modalidad de apartamentos turísticos en la Comunidad de Castilla y León

**\*Decreto 3/2017, de 16 de febrero**, por el que se regulan los establecimientos de alojamiento en la modalidad de vivienda de uso turístico en la Comunidad de Castilla y León

– **Cataluña**

**\*Decreto 159/2012, de 20 de noviembre**, de establecimientos de alojamiento turístico y de viviendas de uso turístico

\*Circular interpretativa sobre la obligación de hacer constar el número de inscripción en el Registro de Turismo de Cataluña

– **Comunidad de Madrid**

**\*Decreto 79/2014, de 10 de julio**, por el que se regulan los apartamentos turísticos y las viviendas de uso turístico de la Comunidad de Madrid

– **Comunidad Valenciana**

**\*Decreto 91/2009, de 3 de julio**, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento regulador de los bloques y conjuntos de viviendas turísticas de la Comunitat Valenciana

**\*Decreto 92/2009, de 3 de julio**. Reglamento de Alojamientos Turísticos y empresas gestoras de la Comunitat Valenciana modificado por el Decreto 75/2015, de 15 de mayo, regulador de los establecimientos hoteleros de la Comunitat Valenciana

**\*Orden 2/2010, de 29 de marzo**, de la Conselleria de Turismo por la que se establecen los distintivos correspondientes a las empresas y a los establecimientos turísticos de la Comunitat Valenciana

– **Euskadi/País Vasco**

**\*Decreto 198/2013, de 16 de abril**, por el que se regulan los apartamentos turísticos

**\*Decreto 199/2013, de 16 de abril**, por el que se regulan los establecimientos de alojamiento turístico en el medio rural

**\*Ley 13/2016, de 28 de julio**, de Turismo

– **Extremadura**

**\*Decreto 182/2012, de 7 de septiembre**, de ordenación y clasificación de apartamentos turísticos en Extremadura

**\*Decreto 204/2012, de 15 de octubre**, por el que se establece la ordenación y clasificación de los alojamientos de turismo rural de la Comunidad Autónoma de Extremadura

**– Galicia**

**\*Decreto 52/2011, de 24 de marzo**, por el que se establece la ordenación de apartamentos y viviendas turísticas

**\*Decreto 12/2017, de 26 de enero**, por el que se establece la ordenación de apartamentos turísticos, viviendas turísticas y viviendas de uso turístico en la Comunidad Autónoma de Galicia

**– La Rioja**

**\*Decreto 10/2017, de 17 de marzo**, por el que se aprueba el Reglamento General de Turismo de La Rioja en desarrollo de la Ley 2/2001, de 31 de mayo, de Turismo de La Rioja

**– Murcia**

**\*Decreto 75/2005, de 24 de junio**, por el que se regulan los apartamentos turísticos y alojamientos vacacionales (modificado por Decreto 37/2011, de 8 de abril)

**\*Decreto número 76/2005, de 24 de junio**, por el que se regulan los alojamientos rurales (modificado por Decreto 37/2011, de 8 de abril)

**– Navarra**

**\*Decreto Foral 243/1999, de 28 de junio**, por el que se regula el alojamiento en casas rurales (modificado por Decreto Foral 64/2013, de 6 de noviembre)

**\*Decreto Foral 230/2011, de 26 de octubre**, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación de los Apartamentos Turísticos en la Comunidad Foral de Navarra

**\*Orden Foral 80/2014, de 25 de septiembre**, por la que se establece la obligación de hacer constar el código de inscripción en el Registro de Turismo de Navarra en las acciones de promoción, publicidad y comercialización que realicen las empresas, establecimientos y actividades turísticas en medios on line

ENFERMEDADES  
**RARAS**



PACIENTES  
**ÚNICOS**

*(Por muy acreditadas que sean las fuentes, esto es solo información, sus síntomas deben ser tratados por un profesional de la medicina*

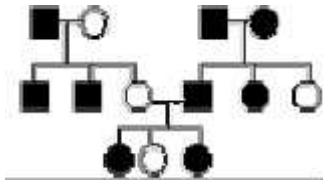
\*\*\*\*\*

*However well reputed the sources may be, this is only information, and your symptoms should be treated by a medical professional)*



## PROBLEMAS GENÉTICA ÁRBOLES GENEALÓGICOS (PEDIGRÍS)

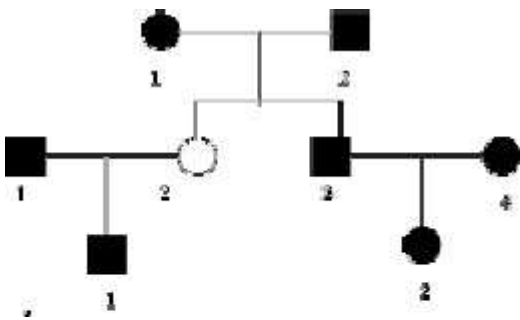
1.- La siguiente genealogía corresponde a cobayas. El negro corresponde a pelo rizado y el blanco a pelo liso. El cuadrado significa macho y el círculo significa hembra.



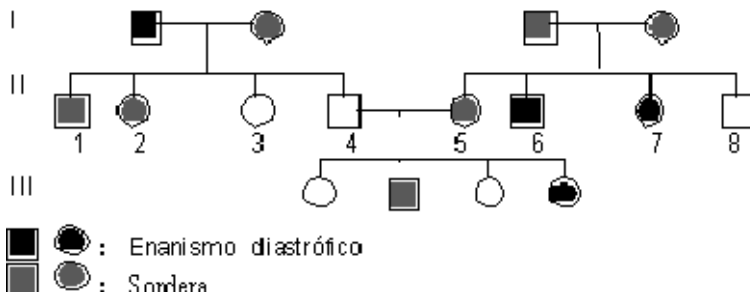
Determinar qué carácter es dominante y cuál recesivo.

2.- El pelo negro de los cobayas es producido por un alelo dominante N y el blanco por su alelo recesivo n. A menos que haya evidencia de lo contrario, asuma que II-1 y II-4 no llevan el alelo recesivo. Calcule las probabilidades de que un descendiente III-1 x III-2 tenga pelo blanco.

Los símbolos sólidos representan pelo negro.



3 - La siguiente genealogía muestra a una familia afectada por dos enfermedades que aparecen con baja frecuencia en la especie humana y que se sabe son debidas a genes situados en diferentes cromosomas



1.-¿Cuál es el tipo de herencia de cada una de estas enfermedades (dense los genotipos de todos los individuos de la genealogía)?

2.-Calcular la probabilidad de que el primer descendiente de II-1 y III-4 sea:  
a) sano/a b) con sordera c) afectado/a de enanismo d) afectado/a sólo por cualquiera de las dos enfermedades.

3.-Si II-1 y III-4 tienen dos descendientes, ¿cuál es la probabilidad de que cada uno esté afectado por una enfermedad diferente?

4.-Y si tienen 3, ¿cuál es la probabilidad de que dos estén afectados de sordera y el otro de enanismo diastrófico?

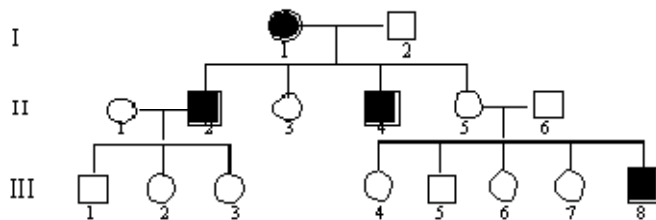
4.- En el siguiente pedigrí se analiza el carácter ceguera al color (daltonismo). La aparición de este síndrome tiene una frecuencia de 0.36% en las hembras, mientras que en los machos es del 6%.

a) ¿Qué tipo de herencia propondrías y por qué?

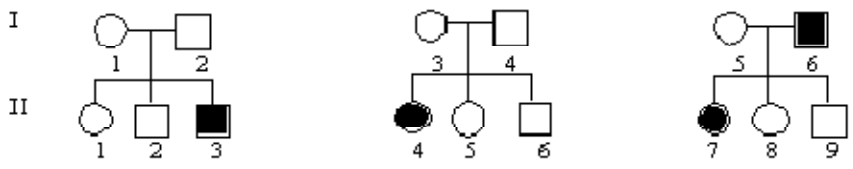
b) En función de tu hipótesis determina el genotipo más probable de todos los individuos.

c) ¿Con qué probabilidad esperarías la descendencia observada en la 2ª generación?

d) ¿Con qué probabilidad esperarías los descendientes de las 2 familias en la generación 3?

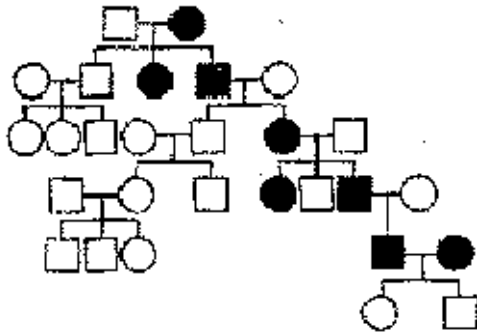


5.- Considera los siguientes 3 pedigrís, referentes al mismo carácter en humanos:



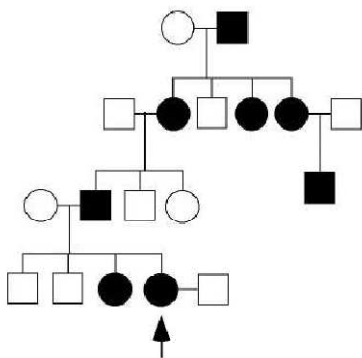
- a) de las siguientes posibilidades, ¿cuáles podrías excluir?: dominancia, recesividad, autosomía, ligamiento al sexo.
- b) en qué individuo te has basado para rechazar cada una de ellas?
- c) de acuerdo con tu hipótesis, decide qué genotipo se espera en los individuos II-1, II-6 y II-9, utilizando los símbolos  $A$  y  $a$ .

6.- Averigua si el modelo de herencia del rasgo definido en el siguiente pedigrí, se corresponde con un tipo de herencia autosómica dominante, autosómica recesiva, dominante ligada a X, recesiva ligada a X o ligada a Y. ¿Podría ser válida más de una hipótesis?



7.- En la figura 3 se indica la transmisión de un tipo de cataratas (individuos en negro) en una familia (los hombres se representan con un cuadrado y las mujeres con un círculo). Se sabe que esa enfermedad está producida por un solo gen ligado al sexo (situado en el cromosoma X).

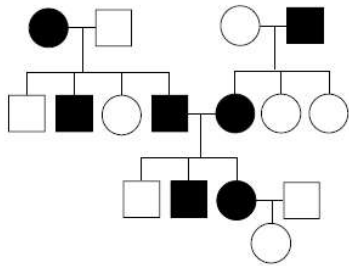
- a) Indique si ese tipo de cataratas es dominante o recesivo. Razone la respuesta.
- b) Indique los posibles genotipos de todos los individuos. Utilice la letra  $A$  (mayúscula) para el alelo dominante y la letra  $a$  (minúscula) para el recesivo.
- c) Indique la probabilidad de que la mujer señalada con una flecha tenga un descendiente con ese tipo de cataratas: (1) si se trata de un niño; (2) si se trata de una niña.



8.- En la figura 8 se indica la transmisión de un carácter monogénico en una familia (los hombres se representan con un cuadrado y las mujeres con un círculo). El carácter presenta dos alternativas que se indican en blanco y en negro.

a) Indique si el alelo que determina la alternativa representada en negro es dominante o recesivo. Razone la respuesta.

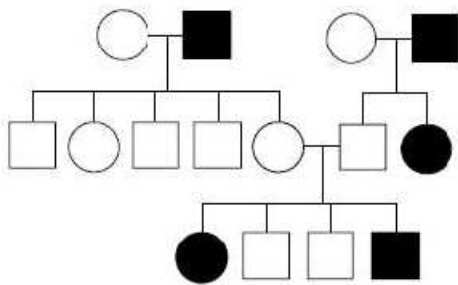
b) A partir de los datos de la genealogía puede concluirse que el carácter es autosómico. Indique los posibles genotipos de todos los individuos. Utilice la letra A (mayúscula) para el alelo dominante y la letra a (minúscula) para el recesivo.



9.- En la figura 9 se indica la transmisión de un carácter monogénico en una familia (los hombres se representan con un cuadrado y las mujeres con un círculo). El carácter presenta dos alternativas que se indican en blanco y en negro.

a) Indique si el alelo que determina la alternativa representada en negro es dominante o recesivo. Razone la respuesta.

b) A partir de los datos de la genealogía puede concluirse que el carácter es autosómico. Indique los posibles genotipos de todos los individuos. Utilice la letra A (mayúscula) para el alelo dominante y la letra a (minúscula) para el recesivo.

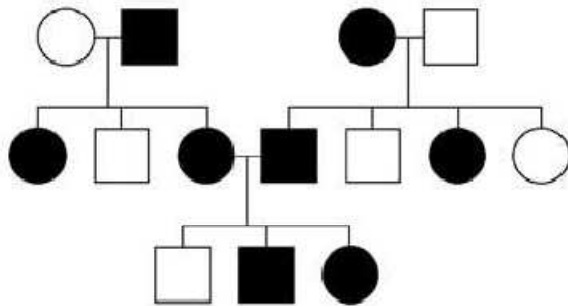


10.- En la figura 12 se indica la transmisión de un carácter en una familia (los hombres se representan con un cuadrado y las mujeres con un círculo). El carácter presenta las dos alternativas que se indican en blanco y en negro y está determinado por un solo gen.

a) Indique si el alelo que determina la alternativa representada en negro es dominante o recesivo. Razone la respuesta.

b) Suponga que el gen que determina ese carácter es autosómico. Indique los posibles genotipos de todos los individuos. Utilice la letra A (mayúscula) para el alelo dominante y la letra a (minúscula) para el recesivo.

c) Suponga que el gen que determina ese carácter está ligado al sexo (situado en el segmento diferencial del cromosoma X). Indique los posibles genotipos de todos los individuos. Utilice el símbolo XA para el alelo dominante y el símbolo Xa para el recesivo.



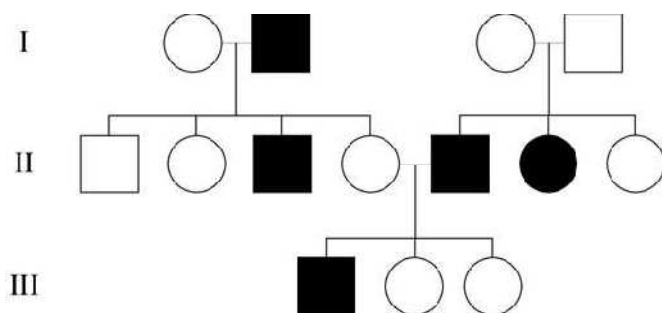
11.- En la figura se indica la transmisión de un carácter en una familia (los hombres se representan con un cuadrado y las mujeres con un círculo). El carácter presenta las dos alternativas que se indican en blanco y en negro y está determinado por un solo gen.

a) Indique si el alelo que determina la alternativa representada en negro es dominante o recesivo. Razone la respuesta.

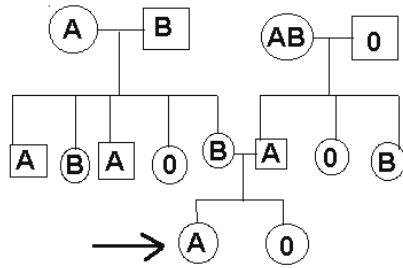
b) Indique si el gen que determina ese carácter es autosómico o está ligado al sexo. Razone la respuesta.

c) Indique los posibles genotipos de todos los individuos.

Utilice la letra A (mayúscula) para el alelo dominante y la letra a (minúscula) para el recesivo.



12.- En la familia de la ilustración se indican los grupos sanguíneos de cada individuo (los hombres se representan con un cuadrado y las mujeres con un círculo). Uno de los miembros de la genealogía tiene un grupo sanguíneo no explicable en base al tipo de herencia del carácter.



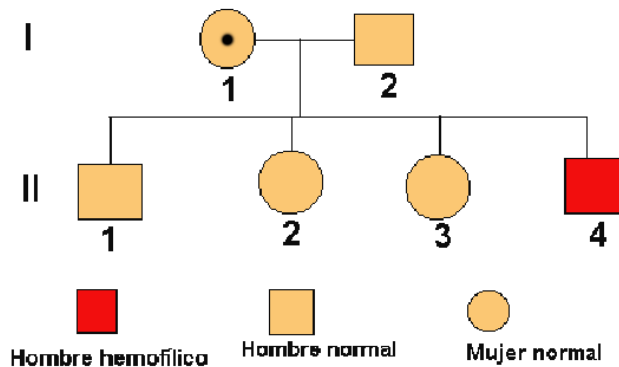
a) Indicar de qué persona se trata.

b) Indicar cuál de estas dos explicaciones es la más probable:

- La persona en cuestión es hijo/hija extramatrimonial de la persona que figura como su madre en la genealogía.
- Hubo una confusión (cambio de niño/a) en la clínica en que nació esta persona.

c) La persona señalada con una flecha se casa con un hombre que tiene un grupo sanguíneo AB. Determine qué grupos sanguíneos pueden tener sus hijos, así como la probabilidad de cada uno de ellos.

13.- De la información obtenida en el siguiente árbol genealógico, contestar las siguientes cuestiones:



a) Si II2 se casa con un hombre normal, ¿Cuál es la probabilidad de que su primer hijo sea un niño hemofílico?

b) Suponga que su primer hijo es hemofílico. ¿Cuál es la probabilidad de que su segundo hijo sea un niño hemofílico?

c) Si la madre de II era hemofílica, ¿Cuál era el fenotipo del padre de II?



14.- Una pareja en la que la visión de ambos es normal, tienen cuatro hijos. En ellos y en sus descendientes se aprecian las siguientes características:

Una hija con visión normal, que tiene un hijo normal y un hijo y una hija daltónicos.

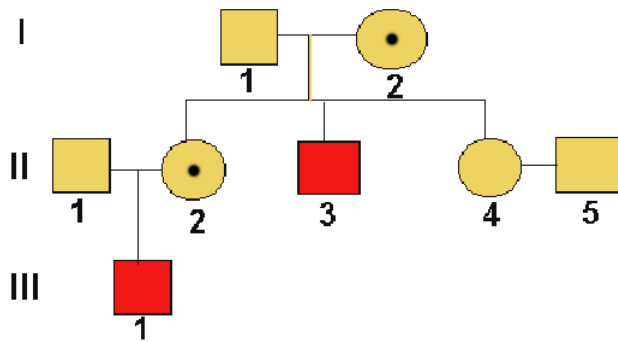
Una hija con visión normal, con tres hijas y dos hijos normales

Un hijo daltónico, con dos hijas normales.

Un hijo normal, con dos hijos y dos hijas normales.

Constituye la genealogía de esta familia e indica en cada caso los genotipos probables.

15.- En el siguiente árbol genealógico, los cuadros oscuros representan a personas afectadas de hemofilia.



a) Si la mujer II2 tuviese dos hijos varones, ¿cuál sería la probabilidad de que ninguno fuera hemofílico?

b) ¿Cuál es la probabilidad de que el primer hijo varón de la pareja II4 y II5 sea hemofílico?

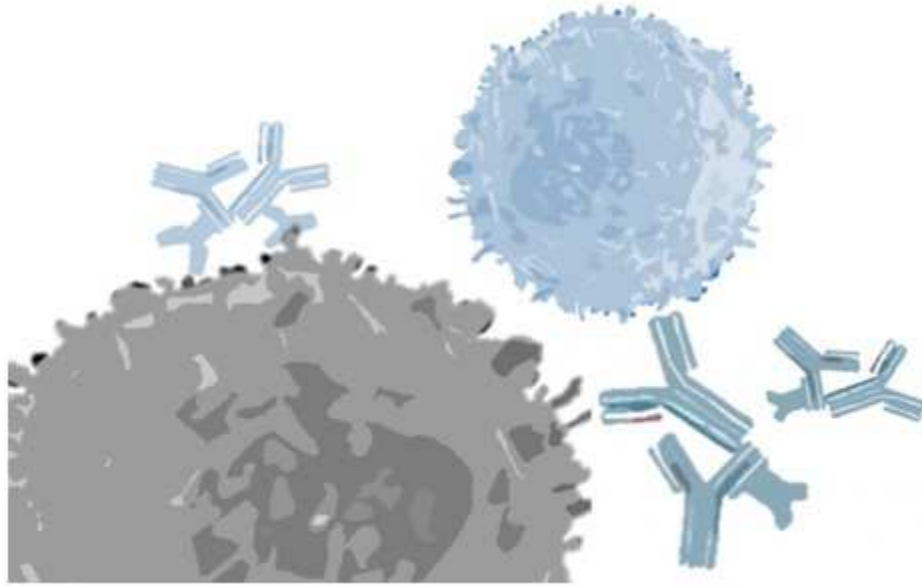
## **EL SISTEMA INMUNITARIO HUMANO SE CONVIERTE EN UN POTENCIAL OBSTÁCULO PARA CRISPR**

POR GENÉTICA MÉDICA ·

*Amparo Tolosa, Genética Médica News*

Un estudio publicado el pasado viernes en la plataforma bioRxiv acaba de revelar lo que podría convertirse en un importante obstáculo para la edición del genoma mediante la

tecnología CRISPR con fines terapéuticos: el sistema inmunitario de algunas personas está preparado para atacar uno de los componentes principales de CRISPR.

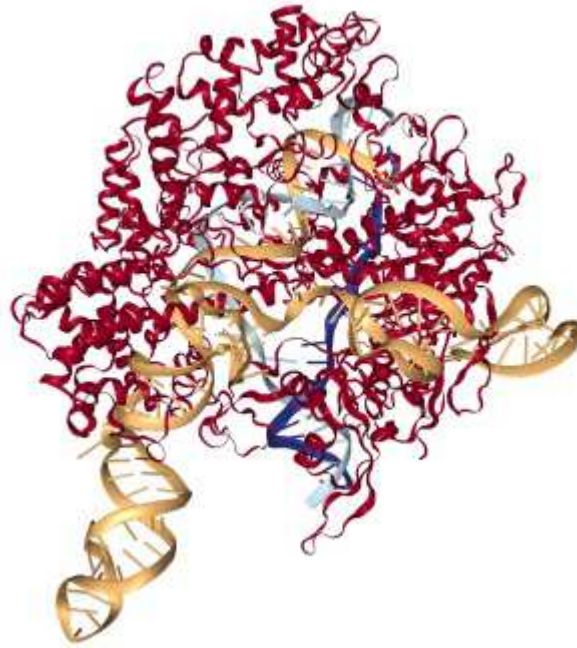


*Una proporción importante de personas presenta anticuerpos frente a componentes del sistema CRISPR. Imagen: Medigene Press SL.*

En los últimos años hemos asistido al crecimiento de la tecnología CRISPR como una herramienta fundamental para conseguir modificar el genoma humano y tratar enfermedades genéticas. Numerosos estudios han demostrado cómo el sistema CRISPR puede ser utilizado para introducir cambios de forma precisa en el genoma y corregir errores en el ADN responsables de causar enfermedades, e incluso ya han comenzado los primeros ensayos clínicos en los que se utiliza CRISPR como parte de tratamiento contra el cáncer de pulmón.

La tecnología CRISPR consta de dos componentes principales, una enzima nucleasa que corta el ADN y un ARN que guía a la enzima a la posición del genoma que debe cortar. La nucleasa utilizada de forma más frecuente en el sistema CRISPR es Cas9 derivada principalmente de *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pyogenes*, bacterias comunes que están presentes en muchas personas y pueden, en ocasiones, provocar infecciones patológicas.

Algunos estudios previos ya habían mostrado la presencia de anticuerpos frente a ambas bacterias en un 100% de las personas adultas, sin embargo se desconocía si existía también una inmunidad específica frente a las proteínas Cas9 de ambas bacterias, lo que podría comprometer en el futuro la efectividad de los tratamientos con CRISPR.



*Estructura molecular del sistema CRISPR-Cas9. En rojo se muestra la nucleasa Cas9, formando complejo con el ADN de doble cadena y el ARN guía.*

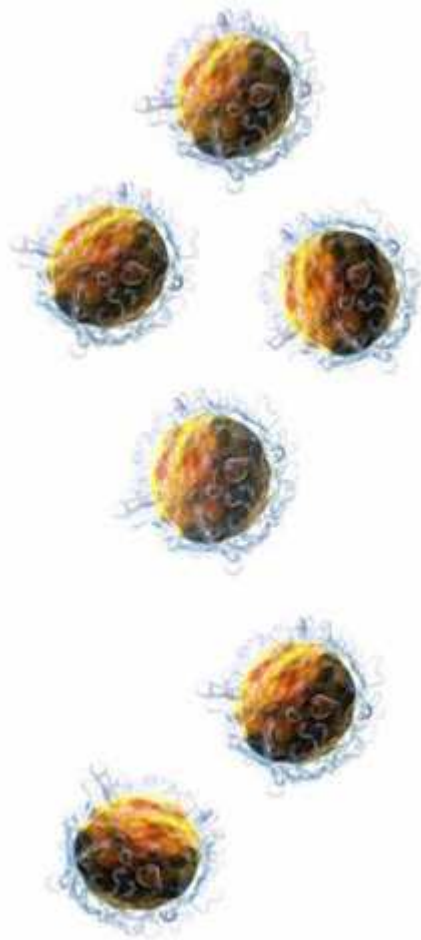
Un equipo de investigadores de la Universidad de Stanford, dirigido por Matthew Porteus, ha analizado la presencia de anticuerpos frente a las proteínas Cas9 de bacterias *Staphylococcus aureus* o *Streptococcus pyogenes* (denominadas SaCas9 y SpCas9 respectivamente) en el suero de 22 recién nacidos y 12 adultos y ha encontrado que el 79% de las personas analizadas tienen anticuerpos frente a SaCas9 y el 65% de ellas presentan anticuerpos frente a la SpCas9. La presencia de anticuerpos frente a ambas proteínas Cas9 bacterianas indica la existencia de una inmunidad humoral, fruto de exposiciones previas a las bacterias, que probablemente haya ocurrido tras el nacimiento, señalan los autores del trabajo.

Respecto a la inmunidad celular, mediada, principalmente por linfocitos T, el equipo ha detectado linfocitos T dirigidos frente a SaCas9 en el 46% de las 13 personas en las que ha analizado su presencia. Los investigadores no encontraron linfocitos T que reconocieran SpCas9. Sin embargo, no descartan que pueda haberlos ya que el reducido tamaño de la muestra y las limitaciones propias de la técnica utilizada podrían haber impedido su detección.

Los resultados del trabajo indican que una proporción importante de la población humana podría presentar una inmunidad humoral y celular frente a uno de los componentes principales de CRISPR. En principio, este descubrimiento tiene el potencial de convertirse en un gran contratiempo para la utilización de CRISPR como herramienta terapéutica, ya que podría afectar a la eficacia de CRISPR o inducir toxicidad en los pacientes. Por ejemplo, en el caso de existir anticuerpos frente a Cas9 en el paciente, estos podrían unirse a la nucleasa administrada en el tratamiento e impedir que lleve su trabajo de edición genómica. Y la presencia de linfocitos T específicos contra componentes de Cas9 podría hacer que atacaran las células en las que se produce la proteína, que justo son aquellas células en las que se produce la edición genómica terapéutica.

Los investigadores indican que no hay evidencias de que la presencia de anticuerpos frente a Cas9 pueda suponer un problema. En el caso de la inmunidad humoral, las posibilidades de contacto y reconocimiento de Cas9 por parte de los anticuerpos presentes en el suero podrían ser mínimas ya que gran parte de los métodos de

administración de CRISPR están diseñados para liberar los componentes del sistema directamente al interior de las células a modificar.



*La mayor preocupación surge cuando se considera la respuesta inmunitaria mediada por los linfocitos T, ya que las células inmunitarias que reconocen Cas9 podrían atacar las células modificadas y tener una mayor facilidad para interferir con la eficacia de CRISPR. Imagen: Linfocitos T (derivada de Blausen.com staff (2014). "Medical gallery of Blausen Medical 2014". WikiJournal of Medicine 1 (2). DOI:10.15347/wjm/2014.010. ISSN 2002-4436. – Own work, CC BY 3.0).*

La mayor preocupación surge cuando se considera la respuesta inmunitaria mediada por los linfocitos T, ya que las células inmunitarias que reconocen Cas9 podrían atacar las células modificadas y tener una mayor facilidad para interferir con la eficacia de CRISPR o inducir respuestas inmunitarias no deseadas en los pacientes.

En este contexto, una de las conclusiones más importantes del trabajo es que la respuesta del sistema inmunitario frente a los componentes de CRISPR es un tema que necesita ser estudiado con mayor profundidad ya que, en definitiva, todavía se desconoce cómo sería la posible respuesta inmunitaria al tratamiento con CRISPR en caso de producirse o si podría comprometer la eficacia de CRISPR.

El equipo de Porteus trabaja en el desarrollo de un tratamiento para la anemia falciforme basado en la modificación del genoma mediante CRISPR. En su caso, la edición del genoma y la exposición a Cas9 se lleva a cabo en células progenitoras de la sangre que

han sido extraídas de los pacientes. Tras la edición con CRISPR las células modificadas se amplifican hasta alcanzar un número adecuado y son introducidas de nuevo en el paciente. En estas circunstancias de tratamiento *ex vivo* es poco probable que la utilización de CRISPR genere una respuesta inmunitaria en el paciente, ya que los componentes del sistema son utilizados fuera del organismo y son las células modificadas, libres de ellos, las que se reintroducen en el paciente. Sin embargo, si se consideran terapias *in vivo*, en las que se administran los componentes de CRISPR al organismo, bien de forma sistémica o en zonas concretas, la respuesta del sistema inmunitario podría tener un papel crucial, hecho que preocupa especialmente a Porteus. Los autores del trabajo proponen algunas soluciones para evitar la respuesta del sistema inmunitario humano frente a SaCas9 o SpCas9, como por ejemplo utilizar nucleasas diferentes a Cas9, a las que no haya podido estar expuesto el sistema inmunitario humano o utilizar nucleasas de diseño que no activen la respuesta inmunitaria. En cualquier caso recomiendan profundizar en el estudio de la inmunogenicidad de los componentes de CRISPR.

Tal y como concluyen los investigadores, su estudio plantea nuevas consideraciones sobre la aplicación del sistema Cas9 en la edición de las células humanas con objetivos terapéuticos. Los resultados de Porteus demuestran la importancia de entender la respuesta inmunitaria en el contexto de los tratamientos con CRISPR, aspecto que Porteus consideraba que no recibía suficiente atención en medio de todo el entusiasmo por la herramienta de edición genómica. El trabajo también fomenta el diálogo entre la comunidad científica para encontrar la forma más segura y efectiva de utilizar CRISPR en humanos. Esta es una de las razones por la que los investigadores decidieron publicar el artículo en bioRxiv, plataforma que permite la publicación de artículos antes estos sean sometidos a una revisión por parte de expertos.

“Como en toda nueva tecnología, se quiere identificar los problemas potenciales y diseñar soluciones para ellos,” ha declarado Porteus para *STAT News*. El investigador, que además de ser profesor en la Universidad de Stanford es fundador de *CRISPR Therapeutics*, empresa biotecnológica enfocada en el desarrollo de terapias basadas en CRISPR, cree que ese es el punto en el que se encuentra la comunidad científica y añade que la inmunidad del organismo frente a CRISPR es un aspecto que debería tenerse en cuenta.

La respuesta al trabajo no se ha hecho esperar. Pocos días tras la publicación del trabajo varias empresas del sector han visto cómo decrecía el valor de sus acciones y cuestionan los resultados del estudio.

Referencia: Charlesworth CT, et al. *Identification of Pre-Existing Adaptive Immunity to Cas9 Proteins in Humans*. bioRxiv. 2018. Doi: <https://doi.org/10.1101/243345>.

Fuentes: *CRISPR hits a snag: Our immune systems may attack the treatment*.



# **NOTICIAS DE LAS ONG Y OTRAS ASOCIACIONES.**



Nota de prensa - Fundación Luzón y Samsung, unidos contra la ELA en #StartTheDance

## **Un paciente de ELA “baila un tango” para reivindicar mayor asistencia sanitaria: el 94% de los enfermos NO puede pagarla.**

- Marco, protagonista del videoclip, tiene ELA, una enfermedad neurodegenerativa, que a día de hoy no tiene cura, y que va inmovilizando los músculos de forma paulatina. Su “baile” es solo una ilusión de movimiento lograda gracias a la técnica del *stop motion*, una sucesión de imágenes fijas. [www.startthedance.org](http://www.startthedance.org)
- **4.000 personas padecen ELA en España, y la mayoría de ellas no puede asumir el elevado coste que supone esta enfermedad: 34.594€ al año. Cada día se diagnostican 3 nuevos casos en nuestro país y su esperanza de vida es de 3 a 5 años, aunque una atención socio-sanitaria adecuada puede aumentarla hasta un 30%.**
- El objetivo de esta acción es **recaudar fondos para proporcionar a los enfermos los cuidados y servicios asistenciales de salud que necesitan**, así como para la **creación de un Banco Nacional de Ayudas Tecnológicas** para facilitar su comunicación y autonomía.

**Sevilla, 23 de abril de 2018.-** La **Fundación Luzón – Unidos Contra la ELA** ha puesto en marcha la iniciativa **#StartTheDance**, un videoclip protagonizado por Marco, enfermo de ELA, con el objetivo de recaudar fondos para que los pacientes que sufren esta enfermedad reciban la asistencia socio-sanitaria que necesitan. Asimismo, la Fundación también quiere crear un **Banco Nacional de Ayudas Tecnológicas** para facilitar su comunicación y autonomía. [www.startthedance.org](http://www.startthedance.org)

En **#StartTheDance** se ve a Marco bailar un tango, pero se trata solo de una ilusión de movimiento lograda mediante la técnica del *stop motion* (que logra aparentar el movimiento de objetos estáticos mediante la sucesión de imágenes fijas). Porque los músculos de Marco han

perdido, y seguirán perdiendo, movilidad, una de las consecuencias de la ELA, y solo la tecnología ha hecho posible este baile.

Desde la Fundación Luzón declaran que “el motivo de esta acción es visibilizar una enfermedad ignorada, que no tiene cura y que, con el paso del tiempo, deja sin poder hablar, comer, moverse y respirar de forma autónoma a quienes la sufren. Marco ha podido bailar el tango de #StartTheDance gracias al empleo del *stop motion*, si no habría sido imposible”, y añade: “Lamentablemente, tal y como corroboran los datos, son muy pocos los pacientes que pueden hacer frente al elevado coste que implica esta enfermedad. Por

poner un ejemplo, **solo el 5,6% dispone de un cuidador contratado, y el 73% no recibe logopedia ni dispone de un comunicador”**.

**Una atención socio-sanitaria adecuada** es esencial para los enfermos de ELA, **ya que puede** aumentar su esperanza de vida, estimada en entre 3 y 5 años, un 30%. Necesitan una atención integral multidisciplinar 24 horas al día, que implica poder disponer, además de con un cuidador, con un fisioterapeuta, un logopeda, asistencia nutricional, psicológica y rehabilitación respiratoria, así como medios tecnológicos para comunicarse. Y es imprescindible que pacientes, familiares y cuidadores tengan un plan de formación integral que contemple todos los aspectos de la ELA.

**Cada día se diagnostican en España 3 nuevos casos de ELA**, la tercera enfermedad neurodegenerativa en incidencia después de la demencia y el Parkinson, y se estima que uno de cada 400 españoles va a desarrollarla. Sin embargo, es una **enfermedad invisible: por cada 1.000 casos que se diagnostican al año, fallecen otros 1.000**.

Los datos relativos a la atención sanitaria son alarmantes: en España hay 4.000 personas enfermas de ELA, y **únicamente el 6% puede hacer frente al elevado coste que supone: 34.594€ al año**. El 48% de los pacientes no recibe ninguna forma de fisioterapia, y un 75% de los pacientes con significativo distrés emocional no recibe psicoterapia profesional sistemática.

Asimismo, **dos de cada tres pacientes con dificultad respiratoria, no recibe ningún tipo de rehabilitación respiratoria**. El 72 % de los que padecen disfagia no recibe asistencia o información nutricional, el 56 % con distrés respiratorio no recibe asistencia neumológica sistemática y el 73% no recibe fisioterapia respiratoria.

Además, **2 de cada tres enfermos con problemas de habla, no tiene medios tecnológicos para poder comunicarse con las personas de su entorno**: “A través del Banco Nacional de Ayudas Tecnológicas queremos facilitar tanto la comunicación como la movilidad de los pacientes de ELA. Necesitan sillas autónomas con mandos adaptados, adaptación de los mandos en el hogar, empleo de aplicaciones y comunicadores especiales mediante los ojos”, declaran desde la Fundación Luzón.

Con esta iniciativa, la Fundación Luzón también quiere destacar la **importancia de la inversión en investigación**, imprescindible para avanzar en la cura de una enfermedad que, además, tarda en diagnosticarse una media de entre 10 y 14 meses y se determina por exclusión de otras enfermedades. Por ello, otra de sus “batallas” es lograr unidades de ELA en los principales hospitales de las CCAA, coordinadas con unidades domiciliarias especiales.

El videoclip de #StartTheDance se ha realizado con la tecnología del nuevo **Samsung Galaxy S9+** mediante la técnica del *Stop Motion*. Esta es la primera fase de una **colaboración a largo plazo** en la que Samsung apoyará a la Fundación Luzón en mejorar la calidad de vida de las personas que sufren ELA y sus allegados a través de la tecnología.

## CONTACTO:

Esta es una campaña nacional. En la región andaluza, está la Asociación ELA Andalucía para ampliar más información o para concertar una entrevista,

Isabel García 655 62 93 36, [prensa.elaandalucia@gmail.com](mailto:prensa.elaandalucia@gmail.com)

Muchas gracias

## FEDAES

### FEDERACIÓN DE ATAXIAS DE ESPAÑA



La Federación de Ataxias de España (FEDAES), es una Entidad sin ánimo de lucro que, englobando a diversas Asociaciones Regionales de Ataxia y formando parte de otras federaciones nacionales y europeas, tiene por finalidad principal promover el estudio y la investigación científica en el campo de las ataxias, estas enfermedades minoritarias y poco estudiadas hasta la fecha.

No se puede dejar pasar el gran interés dentro del mundo científico internacional por la investigación biomédica en patologías genéticas, pues de su estudio pueden dilucidarse importantes aspectos relativos al funcionamiento del cerebro humano, además de incidir en el hallazgo de terapias efectivas de las enfermedades neurodegenerativas en su conjunto.

FEDAES trabaja activamente para que la Sanidad tenga en cuenta a todos los ciudadanos por igual, y que ampare y respalde las necesidades de las minorías, máxime cuando por decisión del Parlamento Europeo y del Consejo, las enfermedades poco comunes han sido declaradas ámbito prioritario para la acción comunitaria en el marco sobre la acción en materia de salud pública.

***FEDAES trabaja en "la promoción de toda clase de actuaciones e informaciones destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas afectados de ataxia y/o enfermedades similares".***

Se entiende por "Ataxia" el trastorno caracterizado por la disminución de la capacidad de coordinar los movimientos, manifestándose como temblor de partes del cuerpo durante la realización de movimientos voluntarios, como dificultad para realizar movimientos precisos o como dificultad para mantener el equilibrio de la postura corporal.

La ataxia no es una enfermedad en sí misma, sino un síntoma característico de más de trescientos procesos degenerativos que cursan además de ataxia otros muchos síntomas (deformidades esqueléticas, cardiopatías, diplopia, disartria, distonía muscular, diabetes, disminución sensorial, infecciones pulmonares por atragantamientos, linfomas y leucemias, etc), que varían según el tipo de ataxia.

La mayoría de las ataxias son progresivas, pueden comenzar con un ligero sentimiento de falta de equilibrio al caminar (“marcha ebria”) y acabar siendo altamente invalidantes. No obstante, el grado de progresión, aparte de ser diferente para cada tipo de ataxia, depende de muchos otros factores, genéticos, ambientales y personales.

Objetivos Estratégicos de FEDAES:

**Informar y concienciar** a la sociedad de qué es la ataxia y el grado en el que afecta a la población, así como promover toda clase de actuaciones e informaciones destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas de ataxia y/o enfermedades similares.

**Sensibilizar** a la opinión pública y a la Administración de la problemática y de la situación de la enfermedad y de los/as afectados/as. Mejorar la calidad de vida de los enfermos y sus familiares.

**Potenciar** los proyectos de investigación científica.

**Apoyar/Incentivar** la adopción de medidas legislativas y administrativas a favor de la Ataxia.

**Solicitar** a los Organismos Públicos y a la Seguridad Social el uso y distribución de determinados medicamentos considerados útiles para cada una de las enfermedades que conlleven el síntoma de la ataxia.

---

Por todo ello, desde estas líneas se desea animar a la participación activa de todos los afectados y/o familiares, ya que, en “Enfermedades Raras” como éstas, es necesario aunar esfuerzos y levantar una única voz, que será más fuerte cuantos más sean los que griten a la vez.

---

## **Tipos de ataxia**

Aunque la ataxia más conocida y frecuente es la Friedreich, existen más de 200 tipos de ataxia que comparten una característica común: la alteración de la coordinación de movimientos. Aunque es una lista extensa y compleja de tipos de ataxia, podemos clasificarlas de la siguiente manera:

### **1. HEREDITARIAS**

#### **1.1.DE TRANSMISIÓN AUTOSÓMICA DOMINANTE.**

Si un tipo particular de ataxia se describe como dominante, entonces es corriente padecerla en la familia. Como tenemos nuestros cromosomas por pares, tenemos dos copias de cada gen. Heredamos uno de cada padre, con desórdenes dominantes, como la SCA1 por ejemplo, una sola copia heredada de

Cualquiera de los padres es suficiente para transmitir el desorden. La otra copia puede ser normal, pero con la presencia de un solo gen defectuoso de SCA1, la persona desarrollará los síntomas.

También se puede heredar la copia normal del gen, o igualmente se podría haber heredado su copia defectuosa y ella puede dar lugar al desorden. Hay una oportunidad igual de heredar cualquiera de los dos genes, por consiguiente el riesgo de tener síntomas en vías de desarrollo es 1 de 2, o el 50%.

### **1.2.DE TRANSMISIÓN AUTOSÓMICA RECESIVA.**

En la herencia autosómica recesiva: una sola copia de un gen defectuoso no es suficiente para heredar el desorden. Una sola copia normal es suficiente para realizar la función adecuadamente. Esto significa que hay muchas personas que son portadores de la copia defectuosa, pero no desarrollan ningún síntoma porque también tienen una copia normal. Éste es el caso de la *ataxia de Friedreich*.

Se ha estimado que un 1 por 100 en poblaciones europeas y un porcentaje muy similar en los EE.UU. son portadores del gen anómalo del FA (Ataxia de Friedreich). Solamente cuando dos de estos portadores tienen hijos, existe la oportunidad de que uno o más de sus hijos tengan el FA en vías de desarrollo. Para que un hijo, herede la copia defectuosa de ambos padres portadores, el riesgo es 1 de 4, o el 25% de tener FA en vías de desarrollo. En el global, las oportunidades de tener FA en vías de desarrollo están alrededor de 1 por cada 50.000.

Algunos tipos de Ataxia son debidos a una nueva mutación en el código de ADN que se produce en el momento de la concepción. Estos casos no se heredan de los padres y a menudo son llamados Ataxia esporádica. Entonces, algunas de estas nuevas mutaciones del ADN pueden transmitirse en una forma dominante.

## **2. NO HEREDITARIAS**

Propias de cada sujeto, su tipificación es muy difícil.

Anormalidad congénita: El cerebelo formado de una manera inusual, y cuya principal función que es la coordinación de los movimientos voluntarios, está alterada.

Metabólicas: Por mala absorción de los nutrientes de los alimentos, o por deficiencias de ciertas vitaminas (Ej. vitamina E, vitamina B12), por enfermedades endocrinas (Ej. hipotiroidismo).



Por Traumatismo: Un trauma en la cabeza Un golpe y/o lesión funcional, ocurrido en el cerebelo o en otras estructuras cerebrales responsables del movimiento y de su adecuado desenvolvimiento puede originar ataxia.

Por Infección: Por ciertas drogas o toxinas (ej. alcohol, medicamentos).

Por Tumores: Un tumor en el cerebelo, no sólo tras la extirpación del mismo, sino también por permanecer dentro del cerebelo e impedir el normal funcionamiento de las estructuras próximas.

Otras Causas: Después de una parada cardiaca o respiratoria o una hemorragia cerebral.

Nos parece adecuado citar en este momento la Ataxia Cerebelosa, Idiopática (o propia del sujeto) de causa desconocida; desórdenes de degeneración cerebelosa.

#### DE APARICIÓN TEMPRANA:

Antes de los 20 años, encuadrándose en este grupo aquellas Ataxias en las que la edad de inicio es inferior a los 20 años como es el caso de la ataxia de Friedreich.

#### DE APARICIÓN TARDÍA:

La edad de inicio es después de los 20 años, cuyas manifestaciones comienzan en la edad adulta del individuo.

#### *Sede Valladolid*

C/ Doctor Moreno Nº 5; Bajo 4; Valladolid 47008

Atiende: Kevin Alvarado

sede.valladolid@fedaes.org

Tfnos: 983 278 029 y 601 037 982

(horario: lunes a viernes de 10 a 14:30h y de 16 a 20h).



**CESMARAGON Sindicato Médico de Aragón**

**"STOP ENCHUFADOS" (EN ESPAÑA SOBRAN ENCHUFADOS CON SUELDO PÚBLICO, SEGÚN TRANSPARENCIA INTERNACIONAL)**



Stop enchufados. Puede ser un buen lema de campaña electoral. O la pancarta de una manifestación. **En España sobran cargos nombrados a dedo en la Administración Pública y sería recomendable reducir su número.** Es una de las propuestas para prevenir y combatir la corrupción en España que propone la ONG Transparencia Internacional. Esta semana, ha publicado el **Índice de Percepción de la Corrupción 2017 y nuestro país va para atrás, como los cangrejos.** Solo logramos una puntuación de 57 sobre 100. Se han evaluado 180 países y nos hemos quedado entre los puestos 42º y el 45º. Su mejor resultado -con un sistema de calificación diferente- lo obtuvo en 2004. España consiguió 71 puntos sobre 100 y el 22º puesto.

Formalmente, **los nombrados a dedo son cargos de libre designación o remoción.** Cargos o personal de confianza. Hay varias expresiones para denominar el mismo puesto: Los 'enchufados'. Si el que los nombra cesa, ellos también se van a la calle. Algunos se quedan para evitar cambios bruscos. Eso sí, es necesario diferenciar el personal de confianza básico para elaborar un buen trabajo en equipo, con formación y experiencia, no **niñatos del partido o afiliados con carnet, de los puestos que sirven como premio de consolación a los miembros del partido que no han salido en las listas y acaban de asesor en una diputación provincial, por ejemplo.**

Seguro que tienes constancia de más de uno, y lo conoces, que no tiene conocimientos técnicos para asesorar en nada. Es más, y esto los partidos solo lo podrán negar delante de un micrófono, **hoy por hoy, estamos pagando el sueldo a centenares de asesores, nombrados a dedo, cuya formación académica o experiencia profesional ignoramos.**

Puedes leer la información completa, incluyendo las propuestas concretas de Transparencia Internacional para prevenir y combatir la corrupción en [SueldosPúblicos.es](http://SueldosPúblicos.es)

por [CESMARAGON](http://CESMARAGON.org) Sindicato Médico de Aragón

## RINCON DEL PRESIDENTE



Quiero hacer una breve mención a la normativa sobre la protección de datos personales: Nosotros no ofrecemos **NI SERVICIOS NI PRODUCTOS DE USO o CONSUMO**. Los únicos datos que tenemos de las organizaciones que reciben la revista, ES EL CORREO ELECTRONICO

*/I want to make a brief mention of the regulations on the protection of personal data: We do not offer NI SERVICES OR PRODUCTS OF USE or CONSUMPTION. The only data we have from the organizations that receive the magazine, IS EMAIL/*

### **ALIMENTACIÓN EN VIAJES POR CARRETERA**

Nos aproximamos a la época estival, lo que significa “vacaciones, desplazamientos, diferente alimentación y, una época corta, que modifica nuestro sistema de vida durante el resto del año.

Sería interminable la lista de recomendaciones y consejos que desde esta revista, podríamos enumerar, nos sentiremos muy satisfechos, si siguen el siguiente:



## ANTES DE INICIAR EL VIAJE

Cuando se viaja es obvio que no podemos comer lo que habituamos en casa y debemos hacerlo en servicios de restauración que encontramos en carretera (bares, self services, restaurantes...). En estos casos, conviene tener unos conocimientos básicos de alimentación, para poder escoger el menú más apropiado y saludable en cada caso

¿Tiene importancia lo que hemos comido antes de iniciar el viaje?

### INGESTA CALÓRICA



Una persona que va a conducir de una forma prolongada, no precisará una alimentación que supere las 2500 kcal/día. ya que la conducción es una actividad ligera que en coste energético no supone más de 1.000 o 1300 kilocalorías. Por tanto, el conductor no requerirá un aporte de energía suplementario para ponerse al volante.

### ALCOHOL



Absténgase de tomarlo si va a conducir, ya que aumenta la somnolencia. Sepa también que el alcohol favorece la deshidratación.

*Una revisión de las encuestas realizadas en la Unión Europea revela que entre el 1% y 3% de los conductores, dependiendo del país, transita bajo su influjo.*

Es conveniente recordar que si ha estado bebiendo, ni el café ni ningún estimulante disminuye los efectos del alcohol ni mejora su capacidad al volante. Al contrario de los que puedan pensar, una taza de café no contribuye permanecer sobrio.

## IMPORTANCIA DE LA DIETA DEL CONDUCTOR

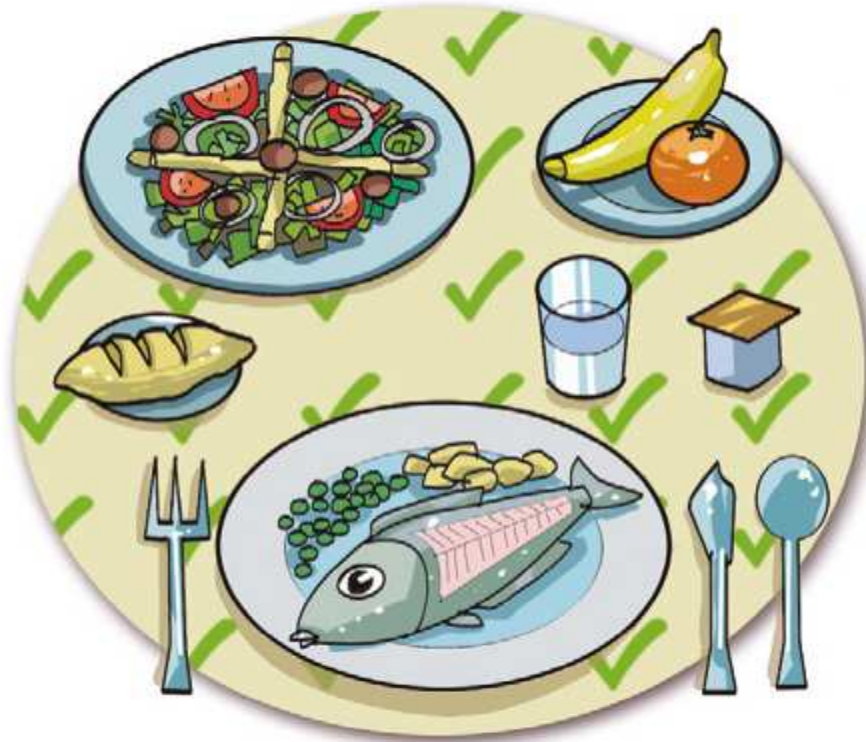
### LA FATIGA



**Comience su viaje después de haber descansado bien y nunca con el estómago vacío**

Un factor que contribuye a la fatiga y la somnolencia es conducir largas distancias, bajo presión, en carreteras monótonas o poco conocidas, tras consumir alcohol o haber dormido mal.

- La alimentación del conductor debe ser variada, de modo que contenga todos los nutrientes necesarios para el organismo
- Se debe aportar la energía precisa, como hemos indicado: ni más ni menos que la que requeriremos para la conducción.
- Es importante mantener una dieta ligera con hidratos de carbono, proteínas y minerales suficientes. Debe estar exenta de grasas.



**CONSECUENCIAS DE UNA ALIMENTACIÓN INADECUADA PARA LA SEGURIDAD VIAL**





Favorece la somnolencia

- Ocasiona molestias digestivas: ardores, pesadez, flatulencia, náuseas y posibles vómitos.
- Induce la aparición de otros síntomas como mareos, sudoración o dolor de cabeza entre otros.
- Produce fatiga y disminución de los reflejos.

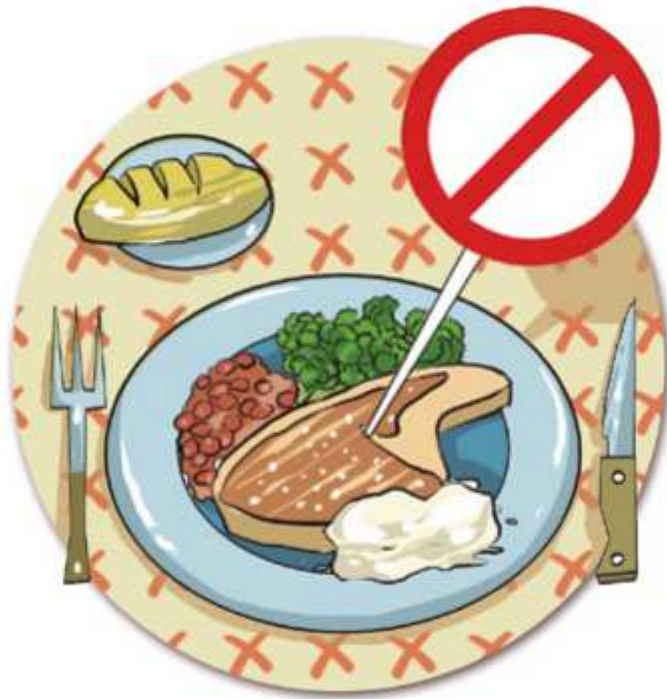
RECOMENDACIONES • Es mejor realizar comidas ligeras y frecuentes a lo largo del día, que espaciadas y abundantes. Esto le ayudará a mantener la atención y a reaccionar con rapidez.

- Vigile la hidratación: ° Beba aunque no tenga sed: La deshidratación produce fatiga muscular. ° En viajes largos, beba con frecuencia pequeñas cantidades para mantener estable su ingestión de líquidos.
- ° Consuma al menos los vasos de líquido recomendados al día (2 litros al día)
- ° Tome bastante agua, batidos, refrescos no gasificados o zumos de frutas y verduras frescas. Esto le ayudará a mantenerse hidratado, a refrescarse además de seguir una dieta saludable.
- Durante el viaje, aunque casi no lo aprecie, disminuye su capacidad de atención, por lo que se debe parar cada 200 kilómetros o cada 2 horas, bajando del coche a estirar las piernas y comer algo de fruta, galletas, chocolate, etc, además de reponer líquidos.



• Tome una comida ligera, o no coma antes y durante los viajes cortos. Está demostrado que después del almuerzo existe una disminución de la capacidad de mantener la atención. Sus efectos en la capacidad humana de cometer errores son enormes, y el rendimiento se ve perjudicado en un 10%. Las posibles consecuencias de la somnolencia en la conducción, en que la seguridad tiene una importancia crítica pueden ser catastróficas. • Coma y beba despacio, masticando y ensalivando bien los alimentos y asegurándose de que los trozos que introduce en la boca sean pequeños (del tamaño de un dado como máximo); cómodamente sentado y relajado, procurando no hablar nunca de cuestiones que le estresen antes de proseguir el viaje. En general, prefiera alimentos jugosos que apenas precisan grasa ni cocción prolongada.

### **LO QUE DEBEMOS EVITAR**



Tenga mucho cuidado con los alimentos que se venden en puestos callejeros y rechace cualquier producto que no le ofrezca suficiente garantía.

- Evite las salsas abundantes y las comidas copiosas que dificultarán su digestión, favorecerán el mareo y provocarán somnolencia.
- Los alimentos muy salados, muy condimentados y ricos en grasas animales.
- Debemos recordar que el abuso de los condimentos como especias o picantes irritan el estómago y aumentan la acidez.
- Evite tomar leche caliente: favorece la somnolencia.
- En general cualquier líquido excesivamente caliente (caldo, sopa, etc) además de la somnolencia también favorece la acidez de estómago.
- Evite los alimentos que producen flatulencia cuando esté de viaje: Los alimentos que inducen flatulencia hacen que el diafragma se desplace hacia arriba, comprimiendo la región mediastínica y originan molestias importantes. Hay alimentos que la tradición indica que son flatulentos, es decir, provocan inevitablemente la formación de gases. Es el caso de los cereales (salvo el arroz), de las legumbres (especialmente los garbanzos, las alubias y las lentejas), de ciertas verduras (sobre todo brócoli, cebolla cruda, col, col rizada, coliflor, colinabo, coles de Bruselas, espárragos, ajo crudo, patatas, pepinos y rábanos).
- Las comidas fugaces o por contrario muy copiosas, pueden producir bajadas de azúcar en sangre (hipoglucemias) o somnolencia y molestias digestivas respectivamente, perjudicando el rendimiento tanto físico como intelectual.

- Además, las comidas de difícil digestión y que no favorecen el vaciamiento gástrico hacen que el aporte de sangre se concentre más en los órganos digestivos, en detrimento del cerebro.
- Evite las bebidas gaseosas.
- No abuse de las bebidas estimulantes como el café, té o cola.
- El café es uno de los principales estimulantes que consumimos para comenzar el viaje despejados, combatir el sopor tras el almuerzo y ayudar rápidamente a restablecer la lucidez y la atención al volante. Los expertos fijan el consumo moderado de café de 300 miligramos al día, lo que equivale a tres tazas de café. Por tanto no deberíamos tomar más de 2 tazas durante el trayecto, pese a lo que podamos pensar, que no conseguiremos aumentar nuestra atención al volante
- Por supuesto: No tomar alcohol.



- Esté especialmente atento a los siguientes alimentos y bebidas a la hora de elegir su menú , que son desencadenantes conocidos de acidez de estómago si abusa de ellos durante su viaje : ° Café, Té (descafeinado y regular)
  - ° Especias
  - ° Cebollas
  - ° Bebidas con cafeína y/o bebidas gaseosas
  - ° Tomates y jugo o salsa de tomate
  - ° Bebidas alcohólicas
  - ° Pimienta

- Frutas cítricas (naranjas y toronjas)
- Alimentos fritos o grasosos
- Chocolate La causa de esta acidez es la presencia de las secreciones del estómago muy ácidas (ácido clorhídrico) hacia otras partes del sistema digestivo, como el esófago, que no están preparadas para soportar este nivel de acidez, por ello da una sensación de quemazón ó irritación. Este dolor aumenta con la flexión, inclinando el cuerpo hacia delante mientras vamos sentados en el coche.
- Reprimir sensación de hambre es peligroso, porque el conductor se siente cansado, se pone nervioso, la atención y la velocidad de reacción disminuyen y el peligro de accidente aumenta de manera considerable
- Evite la ingesta de medicamentos con efectos directos sobre la visión o la coordinación.

**!** Todos estos factores pueden mermar su capacidad para reaccionar al volante y desencadenan accidentes, a veces tan inexplicables como graves.

### QUE TOMAREMOS UNA VEZ EN LA MESA /COMER BIEN Y CONDUCIR MEJOR/

#### LOS ENTRANTES

Es preferible iniciar la comida con unos entrantes ligeros a base de hortalizas, verduras o sopas a las que se les haya retirado el exceso de grasa.







En cuanto a las ensaladas, si pueden servirse sin aderezar, mejor. Así puede controlar la cantidad de aceite que le añade, que al fin y al cabo, aunque se trate de una “grasa buena” para el organismo, está cargada de calorías que hay que controlar.

### **DE SEGUNDO: ¿CARNE O PESCADO?**

Se puede optar tanto por la carne como por el pescado. En cuanto a las carnes, es recomendable elegir las que son menos grasas (las aves como pavo o pollo), frente a las carnes rojas (ternera, cordero, cerdo o embutidos).



Y con respecto a los pescados, nos decantaremos preferiblemente por los blancos (brótola, merluza, rape, bacalao, lubina, besugo, lenguado, rodaballo o gallo) frente a los azules (caballa, sardina, lecha, trucha, boquerón, palometa, chicharro, atún, bonito del norte, anguila, pez espada..) por su menor contenido en grasas. Si bien en éstos últimos abundan las grasas ricas en ácidos poliinsaturados, muy beneficiosos para la salud. No obstante, el pescado es un alimento fácilmente digerible, con un contenido

relativamente bajo en calorías por lo que, con una ración moderada o pequeña podremos continuar el viaje sin preocuparnos.

Opte por la carne o el pescado de elaboración sencilla (plancha, parrilla, horno) a aquellas preparaciones con salsas grasientas o con harinas. Y solicite amablemente que se añada poca salsa si ésta acompaña al plato, o que la sirvan a aparte, para controlar la cantidad.



De acompañamiento, no le planteará ningún problema si pide que le sustituyan los fritos o las féculas grasas (patatas fritas) por una guarnición vegetal (ensaladas sencillas, pimientos, champiñones...). Recuerde que debe evitar alimentos o platos muy grasos: fritos y rebozados con exceso de aceite, guisos y estofados grasos, salsas con exceso de grasa (nata, mantequilla, quesos fuertes...).

### **OJO CON EL POSTRE**

Se sugiere escoger un postre a base de frutas, como piña, frutas del bosque, fresitas en zumo de naranja, macedonia de frutas, etc. también se puede optar por un sorbete de frutas (mandarina, limón, fresa, melón, piña), cócteles de frutas sin alcohol, compotas o postres de leche sencillos o por infusiones (menta-poleo, té verde, etc.). Debe evitar la pastelería y bollería grasas (de hojaldre, masa quebrada, con rellenos de mantequilla, crema, nata, moka, etc.). El consumo habitual de bebidas estimulantes es una práctica relativamente común durante y después de la comida. A pesar de que mantienen la mente despierta no aumentan la concentración ni la memoria ni del conductor ni de sus acompañantes. Los zumos de frutas u hortalizas, el agua o las infusiones relajantes son una opción más saludable y nutritiva.



Si puede, sustituya el café, el descafeinado y el té por infusiones de menta, anís, salvia o de hinojo o bien añada unos granos de anís verde, hinojo o comino a una infusión de manzanilla, ya que ayudan a la digestión, y de hierbabuena, que relaja los músculos del colon (intestino grueso) lo que ayuda a aliviar la molestia del exceso de gases, el reflujo de los alimentos y la acidez de estómago.



### **NO DEBEMOS OLVIDAR QUE...**

Para disfrutar de un viaje sin consecuencias perjudiciales para nuestra salud, debemos seguir una línea de actuación mesurada, y tener en cuenta siempre que no por abundante, es mejor nuestra alimentación.



**La conducción es una actividad física que conlleva un desgaste. Descansa e ingiere alimentos para compensarlo.**

La conducción es una actividad física que comporta tanto desgaste como cualquier otro tipo de trabajo corporal o mental. En las condiciones más adversas (mal clima, por la noche...), la conducción exige una mayor concentración y esfuerzo, por lo que el desgaste que se produce se incrementa. En estos casos, es especialmente importante cuidar la alimentación.

El gasto energético es más elevado en la conducción de una moto que en la de un coche, pero en ambos casos es superior al gasto paseando o al del pasajero del vehículo.



## Gasto energético aproximado durante la conducción de un vehículo (kcal)

	Coche		Moto	
	Hombre (80kg)	Mujer (60kg)	Hombre (80kg)	Mujer (60kg)
1 minuto	3,4	2,3	4,2	2,8
1 hora	206	140	250	168
2 horas	412	280	500	336
4 horas	824	560	1000	672
8 horas	1648	1120	2000	1344

"Gasto energético por actividad" (Grande Covián, 1996)

## Gasto energético aproximado al pasear, al caminar y del pasajero (kcal)

	Pasear		Caminar (5 km/h)		Pasajeros	
	Hombre (80kg)	Mujer (60kg)	Hombre (80kg)	Mujer (60kg)	Hombre (80kg)	Mujer (60kg)
1 minuto	3,0	2,1	5,0	3,4	2,2	1,5
1 hora	182	204	302	204	134	91
2 horas	364	408	604	408	268	181
4 horas	728	816	1208	816	536	363
8 horas	1456	1632	2416	1632	1072	726

"Gasto energético por actividad" (Grande Covián, 1996)

## MEDICINA DEPORTIVA



*(Por muy acreditadas que sean las fuentes, esto es solo información, sus síntomas deben ser tratados por un profesional de la medicina*

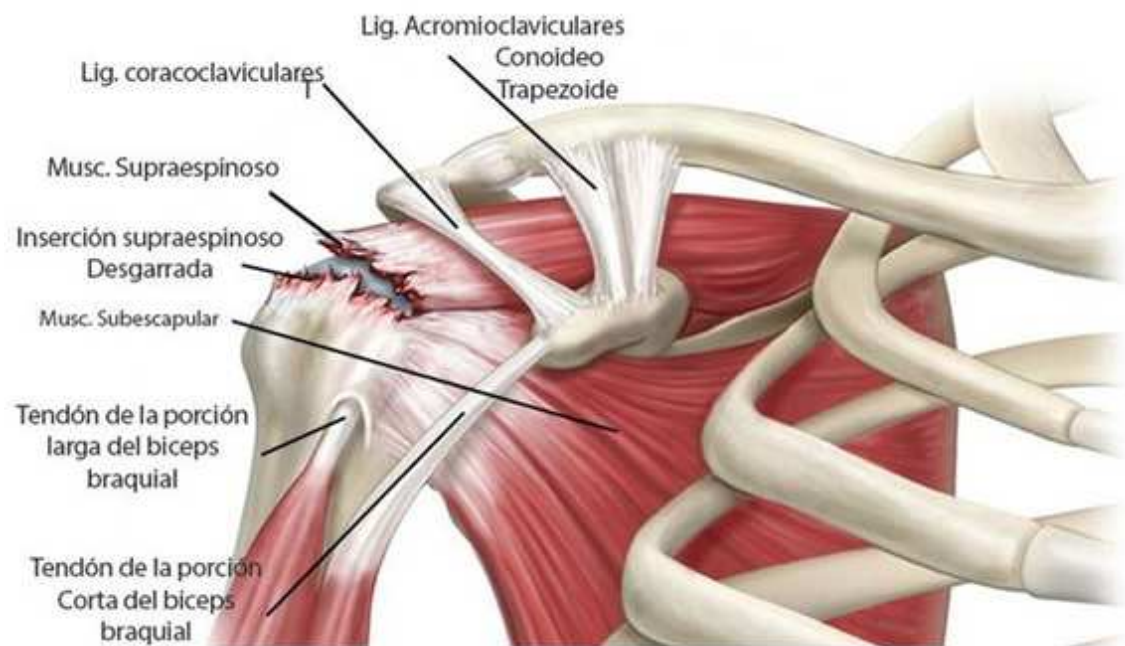
\*\*\*\*\*



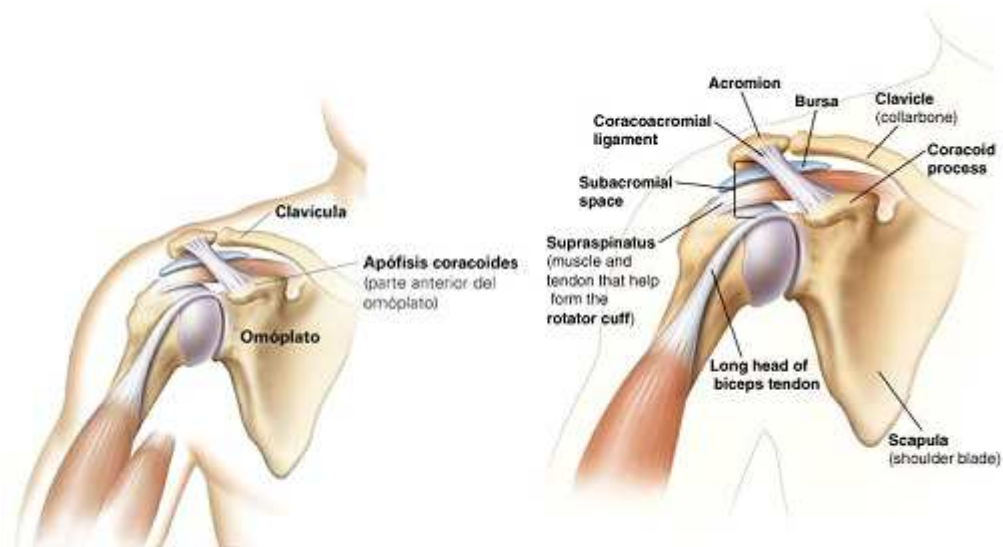
*However well reputed the sources may be, this is only information, and your symptoms should be treated by a medical professional)*

## **LESIONES DE HOMBRO**

El hombro es una articulación del tipo enartrosis o en bola y cavidad (también lo es la articulación de la cadera). La bola en la parte superior (cabeza) del hueso superior del brazo (húmero) encaja en la cavidad de la escápula (omóplato) y la articulación en bola y cavidad permite que el brazo se mueva en todas las direcciones. El manguito rotador se compone de los músculos que unen la escápula a la cabeza del húmero. El manguito rotador refuerza la articulación del hombro y ayuda a girar la parte superior del brazo.

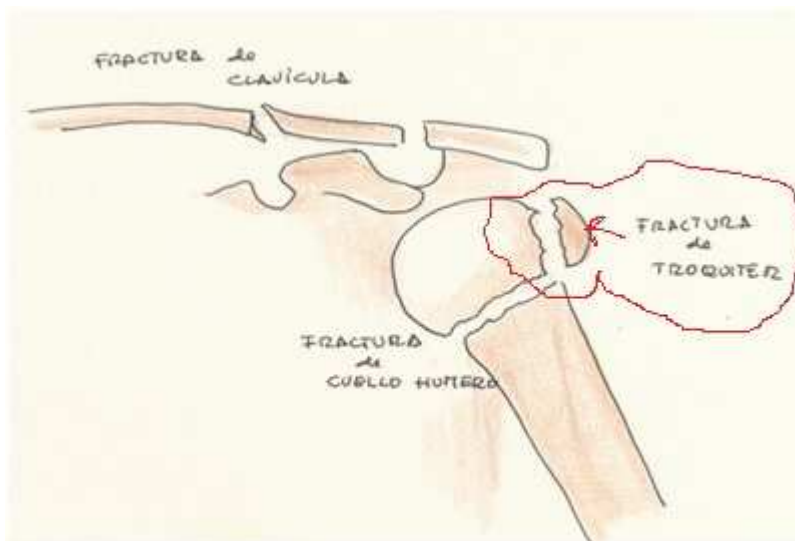


## **FRACTURA DE LA CORACOIDES**



Fractura de la apófisis coracoides asociada a luxación acromioclavicular y rotura de ligamentos coracoclaviculares.

## FRACTURA DEL TROQUITER



Las fracturas del troquíter, se refiere básicamente a la fractura de la gran tuberosidad de la cabeza humeral (troquíter) que da inserción al músculo supraespinoso.

Se describen tres tipos de fracturas del troquíter:

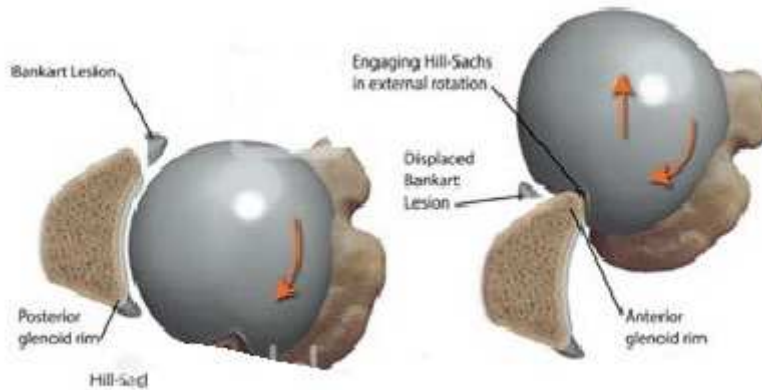
Fractura conminuta con gran compromiso óseo.

Fractura sin desplazamiento del fragmento.

Fractura con desplazamiento del fragmento.

Fractura del macizo del troquíter: Generalmente

## LESIÓN DE HILL-SACHS



Una **lesión de Hill Sachs**, también llamada **fractura de Hill Sachs**, es una depresión cortical en la parte posterolateral de la **cabeza humeral**. Sucede a causa de la impactación de la cabeza humeral contra el **reborde glenoideo anterior** al producirse una **dislocación anterior** del hombro.



## LA PORTADA

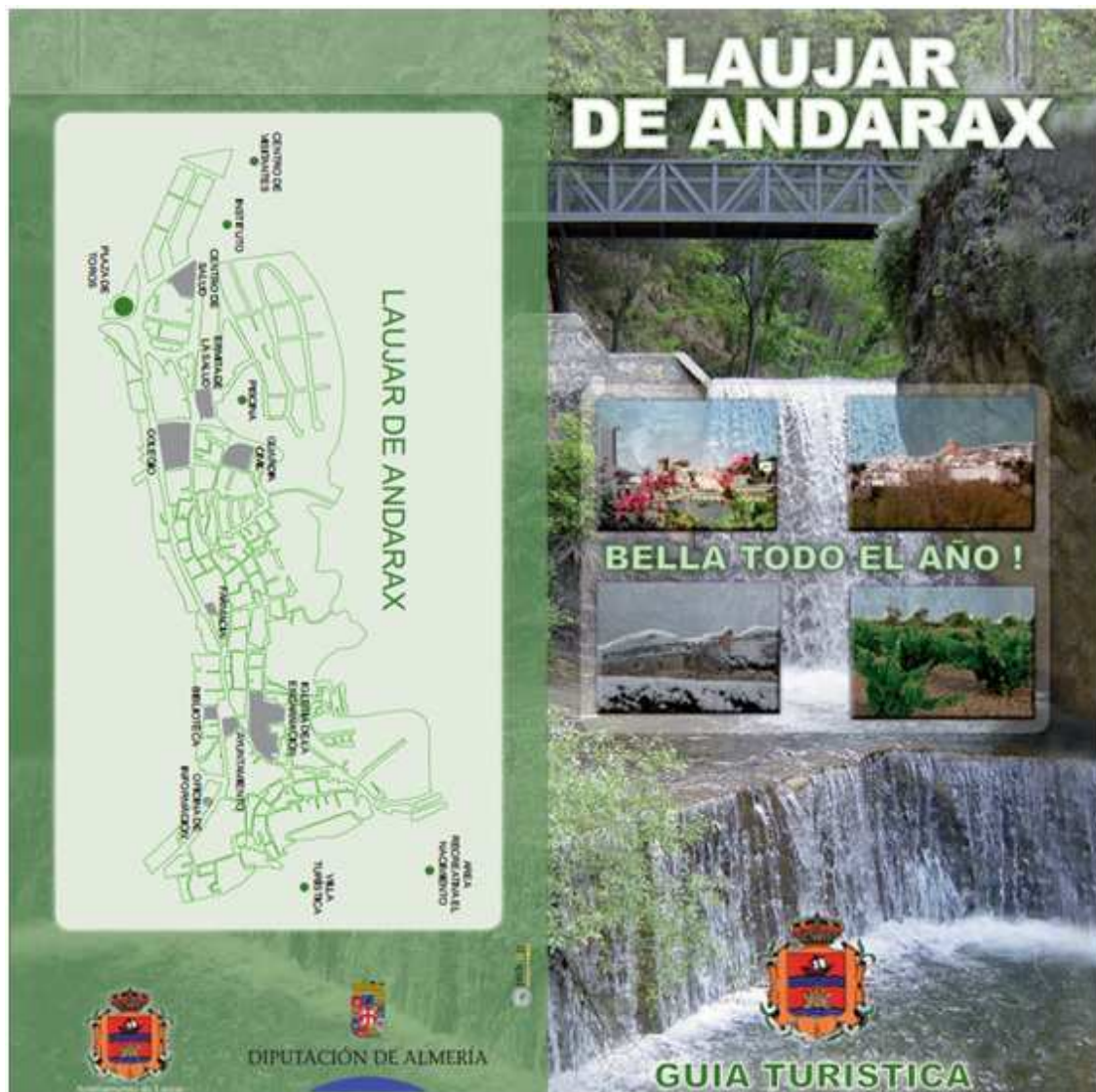
## LAUJAR DE ANDARAX

El visitante de esta maravilla de Municipio lleno de historia, debe recordar, que se encuentra en uno de los lugares con gran historia, no en vano, su existencia se remonta al neolítico final y a las edades del cobre y del bronce. En el cerro de la Alcazaba se localizan restos argáricos.

No debe olvidar, que se encuentra en la que fue última residencia del que fue el último rey de Granada, **Boabdil** o **Boabdil el Chicoy** conocido popularmente en su tiempo con el sobrenombre *Al-Zugabi*

En la Capitulación de Granada se estableció que **Boabdil** ostentaría el señorío de las Alpujarras.

En su exilio alpujarreño, se instaló en la población almeriense de Laujar de Andarax siendo esta su última residencia en la península ibérica. **En Laujar, en 1493 falleció la última sultana de Granada, Morayma, esposa de Boabdil.**







Ayuntamiento



Covento San Pascual Bailóm



Covento San Pascual Bailóm





Alcazaba-siglo XVII



Alcazaba-siglo XVII



Iglesia de la Encarnación



Mirador



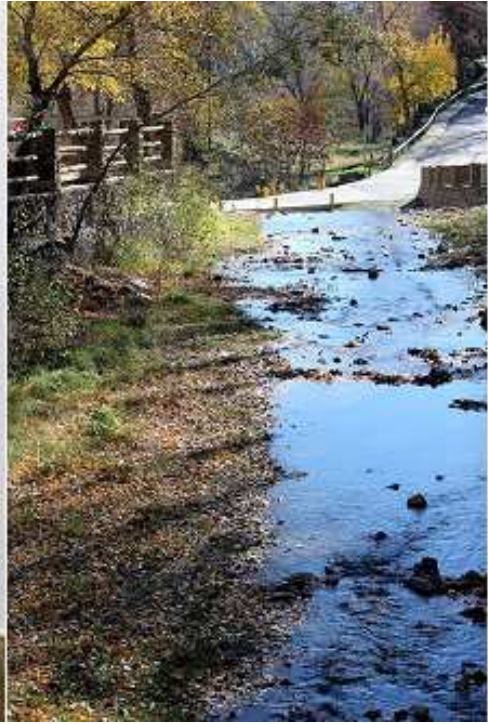
Siguiendo nuestra norma, pondremos unas pocas imágenes de esa magnífica vega, sin olvidar, algunas tradiciones.





Seguimos “zapateando”, algunos de los magníficos rincones de los mucho que atesora Laujar de Andatax.











Dejamos el recorrido por las calles y Plazas, para contemplar la belleza del entorno.



Siendo uno de los motores de la industrialización y empleo de esta zona, no podía olvidarme de la XIII FERIA PROFESIONAL DEL VINO DE LA ALPUJARRA, que año tras año se celebra durante el mes de Abril







## PARQUE NATURAL DEL CABO DE GATA-NÍJAR



El Cabo de Gata es un escenario de película. De hecho, en este rincón del sur de Almería se han rodado decenas de ellas (*Lawrence de Arabia*, *En busca del Arca Perdida*, muchas del Oeste...), sacando provecho de sus playas idílicas, acantilados esculpidos, paisajes desérticos y aldeas marineras. **El cabo es un refugio de la naturaleza que fue declarado Parque Natural en 1987 y Reserva de la Biosfera** diez años después.

Situación parecida tuvo lugar con la llegada de cineastas italianos como Ennio Morricone y Sergio Leone. Ambos quedaron impresionados por la espectacularidad natural del entorno y decidieron rodar allí muchas de sus películas, inaugurando el subgénero cinematográfico conocido como *spaguetti western*. A partir de ese momento el lugar comienza a hacerse un importante hueco en la industria, pasando a ser escenario de auténticas superproducciones como *Lawrence de Arabia*, *Indiana Jones* y *Exodus* (la nueva cinta del director inglés Ridley Scott).

Nos olvidamos en este artículo de su historia, para dedicarlo a realiza un breve recorrido por el Parque.

*// Cabo de Gata is a movie setting. In fact, dozens of them have been shot in this corner of southern Almeria (Lawrence of Arabia, In Search of the Lost Ark, many of the West ...), taking advantage of its idyllic beaches, sculpted cliffs, desert landscapes and fishing villages . The cape is a refuge of nature that was declared a Natural Park in 1987 and a Biosphere Reserve ten years later.*

*Similar situation took place with the arrival of Italian filmmakers like Ennio Morricone and Sergio Leone. Both were impressed by the natural spectacle of the environment and decided to shoot many of their films there, inaugurating the film subgenre known as spaguetti western. From that moment the place begins to become an important gap in the industry, becoming the scene of authentic blockbusters like Lawrence of Arabia, Indiana Jones and Exodus (the new film by English director Ridley Scott).*

*We forget in this article of his story, to dedicate him to make a brief tour of the Park.//*









