

ADCUSPPYMA

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

EDICIÓN-28-NOVIEMBRE/DICIEMBRE- 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/>

adusppyma@yahoo.es 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-555552731

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)

ALIMENTOS DIETA Y NUTRICIÓN PARA LA ENFERMEDAD CELÍACA

LA ENFERMEDAD CELÍACA Es una intolerancia permanente al gluten, que provoca en los afectados lesiones en la mucosa del intestino delgado, principalmente en el yeyuno. Su base genética justifica que puede haber más de un paciente celíaco dentro de una misma familia.

▪ **Los síntomas**

- Pérdida del apetito y de peso
- Diarrea crónica
- Distensión abdominal
- Alteraciones del carácter
- Retraso del crecimiento en el niño.

▪ **Presencia de la enfermedad**

▶ **EN NIÑOS**
Antes de los **2 AÑOS**

▶ **EN ADULTOS**
Fundamentalmente entre los **30/40 AÑOS**

▪ **Alimentos prohibidos**

bebidas fermentadas a partir de cereales, como la cerveza
• avena • pasteles • galletas • bizcocho
• pan y harinas de trigo • cebada • pastas
• centeno • bebidas fermentadas a partir de cereales, como la cerveza

▪ **Diagnóstico**

Si se sospecha de la enfermedad, las pruebas a realizar serían:

- 1: Análisis de sangre
- 2: Prueba de heces
- 3: Biopsia de Yeyuno

SE INTRODUCE UN TUBO DELGADO CON LUZ A TRAVÉS DE LA GARGANTA PARA TOMAR UNA PEQUEÑA MUESTRA DE TEJIDO DEL INTESTINO DELGADO.

EXÓFAGO
ENDOSCOPIO
ESTÓMAGO
YEYUNO
INTESTINO DELGADO

▪ **Tratamiento**

Dieta sin gluten durante toda la vida, basada en alimentos naturales:

- Legumbres
- Carnes
- Pescados
- Huevos
- Frutas
- Verduras y hortalizas

1 DE CADA 150 CORDOBESES LO PADECEN

Cereales con gluten

- Trigo
- Cebada
- Centeno
- Avena

Fuente: Federación Española de Asociaciones de Celíacos y Hospital Reina Sofía
(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

INFOGRAFÍA: RAMÓN AZAÑÓN

¿Qué debo evitar comer si tengo la enfermedad celíaca?

Evitar alimentos con gluten (una proteína que se encuentra naturalmente en el trigo, centeno y cebada) es fundamental en el tratamiento de la enfermedad celíaca. La eliminación del gluten de su dieta mejora los síntomas, alivia los daños ocasionados a su intestino delgado y previene más daños con el tiempo. Si bien es cierto que tendrá que evitar ciertos alimentos, la buena noticia es que hay disponibles muchos alimentos saludables y productos libres de gluten.



Evitar alimentos con gluten es fundamental en el tratamiento contra la enfermedad celíaca.

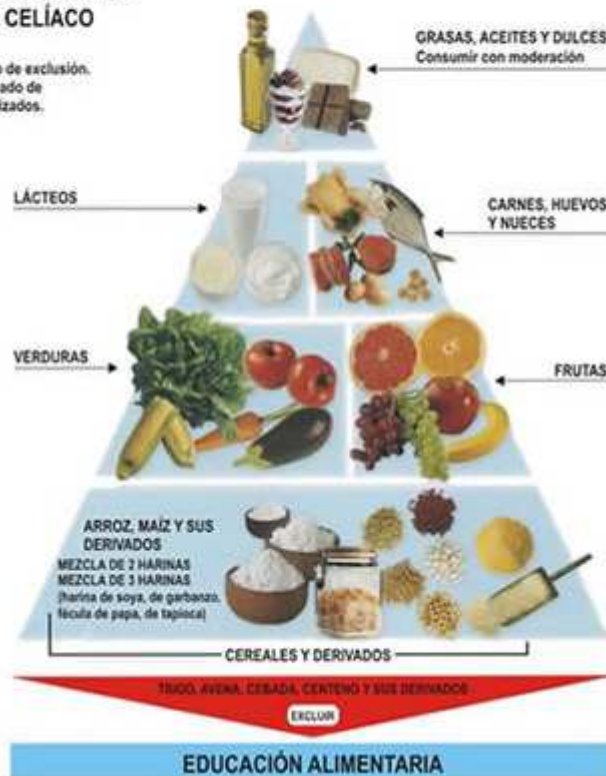
Debe evitar todos los productos que contienen gluten, como la mayoría de los cereales, granos, pasta y muchos alimentos procesados. Asegúrese de siempre leer cuidadosamente los ingredientes de los alimentos para garantizar que lo que quiere consumir no contenga gluten. Además, hable sobre la elección de alimentos libres de gluten con un nutricionista profesional o un profesional de la salud especializado en la enfermedad celíaca.

¿Qué debo comer si tengo la enfermedad celíaca?

Alimentación sin riesgos

PIRÁMIDE NUTRICIONAL PARA EL PACIENTE CELÍACO

Plan alimentario de exclusión.
Consultar el listado de alimentos autorizados.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Los alimentos como carne, pescado, frutas, verduras, arroz y patatas, sin aditivos ni condimentos, no contienen gluten y son parte de una dieta bien balanceada. Se puede comer pan, pasta y otros alimentos libres de gluten que ahora son más fáciles de encontrar en las tiendas, restaurantes y compañías de alimentos especiales. También puede comer papa, arroz, soya, amaranto, quinua, trigo sarraceno o harina de frijol en lugar de harina de trigo.

En el pasado, los médicos y nutricionistas desaconsejaban comer avena en los casos de pacientes celíacos; sin embargo, hay indicios de que la mayoría de estos pacientes pueden comer cantidades moderadas de avena, siempre y cuando no entren en contacto con el gluten proveniente del trigo durante el procesamiento. Consulte a su médico sobre si puede incluir la avena en su dieta.

Al hacer compras y comer fuera recuerde:

- leer las etiquetas de los alimentos—especialmente alimentos en conserva, congelados y alimentos procesados—para descartar que contengan gluten
- identificar los alimentos etiquetados como “libres de gluten”. Por ley, estos alimentos deben contener menos de 20 partes por un millón, muy por debajo de los límites previstos para ocasionar problemas en la mayoría de los pacientes celíacos
- preguntar a los meseros y chefs de restaurantes cómo preparan los alimentos y qué contienen
- preguntar si hay disponible un menú libre de gluten
- preguntar al anfitrión de una cena o fiesta acerca de las opciones libres de gluten antes de asistir a una reunión social

Los alimentos etiquetados libres de gluten tienden a costar más que los mismos alimentos que tienen gluten, pero usted puede notar que los alimentos libres de gluten de forma natural son menos costosos. Con la práctica, la búsqueda de gluten puede convertirse en algo normal.

Si le diagnosticaron la enfermedad celíaca, usted y los miembros de su familia pueden encontrar grupos de apoyo que les serán útiles mientras se adaptan a la nueva forma de alimentación.

¿Es saludable una dieta libre de gluten si no tengo la enfermedad celíaca?

En los últimos años, cada vez más personas sin la enfermedad celíaca han adoptado una dieta libre de gluten, ya que creen que evitar el gluten es más saludable o que podría ayudarlos a perder peso. No existen datos actuales que sugieran que el público en general deba mantener una dieta libre de gluten para perder peso o gozar de mejor salud.^{6, 7}

Una dieta libre de gluten no es siempre una dieta saludable. Por ejemplo, una dieta libre de gluten puede no proporcionar los suficientes nutrientes, vitaminas y minerales que el

cuerpo necesita, como fibra, hierro y calcio. Algunos productos libres de gluten pueden ser altos en calorías y azúcar.

Si cree que puede tener la enfermedad celíaca, no empiece a evitar el gluten sin consultar antes con su médico. Si su médico le diagnostica con la enfermedad celíaca, le recomendará seguir una dieta sin gluten.

Requisitos para el etiquetado de alimentos libres de gluten

Administración de Medicamentos y Alimentos de Estados Unidos (Food and Drug Administration, FDA) publicó una regla que define lo que significa "libre de gluten" en las etiquetas de los alimentos. La regla para "etiquetado de alimentos libre de gluten" exige que cualquier alimento con los términos "libre de gluten" y "sin gluten" en la etiqueta debe cumplir con todos los requisitos de la definición.

Aunque la norma de la FDA no es aplicable a los alimentos regulados por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, incluyendo la carne y los productos derivados del huevo, a menudo se sigue respetando su uso.

El contenido de esta publicación es proporcionado como un servicio del Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales (NIDDK por sus siglas en inglés), parte de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH por sus siglas en inglés). NIDDK traduce y comparte los resultados de sus investigaciones a través de sus propios centros de información y sus programas de educación para incrementar el conocimiento de salud y las enfermedades entre pacientes, profesionales de la salud y el público en general. Las publicaciones producidas por NIDDK son cuidadosamente revisadas por los científicos del NIDDK y otros expertos.

Esta información no tiene derechos de autor. NIDDK recomienda al público compartir esta información libremente

[/Fuente: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases/](#)

PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA NUTRICIÓN



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Los principios básicos de una buena nutrición son los mismos para mujeres y hombres: elige alimentos saludables la mayoría de las veces y limita la cantidad de alimentos no saludables. Comer saludable significa elegir la cantidad adecuada de alimentos de todos los grupos, y obtener los nutrientes que tu cuerpo necesita.

¿Qué es un nutriente?

Proteínas

Carbohidratos

Grasas

Vitaminas

Minerales

Agua

¿Qué es un nutriente?

Un nutriente es cualquier sustancia presente en los alimentos que:

- Aporta energía
- Ayuda a que el organismo "queme" otros nutrientes para generar energía
- Ayuda a regenerar o reparar el tejido

Los diferentes tipos de nutrientes son:

- Proteínas
- Carbohidratos
- Grasas
- Vitaminas
- Minerales
- Agua

Proteínas

Las proteínas son una parte importante de los huesos, los músculos y la piel. De hecho, las proteínas se encuentran en todas las células vivas del cuerpo. Dentro de las células, las proteínas cumplen numerosas funciones, entre las que se incluyen:

- Ayudar en la desintegración de los alimentos para liberar energía
- Formar estructuras
- Desintegrar toxinas

Las proteínas están constituidas por bloques estructurales llamados aminoácidos. El cuerpo puede producir algunos aminoácidos pero otros no. Las proteínas que obtienes de la carne y de otros productos de origen animal contienen todos los aminoácidos que necesitas. Entre ellos se incluyen los aminoácidos que el cuerpo puede producir y los que no. Las proteínas que provienen de la carne y de otros productos de origen animal son conocidas como proteína completa.

Las proteínas que provienen de los productos de origen vegetal son proteínas incompletas. Esto significa que las proteínas de un producto de origen vegetal no contienen todos los aminoácidos que el cuerpo necesita. Pero otro producto de origen vegetal puede contener los aminoácidos de los que el primero carecía. Para obtener proteínas completas de los vegetales, necesitas comer una variedad de alimentos de

origen vegetal. Por ejemplo, comer arroz con frijoles o pan con mantequilla de maní te aportará proteína completa.

Probablemente hayas visto publicidades de polvos y batidos proteicos que dicen contener aminoácidos que el cuerpo no puede producir. A pesar de que esto es cierto, la mayoría de las personas puede obtener toda la proteína que necesita de los alimentos y no necesitar suplementos proteicos.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Buenas fuentes de proteína

Entre las buenas fuentes de proteína se incluyen:

- Pescado y mariscos
- Aves
- Carnes rojas (vaca, cerdo, cordero)
- Huevos
- Frutos secos
- Mantequilla de maní
- Mantecas de frutos secos
- Semillas
- Frijoles
- Guisantes
- Lentejas
- Productos de soja (tofu, tempeh, hamburguesas vegetarianas)
- Leche
- Productos lácteos (queso, requesón, yogur)

Carbohidratos

Los alimentos que consumes contienen diferentes tipos de carbohidratos. Algunos tipos son mejor que otros para tu salud. Los diferentes tipos de carbohidratos son:

- **Azúcares:** se encuentran en forma natural en frutas, verduras, leche y productos lácteos. Alimentos como tortas y galletas tienen azúcares agregados. El azúcar de mesa también es azúcar agregado. Todos estos azúcares pueden ser convertidos en tu cuerpo a glucosa, o azúcar en sangre. Las células "quemar" glucosa para obtener energía.
- Los **almidones** se descomponen, dentro de tu cuerpo, en azúcares. Los almidones se encuentran en ciertos vegetales, como las papas, frijoles, arvejas y maíz. También se encuentran en panes, cereales y granos.
- Las **fibras alimentarias** son carbohidratos que el cuerpo no puede digerir. Las fibras pasan por el cuerpo sin descomponerse en azúcares. Si bien el cuerpo no obtiene energía de las fibras, estas son necesarias para mantenerse sano. Las fibras ayudan a deshacerse del exceso de grasa en el intestino, lo que ayuda a prevenir enfermedades cardíacas. Las fibras también ayudan a impulsar la comida a través de los intestinos, lo que ayuda a evitar la constipación. Los alimentos ricos en fibras incluyen: frutas, verduras, frijoles, arvejas, frutos secos, semillas y alimentos con cereales integrales (por ejemplo, pan de trigo integral, harina de avena y arroz integral).

Carbohidratos saludables y no saludables

En general, se recomienda limitar la ingesta de carbohidratos que aumentan el nivel de glucosa en sangre. Si tienes niveles altos de glucosa en sangre durante un período prolongado, puedes desarrollar diabetes tipo 2. Para mantener controlada tu glucosa en sangre, limita la cantidad de azúcar de mesa que ingieres. Asimismo, evita los alimentos con azúcares agregados. Para saber si un alimento contiene azúcares agregados, consulta la lista de ingredientes en el envase. Busca términos como:

- Edulcorante de maíz
- Jarabe de maíz
- Jarabe de maíz de alta fructosa
- Dextrosa
- Fructosa
- Glucosa
- Lactosa
- Maltosa
- Sacarosa
- Miel
- Azúcar
- Azúcar moreno
- Azúcar invertido
- Melaza
- Jarabe de malta
- Jarabe

También deberías limitar la cantidad de papa blanca. Comer papas blancas de vez en cuando está bien, porque contienen importantes vitaminas y minerales. Pero el cuerpo

digiere rápidamente el almidón de las papas. Esto puede elevar tu nivel de glucosa en sangre.

Los carbohidratos saludables incluyen:

- Azúcares naturales de frutas, verduras, leche y productos lácteos
- Fibra alimentaria
- Almidones en alimentos con cereales integrales, frijoles, arvejas y maíz

Grasas

Tu cuerpo necesita algo de grasa para funcionar correctamente. La grasa:

- Es una fuente de energía
- Es usada por tu cuerpo para fabricar sustancias que necesita
- Ayuda a que el cuerpo absorba ciertas vitaminas de los alimentos.

Pero no todas las grasas son iguales. Algunas son más beneficiosas para la salud que otras. Para evitar un ataque cardíaco y un accidente cerebrovascular, se debería consumir mayormente grasas monoinsaturadas y grasas poliinsaturadas.

Los alimentos ricos en grasas monoinsaturadas incluyen:

- Aceite de oliva
- Aceite de maní
- Aceite de canola
- Aguacate
- La mayoría de los frutos secos

Los alimentos ricos en grasas poliinsaturadas incluyen:

- Aceite de cártamo
- Aceite de maíz
- Aceite de girasol
- Aceite de soja
- Aceite de algodón

Grasas saludables y no saludables

Los ácidos grasos omega 3 son un tipo de grasas poliinsaturadas que parecen reducir el riesgo de enfermedades cardíacas. Los pescados grasos son una buena fuente de omega 3. Entre ellos están el salmón, la trucha, el arenque, la caballa, las anchoas y las sardinas. También puedes obtener omega 3 de fuentes vegetales. Estas incluyen linaza molida (semillas de lino), aceite de linaza y nueces. También se pueden encontrar pequeñas cantidades en los aceites de soja y canola.

Las grasas saturadas y las grasas *trans* son tipos de grasas menos saludables. Pueden incrementar el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas por acumulación de sustancias grasas en las arterias que llevan la sangre oxigenada a tu corazón. Cuando esto ocurre, tu corazón no recibe toda la sangre que necesita para funcionar correctamente. Pueden ocasionar dolores en el pecho o un ataque cardíaco. Estas grasas también pueden incrementar el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular por la acumulación de las mismas sustancias grasas en las arterias que llevan la sangre a tu cerebro. Algunas

investigaciones también sugieren que el consumo elevado de grasas *trans* puede aumentar el riesgo de padecer cáncer de seno.

Los alimentos ricos en grasas saturadas incluyen:

- Carnes rojas (vaca, cerdo, cordero)
- Aves
- Manteca
- Leche entera y productos lácteos enteros
- Aceite de coco
- Aceite de palma

Las grasas *trans* se encuentran en alimentos elaborados con aceites hidrogenados y parcialmente hidrogenados. Revisa la lista de ingredientes en el envase de los alimentos para ver si contienen este tipo de aceites. Es posible que los encuentres en productos comerciales horneados, como galletas, bizcochos y tortas. También pueden encontrarse grasas *trans* en alimentos fritos, como donas y papas fritas. La margarina y la manteca vegetal también son ricas en grasas *trans*.

Al igual que con las grasas saturadas y grasas *trans*, el consumo elevado de colesterol puede aumentar los riesgos de enfermedades cardíacas y accidente cerebrovascular. El colesterol es una sustancia lipóide que se encuentra en productos de origen animal, como por ejemplo:

- Carnes rojas
- Aves
- Mariscos
- Yema de huevo
- Leche y productos lácteos
- Manteca de cerdo
- Manteca

Si bien las grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas son mejores para la salud que las grasas saturadas y las grasas *trans*, el consumo de grandes cantidades de cualquier tipo de grasa puede causar aumento de peso. Deberías consumir grasas con moderación. Y asegurarte de que los alimentos grasos no reemplacen a alimentos más nutritivos como frutas, verduras y cereales integrales.

Vitaminas

Las vitaminas son sustancias presentes en alimentos que el cuerpo necesita para crecer y mantenerse saludable. Existen 13 vitaminas que tu cuerpo necesita. Cada vitamina cumple una función específica. A continuación encontrarás una lista de las vitaminas, algunas de sus funciones y buenas fuentes alimentarias.

Vitaminas, algunas de sus funciones y buenas fuentes alimentarias		
Vitamina	Funciones	Fuentes
A	<ul style="list-style-type: none">• Necesaria para la visión• Ayuda a tu cuerpo a	Col rizada, brócoli, espinaca, zanahorias, calabaza, batata, hígado, huevos, leche

	<p>combatir las infecciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a mantener la piel saludable 	entera, crema y queso.
B ₁	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda al cuerpo a convertir los carbohidratos en energía • Buena para el sistema nervioso 	Levadura, jamón y otros tipos de productos porcinos, hígado, maní, cereales y panes integrales y fortificados, y leche.
B ₂	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda al cuerpo a procesar las proteínas, los carbohidratos y las grasas • Ayuda a mantener la piel saludable 	Hígado, huevos, queso, leche, vegetales de hojas verdes, guisantes, frijoles blancos, habas de Lima y panes integrales.
B ₃	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda al cuerpo a procesar las proteínas, los carbohidratos y las grasas • Buena para el sistema nervioso y la piel 	Hígado, levadura, salvado, maní, carnes rojas y magras, pescado y aves.
B ₅	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda al cuerpo a procesar los carbohidratos y las grasas • Ayuda al cuerpo a producir glóbulos rojos 	Carne vacuna, pollo, langosta, leche, huevos, maní, guisantes, frijoles, lentejas, brócoli, levadura y cereales integrales.
B ₆	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda al cuerpo a procesar las proteínas y las grasas • Buena para el sistema nervioso • Ayuda a la sangre a transportar el oxígeno 	Hígado, cereales integrales, yemas, maní, plátanos, zanahorias y levadura.
B ₉ (ácido fólico o folato)	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda al cuerpo a producir y mantener células nuevas • Evita algunas anomalías congénitas 	Vegetales de hojas verdes, hígado, levadura, frijoles, guisantes, naranjas, y cereales y productos de grano fortificados.

B ₁₂	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda al cuerpo a producir glóbulos rojos • Buena para el sistema nervioso 	Leche, huevos, hígado, aves, almejas, sardinas, lenguado, arenque, roquefort, cereales, levaduras nutricionales y alimentos fortificados con vitamina B ₁₂ , incluidos cereales, bebidas a base de soja y hamburguesas vegetarianas.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Necesaria para mantener los huesos, los vasos sanguíneos y la piel saludables 	Brócoli, pimientos verdes y rojos, espinaca, coles de Bruselas, naranjas, pomelos, tomates, papas, papayas, frutillas y repollo.
D	<ul style="list-style-type: none"> • Necesaria para huesos fuertes 	Aceite de hígado de pescado, leche y cereales fortificados con vitamina D. El cuerpo puede producir suficiente vitamina D si te expones a la luz del sol de 5 a 30 minutos al menos dos veces a la semana.
E	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a evitar lesiones celulares • Contribuye al flujo sanguíneo • Ayuda a reparar tejidos del cuerpo 	Aceite de germen de trigo, cereales fortificados, yemas, hígado de vaca, pescado, leche, aceites vegetales, frutos secos, frutas, guisantes, frijoles, brócoli y espinaca.
H (biotina)	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda al cuerpo a procesar los carbohidratos y las grasas • Necesaria para el crecimiento de diversas células 	Hígado, yemas, harina de soja, cereales, levadura, guisantes, frijoles, frutos secos, tomates, vegetales de hojas verdes y leche.
K	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuye a la coagulación de la sangre • Ayuda en la formación de los huesos 	Alfalfa, espinaca, repollo, queso, brócoli, coles de Bruselas, col rizada, tomates y aceites vegetales. El cuerpo normalmente produce toda la vitamina K que necesitas.

Minerales

Al igual que las vitaminas, los minerales son sustancias presentes en alimentos que el cuerpo necesita para crecer y mantenerse saludable. Existen dos tipos de minerales: macrominerales y oligoelementos. Los macrominerales son minerales que el cuerpo necesita en grandes cantidades. Entre ellos se incluyen el calcio, el fósforo, el magnesio, el sodio, el potasio y el cloruro. El cuerpo necesita solo pequeñas cantidades de

oligoelementos. Entre estos se incluyen el hierro, el cobre, el yodo, el zinc, el fluoruro y el selenio.

Minerales, algunas de sus funciones y buenas fuentes alimentarias		
Mineral	Funciones	Fuentes
Calcio	<ul style="list-style-type: none"> Necesario para la formación de los huesos y los dientes Ayuda en el funcionamiento de los nervios y los músculos 	Salmón envasado con espinas, sardinas, leche, queso, yogur, repollo chino, pak choy, col rizada, col berza, hojas de nabo, mostaza de hoja, brócoli y jugo de naranja fortificado con calcio.
Cloruro	<ul style="list-style-type: none"> Necesario para mantener las cantidades adecuadas de agua en las diferentes partes del cuerpo 	Sal, algas marinas, centeno, tomates, lechuga, apio, aceitunas, sardinas, carne vacuna, carne de cerdo y queso.
Cobre	<ul style="list-style-type: none"> Ayuda a proteger las células de lesiones Necesario para la formación de los huesos y los glóbulos rojos 	Vísceras, mariscos (especialmente ostras), chocolate, hongos, frutos secos, frijoles y cereales integrales.
Fluoruro	<ul style="list-style-type: none"> Necesario para la formación de los huesos y los dientes 	Pescado de agua salada, té, café y agua fluorada.
Yodo	<ul style="list-style-type: none"> Necesario para el funcionamiento de la glándula tiroidea 	Mariscos, sal yodada y agua potable (en regiones de suelo rico en yodo, que por lo general se encuentran cerca del océano).
Hierro	<ul style="list-style-type: none"> Ayuda a los glóbulos rojos a transportar el oxígeno a los tejidos del cuerpo Ayuda en el funcionamiento de los músculos 	Carnes rojas, aves, pescado, hígado, harina de soja, huevos, frijoles, lentejas, guisantes, melaza, espinaca, hojas de nabo, almejas, frutas deshidratadas (albaricoques, ciruelas pasas y uvas pasas), cereales integrales y cereales fortificados para el desayuno.
Magnesio	<ul style="list-style-type: none"> Necesario para la formación de los huesos y los dientes 	Vegetales de hojas verdes, frutos secos, cereal de salvado, mariscos, leche, queso y

	<ul style="list-style-type: none"> • Necesario para el funcionamiento normal de los nervios y los músculos 	yogur.
Fósforo	<ul style="list-style-type: none"> • Necesario para la formación de los huesos y los dientes • Necesario para acumular la energía proveniente de los alimentos 	Leche, yogur, queso, carnes rojas, aves, pescado, huevos, frutos secos, guisantes y algunos cereales y panes.
Potasio	<ul style="list-style-type: none"> • Necesario para el funcionamiento normal de los nervios y los músculos • Necesario para mantener las cantidades adecuadas de agua en las diferentes partes del cuerpo 	Leche, plátanos, tomates, naranjas, melones, papas, batatas, ciruelas pasas, uvas pasas, espinaca, hojas de nabo, col berza, col rizada, la mayoría de los guisantes y frijoles y los sustitutos de la sal (cloruro de potasio).
Selenio	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a proteger las células de lesiones • Necesario para el funcionamiento de la glándula tiroidea 	Vegetales, pescado, mariscos, carnes rojas, cereales, huevos, pollo, hígado, ajo, levadura de cerveza, germen de trigo y panes enriquecidos.
Sodio	<ul style="list-style-type: none"> • Necesario para el funcionamiento normal de los nervios y los músculos • Necesario para mantener las cantidades adecuadas de agua en las diferentes partes del cuerpo 	Sal, leche, queso, remolacha, apio, carne vacuna, carne de cerdo, sardinas y aceitunas verdes. (Muchas personas consumen demasiado sodio. Para obtener consejos sobre cómo reducir su consumo, lee Reducir el consumo de sodio.)
Zinc	<ul style="list-style-type: none"> • Necesario para una piel saludable • Necesario para la cicatrización de las heridas • Ayuda al cuerpo a combatir las enfermedades y las 	Hígado, huevos, carnes rojas, ostras, algunos mariscos, productos lácteos, frijoles, guisantes, lentejas, maní, frutos secos, cereales integrales, cereales fortificados, germen de trigo y semillas de calabaza.

	infecciones	
--	-------------	--

Agua

El agua es una parte importante de tu cuerpo. De hecho, constituye más del 60 por ciento de tu peso corporal. Entre otras funciones, el agua:

- Humedece los tejidos, como los que se encuentran alrededor de la boca, los ojos y la nariz
- Regula tu temperatura corporal
- Amortigua las articulaciones
- Ayuda a tu cuerpo a obtener nutrientes
- Elimina los productos de deshecho

¿Cuánta agua debería beber?

Sin agua, morirías en unos pocos días. De modo que es importante que tomes suficiente agua. Pero, ¿cuánta agua es suficiente? Los expertos generalmente recomiendan que bebas de seis a ocho vasos de 8 onzas (**litro y medio**) de líquido por día. Pero no es necesario que sea solo agua. Podrías satisfacer parte de tus necesidades de líquido bebiendo leche, té, refrescos, café o jugo, que están compuestos en su mayor parte de agua. Simplemente recuerda que los jugos y refrescos tienen alto contenido de azúcar. Muchas frutas y verduras, como las sandías y los tomates, también están formados principalmente de agua.

Si realizas mucha actividad física y sudas mucho, necesitarás más fluidos. También necesitarás más si hace mucho calor. Las mujeres embarazadas deberían beber unas 10 tazas de líquidos por día. Y las mujeres que estén amamantando deberían beber unas 13 tazas de líquidos por día.

Generalmente, no es una buena idea tomar agua solamente cuando tienes sed. Es posible que, para cuando comiences a sentir sed, estés un poco deshidratada. Por otro lado, no es necesario llevar botellas de agua contigo todo el tiempo y beber montones de agua. Probablemente estés recibiendo todo el líquido que necesitas si sientes sed en raras ocasiones y produces un poco más de seis copas de orina incolora o ligeramente amarilla al día. La orina oscura puede ser una señal de que necesitas más líquidos.

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)

ANALGÉSICOS NARCÓTICOS



Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Los medicamentos que alivian el dolor se llaman analgésicos

El acetaminofeno es el primer analgésico que se usa para aliviar inicialmente el dolor, cuando éste no es suficiente se pueden emplear otros medicamentos como los AINE (antiinflamatorios no esteroides), o los tratamientos para la fibromialgia como pregabalin (*Lyrica*) y duloxetino (*Cymbalta*). Hasta los FARME (fármacos antireumáticos modificadores de la enfermedad) y los biológicos pueden ayudar a disminuir la cantidad de dolor con simplemente tratar la raíz del problema. Pero los medicamentos de esta sección se encuentran separados debido a la manera en que alivian el dolor. Estos medicamentos son analgésicos opioides, también conocidos como narcóticos.

Los analgésicos opioides funcionan uniéndose a partes de las células en el cerebro llamados receptores opioides. Esta acción mantiene ocupada a la célula de forma que no puede enviar señales de dolor. Estos químicos generalmente son muy efectivos en reducir el dolor, razón por la cual se recetan con frecuencia luego de intervenciones quirúrgicas, o para dolor severo de la artritis o debido a fracturas causadas por la osteoporosis.

Pero los narcóticos también conllevan el riesgo de efectos secundarios adversos, como confusión mental, estreñimiento, náuseas, mareos y comezón o picazón. Estudios recientes han mostrado que es raro desarrollar tolerancia a este tipo de fármacos. La tolerancia ocurre cuando el cuerpo se acostumbra a cierta medicina y debe entonces aumentarse la dosis para obtener el mismo efecto. Cuando las personas requieren una mayor dosis, es usualmente porque se han vuelto más activo o su enfermedad ha progresado, pero no es adicción. Antes de recomendar un opioide, el doctor suele ejecutar una evaluación cuidadosa para determinar si el paciente puede tener una predisposición genética o adicción física o mental o cierta tendencia al abuso.

Si su médico le ha recetado un narcótico, mientras lo emplee apropiadamente, será una buena herramienta para ayudarle a controlar su condición. Pero no abandone el uso del analgésico abruptamente, porque esto podría originar síntomas del síndrome de abstinencia, como ansiedad, sudoración, náuseas e insomnio.

Narcóticos (opioides)

<u>Nombre genérico</u>	<u>Nombre* comercial</u>
Acetaminofeno con codeína	<i>Phenaphen with codeine; Tylenol with codeine #3</i>
Hidrocodona con acetaminofeno	<i>Dolacet; Hydrocet; Lorcet; Lortab; Vicodin</i>
Metadona	<i>Dolophine</i>
Morfina	<i>Avinza</i>
Oxicodona	<i>OxyContin; Roxicodone; OxyFAST; OxyLR (liquid)</i>
Oxicodona con acetaminofeno	<i>Percocet; Endocet</i>
Oxicodona con aspirina	<i>Percodan</i>
Oximorfona	<i>Opana; Opana ER</i>
Propoxifeno	<i>Darvon; PP-Cap</i>
Propoxifeno con acetaminofeno	<i>Darvocet</i>
Tramadol	<i>Ultram; Ultram-ER</i>
Tramadol con acetaminofeno	<i>Ultracet</i>

* Nombres comerciales como se encuentran a la venta en los Estados Unidos. Si necesita saber el equivalente en el extranjero, proporcione el nombre genérico a su doctor o farmacéutico.

/Fuente: Arthritis Foundation National Office/



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

ANÁLISIS DE HEMOGLOBINA

¿Qué es un análisis de hemoglobina?

El análisis de hemoglobina mide los niveles de hemoglobina en la sangre. La hemoglobina es una proteína de los glóbulos rojos que lleva oxígeno de los pulmones al resto del cuerpo. Los niveles anormales de hemoglobina podrían ser signo de un trastorno de la sangre.

Otros nombres: Hb, Hgb

¿Para qué se usa?

El análisis de hemoglobina se usa comúnmente para detectar anemia, un nivel anormalmente bajo de glóbulos rojos en el cuerpo. Cuando una persona tiene anemia, las células no reciben el oxígeno que necesitan. Los análisis de hemoglobina también se hacen comúnmente con otras pruebas, por ejemplo:

- Hematocrito, que mide el porcentaje de glóbulos rojos en la sangre.
- Conteo sanguíneo completo, que mide el número y tipo de glóbulos de la sangre

¿Por qué necesito un análisis de hemoglobina?

Su médico o profesional de la salud podría pedir este análisis como parte de un examen de rutina o si usted:

- Tiene síntomas de anemia como debilidad, mareos, palidez o manos y pies fríos
- Tiene antecedentes familiares de talasemia, anemia falciforme u otros trastornos hereditarios de la sangre.
- Come una dieta baja en hierro y minerales.
- Tiene una infección a largo plazo.
- Ha perdido una cantidad excesiva de sangre por una herida o un procedimiento quirúrgico.

¿Qué ocurre durante un análisis de hemoglobina?

Un médico o profesional de la salud le toma una muestra de sangre de una vena de un brazo usando una aguja pequeña. Después de insertar la aguja, extrae una pequeña cantidad de sangre y la coloca en un tubo de ensayo o frasquito. Tal vez sienta una molestia leve cuando la aguja se introduce o se saca. Este proceso generalmente dura menos de cinco minutos.

¿Tendré que hacer algo para prepararme para la prueba?

No se necesita ninguna preparación especial para un análisis de hemoglobina. Si su médico ha pedido otros análisis con su muestra de sangre, se le podría indicar que no coma ni beba nada por varias horas antes de la prueba. Su médico o profesional de la salud le dirá si debe seguir alguna instrucción especial.

¿Tiene algún riesgo esta prueba?

Los riesgos de un análisis de sangre son mínimos. Después de la prueba, algunas personas sienten un dolor leve, mareos o se les forma un moretón. Por lo general, estos síntomas desaparecen rápidamente.

¿Qué significan los resultados?

Los niveles de hemoglobina pueden estar fuera de los límites normales por muchas razones.

Si los niveles de hemoglobina están bajos, esto podría ser signo de:

- *Diferentes tipos de anemia
- *Talasemia
- *Deficiencia de hierro
- *Enfermedad del hígado
- *Cáncer y otras enfermedades

Si los niveles de hemoglobina están altos, esto podría ser signo de:

- *Enfermedad pulmonar
- *Enfermedad del corazón
- *Policitemia vera, un trastorno en que el cuerpo produce demasiados glóbulos rojos. Puede causar dolores de cabeza, cansancio y dificultad para respirar.

Si cualquiera de sus niveles es anormal, eso no significa necesariamente que tenga un problema médico que requiera tratamiento. La dieta, el nivel de actividad, los medicamentos, el ciclo menstrual de una mujer y otras consideraciones pueden afectar los resultados. Además, usted podría tener un nivel anormalmente alto de hemoglobina si vive en una región de gran altura. Pregúntele a su médico o profesional de la salud qué significan sus resultados.

¿Hay algo más que deba saber acerca del análisis de hemoglobina?

Algunas formas de anemia son leves mientras que otras pueden ser graves e incluso poner la vida en peligro si no se tratan. Si le diagnostican anemia, asegúrese de hablar con su médico para averiguar cuál es el mejor plan de tratamiento para usted.

References

- Aruch D, Mascarenhas J. Contemporary approach to essential thrombocythemia and polycythemia vera. *Current Opinion in Hematology* [Internet]. 2016 Mar [cited 2017 Feb 1]; 23(2):150–60. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26717193>
- Hsia C. Respiratory Function of Hemoglobin. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 1998 Jan 22 [cited 2017 Feb 1]; 338:239–48. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199801223380407>
- Lab Tests Online [Internet]. Washington D.C.: American Association for Clinical Chemistry; c2001–2017. Hemoglobin; [updated 2017 Jan 15; cited 2017 Feb1]; [about 3 screens]. Available from: <https://labtestsonline.org/understanding/analytes/hemoglobin/tab/test>

National Heart, Lung, and Blood Institute [Internet]. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services; What is Anemia? [updated 2012 May 18; cited 2017 Feb 1]; [about 3 screens]. Available from: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/anemia>

National Heart, Lung, and Blood Institute [Internet]. Bethesda (MD): U.S. Department of Health and Human Services; Who Is at Risk for Anemia? [updated 2012 May 18; cited 2017 Feb 1]; [about 4 screens]. Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/anemia/atrisk>

INFORME SOBRE ENFERMEDADES NEUROLOGICAS - PENTIEN

Según datos del II Plan Estratégico Nacional para el Tratamiento Integral de las Enfermedades Neurológicas (PENTIEN II):

Los Servicios de Neurología atienden en España a más de 2,2 millones de pacientes al año

- En España 7,5 millones de personas sufren algún tipo de enfermedad neurológica: un 16% del total de la población.**
- Para atender a la población española se necesitan 5 neurólogos por cada 100.000 habitantes -actualmente sólo contamos con 3,4- y entre 3 y 6 camas neurológicas por cada 100.000 habitantes.**
- Sería eficiente aumentar los tiempos de visita de los 8-10 minutos actuales a los 25-45 minutos.**
- En los últimos 10 años se ha reducido un 21% el número de profesores de Neurología. Las Universidades de Medicina necesitarían contar con 200 profesores más.**

16 de noviembre de 2016.- La Sociedad Española de Neurología (SEN) ha presentado en su 68ª Reunión Anual el II Plan Estratégico Nacional para el Tratamiento Integral de las Enfermedades Neurológicas (PENTIEN II), una guía de planificación y organización de los distintos servicios y unidades de la especialidad de Neurología, con la finalidad de analizar cuál es la situación actual y determinar los recursos necesarios para garantizar la calidad asistencial de los enfermos neurológicos. *“Las enfermedades neurológicas han pasado a tener en nuestros días una gran importancia, tanto por su prevalencia como por su importancia en el gasto sanitario global. La creciente demanda de la población, que será aún mayor en años venideros debido al envejecimiento de la población, hace que sea necesario planificar una asistencia eficaz y eficiente. La Sociedad Española de Neurología quería realizar el PENTIEN II para ayudar a encontrar soluciones para la situación actual y el futuro próximo, que sin duda será un reto tanto para las administraciones como para los profesionales”*, concluye el Dr. Óscar Fernández Fernández, Presidente de la Sociedad Española de Neurología.

En España, 7,5 millones de personas sufren algún tipo de enfermedad neurológica (un 16% del total de la población); de los cuales alrededor de un millón y medio padecen una enfermedad neurológica grave (el ictus, demencias y otras enfermedades neurodegenerativas, enfermedades neuromusculares, etc.), mientras que 6 millones padecen otras enfermedades neurológicas que, aunque no ponen en peligro su vida,

suponen importantes repercusiones en la vida, familiar, laboral o social, sobre todo si tenemos en cuenta que la gran mayoría de las enfermedades neurológicas son crónicas.

La European Federation of Neurological Societies (EFNS) estima, teniendo en cuenta la incidencia de las enfermedades neurológicas y el número de consultas que se producen anualmente, que para una atención eficaz se necesitarían al menos 5 neurólogos por cada 100.000 habitantes, sin embargo España dispone de un total de 1.607 neurólogos en activo de los cuales, 1.390 corresponderían a la asistencia pública y, 217 a neurólogos con dedicación exclusiva al sector privado, lo que supone una ratio de 3,40 neurólogos por cada 100.000 habitantes. Esto implica la necesidad de contar con un mínimo de 800 neurólogos más. Además, los hospitales españoles deberían contar con entre 3 y 6 camas neurológicas por cada 100.000 habitantes.

Los Hospitales Generales, suponen el 58,8% del total de camas hospitalarias en nuestro país, pero el 90,1% del total de centros hospitalarios. El número de neurólogos en relación a la población asignada suele ser menor en los Hospitales Generales que en los Hospitales de Referencia. Además, en muchos Hospitales Generales, sobre todo los de menor tamaño, muchas de las exploraciones complementarias habituales en la práctica clínica de la Neurología están externalizadas, bien en los Hospitales de Referencia o en otros centros concertados, y el ingreso por procesos neurológicos no es seguido por neurólogos sino por otros especialistas. Es una situación variable pero, en general, extendida y muy llamativa en algunas CC.AA. Por ejemplo, en Andalucía, donde una gran mayoría de los Hospitales Generales no cuentan con neurólogos. Según datos publicados en 2011, en esa Comunidad Autónoma 1.883.264 habitantes no pueden recibir atención neurológica durante su ingreso hospitalario.

En este sentido PENTIEN II pone en manifiesto muchas desigualdades en la atención neurológica por CC.AA. Por ejemplo, hay Comunidades con neurólogos presentes en ambulatorios y hospitales comarcales y otras en las que no, o algunas en las que hay un buen diseño de Unidades de Ictus y otras en las que la atención aguda a esta patología no la realizan neurólogos. *“Se hace necesario el desarrollo de una red neurológica a nivel nacional con una base geográfica de proximidad, estratificada, y con centros de referencia nacional para patologías neurológicas complejas. Esto debe contemplar, no sólo aspectos asistenciales, sino también docentes e investigadores”*, explica el Dr. Óscar Fernandez.

Actualmente, al año, las consultas ambulatorias españolas de Neurología atienden a más de 2,2 millones de pacientes, de los cuales casi 900.000 serían primeras consultas: un español de cada 20 acude al menos una vez al neurólogo al año. Eso teniendo en cuenta que actualmente los tiempos de visita rondan los 8-10 minutos. No obstante la SEN considera que aumentar los tiempos de visita de los 8-10 minutos actuales a los 25-45 minutos, según el tipo de consulta, podría resultar altamente eficiente. *“Además, se necesitaría una mayor dedicación de los neurólogos a las tareas de docencia e investigación en hospitales de tercer nivel, universitarios y con unidades docentes de residentes”*, señala el Dr. Óscar Fernandez Fernández, Presidente de la SEN.

Con respecto a la formación, y teniendo en cuenta que en nuestras facultades inician los estudios de Medicina alrededor de 7.000 alumnos al año, la EFNS estima que España debería contar con 300 profesores de Neurología, cifra de la que estamos muy alejados, ya que incluso incluyendo en los recursos actuales a los Profesores Asociados no se

llega a los 100. Además, en los últimos 10 años se ha reducido este número un 21%. *“Aunque se siguieran las recomendaciones de los decanos de Medicina de reducir el número de alumnos, los recursos actuales son claramente insuficientes. Desde la Sociedad Española de Neurología creemos que cada Facultad de Medicina debería disponer de al menos un Catedrático de Neurología y cada Hospital Universitario debería tener, como mínimo, un Profesor titular de Neurología”*, señala el Dr. Óscar Fernández. En la actualidad se ofrecen anualmente 125 plazas de formación MIR en Neurología, en 68 Unidades Docentes. La comunidad con mayor número de plazas ofertadas es Madrid, seguida de Cataluña y Andalucía. Este número de plazas se ha incrementado de manera significativa, pasado de 75 a 125 en los últimos 10 años.

Y con respecto a la investigación clínica en Neurología, España todavía necesita incrementar la masa crítica de neurólogos con perfil investigador. *“Para el adecuado desarrollo de la Neurología, resulta primordial potenciar los grupos de investigación clínica y traslacional, coordinados por neurólogos, trabajando en colaboración con grupos básicos, y en sintonía con una política científica que los facilite y promueva”*, destaca el Dr. Óscar Fernández. *“Sin embargo, en 2012, año de la Neurociencia, la cuantía económica dedicada a investigación se redujo un 22,5% respecto al año anterior. Supuso el mayor recorte de la historia en este ámbito, mientras que en otros países europeos, como Alemania, se ha incrementado las ayudas para la investigación en un 5%”*.

Fuente: Sociedad Española de Neurología

SÍNDROME DEL TÚNEL (CARPAL TUNNEL SYNDROME)

Atrapamiento del nervio cubital en el codo (síndrome del túnel cubital) (Ulnar Nerve Entrapment at the Elbow (Cubital Tunnel Syndrome))

El atrapamiento del nervio cubital ocurre cuando el nervio cubital del brazo se comprime o se irrita.

El nervio cubital es uno de los tres nervios principales del brazo. Va desde el cuello hasta la mano, y puede contraerse en varios lugares, como debajo de la clavícula o en la muñeca. El lugar más común de compresión del nervio es detrás de la parte interna del codo. La compresión del nervio cubital en el codo se llama "síndrome del túnel cubital".

El adormecimiento y hormigueo de la mano y los dedos son síntomas comunes del síndrome del túnel cubital. En la mayoría de los casos, los síntomas se pueden controlar con tratamientos conservadores como cambios en las actividades e inmovilización. Si los métodos más conservadores no mejoran sus síntomas, o si la compresión del nervio está ocasionando debilitamiento en el músculo o daño en la mano, su médico puede recomendar una cirugía.

Anatomía

En el codo, el nervio cubital viaja a través de un túnel de tejido (el túnel cubital) que pasa debajo de una protuberancia del hueso de la parte interior del codo. Esta protuberancia ósea se llama epicóndilo medial. Al punto donde el nervio pasa debajo del epicóndilo medial comúnmente se le conoce como "hueso de la risa". En el hueso de la risa el nervio está cerca de la piel, y al golpearlo provoca una sensación de calambre.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Esta ilustración de los huesos del hombro, brazo y mano muestra la ruta del nervio cubital.

Reproducido de Mundanthanam GJ, Anderson RB, Day C: Ulnar nerve palsy. Orthopaedic Knowledge Online 2009. Accessed August 2011.

Más allá del codo, el nervio cubital viaja debajo de los músculos de la parte interior de su antebrazo y hacia la mano del lado de la palma con el dedo meñique. A medida que el nervio entra en la mano, viaja por otro túnel (canal de Guyón).

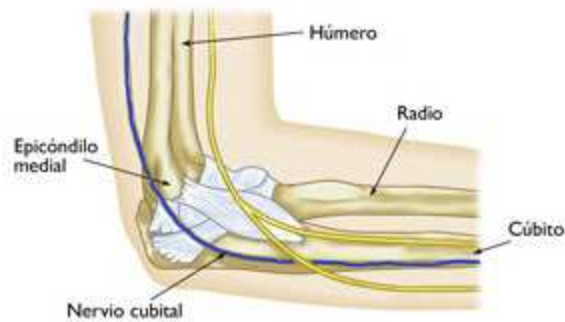
El nervio cubital da sensación al dedo meñique y a la mitad del dedo anular. También controla la mayoría de los músculos pequeños de la mano que ayudan con los movimientos finos, y algunos de los músculos más grandes del antebrazo que ayudan a la sujeción fuerte.



El nervio cubital da sensación al dedo meñique y a la mitad del dedo anular en la palma y el dorso de la mano.

Causa

En muchos casos del síndrome del túnel cubital, se desconoce la causa exacta. El nervio cubital es especialmente vulnerable a la compresión en el codo porque debe viajar por un espacio angosto con muy poco tejido blando para protegerlo.



El nervio cubital pasa detrás del epicóndilo medial en la parte interior del codo.

Causas comunes de la compresión

Hay varios factores que pueden causar presión en el nervio del codo.

- Cuando dobla el codo, el nervio cubital debe estirarse alrededor del reborde óseo del epicóndilo medial. Como este estiramiento puede irritar el nervio, mantener el codo doblado por períodos prolongados de tiempo o doblar repetidamente el codo puede causar síntomas dolorosos. Por ejemplo, muchas personas duermen con los codos doblados. Esto puede agravar los síntomas de la compresión del nervio cubital y ocasionar que se despierte con los dedos dormidos.
- En algunas personas, el nervio se desliza desde atrás del epicóndilo medial cuando el codo está doblado. Con el transcurso del tiempo, este deslizamiento hacia adelante y hacia atrás puede irritar al nervio.
- Recargarse en el codo por largos períodos de tiempo puede poner presión en el nervio.
- La acumulación de líquido en el codo puede causar inflamación que puede comprimir el nervio.
- Un golpe directo en la parte interna del codo puede causar dolor, una sensación de descarga eléctrica y adormecimiento de los dedos meñique y anular. A esto se le llama comúnmente "pegarse en el hueso de la risa".

Factores de riesgo



Dormir con el codo doblado puede agravar los síntomas.

Algunos factores pueden generar un mayor riesgo de desarrollar el síndrome del túnel cubital. Estos incluyen:

- Fractura o dislocaciones previas del codo
- Osteófitos/artritis del codo
- Inflamación de la articulación del codo

- Quistes que están cerca de la articulación del codo
- Actividades repetitivas o prolongadas que requieren que el codo se doble o se flexione

Síntomas

El síndrome del túnel cubital puede causar un dolor fuerte en la parte interna del codo. Sin embargo, la mayoría de los síntomas ocurren en la mano.

- El adormecimiento y hormigueo del dedo meñique y el dedo anular son síntomas comunes del atrapamiento del nervio cubital. A menudo, estos síntomas vienen y van. Suceden más a menudo cuando el codo está doblado, como cuando conduce o sostiene el teléfono. Algunas personas se despiertan en la noche porque sus dedos están adormecidos.
- La sensación de que el dedo anular y el dedo meñique "se duerman", especialmente cuando el codo está doblado. En algunos casos, puede ser más difícil mover sus dedos hacia fuera y hacia dentro, o manipular objetos.
- Puede ocurrir debilitamiento de la sujeción y dificultad con la coordinación de los dedos (como teclear o tocar un instrumento). Estos síntomas usualmente se ven en los casos más severos de compresión de los nervios.
- Si el nervio está muy comprimido o se ha comprimido por mucho tiempo, puede ocurrir atrofia en la mano. Una vez que esto suceda, la atrofia en el músculo ya no se puede revertir. Por este motivo, es importante ver a su médico si los síntomas son graves o si son menos graves, pero han estado presentes más de 6 semanas.

Remedios caseros

Hay muchas cosas que puede hacer en casa para ayudar a aliviar los síntomas. Si sus síntomas interfieren con las actividades normales o si duran más de unas cuantas semanas, asegúrese de programar una cita con su médico.

- Evite las actividades que requieran que mantenga su brazo doblado por largos períodos de tiempo.
- Si usa la computadora con frecuencia, asegúrese de que su silla no esté demasiado baja. No apoye el brazo en el descansabrazos.
- Evite inclinarse sobre su codo o poner presión en la parte interna de su brazo. Por ejemplo, no conduzca con su brazo descansando en la ventanilla abierta.
- Mantenga el codo extendido en la noche cuando duerme. Esto se puede hacer envolviendo una toalla alrededor del codo estirado o usando una codera al revés.



Envolver una toalla no muy apretada alrededor del brazo con cinta puede ayudarlo a recordar no doblar el codo durante la noche.

Examen médico

Historial médico y examen físico

Su médico hablará con usted sobre su historial médico y salud general. Él o ella puede hablar también sobre su trabajo, actividades y qué medicamentos está tomando.

Después de hablar de sus síntomas e historial médico, su médico examinará su brazo y mano para determinar qué nervio está comprimido y dónde está comprimido. Algunas de las pruebas del examen físico que su médico puede hacer incluyen:

- Dar un pequeño golpe sobre el nervio del hueso de la risa. Si el nervio está irritado, puede causar una sensación de descarga en el dedo meñique y el dedo anular, aunque esto también puede suceder cuando el nervio está normal.
- Revisar si el nervio cubital se desliza fuera de la posición normal cuando dobla el codo.
- Mover su cuello, hombro y muñeca para ver si las diferentes posiciones causan síntomas.
- Revisar la sensación y fuerza en sus manos y dedos.

Pruebas

Rayos-X. Estas pruebas de imagen proporcionan imágenes detalladas de estructuras densas, como el hueso. La mayoría de las causas de la compresión del nervio cubital no se pueden ver en una radiografía. Sin embargo, su médico puede tomar radiografías de su codo o muñeca para buscar osteófitos, artritis u otros lugares en los que el hueso puede estar comprimiendo el nervio.

Estudios de conductividad de los nervios. Estas pruebas pueden determinar qué tan bien está funcionando el nervio y ayudar a identificar dónde se está comprimiendo.

Los nervios son como "cables eléctricos" que viajan por el cuerpo transportando mensajes entre su cerebro y músculos. Cuando un nervio no funciona bien, la conductividad toma mucho tiempo.

Durante una prueba de conductividad del nervio, el nervio se estimula en un lugar y se mide el tiempo que le toma tener una respuesta. Se harán pruebas en varios lugares a lo largo del nervio y el área en la que la respuesta tome demasiado probablemente sea el área en la que el nervio está comprimido.

Los estudios de conductividad de los nervios también pueden determinar si la compresión está causando daño al músculo. Durante la prueba, se ponen agujas pequeñas en algunos de los músculos que el nervio cubital controla. El daño muscular es un signo de una compresión del nervio más severa.



Los estudios de conductividad de los nervios miden las señales que viajan en los nervios de su brazo y mano.

Tratamiento

Salvo que la compresión de su nervio haya causado mucha atrofia del músculo, su médico muy probablemente le recomendará primero un tratamiento no quirúrgico.

Tratamiento no quirúrgico

Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos. Si sus síntomas acaban de empezar, su médico puede recomendar un medicamento antiinflamatorio, como ibuprofeno, para ayudar a reducir la inflamación alrededor del nervio.

Aunque los esteroides, como la cortisona, son medicamentos antiinflamatorios muy eficaces, las inyecciones de esteroides generalmente no se usan porque existe el riesgo de daño al nervio.

Inmovilización o férula. Su médico le puede recomendar un inmovilizador acojinado o una férula para usar en la noche para mantener el codo en posición recta.

Ejercicios para deslizamiento del nervio. Algunos médicos piensan que los ejercicios para ayudar a que el nervio cubital se deslice por el túnel cubital en el codo y el canal de Guyón en la muñeca pueden mejorar los síntomas. Estos ejercicios también pueden ayudar a prevenir la rigidez en el brazo y la muñeca.



Ejemplos de ejercicios para deslizamiento del nervio. Con el brazo frente a usted y el codo recto, gire la muñeca y los dedos hacia su cuerpo, después extiéndalos hacia afuera, y después doble el codo.

Tratamiento quirúrgico

Su médico le puede recomendar cirugía para quitar la presión que hay en el nervio si:

- Los métodos no quirúrgicos no han mejorado su afección
- El nervio cubital está muy comprimido
- La compresión del nervio ha ocasionado debilitamiento o daño muscular

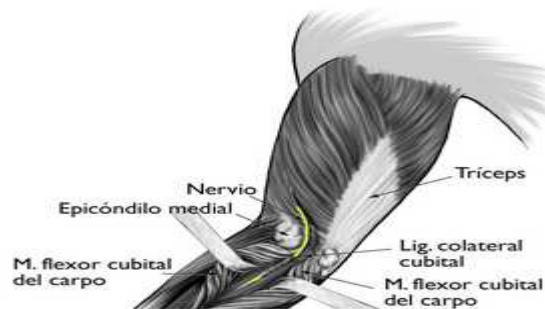
Hay algunos procedimientos quirúrgicos que aliviarán la presión en el nervio cubital en el codo. Su cirujano ortopeda hablará con usted sobre la mejor opción para usted.

Estos procedimientos muy a menudo se hacen de manera ambulatoria, pero algunos pacientes responden mejor con una estadía de una noche en el hospital.

Liberación del túnel cubital. En esta operación, el "techo" del ligamento del túnel cubital se corta y se divide. Esto aumenta el tamaño del túnel y disminuye la presión sobre el nervio.

Después del procedimiento, el ligamento empieza a sanar y crece nuevo tejido a lo largo de la división. El nuevo crecimiento sana al ligamento y da más espacio para que el nervio cubital se deslice.

La liberación del túnel cubital tiende a funcionar mejor cuando la compresión del nervio es leve o moderada y el nervio no se desliza fuera de la parte posterior del reborde óseo del epicóndilo medial cuando el codo está doblado.



Esta ilustración muestra la ruta del nervio cubital a través del túnel cubital. También se muestran las estructuras que pueden comprimir el nervio, como el epicóndilo medial y el ligamento colateral cubital.

Reproducido de J Bernstein, ed: Musculoskeletal Medicine. Rosemont, IL, American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2003.

Transposición anterior del nervio cubital. En muchos casos, el nervio se mueve de su lugar de atrás del epicóndilo medial a un nuevo lugar enfrente de él. Mover el nervio al frente del epicóndilo medial evita que quede atrapado en el reborde óseo y que se estire cuando dobla el codo. Este procedimiento se llama transposición anterior del nervio cubital.

El nervio se puede mover para que quede debajo de la piel y la grasa pero arriba del músculo (transposición subcutánea), o dentro del músculo (transposición intermuscular) o debajo del músculo (transposición submuscular).



Para la transposición del nervio cubital, se hace una incisión a lo largo de la parte interior del codo (imagen) o a lo largo de la parte posterior del codo.

Epicondilectomía medial. Otra opción para liberar el nervio es extirpar parte del epicóndilo medial. Al igual que la transposición del nervio cubital, esta técnica también previene que el nervio quede atrapado en el reborde óseo y se estire cuando se dobla el codo.

Recuperación de intervenciones quirúrgicas

Dependiendo del tipo de cirugía que tenga, quizás pueda necesitar usar una férula durante algunas semanas después de la operación. Una transposición submuscular usualmente requiere más tiempo con férula (de 3 a 6 semanas).

Su cirujano puede recomendar ejercicios de terapia física para ayudarlo a recuperar la fuerza y el movimiento de su brazo.

Resultado de la cirugía

Los resultados de la cirugía son generalmente buenos. Cada método de cirugía tiene una tasa de éxito semejante para los casos de rutina de compresión del nervio. Si el nervio está muy comprimido o si hay atrofia muscular, el nervio podría no volver a la normalidad y algunos síntomas pueden persistir aún después de la cirugía. Los nervios se recuperan lentamente, y puede tomar mucho tiempo saber qué tan bien quedará un nervio después de la cirugía.

AAOS does not endorse any treatments, procedures, products, or physicians referenced herein. This information is provided as an educational service and is not intended to serve as medical advice. Anyone seeking specific orthopaedic advice or assistance should consult his or her orthopaedic surgeon, or locate one in your area through the AAOS "Find an Orthopaedist" program on this website.

CONTAMINACIÓN Y MEDIO AMBIENTE



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

Calidad del aire ambiente (exterior) y salud

REFINERÍA DE CEPSA EN ALGECIRAS -CADÍZ





CONTAMINACIÓN DEL AIRE: CIFRAS Y DATOS

*La contaminación del aire representa un importante riesgo medioambiental para la salud. Mediante la disminución de los niveles de contaminación del aire los países pueden reducir la carga de morbilidad derivada de accidentes cerebrovasculares, cánceres de pulmón y neumopatías crónicas y agudas, entre ellas el asma.

* Cuantos más bajos sean los niveles de contaminación del aire mejor será la salud cardiovascular y respiratoria de la población, tanto a largo como a corto plazo.

**Las Directrices de la OMS sobre la Calidad del Aire* ofrecen una evaluación de los efectos sanitarios derivados de la contaminación del aire, así como de los niveles de contaminación perjudiciales para la salud.

*En 2014, el 92% de la población vivía en lugares donde no se respetaban las Directrices de la OMS sobre la calidad del aire.

*Según estimaciones de 2012, la contaminación atmosférica en las ciudades y zonas rurales de todo el mundo provoca cada año 3 millones de defunciones prematuras.

*Un 88% de esas defunciones prematuras se producen en países de ingresos bajos y medianos, y las mayores tasas de morbilidad se registran en las regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental de la OMS.

*Las políticas y las inversiones de apoyo a medios de transporte menos contaminantes, viviendas energéticamente eficientes, generación de electricidad y

mejor gestión de residuos industriales y municipales permitirían reducir importantes fuentes de contaminación del aire en las ciudades.

*La reducción de las emisiones domésticas derivadas de sistemas energéticos basados en el carbón y la biomasa, así como de la incineración de desechos agrícolas (por ejemplo, la producción de carbón vegetal), permitiría limitar importantes fuentes de contaminación del aire en zonas periurbanas y rurales de las regiones en desarrollo.

*La disminución de la contaminación del aire reduce las emisiones de CO₂ y de contaminantes de corta vida tales como las partículas de carbono negro y el metano, y de ese modo contribuye a mitigar el cambio climático a corto y largo plazo.

*Además de la contaminación del aire exterior, el humo en interiores representa un grave riesgo sanitario para unos 3000 millones de personas que cocinan y calientan sus hogares con combustibles de biomasa y carbón.

Antecedentes

La contaminación del aire representa un importante riesgo medioambiental para la salud, bien sea en los países desarrollados o en los países en desarrollo.

La OMS estima que un 72% de las defunciones prematuras relacionadas con la contaminación del aire exterior en 2012 se debieron a cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular, mientras que un 14% se debieron a neumopatía obstructiva crónica o infección aguda de las vías respiratorias inferiores, y un 14% a cáncer de pulmón.

Algunas muertes pueden atribuirse a más de un factor de riesgo al mismo tiempo. Por ejemplo, tanto el consumo de tabaco como la contaminación del aire ambiente pueden provocar cáncer de pulmón. Algunas de las muertes por cáncer de pulmón podrían haberse evitado con la mejora de la calidad del aire ambiente o con la reducción del consumo de tabaco.

Una evaluación de 2013 realizada por la Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer de la OMS determinó que la contaminación del aire exterior es carcinógena para el ser humano, y que las partículas del aire contaminado están estrechamente relacionadas con la creciente incidencia del cáncer, especialmente el cáncer de pulmón. También se ha observado una relación entre la contaminación del aire exterior y el aumento del cáncer de vías urinarias y vejiga.

Según estimaciones de 2012, la contaminación atmosférica en las ciudades y zonas rurales de todo el mundo provoca cada año 3 millones de defunciones prematuras; esta mortalidad se debe a la exposición a pequeñas partículas de 10 micrones de diámetro (PM₁₀) o menos, que pueden causar cardiopatías, neumopatías y cáncer.

Los habitantes de países de ingresos bajos y medianos sufren desproporcionadamente la carga de morbilidad derivada de la contaminación del aire exterior, lo que se constata por el hecho de que el 87%, de los 3 millones de defunciones prematuras, se producen en esos países, y la mayor carga de morbilidad se registra en las regiones del Pacífico Occidental y el Asia Sudoriental de la OMS. Las últimas estimaciones de la carga de morbilidad reflejan el importantísimo papel que cabe a la contaminación del aire en las cardiopatías y las defunciones prematuras; mucho más de lo que creían los científicos anteriormente.

La mayoría de las fuentes de contaminación del aire exterior están más allá del control de las personas, y requieren medidas por parte de las ciudades, así como de las instancias normativas nacionales e internacionales en sectores tales como transporte, gestión de residuos energéticos, construcción y agricultura.

Existen numerosos ejemplos de políticas fructíferas relativas a los sectores de transporte, planificación urbana, generación de electricidad e industria, que permiten reducir la contaminación del aire:

***industria:** utilización de tecnologías limpias que reduzcan las emisiones de chimeneas industriales; gestión mejorada de desechos urbanos y agrícolas, incluida la recuperación del gas metano de los vertederos como una alternativa a la incineración (para utilizarlo como biogás);



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

transporte: adopción de métodos limpios de generación de electricidad; priorización del transporte urbano rápido, las sendas peatonales y de bicicletas en las ciudades, y el transporte interurbano de cargas y pasajeros por ferrocarril; utilización de vehículos pesados de motor diesel más limpios y vehículos y combustibles de bajas emisiones, especialmente combustibles con bajo contenido de azufre;



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Planificación urbana: mejoramiento de la eficiencia energética de los edificios y concentración de las ciudades para lograr una mayor eficiencia;

Generación de electricidad: aumento del uso de combustibles de bajas emisiones y fuentes de energía renovable sin combustión (solar, eólica o hidroeléctrica); generación conjunta de calor y electricidad; y generación distribuida de energía (por ejemplo, generación de electricidad mediante redes pequeñas y paneles solares).

Gestión de desechos municipales y agrícolas: estrategias de reducción, separación, reciclado y reutilización o reelaboración de desechos, así como métodos mejorados de gestión biológica de desechos tales como la digestión anaeróbica para producir biogás, mediante métodos viables y alternativas económicas en sustitución de la incineración de desechos sólidos. En casos en que la incineración sea inevitable, será crucial la utilización de tecnologías de combustión con rigurosos controles de emisión.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Además de la contaminación del aire exterior, el humo en interiores representa un grave riesgo para la salud de unos 3000 millones de personas que cocinan y calientan sus hogares con combustibles de biomasa y carbón. Unos 4,3 millones de defunciones prematuras ocurridas en 2012 eran atribuibles a la contaminación del aire en los hogares. Casi todas se produjeron en países de ingresos bajos y medianos.

Las Directrices de la OMS sobre la Calidad del Aire publicadas en 2005 ofrecen orientación general relativa a umbrales y límites para contaminantes atmosféricos clave que entrañan riesgos sanitarios. Las Directrices señalan que mediante la reducción de la contaminación con partículas (PM_{10}) de 70 a 20 microgramos por metro cúbico ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) es posible reducir en un 15% el número de defunciones relacionadas con la contaminación del aire.

Las Directrices se aplican en todo el mundo y se basan en la evaluación, realizada por expertos, de las pruebas científicas actuales concernientes a:

*partículas (PM)

*ozono (O_3)

*dióxido de nitrógeno (NO_2) y

*dióxido de azufre (SO_2), en todas las regiones de la OMS.

Partículas

Definición y fuentes principales

Las partículas más perjudiciales para la salud son las de 10 micrones de diámetro, o menos ($\leq PM_{10}$), que pueden penetrar y alojarse en el interior profundo de los pulmones. La exposición crónica a las partículas agrava el riesgo de desarrollar cardiopatías y neumopatías, así como cáncer de pulmón.

Generalmente, las mediciones de la calidad del aire se notifican como concentraciones medias diarias o anuales de partículas PM_{10} por metro cúbico (m^3) de aire. Las mediciones sistemáticas de la calidad del aire describen esas concentraciones de PM expresadas en microgramos (μ)/ m^3 . Cuando se dispone de instrumentos de medición suficientemente sensibles, se notifican también las concentraciones de partículas finas ($PM_{2,5}$ o más pequeñas).

Efectos sobre la salud

Existe una estrecha relación cuantitativa entre la exposición a altas concentraciones de pequeñas partículas (PM_{10} y $PM_{2,5}$) y el aumento de la mortalidad o morbilidad diaria y a largo plazo. A la inversa, cuando las concentraciones de partículas pequeñas y finas son reducidas, la mortalidad conexas también desciende, en el supuesto de que otros factores se mantengan sin cambios. Esto permite a las instancias normativas efectuar proyecciones relativas al mejoramiento de la salud de la población que se podría esperar si se redujera la contaminación del aire con partículas.

La contaminación con partículas conlleva efectos sanitarios incluso en muy bajas concentraciones; de hecho, no se ha podido identificar ningún umbral por debajo del cual no se hayan observado daños para la salud. Por consiguiente, los límites de la directriz de 2005 de la OMS se orientan a lograr las concentraciones de partículas más bajas posibles.

Valores fijados en las Directrices

$PM_{2,5}$

10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de media anual

25 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de media en 24h

PM_{10}

20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de media anual

50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ de media en 24h

Además de los valores, las Directrices sobre la Calidad del Aire establecen metas intermedias para concentraciones de PM_{10} y $PM_{2,5}$ destinadas a promover una reducción gradual, de concentraciones altas a otras más bajas.

Si se alcanzaran esas metas intermedias se podrían esperar reducciones importantes de los riesgos de enfermedades agudas y crónicas derivadas de la contaminación del aire. No obstante, los valores establecidos en las Directrices deberían ser el objetivo final.

Los efectos sanitarios de las partículas provienen de la exposición que actualmente experimentan muchas personas, tanto en las zonas urbanas como rurales, bien sea en los países desarrollados o en los países en desarrollo, aun cuando la exposición en muchas ciudades en rápido desarrollo suele ser actualmente muchísimo más alta que en ciudades desarrolladas de tamaño comparable.

En las *Directrices de la OMS sobre la Calidad del Aire se estima* que una reducción media anual de las concentraciones de partículas (PM_{10}) de 70 microgramos/ m^3 , común en muchas ciudades en desarrollo, a 20 microgramos/ m^3 , permitiría reducir el número de defunciones relacionadas con la contaminación en aproximadamente un 15%. Sin embargo, incluso en la Unión Europea, donde las concentraciones de PM de muchas ciudades cumplen los niveles fijados en las Directrices, se estima que la exposición a partículas de origen antropogénico reduce la esperanza media de vida en 8,6 meses.

En los países en desarrollo, la exposición a contaminantes en el interior de las viviendas como consecuencia del uso de combustibles sólidos en estufas abiertas o cocinas tradicionales incrementa el riesgo de infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, así como las tasas de mortalidad conexas entre los niños pequeños; la contaminación del aire interior derivada del uso de combustibles sólidos es también un importante factor de riesgo de cardiopatías, neumopatía obstructiva crónica y cáncer de pulmón en los adultos.

Existen graves riesgos sanitarios no solo por exposición a las partículas, sino también al ozono (O_3), el dióxido de nitrógeno (NO_2) y el dióxido de azufre (SO_2). Como en el caso de las partículas, las concentraciones más elevadas suelen encontrarse en las zonas urbanas de los países de ingresos bajos y medianos. El ozono es un importante

factor de mortalidad y morbilidad por asma, mientras que el dióxido de nitrógeno y el dióxido de azufre pueden tener influencia en el asma, los síntomas bronquiales, las alveolitis y la insuficiencia respiratoria.

Ozono (O₃)

Valores fijados en las Directrices

O₃

100 µg/m³ de media en 8h

El límite recomendado en las *Directrices de la OMS sobre la Calidad del Aire*, de 2005, se redujo del nivel de 120 µg/m³ establecido en ediciones precedentes de esas Directrices^{1 y 2}, a raíz de pruebas concluyentes sobre la relación entre la mortalidad diaria y concentraciones de ozono inferiores.

Definición y fuentes principales

El ozono a nivel del suelo —que no debe confundirse con la capa de ozono en la atmósfera superior— es uno de los principales componentes de la niebla tóxica. Éste se forma por la reacción con la luz solar (fotoquímica) de contaminantes como los óxidos de nitrógeno (NO_x) procedentes de las emisiones de vehículos o la industria y los compuestos orgánicos volátiles (COV) emitidos por los vehículos, los disolventes y la industria. Los niveles de ozono más elevados se registran durante los períodos de tiempo soleado.

Efectos sobre la salud

El exceso de ozono en el aire puede producir efectos adversos de consideración en la salud humana. Puede causar problemas respiratorios, provocar asma, reducir la función pulmonar y originar enfermedades pulmonares. Actualmente se trata de uno de los contaminantes atmosféricos que más preocupan en Europa. Diversos estudios europeos han revelado que la mortalidad diaria y mortalidad por cardiopatías aumentan un 0,3% y un 0,4% respectivamente con un aumento de 10 µg/m³ en la concentración de ozono.

Dióxido de nitrógeno (NO₂)

Valores fijados en las Directrices

NO₂

40 µg/m³ de media anual

200 µg/m³ de media en 1h

El valor actual de 40 µg/m³ (de media anual) fijado en las Directrices de la OMS para proteger a la población de los efectos nocivos para la salud del NO₂ gaseoso no ha cambiado respecto al recomendado en las directrices anteriores.

Definición y fuentes principales

Como contaminante atmosférico, el NO₂ puede correlacionarse con varias actividades:

- En concentraciones de corta duración superiores a 200 µg/m³, es un gas tóxico que causa una importante inflamación de las vías respiratorias
- Es la fuente principal de los aerosoles de nitrato, que constituyen una parte importante de las PM_{2,5} y, en presencia de luz ultravioleta, del ozono.

Las principales fuentes de emisiones antropogénicas de NO₂ son los procesos de combustión (calefacción, generación de electricidad y motores de vehículos y barcos).

Efectos sobre la salud

Estudios epidemiológicos han revelado que los síntomas de bronquitis en niños asmáticos aumentan en relación con la exposición prolongada al NO₂. La disminución del desarrollo de la función pulmonar también se asocia con las concentraciones de NO₂ registradas (u observadas) actualmente en ciudades europeas y norteamericanas.

Dióxido de azufre (SO₂)

Valores fijados en las Directrices

SO₂

20 µg/m³ media en 24h

500 µg/m³ de media en 10 min

La concentración de SO₂ en períodos promedio de 10 minutos no debería superar los 500 µg/m³. Los estudios indican que un porcentaje de las personas con asma experimenta cambios en la función pulmonar y síntomas respiratorios tras períodos de exposición al SO₂ de tan solo 10 minutos.

La revisión de la directriz referente a la concentración de SO₂ en 24 horas, que ha descendido de 125 a 20 µg/m³, se basa en las siguientes consideraciones:

- Los efectos nocivos sobre la salud están asociados a niveles de SO₂ muy inferiores a los aceptados hasta ahora.
- Se requiere mayor grado de protección.
- Pese a las dudas que plantea todavía la causalidad de los efectos de bajas concentraciones de SO₂, es probable que la reducción de las concentraciones disminuya la exposición a otros contaminantes.

Definición y fuentes principales

El SO₂ es un gas incoloro con un olor penetrante que se genera con la combustión de fósiles (carbón y petróleo) y la fundición de menas que contienen azufre. La principal fuente antropogénica del SO₂ es la combustión de fósiles que contienen azufre usados para la calefacción doméstica, la generación de electricidad y los vehículos a motor.

Efectos sobre la salud

SO₂ puede afectar al sistema respiratorio y las funciones pulmonares, y causa irritación ocular. La inflamación del sistema respiratorio provoca tos, secreción mucosa y agravamiento del asma y la bronquitis crónica; asimismo, aumenta la propensión de las personas a contraer infecciones del sistema respiratorio. Los ingresos hospitalarios por cardiopatías y la mortalidad aumentan en los días en que los niveles de SO₂ son más elevados. En combinación con el agua, el SO₂ se convierte en ácido sulfúrico, que es el principal componente de la lluvia ácida que causa la deforestación.

La OMS ayudará a los Estados Miembros en el intercambio de información sobre enfoques eficaces, métodos de análisis sobre exposición y vigilancia de las repercusiones de la contaminación en la salud.

Respuesta de la OMS

*La OMS desarrolla y elabora directrices sobre la calidad del aire en las que recomienda límites máximos de exposición a los principales contaminantes del aire.

*La OMS realiza evaluaciones sanitarias minuciosas de diferentes tipos de contaminantes atmosféricos, incluidas las partículas, el carbono negro, el ozono, etc.

*La OMS obtiene pruebas científicas relativas a la relación entre la contaminación del aire y determinadas enfermedades, incluidas cardiopatías, neumopatías y cánceres, y realiza estimaciones de la carga de morbilidad mundial y regional derivada de la exposición actual a la contaminación del aire.

*En la serie *Health in the Green Economy*, publicada por la OMS, se evalúan los beneficios sanitarios asociados a las medidas relativas a mitigación del clima y eficiencia energética que permiten reducir la contaminación del aire derivada de la actividad doméstica, el transporte y otros sectores económicos principales.

*En *Measuring health gains from sustainable development*, la OMS propuso establecer indicadores de la contaminación del aire que sirvieran de marcadores del progreso hacia los objetivos de desarrollo sostenible en las ciudades y el sector energético.

*La OMS presta asistencia a los Estados Miembros en relación con el intercambio de información sobre enfoques fructíferos concernientes a métodos de evaluación de la exposición y seguimiento de las consecuencias sanitarias de la contaminación.

*El *Programa Paneuropeo de Transporte, Salud y Medio Ambiente* copatrocinado por la OMS ha desarrollado un modelo de cooperación regional y multisectorial entre los Estados Miembros, con el fin de mitigar la contaminación del aire y las consecuencias sanitarias relacionadas con el sector del transporte, y ha elaborado instrumentos de evaluación de los beneficios sanitarios derivados de esas medidas de mitigación.

/Fuente: Organización Mundial de la Salud/

USO DEL AGUA EN GANADERÍA



TAGS (Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

El agua es un elemento indispensable para la vida, dentro del organismo animal cumple una serie de funciones, por lo tanto, es un alimento indispensable para el animal y su manejo dentro del sector ganadero.

El agua tiene diversas funciones dentro de un organismo animal como formar parte de los tejidos, ser un medio de transporte para los nutrientes y los materiales de desecho, ayudar a mantener la temperatura corporal, lubricar las articulaciones, ser componente de muchas reacciones químicas básicas, etc.

Es el primer constituyente para el organismo suponiendo entre 75-80% del músculo y sobre el 50-55% del peso vivo de una cerda reproductora. Los cerdos beben entre 2,5 y 3 veces el consumo de pienso.

Es por tanto, un factor muy importante que el agua de bebida suministrada los animales sea potable, de calidad y cantidad suficientes para que el rendimiento de la explotación sea óptimo.

El agua que llega a las explotaciones puede ser potable en origen, pero no serlo cuando llega al punto de bebida del animal. En el medio cálido y húmedo de la explotación se produce una fuerte contaminación bacteriana de los depósitos, los bebederos y las conducciones (biofilm).

Biofilm

La naturaleza de las aguas cada vez presenta una mayor contaminación bacteriológica, un pH más elevado y una mayor cantidad de elementos químicos. Todo esto, unido a los tratamientos posteriores en las naves (medicaciones, cloraciones, etc.) hace que se forme una capa llamada biofilm. El biofilm es un ecosistema microbiano organizado, conformado por uno o varios microorganismos asociados a una superficie viva o inerte formando una masa gelatinosa que puede crear un recubrimiento de las conducciones que sirve como reservorio para los microorganismos. Esta masa gelatinosa puede llegar a obstruir totalmente las conducciones del agua.

La formación del biofilm se ve favorecida por:

- *Medicaciones con elevado nivel de azúcares
- *Deficiente aplicación de métodos de higienización
- *Dureza, temperatura, materia orgánica
- *Algunos ácidos orgánicos
- *Desequilibrio de la flora al añadir tratamientos antibióticos y algunos de sus excipientes Etc

Todo esto afecta a la eficacia de la desinfección y medicación del agua. ¿Cómo lo podemos controlar?

/Fuente: Mundo Ganadero/



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).

INEXISTENCIA DE DEFECTUOSA ASISTENCIA SANITARIA: SE INFORMÓ DEL PROCESO, COMPLICACIONES Y ALTERNATIVAS.-

Desestimación de responsabilidad por defectuosa asistencia sanitaria. Se informó al paciente sobre el proceso, complicaciones y alternativas al tratamiento, así como a sus familiares.

Sentencia T.S. 694/2010 (Sala 1) de 29 de Octubre

Visto por la Sala Primera del Tribunal Supremo, el recurso de casación contra la sentencia dictada en grado de apelación por la Sección Tercera de la Audiencia Provincial de Badajoz, como consecuencia de autos de juicio ordinario 108/2006, seguidos ante el Juzgado de Primera Instancia número 3 de Mérida, cuyo recurso fue preparado ante la Audiencia Provincial de Badajoz por la representación procesal Don Erasmo. Habiendo comparecido en calidad de recurrida La Entidad Mercantil Zurich España.

ANTECEDENTES DE HECHO

1.- Se interpuso demanda de juicio ordinario, contra La Entidad de Seguros Zurich España Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. alegando los hechos y fundamentos de derecho que consideró de aplicación, terminó suplicando al Juzgado se dictara sentencia por la que se declare: Que las secuelas, daños y perjuicios que presenta el actor, traen causa de la deficiente asistencia sanitaria prestada en Instituciones Sanitarias dependientes del Insalud (hoy Ses) y aseguradas por la demandada. Que se ha omitido de forma permanente el fundamental derecho a la información del paciente sobre su proceso, complicaciones y/o alternativas al tratamiento así como a sus familiares sobre las complicaciones surgidas por lo que, surgido el daño y por esta circunstancia exclusivamente también, proceda indemnizar al mismo. Que es responsable civil directa de los daños y perjuicios y de su reparación la Compañía Aseguradora Zurich España Compañía de Seguros y Reaseguros S.A. demandada, al tener cubierto este riesgo de los responsables. Que procede en consecuencia con lo anterior indemnizar a nuestro representado en la cantidad de 500.000 euros (Quinientos mil euros) y según el detalle de cálculo recogido en el hecho séptimo de esta demanda por las circunstancias reseñadas y en base a los daños y perjuicios que quedan acreditados, así como los intereses del art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro desde la fecha del siniestro y que se corresponde con el de la intervención de la que traen causa irreversible los daños padecidos (30/5/02).

2.- El Ilmo. Sr. Magistrado-Juez del Juzgado de Primera Instancia número 3, dictó sentencia con fecha dos de noviembre de 2006, cuya parte dispositiva es como sigue: FALLO: Que debo desestimar y desestimo íntegramente la demanda presentada en nombre y representación de Don Erasmo, que dio lugar a los autos de Juicio Ordinario seguidos ante este Juzgado bajo el número 108/06 , contra Zurich España Compañía de Seguros y Reaseguros S.A, absolviendo a la demandada de las pretensiones obradas de contrario, con imposición de costas a la parte demandante.

3.- Interpuesto recurso de apelación por la representación procesal de Erasmo, la Sección Tercera de la Audiencia Provincial de Badajoz, dictó sentencia con fecha 9 de Marzo de 2007, cuya parte dispositiva es como sigue: FALLAMOS: Que desestimando el recurso, debemos confirmar y confirmamos la Sentencia del Juzgado de Primera Instancia n.º tres de Mérida en los autos n.º 108/2006 . Con imposición de las costas de segunda instancia a la parte recurrente.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

Primero.—El recurso interpuesto trae causa de la reclamación promovida por Don Erasmo, con base en la responsabilidad extracontractual o aquiliana del artículo 1902 del CC, únicamente contra la compañía aseguradora del centro sanitario, por las secuelas padecidas por aquél a consecuencia de una intervención quirúrgica de un “lipoma gigante” en el gemelo de la pierna izquierda, que le ha incapacitado para cualquier actividad y que ha determinado que tenga que llevar una taconera de por vida así como la necesidad de someterse a un tratamiento permanente en la unidad del dolor y asistencia psíquica.

La Audiencia Provincial de Badajoz, confirmó los términos desestimatorios de la Sentencia de Primera instancia, por considerar: primero, que en el “consentimiento informado” suscrito por el paciente constaban con claridad los riesgos de la

intervención, y, segundo, que no resulta probada la existencia de negligencia alguna por vulneración de la *lex artis ad hoc*.

Segundo.—El recurso de casación interpuesto se articula en tres motivos: el primero, por infracción de los arts. 1.1 y 10.1 de la Constitución, 10.5 de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad, así como distintos preceptos de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Convenio para la Protección de los Derecho Humanos y de las Libertades Fundamentales y 217 LEC en relación a la doctrina de esta Sala y el Tribunal Constitucional, por considerar que el consentimiento informado suscrito por el recurrente no se habría hecho constar el gravísimo riesgo que la intervención conllevaba. El segundo, por infracción de los arts. 1902 y 1903 CC y 217.4 LEC, de acuerdo con la jurisprudencia de esta Sala sobre el riesgo desproporcionado en relación al riesgo informado y asumido con las secuelas finalmente producidas en el supuesto de hecho; y, tercero, por infracción de los arts. 1, 25 y 28 de la Ley 25/1984, de 16 de julio, General para la Defensa de Consumidores y Usuarios, con relación a la jurisprudencia de esta Sala.

Cabe incidir que los motivos primero y segundo del recurso en cuanto invocan parcialmente la infracción de precepto procesal (art. 217 LEC) incurren en la causa de inadmisión de plantear una cuestión procesal que excede la vía casacional ejercitada y propia del recurso extraordinario por infracción procesal, sin eludir, además, que el recurrente está haciendo supuesto de la cuestión respecto a la apreciación de la Sala a quo sobre el “consentimiento informado” suscrito por el paciente en cuanto implica una nueva valoración de la prueba practicada en primera instancia pretendiendo no dar por probado algo lo que está, como es la información que se le proporcionó y que se contiene en el documento aportado por él mismo, “donde constan con meridiana claridad, y con su firma, los extremos puestos oportunamente en su conocimiento: contenido de los actos médico- clínicos que se proyecta acometer, y riesgos posibles, entre ellos el de lesión “vásculo-nerviosa”, que, en definitiva, es la clase a la que, pericialmente, ha quedado demostrado pertenece el que, al materializarse dentro del posoperatorio, dio, en esencia, origen a las dolencias y perjuicios corporales por los que se exige responsabilidad en el proceso”.

Debe añadirse en cuanto al segundo y al tercer motivo que pretenden poner en evidencia principios fundamentales de la responsabilidad civil médica, que ni han sido aplicados en la sentencia, ni responden a los criterios establecidos por la jurisprudencia más reciente de esta Sala sobre la materia.

Como señala la Sentencia de 20 de noviembre de 2009:

1.º) En el ámbito de la responsabilidad del profesional médico debe descartarse la responsabilidad objetiva y una aplicación sistemática de la técnica de la inversión de la carga de la prueba, desaparecida en la actualidad de la LEC, salvo para supuestos debidamente tasados (art. 217.5 LEC). El criterio de imputación del art. 1902 CC se funda en la culpabilidad y exige del paciente la demostración de la relación o nexo de causalidad y la de la culpa en el sentido de que ha quedar plenamente acreditado en el proceso que el acto médico o quirúrgico enjuiciado fue realizado con infracción o no-sujeción a las técnicas médicas o científicas exigibles para el mismo (STS 24 de noviembre de 2005; 10 de junio 2008).

2.º) El daño médico desproporcionado es aquél no previsto ni explicable en la esfera de la actuación profesional médico- sanitaria (SSTS 23 de mayo y 8 de noviembre de 2007). En estos casos en virtud del principio de facilidad y proximidad probatoria, el profesional médico puede estar obligado a probar las circunstancias en que el daño se produjo si se presenta en la esfera de su actuación profesional y no es de los que habitualmente se originan sino por razón de una conducta negligente, cuyo enjuiciamiento debe realizarse teniendo en cuenta, como máxima de experiencia, la necesidad de dar una explicación que recaea sobre el que causa un daño no previsto ni explicable, de modo que la ausencia u omisión de la misma puede determinar la imputación (SSTS de 23 de mayo de 2007, 8 de noviembre 2007; 10 de junio y 23 de octubre 2008). En el presente caso, se explica el daño y la actuación del facultativo que le intervino, habiendo descartando las pruebas cualquier mala praxis causalmente vinculada a las lesiones padecidas por el actor.

3.º) Según la más reciente jurisprudencia, dada su específica naturaleza, la responsabilidad fundada en la Ley de Consumidores y Usuarios no afecta a los actos médicos propiamente dichos, dado que es inherente a los mismos la aplicación de criterios de responsabilidad fundados en la negligencia por incumplimiento de la lex artis ad hoc. Por consiguiente, la responsabilidad establecida por la legislación de consumidores únicamente es aplicable en relación con los aspectos organizativos o de prestación de servicios sanitarios (SSTS de 5 de febrero de 2001; 26 de marzo de 2004; 17 de noviembre de 2004; 5 de enero y 26 de 2007; 4 de junio 2009); aspectos estos que no han sido cuestionados en el recurso ni en la sentencia.

FALLAMOS

No ha lugar al recurso de casación interpuesto por la representación procesal de D. Erasmo, frente a la sentencia dictada por la Sección Tercera de la Audiencia Provincial de Badajoz, con sede en Mérida, de fecha 9 de marzo de 2007, con expresa imposición de las costas a la parte recurrente.

LA DENUNCIA



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

COMUNICADO SOBRE LA RECIENTE AGRESIÓN SUFRIDA A UNA MÉDICA EN ZARAGOZA



La Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) condena y lamenta profundamente la agresión sufrida a una profesional médica de Familia el pasado viernes 22 de junio en Zaragoza, tras acudir al domicilio de un paciente que había solicitado asistencia sanitaria.

La doctora, quien fue agredida físicamente, retenida en la vivienda durante 45 minutos y amenazada con un cuchillo, no ha sufrido lesiones graves, salvo algunas magulladuras, y sigue sin reincorporarse a su puesto de trabajo dado el estado de shock en el que todavía se encuentra. SEMERGEN considera insostenible la situación de desprotección y desamparo que viven diariamente los profesionales sanitarios de toda España, en donde cada vez más frecuentemente se están sucediendo agresiones y situaciones tan lamentables como la recientemente ocurrida, que significan la falta de respeto y la inexistencia de un trato digno a los profesionales que permita ofrecer una óptima atención sanitaria. La indefensión a la que tantos médicos de Familia deben enfrentarse diariamente cuando acuden a los domicilios de los pacientes y la que viven en las propias consultas de Atención Primaria es una realidad cada vez más evidente que no hace sino repercutir negativamente en la salud de los profesionales sanitarios, así como en la calidad del cuidado del paciente. Por este motivo, SEMERGEN exige que se ponga fin a esta lacra a través de la puesta en marcha de medidas eficaces que disminuyan el riesgo y la indefensión que sufren los profesionales sanitarios, a la vez que se demanda a la Administración Sanitaria una dotación presupuestaria acorde con las necesidades reales de la Atención Primaria, en donde el primer nivel asistencial no quede relegado a un segundo plano sin recursos materiales y humanos suficientes.

Desde la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria se sugiere la dotación de dispositivos de emergencia que permitan avisar a la Policía Nacional y al Centro de Salud al que pertenece el médico de Familia de la situación de riesgo que se está produciendo, a fin de que se pueda solventar tan pronto como sea posible.

Para finalizar, se informa que diversas Sociedades Científicas, entre ellas SEMERGEN, y el Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza convocan una concentración el próximo miércoles 27 de junio a las 19.30h en la Plaza Diego Velázquez de Zaragoza, para reivindicar una atención a los pacientes más segura y coordinada, y en donde se leerá públicamente un manifiesto realizado por todas las partes.



¡NO Y MIL VECES NO! NUNCA ESTAREMOS DE ACUERDO CON LAS AGRESIONES A LOS PROFESIONALES.

Pero no es menos cierto, que pedimos que se respeten los derechos de los pacientes, que se les respeten como personas y como enfermos.

Pero, si continuamos pidiendo a Jueces y Fiscales, que se tomen más en serio las quejas y denuncias que puedan formularle los enfermos o sus familiares.

¿Cuántos pacientes han tenido o, tienen que soportar una mala intervención quirúrgica, un mal tratamiento?, ¿Cuántos fiscales o jueces dan la razón al paciente?.

¿Se preguntaron alguna vez, el calvario que debe padecer un enfermo que le realizaron una mala intervención quirúrgica o un mal diagnóstico, hasta que un Juez le dé la razón?.

¿Se preguntaron alguna vez, que si el paciente no tiene suficientes recursos económicos, tendrá que vivir con el “desastre” que le realizara el médico?

Pedimos que para estos casos, la justicia sea GRATUITA, para pacientes que no superen los TREINTA Y CINCO MIL EUROS ANUALES (35.000 euros por años)

TARRAGONA-FALTA DE LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO

La limpieza, la sanidad y el mantenimiento, es un tema prohibido para el Ayuntamiento de Tarragona

Cleaning, sanitation and maintenance is a prohibited topic for Tarragona City Council

A V LA FLORESTA LA FLORESTA 16 08 2018



BARRIO LA GRANJA-TARRAGONA- 19-08-18



DESPUES DE LAS LLUVIAS ¿DÓNDE ESTA LA LIMPIEZA? 13-10-2018



PLAZA DE LAS OLIVERAS BARRIO DE CAMPO CLARO TARRAGONA, TAMBIEN LE PODRIAMOS LLAMAR, PLAZA DE LOS LOS MARGINADOS (Hace más de CINCO DIAS que esto se encuentra en estas condiciones)

/PLAZA DE LAS OLIVERAS BARRIO DE CAMPO CLARO TARRAGONA, YOU CAN ALSO CALL IT, PLAZA DE LOS LOS MARGINADOS (More than FIVE DAYS this is in these conditions)/



Último tramo de la rambla del PONENT, zona donde viven los **MARGINADOS**

Dentro de pocos días, quedara constituida una nueva asociación de vecinos, creo que ya serán CINCO, mi pregunta ¿para qué tantas asociaciones?, ¿si ya no quedan enchufes de conexión en los edificios del ayuntamiento de Tarragona!, ¿si ninguna hace nada por dar solución a los graves problemas de convivencia, seguridad y mantenimiento!.

Si al Barrio de Campo Claro –Tarragona-, se le clasifica como; Selva salvaje y Barrio sin ley.

¿Para qué hacer una asociación más?, ¿más división?, ¿más enfrentamientos?, ¿no creen que sería mucho más beneficioso convocar una asamblea general con las personas que queremos vivir como las personas y decir “BASTA”?.

Los que no entiendan que los parques, calles, plazas y todo espacio público, es para el uso y disfrute de todos los ciudadanos, tenemos la obligación de conservarlos, NO DESTROZARLOS.

Los que no quieran entender que debe respetar su entorno, si se declaran “insolventes”, que realicen labores sociales, por el importe de lo destrozado o no respetado.

¡Cuidado!, no siempre el culpable es el Ayuntamiento, el Gobierno de la Generalitat, tiene GRAN PARTE DE CULPA, por no hacer un estudio exhaustivo a las personas a las que se les entregan una vivienda, todo ser humano, tiene derecho a una vivienda digna, ¡pero cuidado!, todo ser humano, tiene la obligación de conservarla y saber convivir en el resto de la sociedad.

SI SE QUIERE, SE PUEDE

/ Within a few days, a new neighborhood association will be established, I think it will be FIVE, my question, why so many associations? If there are no connection plugs in the buildings of the Tarragona City Hall anymore, if none of them do anything for solving the serious problems of coexistence, security and maintenance !.

If the Campo Claro District -Tarragona-, it is classified as; Wild jungle and lawless neighborhood.

Why make another association? More division? More confrontations? Do not you think that it would be much more beneficial to convene a general assembly with the people we want to live as people and say "ENOUGH"?

Those who do not understand that the parks, streets, squares and all public space, is for the use and enjoyment of all citizens, we have the obligation to conserve them, NOT TO DESTROY THEM.

Those who do not want to understand that they must respect their environment, if they declare themselves "insolvent", that they perform social tasks, for the amount of what is destroyed or not respected.

Beware !, not always the culprit is the City Council, the Government of the Generalitat, has a GREAT PART OF GUILT, for not doing an exhaustive study to the people to whom they are given a home, every human being, has the right to a decent housing, but beware, every human being has the obligation to preserve it and know how to live in the rest of society/.

IF YOU WANT, YOU CAN

PARLA MADRID CALLE VALLADOLID

A las 16'00 día 04-09-18



PUEBLOS DE ESPAÑA



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

CABRA DEL SANTO CRISTO -JAEN-

Es un municipio español perteneciente a la provincia de Jaén y la comarca de Sierra Mágina, en Andalucía.

En el año 2016 contaba con 1.908 habitantes, está situada a 73 kilómetros de la capital de provincia, Jaén.



Ayuntamiento (Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Historia de Cabra del Santo Cristo

Restos aparecidos en diversas cuevas de la sierra de Cabra testimonian la presencia humana desde el **Neolítico**. A la **cultura de Almería** se puede adscribir el megalito del cerro de los Chotos, mientras que los importantes restos arqueológicos descubiertos a finales del XIX ponen de manifiesto la continuada presencia humana en estos lares, siendo durante el **Bronce** cuando se colonizan determinados promontorios cercanos a las terrazas irrigadas por los cursos de agua del término (arroyos del Nacimiento, Molino Barranco, Arroyo Santo...).

También, en base a hallazgos arqueológicos podemos atestiguar la presencia humana en este territorio durante la protohistoria, cuando el comercio y la cultura seguía abriéndose caminos por estos pasos que conectaban las costas mediterráneas del oriente andaluz con el valle del Guadalquivir. Vestigios **iberos**, así como de la **época romana** han aparecido en lugares muy cercanos al actual casco urbano. De época tardoantigua

también existen testimonios y Ximena Jurado dio cuenta del hallazgo de un “tesoro” **Visigodo**.

Como siempre, el problema del espacio nos obliga a resumir de forma muy breve los encantos que atesora este Pueblo.

El lector podrá apreciar el espectacular enclavamiento, rodeado de un entorno natural, de una tremenda belleza, quiero que con las pocas imágenes que se publican, puedan hacerse una idea de la singularidad y encanto de este Pueblo Andaluz

Con este brevísimo reportaje, he querido rendir homenaje a mi progenitora, tiempo tendré de poder hacer algún que otro artículo más.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Cabra del Santo Cristo

El municipio consta de tres localidades:

- **Cabra del Santo Cristo**, situada en la ladera de Sierra Cruzada
- **Estación de Cabra**
- **Estación de Huesa**

La estación de Huesa es una estación ferroviaria situada en el municipio español de Cabra del Santo Cristo, en la provincia de Jaén, comunidad autónoma de Andalucía. Actualmente no dispone de servicio de viajeros, tras la eliminación de la parada de los trenes Media Distancia, aunque puede ser utilizada como apartadero para efectuar cruces entre trenes de viajeros y de mercancías.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

La estación fue inaugurada el 22 de marzo de 1898 con la apertura del tramo Huesa-Alamedilla de la línea de férrea que pretendía unir Linares con el puerto de Almería hecho que no se alcanzó hasta 1904 dadas las dificultades encontradas en algunos tramos.² Su construcción corrió a cargo de la Compañi de los Caminos de Hierro del Sur de España que mantuvo su titularidad hasta 1929 cuando pasó a ser controla por la Compañía de los Ferrocarriles Andaluces. Andaluces, como así se le conocía popularmente ya llevaba años explotando la línea tras serle arrendada la misma en 1916.

Un alquiler no demasiado ventajoso y que se acabó cerrando con la anexión de la compañía. En 1936, durante la Segunda República Andaluces fue nacionalizada e integrada en la Compañía Nacional de los Ferrocarriles del Oeste debido a sus problemas económicos. Esta situación no duró mucho ya que en 1941, con la nacionalización de toda la red ferroviaria española, la estación pasó a manos de RENFE.

Desde el 2 de junio de 2013 deja de prestar servicio debido a la supresión de por parte del ministerio de Fomento de los servicios de Media Distancia que tenían parada en la estación.

POPULOSAS FIESTAS EN LA ESTACIÓN DE HUESA



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Cabra del Santo Cristo-Alicún:

La estación fue inaugurada el 22 de marzo de 1898 con la apertura del tramo Huesa-Alamedilla de la línea de férrea que pretendía unir Linares con el puerto de Almería hecho que no se alcanzó hasta 1904 dadas las dificultades encontradas en algunos tramos. Su construcción corrió a cargo de la Compañía de los Caminos de Hierro del Sur de España que mantuvo su titularidad hasta 1929 cuando pasó a ser controlada por la Compañía de los Ferrocarriles Andaluces. Andaluces, como así se le conocía popularmente ya llevaba años explotando la línea tras serle arrendada la misma en 1916.² Un alquiler no demasiado ventajoso y que se acabó cerrando con la anexión de la compañía. En 1936, durante la Segunda República, Andaluces fue nacionalizada e integrada en la Compañía Nacional de los Ferrocarriles del Oeste debido a sus problemas económicos. Esta situación no duró mucho ya que en 1941, con la nacionalización de toda la red ferroviaria española, la estación pasó a manos de RENFE.

SUS DERECHOS Y DEBERES



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

LOS ENGAÑOS DE LOS ESTAFADORES PARA HACERTE PAGAR

Por Lois C. Greisman

Subdirectora de la División de Prácticas de Comercialización, FTC

Esta es una de las primeras preguntas que recibimos de la gente: ¿Es esto una estafa? Independientemente de lo que sea “esto”, esta es nuestra mejor respuesta a esa pregunta: ¿Alguien te dijo que **solamente** puedes pagar con una transferencia de dinero, con una tarjeta de regalo o cargando dinero en una tarjeta que se puede recargar? Si así fue, entonces sí: es una estafa.

Este es un video que, en poco más de un minuto, te muestra algunas de las situaciones que vemos a diario –y lo que debes hacer para enfrentarlas.

Si alguien te dice que debes pagar para reclamar un premio, ayudar a alguien a salir de un problema o arreglar tu problema de impuestos con el (supuesto) IRS: nunca una persona legítima te va a decir que **tienes que** pagar mediante el envío de transferencias de dinero, tarjetas de iTunes o cargando dinero en una tarjeta MoneyPak, Vanilla Reload o Reloadit.

De modo que: mira este video. Si alguien insiste en que tienes que pagar mediante una de esas formas, informa a la FTC. Porque esa será una estafa que queremos conocer.

Remitido por: La Comisión de Comercio (FTC) es la agencia nacional de protección del consumidor. La FTC trabaja para prevenir las prácticas comerciales fraudulentas, engañosas y desleales en el mercado

LOS ESTAFADORES EXIGEN TARJETAS DE REGALO



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

16 de octubre de 2018

por Cristina Miranda

División de educación del consumidor y negocios, FTC

Las tarjetas de regalo son una excelente manera de dar un regalo. ¿Pero sabías que también son una de las maneras favoritas que usan los estafadores para robar dinero? De acuerdo al nuevo dato destacado de la FTC, ahora hay más estafadores que nunca que están exigiendo pagos con una tarjeta de regalo – un fuerte aumento del 270 %



Las tarjetas de regalo son para hacer regalos, no para hacer pagos. Si te llama alguien para darte noticias urgentes o para contarte una historia convincente y te presiona para que le pagues comprando una tarjeta de regalo, por ejemplo una tarjeta de iTunes o Google Play, y luego le des los códigos que están al dorso de la tarjeta – pisa el freno. Es una estafa.

El principal método de pago que exigen los estafadores son las tarjetas de regalo. Podrían hacerse pasar por funcionarios del IRS y decirte que estás en problemas porque no pagaste los impuestos; o un miembro de tu familia con una emergencia; o una compañía de servicios públicos que te amenaza con cortarte el suministro de agua, o incluso un miembro del servicio militar que está vendiendo algo antes de irse en comisión de servicio. O podrían llamarte para darte buenas noticias: ¡te ganaste un concurso o un premio! Pero para recibir tu premio tienes que pagar cargos con una tarjeta de regalo. Los estafadores dirán cualquier cosa para conseguir tu dinero. Y saben cómo aprovecharse de tus miedos, esperanzas o simpatías. A ellos les gustan las tarjetas de regalo porque una vez que consiguen el número que está al dorso, el dinero desapareció y es casi imposible seguirle el rastro. Pero saber cómo funcionan estas estafas te puede ayudar a evitarlas, y tú puedes ayudar aún más pasándole la información a la gente que conoces.

Si le pagaste a un estafador con una tarjeta de regalo, repórtalo a la brevedad posible. Llama a la compañía de la tarjeta y diles que la tarjeta de regalo se usó en una estafa. Aquí encontrarás la información de algunas de las compañías de tarjetas de regalo que los estafadores usan con mayor frecuencia. Luego, cuéntale a la FTC esta – o cualquier otra estafa – en ftc.gov/queja. Tus reportes pueden ayudar a las agencias encargadas del cumplimiento de la ley a iniciar investigaciones que podrían ponerles un punto final a los estafadores y defraudadores.

Reporte las estafas

Amazon

- Llame al 1 (888) 280-4331
- Consulte información sobre las estafas con tarjetas de regalo de Amazon aquí.

Google Play

- Llame al 1 (855) 466-4438
- Reporte las estafas con tarjetas de regalo en internet aquí.
- Consulte información sobre las estafas con tarjetas de regalo de Google Play aquí.

iTunes

- Llame al 1 (800) 275-2273 luego oprima el “6” para la opción "other", a continuación diga “operator” para hablar directamente con un representante.
- Consulte información sobre las estafas con tarjetas de regalo de iTunes y cómo reportarlas aquí.

Steam

- Si tiene una cuenta con Steam, puede reportar las estafas de tarjetas de regalo en línea aquí.
- Consulte información sobre las estafas con tarjetas de regalo de Steam aquí.

MoneyPak

- Llame al 1 (866) 795-7969
- Reporte una estafa con tarjetas de MoneyPak en internet aquí.

Fuente: La Comisión Federal de Comercio EE.UU. Información para Consumidores

PARA ELEGIR PESCADO RESPONSABLE CON LOS OCÉANOS

mira la etiqueta



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Fuente: Guía etiquetado UE.

DENOMINACIÓN COMERCIAL, ZONA DE CAPTURA (zona geográfica de captura o país donde se han criado), **MÉTODO DE PRODUCCIÓN** (pesca extractiva, acuicultura, marisqueo...) y **PRESENTACIÓN** (en filetes, eviscerado, con o sin cabeza...), ahora también será **OBLIGATORIO** el **NOMBRE CIENTÍFICO**, el **ARTE DE LA PESCA UTILIZADO** en caso de pesca extractiva (redes de tiro, arrastre o enmalle, redes de cerco e izadas, sedales y anzuelos, rastras o nasas y trampas), también se ha de indicar si el pescado ha sido **DESCONGELADO** (en cuyo caso, **muy importante**, no podrá volver a congelarse) y finalmente la **FECHA DE DURACIÓN MÍNIMA** (sólo en envasados).



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

-Información obligatoria Productos envasados y productos sin envasar Denominación comercial y nombre científico

-Estos alimentos deben mostrar tanto la denominación comercial del producto como su nombre científico. Ambas denominaciones deben corresponder con las que contiene la lista oficial elaborada y publicada en cada país de la UE.

-Tanto la denominación comercial del producto como su nombre científico pueden corresponder exactamente con la denominación del alimento (definida en el Reglamento sobre la información alimentaria facilitada al consumidor) o bien solo en parte, como sucede en los casos en los que deben figurar menciones adicionales. Método de producción Debe mencionarse el método de producción utilizando los siguientes distintivos: «capturado...» o «capturado en agua dulce...» o «de cría...»

Las mezclas de productos de la misma especie obtenidos con distintos métodos de producción deben especificar el método de producción de cada lote. Zona de captura / País y masa de agua / País de producción

-En el caso de la pesca marítima, la zona de captura es la zona, subzona o división FAO en la que se ha pescado el producto. Los productos pesqueros procedentes del Atlántico nordeste, el Mediterráneo y el mar Negro deben indicar el nombre de la subzona o división, así como un nombre fácil de entender para el consumidor, o bien un mapa o un símbolo. Esto sustituye al nombre de la zona. En los demás casos solo es necesario indicar el nombre de la zona.



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

*En el caso de la pesca en agua dulce es necesario especificar el nombre de la masa de agua (río, lago, etc.) y el país en el que se ha capturado el producto.

*El pescado de cría (acuicultura) debe mostrar el país de producción.

*Las mezclas de productos de la misma especie procedentes de distintas zonas de captura o de distintos países de cría deben indicar, al menos, la zona o país del lote

cuantitativamente más representativo, y especificar que los productos provienen de distintas zonas o países. Artes de pesca

*En el caso de la pesca marítima o de agua dulce se debe mencionar el arte de pesca utilizado para la captura, de acuerdo con una de las categorías de artes de pesca siguientes: «redes de tiro», «redes de arrastre», «redes de enmalle y similares», «redes de cerco y redes izadas», «sedal y anzuelo», «rastras» y «nasas y trampas».

*Los productos que contienen una mezcla de la misma especie capturada con diferentes categorías de artes de pesca deben especificar la categoría utilizada en cada lote.
Descongelado

*La etiqueta debe mencionar si el producto ha sido descongelado. En el caso de los productos envasados esta información debe acompañar la denominación del alimento. En el caso de los productos no envasados, no es necesario que la información figure junto a la denominación del alimento, pero debe indicarse en los tabloneros o carteles. Esta información no es necesaria en los productos de la pesca y la acuicultura que: *son ingredientes que contiene el producto acabado; *han sido previamente congelados por motivos sanitarios; *han sido descongelados antes de aplicar tratamientos tales como el ahumado, salazón, cocción, escabechado, secado, o una combinación de ellos; *son alimentos para los que la congelación es una fase del proceso de producción técnicamente necesaria.

Fecha de duración mínima y fecha de caducidad

*La fecha de la duración mínima del producto corresponde a la fecha que va precedida por las palabras «consumir preferentemente antes del...» o «consumir preferentemente antes del fin de...».

*Todos los productos envasados que no sean muy perecederos deben indicar la fecha de duración mínima con las palabras «consumir preferentemente antes del...». Por el contrario, los productos muy perecederos deben mostrar la fecha de caducidad.

*En el caso de todos los productos no envasados, los que se envasen para su venta inmediata y los que se envasen a solicitud del consumidor en el lugar de la venta, los países de la UE pueden adoptar normas a nivel nacional para regular si tales productos deben presentar la fecha de duración mínima o la de caducidad.

*En el caso de los moluscos bivalvos vivos se puede sustituir la fecha de duración mínima por la indicación «estos animales deben estar vivos en el momento de su venta». Alérgenos

*Los productos envasados deben incluir en la lista de ingredientes una referencia clara al nombre de cualquier alérgeno que puedan contener. Esta referencia debe resaltarse tipográficamente (por ejemplo, con distinto tipo de letra o con un color de fondo diferente), de forma que se distinga claramente del resto de la lista de ingredientes.
*Esta información es también preceptiva para los productos no envasados, los que se

envasados para su venta inmediata y los que se envasados a solicitud del consumidor en el lugar de la venta. No obstante, los países de la UE pueden adoptar medidas a nivel nacional sobre la «manera» en que debe presentarse esta información.

*Si no existe una lista de ingredientes, la presencia de alérgenos debe indicarse así: «contiene...». Esto no es necesario si el nombre del alimento alude claramente a uno o varios alérgenos. Otros requisitos para los productos envasados Además de la información mencionada anteriormente, los productos envasados deben contener la información siguiente: Lista de ingredientes

*Debe mostrarse una lista de todos los ingredientes, en orden decreciente de peso, encabezada por el título «Ingredientes». Esto no es necesario en el caso de los alimentos con un solo ingrediente y cuya denominación es la misma que la del ingrediente. Cantidad de los ingredientes

*Esta cantidad debe expresarse en porcentaje.

*Debe especificarse cuando el ingrediente: *figura en la denominación del alimento; *se destaca en el etiquetado; *es esencial para definir un alimento.

*Hay algunas excepciones, como cuando se indica el peso neto escurrido. Cantidad neta (Peso neto)

*Esta cantidad debe expresarse en gramos o en kilogramos.

*Si el alimento se presenta en un líquido de cobertura (o bien congelado o ultracongelado), es necesario especificar también su peso neto escurrido.

*Si el producto alimenticio se ha glaseado, su peso neto declarado debe excluir el peso del glaseado, con lo cual el peso neto será igual al peso neto escurrido. Esto se debe indicar en la etiqueta mediante uno de los modos siguientes que el operador puede elegir (ejemplo de 250 g): a) Peso neto = 250 g y Peso neto escurrido = 250 g b) Peso neto = Peso neto escurrido = 250 g c) Peso neto escurrido = 250 g d) Peso neto (sin glaseado) = 250 g Condiciones de conservación y de utilización

*Deben indicarse las condiciones especiales de conservación y las condiciones de utilización.

Nombre o razón social y dirección de la empresa alimentaria

*Debe indicarse el nombre y la dirección del operador de la empresa alimentaria responsable de la información sobre el alimento, y bajo cuyo nombre se comercializa el mismo.

*Si el operador no está en la UE, hay que indicar el nombre y la dirección del importador. País de origen o lugar de procedencia

*Esta información debe figurar cuando no hacerlo puede inducir a engaño al consumidor. Modo de empleo

*Solo se presentan si es necesario. Información nutricional (a partir del 13 de diciembre de 2016)

*Esta información incluye el valor energético y las cantidades de grasas, ácidos grasos saturados, carbohidratos, azúcares, proteínas y sal por cada 100 g. También puede facilitarse información sobre las vitaminas, minerales y otros nutrientes específicos.

* Estos datos pueden expresarse por porción o como porcentaje de las ingestas de referencia.

*Los productos sin transformar que contienen un solo ingrediente o una sola categoría de ingredientes está exentos de esta obligación. Envasado en atmósfera protectora

*Esta indicación debe facilitarse si el producto ha sido envasado en determinados gases. Fecha de congelación o fecha de primera congelación

*Este requisito solo se aplica a los productos sin transformar.

*La fecha debe mostrarse del siguiente modo: «Fecha de congelación: día/mes/año».

Agua añadida

*El agua añadida debe figurar en la lista de ingredientes, de conformidad con el Reglamento sobre la información alimentaria facilitada al consumidor.

*En el caso de los productos de la pesca con la apariencia de un corte, conjunto, loncha, parte, filete o de un producto de la pesca entero, también debe indicarse en la denominación del alimento el agua añadida si esta supone más del 5 % del peso del producto acabado. Proteínas añadidas de origen animal diferente

*La denominación del alimento debe llevar una indicación de la presencia de estas proteínas y de su origen animal. «Elaborado a partir de piezas de pescado»

*Los productos que puedan dar la impresión de que están hechos de una pieza entera de pescado, pero que en realidad constan de diferentes piezas combinadas mediante otros ingredientes (como los aditivos alimentarios y las enzimas alimentarias), o por otros medios, deben presentar esta indicación.

*El operador está obligado a utilizar el término «elaborado a partir de piezas de pescado». Marca de identificación

*Si el producto está producido en la UE, debe mostrarse el nombre del país, el número de autorización del establecimiento en el que tenga lugar la producción y la abreviación CE, o su traducción a otros idiomas de la UE.

*En el caso de los productos importados solo es obligatorio indicar el nombre del país y el número de autorización del establecimiento en el que tenga lugar la producción. Fecha de embalado

*Esta fecha debe figurar en los moluscos bivalvos vivos.

*Debe contener al menos el día y el mes.



(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)

PRUEBAS GENÉTICAS

Fundamento

Podría decirse que la genética está de moda. En los últimos años, la secuenciación completa del genoma humano ha sido una de las noticias más trascendentes en el ámbito de la biología y la medicina.

Aparte de esto, constantemente oímos o leemos en los medios de comunicación noticias acerca del descubrimiento por parte de los investigadores científicos de la relación existente entre una determinada anomalía genética y una concreta enfermedad. Se sabe que un buen número de las enfermedades que nos afectan se deben a causas genéticas. Igualmente, la investigación genética permite establecer que la presencia en las personas de ciertos genes las predispone a padecer algunas enfermedades o, mejor dicho, incrementa el riesgo que tienen de padecerlas en comparación con las que no son portadoras de dichos genes.

Genes y enfermedades genéticas

Un gen es un segmento corto de ácido desoxirribonucleico (ADN) cuya función es determinar qué proteínas deben sintetizarse para dar cierta forma, estructura y modalidad al organismo, es decir, para que presentemos las características que nos definen como nuestra especie y las que nos singularizan como individuos. El conjunto de los genes de los individuos de la especie humana es el genoma, compuesto por 25.000 genes. Una enfermedad genética es un trastorno causado por una forma diferente de un gen ("variación"), o una alteración de un gen ("mutación") o alteraciones de los cromosomas. En la actualidad, el número de enfermedades genéticas conocidas es de aproximadamente 4.000. Algunas, entre ellas muchos cánceres, están causadas por una mutación en un gen o grupo de genes. Estas mutaciones pueden ocurrir de forma aleatoria o debido a una exposición ambiental, por ejemplo, al humo del tabaco.

Algunos trastornos genéticos son hereditarios: un gen mutante se transmite a través de la familia y cada generación de hijos puede heredar el gen que causa la enfermedad. Sin embargo, otros se deben a problemas con el número de paquetes de genes, denominados cromosomas. Por ejemplo, en el síndrome de Down existe una copia adicional del cromosoma 21.

¿Qué es una prueba genética?

Una prueba genética, también denominada test o análisis genético, es un análisis que se realiza con una pequeña muestra de sangre, piel, hueso u otros tejidos orgánicos para determinar si una persona es portadora de los genes de determinados trastornos hereditarios.

Mediante las pruebas genéticas se puede establecer la presencia en una persona de genes defectuosos o la falta de determinados genes. En algunos casos, y dependiendo del trastorno que se sospeche, se pueden realizar pruebas genéticas específicas para confirmar o descartar el diagnóstico de la enfermedad o trastornos sospechados.

Actualmente hay aproximadamente 900 pruebas genéticas disponibles.

Tipos de pruebas genéticas

Las pruebas o análisis genéticos se pueden llevar a cabo en cualquier persona y en cualquier momento de su vida, y también, en el caso de la fertilización in vitro, antes de la implantación de embrión en el útero. Las múltiples pruebas genéticas actualmente disponibles tienen diferentes finalidades (de diagnóstico o de predicción de riesgos de enfermar). Los principales tipos son los siguientes:

- **Prueba prenatal:** se realiza para identificar alteraciones en los genes o en los cromosomas del feto antes del nacimiento. Esta prueba se suele recomendar a parejas con un elevado riesgo de tener un hijo con alteraciones genéticas, pero se ha de tener en cuenta que no permite identificar todos los posibles trastornos heredables o los defectos de nacimiento.
- **Prueba en recién nacidos:** se practican justo después del nacimiento para diagnosticar trastornos (enfermedades) genéticos que pueden ser tratados si se diagnostican con prontitud. Estas pruebas se realizan de manera sistemática en los recién nacidos en los países desarrollados.
- **Prueba diagnóstica:** se lleva a cabo para detectar variaciones en uno o varios genes en orden a confirmar o descartar un diagnóstico cuando, atendiendo a los síntomas que presenta la persona, se sospecha la existencia de un trastorno o enfermedad.
- **Prueba del portador:** permite identificar a personas que son portadoras de una modificación genética que, en caso de presentarse dos copias, causaría una enfermedad. Esta se suele llevar a cabo en personas en cuya historia familiar aparece un trastorno genético. Si la prueba se realiza en los dos miembros de la pareja puede proporcionar información sobre el riesgo de que tengan un hijo con dicho trastorno.
- **Prueba predictiva y presintomática:** se realiza en personas que en el momento de llevar a cabo la prueba no presentan ningún síntoma de enfermedad, para determinar si son portadores de una mutación genética que desencadenará la aparición de una enfermedad genética. La prueba establece si la persona se verá afectada o no por dicha enfermedad, pero no el momento preciso en que eso ocurrirá ni la gravedad de aquélla.
- **Prueba forense:** se usa para identificar a un individuo con finalidades legales y no para detectar mutaciones genéticas asociadas a enfermedades. Permite

identificar víctimas de crímenes o catástrofes, implicar o exculpar a sospechosos de actos delictivos, o establecer relaciones de parentesco entre personas.

Con mucha frecuencia, el análisis de sangre es la primera de las exploraciones que solicita el médico para el paciente que acude a consulta por un problema de salud. Es una de las más importantes herramientas con las que cuenta el médico para diagnosticar enfermedades, aunque no siempre los resultados de un análisis de sangre permiten establecer un diagnóstico con certeza, por lo que se habrá de recurrir a otras pruebas.

Resultados de las pruebas genéticas

Probablemente este el aspecto más delicado de las pruebas genéticas por los posibles problemas emocionales que pueden derivarse de los resultados de las mismas, que en la mayoría de los casos son difíciles de interpretar y explicar.

En términos generales, un **resultado positivo** de una prueba genética significa que se ha detectado una alteración en un gen, en un cromosoma o en una proteína de interés particular. Según cuál haya sido el motivo por el que se ha realizado la prueba, un resultado positivo puede suponer la confirmación de un diagnóstico, indicar simplemente que una persona es portadora de una determinada mutación, establecer el riesgo de padecer una enfermedad en el futuro, o sugerir la conveniencia o necesidad de realizar más pruebas. En ningún caso el riesgo de padecer una enfermedad quiere decir que sea seguro que dicha enfermedad aparecerá en un momento u otro.

Por el contrario, un **resultado negativo** normalmente indicaría que no se ha encontrado la alteración en el gen, el cromosoma o la proteína estudiados. A efectos prácticos, esto indicaría que una persona no está afectada por una determinada enfermedad, que no es portadora de una mutación genética concreta, o que no corre un riesgo superior al normal de presentar dicha enfermedad. Al contrario que en el caso del resultado positivo, un resultado negativo no significa que nunca se vaya a padecer la enfermedad. También pueden darse resultados ambiguos o inconcluyentes. Esto se debe a que en nuestro genoma tenemos variaciones naturales, llamadas polimorfismos, que no tienen ninguna trascendencia de cara a nuestra salud.

Pros y contras de las pruebas genéticas

La iniciativa de realizar una prueba genética puede partir de su médico (es lo más probable) o de usted, si piensa que puede estar en riesgo de sufrir una enfermedad hereditaria.

En ambos casos, usted debe solicitar a su médico información detallada y clara acerca de los motivos por los que conviene realizar la prueba y de los beneficios que de ello pueden derivarse y, por supuesto, contestar con la mayor precisión posible a las preguntas que el médico le formulará acerca de su salud y la de sus parientes consanguíneos.

Es probable que cada persona tenga una percepción diferente de los posibles pros y contras de realizarse pruebas genéticas, pero a título orientativo proponemos algunos de ellos.

Pros

Algunas de las razones por las que usted podría decidir realizarse una prueba genética, o autorizar que se realice a una persona legalmente dependiente de usted serían:

- Le ayudará a eliminar preocupaciones acerca de la posibilidad de padecer una enfermedad
- Le puede ofrecer la oportunidad de cambiar de estilo de vida para disminuir su riesgo de padecer una enfermedad
- Su médico podrá saber con qué frecuencia ha de examinarlo para detectar la aparición de una enfermedad a tiempo
- La realización de la prueba podría permitirle iniciar un tratamiento preventivo

Contras

También hay razones por las que usted puede preferir no hacerse una prueba genética, como por ejemplo:

- Evitar preocupaciones acerca de la posibilidad, siempre incierta, de enfermar
- Obviar el estrés, el sentimiento de culpa o la tensión en las relaciones familiares a que podría dar lugar la realización de la prueba

IDENTIFICAN UNA VÍA DE REGULACIÓN EN LA REPARACIÓN DE ROTURAS EN EL ADN

JANO.es ·

Científicos de varios centros españoles, en colaboración con la Universidad de Carolina del Norte, han descrito en células humanas una nueva vía de regulación de la reparación de roturas de doble cadena en el ADN.

Un paso más en el estudio del funcionamiento de las células humanas es lo que ha logrado un grupo de investigadores del Centro Andaluz de Biología Molecular y Medicina Regenerativa (CABIMER) y de la Universidad de Sevilla, en colaboración con la Universidad de Carolina del Norte y el Centro de Biología Molecular Severo Ochoa de Madrid.

Lo han hecho tras identificar en células humanas una nueva vía de regulación de la reparación de roturas de doble cadena en el ADN. Estas roturas representan la lesión más peligrosa para la célula, ya que pueden provocar su muerte o generar reordenamientos cromosómicos que contribuyan al desarrollo de cáncer.

“En concreto hemos descubierto que cuando estas roturas se producen en el ADN nuclear, una proteína esencial en la respuesta celular a ese daño, llamada ATM, modifica por fosforilación a la ADN Polimerasa Lambda, una enzima que sintetiza ADN en situaciones muy específicas”, explica el investigador José F. Ruiz, del Departamento de Bioquímica Vegetal y Biología Molecular de la Universidad de Sevilla.

En este trabajo se demuestra, por tanto, que la modificación hecha por ATM es la señal necesaria para que la enzima Pol Lambda vaya a esas roturas en el ADN y contribuya a su reparación. Esto es esencial para que la célula siga su ciclo vital con normalidad.

Se trata de un trabajo de investigación básica que arroja luz sobre el funcionamiento de un proceso biológico que ocurre cada día en las células humanas, las cuales están continuamente expuestas a diferentes tipos de agentes que originan este tipo de roturas en el ADN.

“En un futuro, nuestro descubrimiento podría tener aplicación biotecnológica o ser utilizado como biomarcador para el seguimiento o identificación de enfermedades como el cáncer, pero para eso aún tenemos que seguir investigando”, indica el profesor Ruiz.

En la actualidad, estos investigadores trabajan también en el estudio de las translocaciones cromosómicas, que son especialmente relevantes por su potencial oncogénico en células humanas. Estas translocaciones ocurren por la reparación anómala de las roturas de doble cadena en el ADN que se pueden generar bien espontáneamente o bien en respuesta a determinados agentes que dañan el ADN, como la irradiación o algunos productos químicos. Por otro lado, están caracterizando otras posibles modificaciones que regulan a la Pol Lambda humana, la enzima que participa en esos procesos de reparación de roturas en el ADN.

“Esto tiene relevancia de cara al futuro, pues, además de conocer cómo actúa la proteína en la célula en condiciones normales, nuestro trabajo podría servir para modular su actividad según nos interese. Es decir, una vez que conozcamos todos los mecanismos que la regulan, podríamos de alguna manera encenderla o apagarla según nos pueda interesar.

Estos estudios podrían tener especial interés en relación con el mecanismo de acción del famoso sistema CRISPR, tan de moda en estos días, pues esta tecnología se basa en la generación dirigida de roturas de doble cadena en el ADN que son luego reparadas principalmente por la vía en la que puede participar la Pol Lambda humana”, afirma este investigador de la US.

LA ENFERMEDAD DE PARKINSON PODRÍA ORIGINARSE EN LOS INTESTINOS, SEGÚN UN ESTUDIO UNOS CIENTÍFICOS SUECOS ENCUENTRAN EL VÍNCULO A TRAVÉS DE LA EXTIRPACIÓN DEL NERVIÓ VAGO

Traducido del inglés



Una nueva investigación sugiere evidencias adicionales de que la enfermedad de Parkinson podría originarse en los intestinos.

Aunque los expertos dijeron que los hallazgos son preliminares, unos científicos suecos encontraron que los pacientes a quienes se había extirpado el tronco principal del nervio vago, que va desde el tallo cerebral hasta el abdomen, tenían marcadamente menos probabilidades de desarrollar el trastorno del movimiento que los que no se sometieron a la cirugía. Se siguió a los pacientes durante al menos cinco años.

Los autores del estudio dijeron que los hallazgos sugieren que el Parkinson podría comenzar en los intestinos y propagarse al cerebro a través del nervio vago, que ayuda a controlar procesos corporales inconscientes como la frecuencia cardíaca y la digestión.

"No nos sorprendió demasiado, dado que otras investigaciones habían mostrado evidencias de un vínculo entre los intestinos y la enfermedad de Parkinson", señaló la autora del estudio, la Dra. Karin Wirdefeldt, profesora asociada de epidemiología médica y bioestadística en el Instituto Karolinska, en Estocolmo.

"Nuestros hallazgos concuerdan con otras investigaciones en el campo, aunque la evidencia es escasa", añadió. "Se necesitan más investigaciones".

La enfermedad de Parkinson, un trastorno progresivo e incurable, afecta a casi un millón de estadounidenses, según la National Parkinson Foundation. Se origina en la falta de producción de dopamina en el cerebro, y sus síntomas incluyen temblores, rigidez, movimientos lentos y un mal equilibrio.

Usando datos de los registros nacionales de Suecia, Wirdefeldt y sus colaboradores compararon a 9,430 personas que se sometieron a una vagotomía, una cirugía que extirpa el tronco principal o las ramas del nervio vago para tratar las úlceras, con más de 377,000 personas de la población general a lo largo de un periodo de 40 años.

En los que se sometieron a una "vagotomía selectiva", en la que solo se extirparon algunas ramas del nervio vago, la diferencia en las tasas de Parkinson no tuvo significación estadística. Pero eso cambió en los que se sometieron a una "vagotomía troncular", en la que se extirpó el tronco principal del nervio vago.

Las 19 personas que se sometieron a una vagotomía troncular al menos cinco años antes tenían un 40 por ciento menos de probabilidades de desarrollar Parkinson que los que no se sometieron a la cirugía y a quienes se había dado un seguimiento de cinco años.

Los resultados se ajustaron según otros factores, como la diabetes, la artritis y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, dijeron los investigadores.

Solo se encontró una asociación, no un vínculo causal, entre la cirugía del nervio vago y el Parkinson.

Expertos en el Parkinson que no participaron en la nueva investigación dijeron que se necesitan muchas más evidencias para confirmar el vínculo, aunque alabaron al estudio.

"El vínculo no es firme", dijo la Dra. Olga Waln, neuróloga en el Hospital Metodista de Houston, en Texas. "Hicieron un trabajo excelente en el estudio y analizaron una base de datos grande, pero... no creo que las conclusiones sean muy convincentes".

Waln reconoció la dificultad de diseñar un estudio como este, porque pocos pacientes se someten a una cirugía para extirpar partes del nervio vago.

"Pero lo que los autores encontraron sin duda amerita la atención de los científicos, porque si podemos de alguna forma confirmar que la enfermedad comienza en los intestinos... esto podría dar esperanzas a los pacientes", afirmó.

James Beck, director científico de la National Parkinson Foundation, también clasificó los nuevos hallazgos como "no definitivos".

"Pero es interesante que esta conexión [entre los intestinos y el Parkinson] parezca persistir", dijo Beck. "No es casual, pero subraya que potencialmente algo ocurre en los intestinos y la forma en que podría influir a la enfermedad de Parkinson".

"Falta mucho" para la posibilidad de prevenir el Parkinson, algo que requerirá identificar los factores causantes con mayor firmeza, anotó Beck.

"Investigaciones como esta dan más en qué pensar a medida que la gente intenta resolver el misterio de cuál es la causa, o quizás las muchas causas, de la enfermedad de Parkinson", dijo.

FUENTES: Karin Wirdefeldt, M.D., Ph.D., associate professor, medical epidemiology and biostatistics, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden; Olga Waln, M.D., neurologist, Houston Methodist Hospital, Texas; James Beck, Ph.D., chief scientific officer, National Parkinson Foundation, Miami, Fla.; April 26, 2017, online issue, *Neurology HealthDay*

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



(En este capítulo se publicaran los artículos que nos remitan las Asociaciones y ONG).

PYFANITO QUIERE IR CONTIGO A CUALQUIER LUGAR



Pyfano, Asociación de Padres, familiares y amigos de Niños Oncológicos de Castilla y León, es un asociación sin ánimo de lucro de carácter regional, que nace en 2003, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de niños y adolescentes con cáncer y sus familias. Nuestro “pequeño caracol” pyfanito, no solo es nuestro mejor amigo, sino que fue elegido por su similitud con nuestra labor. El caracol representa el proceso de la enfermedad donde se avanza muy despacito y sorteando muchos obstáculos por un largo camino. El corazón representa el corazón del niño, arropado por esos lazos de unión de equipo sanitario, familia, amigos y equipo de pyfano. Otra de las similitudes, es su caparazón, el caracol lleva su “casita a cuestas” al igual que nuestras familias ante un diagnóstico de cáncer infantil, ya que de la noche a la mañana se ven obligados a salir de sus casas, en ocasiones cambiar de ciudad, para recibir los tratamientos, y toda su vida se ve afectada, viviendo en una constante incertidumbre.

Nuestro amigo pyfanito, llega ahora en forma de peluche para formar parte de cada hogar, y hacer feliz hasta a los más pequeños ya que ha sido diseñado y Creado apto para bebés sus ojitos son bordados y no de plástico cuidando así de los más pequeños para que no se lo traguen y del medio ambiente. También para la tranquilidad de las mamas cumple con la normativa europea

EN 71, con "certificado saliva" para primera infancia y "certificado de toxicidad" con exclusión de colorantes tóxicos.

Puedes participar en el I Concurso #llevalosiemprecontigo, que consiste en un concurso de fotografía, donde Cuando tengas tu "pyfanito":

1. hazlo una foto, si quieres, tu también puedes hacer postureo con él, en tu lugar favorito
2. súbela a facebook bajo el hashtag #llevalosiemprecontigo y no te olvides de mencionarnos @pyfano para que podamos verte!!! Y ver hasta donde viajará “pyfanito”. (También puedes enviarnos tu foto a info@pyfano.es)

3. La fotografía que reciba más “me gusta” será la ganadora el 1 de octubre de un “c circuito termal para dos personas” gracias a Hotel Doña Brígida.

Ya puedes conseguirlo por un donativo de 20€, destinado de forma íntegra a la lucha contra el cáncer infantil. Si vives en Salamanca puedes pasar por su punto de venta oficial en Crass Model C/Van Dick, 12. O si resides en Arévalo (Ávila) por “Pachus”.

Si eres de cualquier otra ciudad y te gustaría ser punto oficial coméntanoslo en 983070023.

Si no puedes esperar y quieres que te enviemos el tuyo a casa, puedes reservarlo por WHATSAPP 647 759735 o bien info@pfyano.es

(Asociación de Padres, Familiares y Amigos de niños Oncológicos de Castilla y León/ G37403029/ Declarada de Utilidad Pública/ domicilio social en Av/Vaguada de la Palma 6-8,2ªA 37008 Salamanca / 923 070 023/ info@pyfano.es)



SEVILLA ACOGIÓ EL I CONGRESO DE FISIOTERAPIA EN LA ELA

Profesionales en esta terapia mostrarán a compañeros y estudiantes de último curso las diversas técnicas que hay para tratar la Esclerosis Lateral Amiotrófica

El Colegio de Fisioterapeutas de Andalucía y la Asociación ELA Andalucía organizaron los días 21 y 22 de mayo de 2018, el I Congreso de Fisioterapia en la ELA, que se celebró en el Hogar Virgen de los Reyes (C/ Fray Isidoro de Sevilla nº 1, de Sevilla) orientado a profesionales fisioterapeutas y a estudiantes de último curso.

La Esclerosis Lateral Amiotrófica es una enfermedad degenerativa crónica, que conduce a la pérdida total de la actividad motora. Es una patología compleja y cruel en la que es necesario el papel del fisioterapeuta para el manejo de la degeneración física, ralentizar el avance de la ELA y mantener el nivel de comodidad óptimo en el paciente.

La ELA no es un síndrome muy conocido entre la fisioterapia, no es una patología donde se pueda aplicar un modelo general con la mayoría de los afectados. Por ello, el Congreso tuvo como objetivo principal, promover el conocimiento de la enfermedad entre los profesionales y, compartir con la comunidad los avances en técnicas para la reeducación respiratoria o el manejo de las secreciones y la deglución.

También persiguió facilitar el intercambio de información científica entre los asistentes, que permita incorporar los resultados de las investigaciones a la práctica clínica diaria y crear un punto de encuentro entre los profesionales para renovarse y actualizar sus conocimientos

Por ello, el Congreso se dividió en mesas redondas y ponencias que abordaron diversas áreas de interés, basándose en las evidencias científicas. El primer día, los asuntos a tratar fueron el respiratorio, deglución y las articulaciones. El segundo día, se dedicó a talleres prácticos acerca de cómo tratar al enfermo.

Qué es la ELA

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa irreversible y terminal que destruye las neuronas motoras, que son un eslabón importante del sistema nervioso y, las cuales a través del cerebro controlan los movimientos voluntarios del cuerpo.

Afecta a la capacidad de andar, mover los brazos y manos hasta la completa pérdida de su función. También priva de las funciones de hablar, comer y respirar en un periodo de tiempo muy corto. La ELA no afecta a los cinco sentidos ni al intelecto.

Es una enfermedad esporádica en un 90-95 % de los casos y solo el 5-10 % es hereditario. Nos puede afectar a cualquiera de nosotros entre los 25 y 90 años.

Quién es ELA Andalucía

La **Asociación Andaluza de Esclerosis Lateral Amiotrófica -ELA Andalucía-**, es una ONG sin ánimo de lucro. Se constituyó el 12 de julio de 2005 y está compuesta por familiares y amigos de personas afectadas que aúnan sus esfuerzos con el propósito de luchar contra la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA).

Más información en: **www.elaandalucia.es**

RINCON DEL PRESIDENTE



(Estará dedicado a los comentarios del presidente, dar respuesta a las posibles consultas que los lectores puedan hacer y, publicar algunos artículos.).



Al ser esta edición la de Noviembre/Diciembre, les queremos desear lo mejor.

Quiero un año más, recordar que la felicidad y el amor, no está en comprar muchos regalos y, hacer grandes “comilona”, la felicidad y el amor, está en el entorno a la mesa de nuestro hogar con toda nuestra familia, esto es la verdadera felicidad y el mejor regalo que podemos recibir.

Recordar los casos de engaño que se están denunciando en la venta del pescado y el marisco, recordar la gran cantidad de intoxicaciones que año tras año, por estas fechas, padecemos con las comidas de los hoteles y restaurantes, con una buena salsa y bien adornado, nunca sabemos lo que comemos.

Unas fotos escogidas en Internet, quiero que refleje lo escrito:

/As this edition is November / December, we want to wish you the best.

I want one more year, remember that happiness and love, is not in buying many gifts and, making great "binge", happiness and love, is in the environment at the table of our home with our whole family, this is true happiness and the best gift we can receive..

Remember the cases of cheating that are being denounced in the sale of fish and shellfish, remember the large number of poisonings that year after year, at this time, we suffer with the meals of hotels and restaurants, with a good sauce and well decorated , we never know what we eat.

ome photos chosen on the Internet, I want you to reflect the written: /





Bien puede servirnos de ejemplo / Well can you serve as an example/

COMO SE SUELE DECIR: "AÑO NUEVO, VIDA NUEVA".

Allá por el año 2011, cuando por primera vez se edito la primera revista, nunca hubiésemos podido imaginar el resultado que en la actualidad está teniendo.

Como bien me comentan unos amigos sociólogos, nuestra revista, es de contenidos muy específicos, dirigida a personas de bajo nivel cultural y, que es entendida por intelectuales.

La revista la reciben cada DOS MESES, una media de 44.000, entre personas físicas y organizaciones, lo que supone al año, 264.000 ejemplares enviados.

Según las estimaciones que nos realizan, cada dos meses leen o ven la revista, una media de 280.000 personas.

Nunca escribimos una sola línea sobre política, NI la escribiremos, SI criticaremos toda acción que pueda y perjudique a las personas, tampoco pusimos ni pondremos, propaganda de productos o servicios.

¡Pues bien!, dentro de los límites que la ley nos permite, realizaremos los siguientes cambios:

Entiendo que debo separar el Medio Ambiente y la Contaminación, ¡pues bien!, será dos temas independientes: **MEDIO AMBIENTE** y **CONTAMINACIÓN**.

La Medicina Deportiva, se suprimirá, en su lugar pondré: **PRUEBAS MEDICAS Y ANALITICA** (el porque de una prueba y, la interpretación de los resultados de un análisis).

Se suprime, SUS DERECHOS Y DEBERES, su contenido, pasara al RINCON DEL PRESIDENTE.

Desaparece, PARQUES NATURALES.

Sigue un año más, los artículo sobre Laujar de Andarax, después, solo quedara PUEBLOS DE ESPAÑA.

Todas estas modificaciones, están pensadas para dar más espacio a los temas de Medicina, Medio Ambiente y Enfermedades Raras.

ENGLISH

As they say: "new year, new life".

Back in 2011, when the first magazine was published for the first time, we could never have imagined the result that it is currently having.

As some friends sociologists tell me, our magazine is of very specific content, aimed at people of low cultural level and that is understood by intellectuals.

The magazine receives it every TWO MONTHS, an average of 44,000, between individuals and organizations, which means a year, 264,000 copies sent.

According to the estimates made to us, every two months they read or see the magazine, an average of 280,000 people.

We never write a single line about politics, we will not write it down, we will criticize any action that can and does harm to people, we will not put or post, propaganda of products or services.

Well, within the limits that the law allows us, we will make the following changes:

I understand that I must separate the Environment and Pollution, well, it will be two independent issues: ENVIRONMENT and POLLUTION.

Sports Medicine, will be deleted, instead I will put: MEDICAL AND ANALYTICAL TESTS (because of a test and, the interpretation of the results of an analysis).

It is deleted, YOUR RIGHTS AND DUTIES, its content, will pass to the RINCON OF THE PRESIDENT.

Disappear, the NATURAL PARKS.

One more year follows, the articles on Laujar de Andarax, afterwards, only PEOPLES OF SPAIN remain.

All these modifications are designed to give more space to the topics of Medicine, Environment and Rare Diseases.

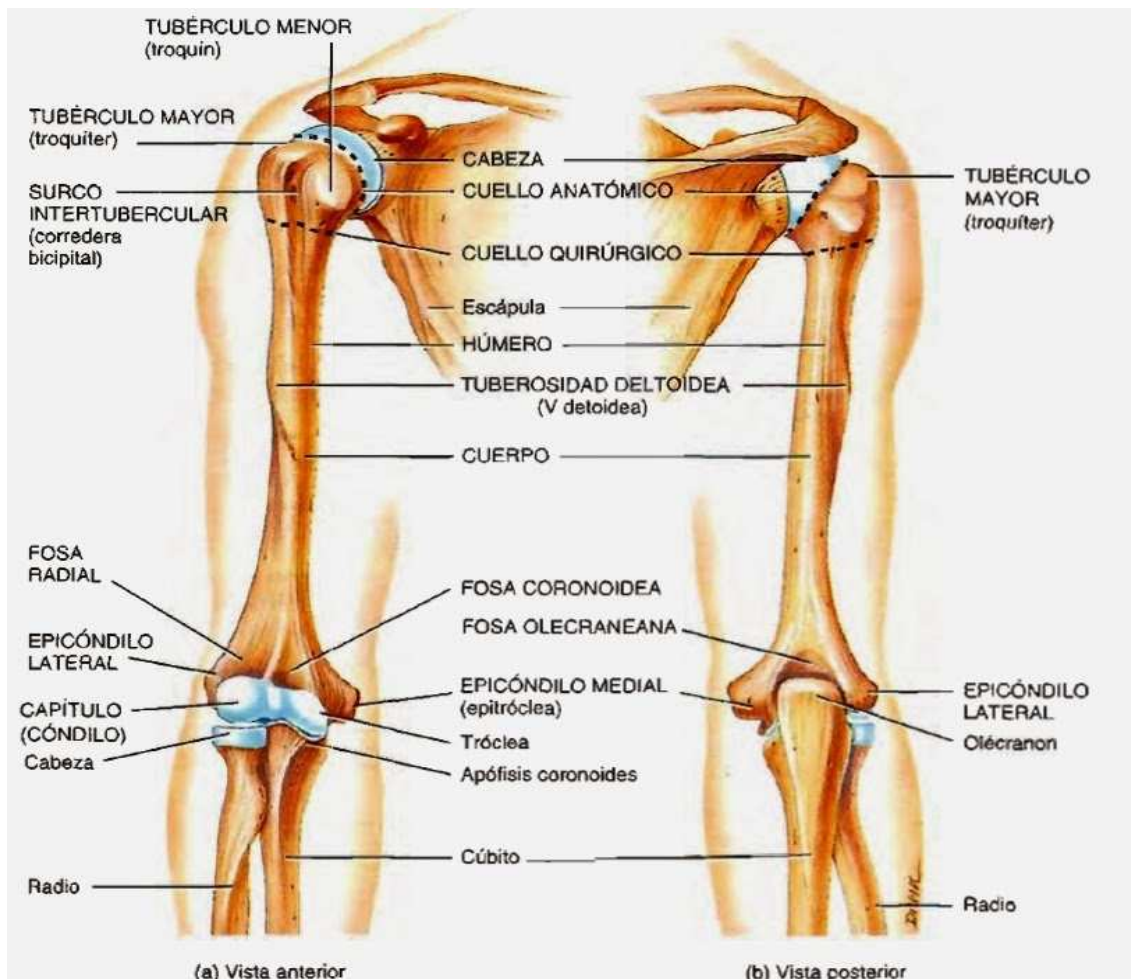
MEDICINA DEPORTIVA



(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 TRAUMÁTICAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Generalidades

Esta es una protocolización para el tratamiento de las principales lesiones por accidentes de trabajo en los miembros superiores.

El diagnóstico y el tratamiento de aquellas que no se encuentren incluidas en este listado y las complicaciones, se deben efectuar de acuerdo a los cánones establecidos por la bibliografía nacional e internacional siguiendo las premisas de celeridad, oportunidad y calidad determinados por el Sistema de Riesgos del Trabajo.

Los controles clínico- radiográficos deben efectuarse: en el post-operatorio o post-reducción inmediato, a las CUARENTA Y OCHO (48) horas y luego cada QUINCE (15) días, excepto en los casos que la presente guía determine otra frecuencia o se presente alguna complicación.

Los tiempos de inmovilización establecidos son estimativos y pueden variar de acuerdo a la evolución clínico- radiológica observada.

Las sesiones de fisiokinesiología se deben efectuar diariamente.

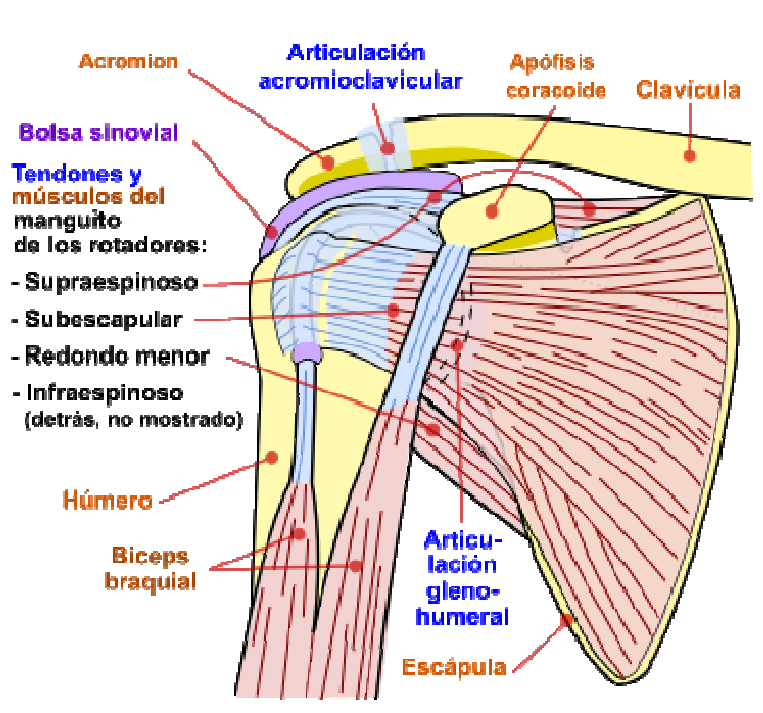
La toilette quirúrgica de las fracturas expuestas debe realizarse de inmediato a la recepción del paciente. La osteosíntesis podrá efectuarse en forma primaria o en un segundo tiempo.

El damnificado debe ser evaluado por infectología.

Hombro

Definiciones: En esta guía se tratan las lesiones de las articulaciones: escapulo humeral, acromio clavicular, esterno clavicular y escapulo torásica.

Luxación Articulación Gleno Humeral



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Diagnostico:

- a) Estudio radiológico
- b) TAC (eventualmente ante sospechas de lesiones osteocondrales)
- c) RMN

Oportunidad: estudio radiológico al ingreso; RMN posterior para evaluar lesiones del labrum, manguito rotador o en luxaciones recidivantes.

Tratamiento:
a) *Incruento*

Reducción Inmovilización (TRES (3) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)
Oportunidad: inmediato
b) *Quirúrgico*

(en pacientes menores de TREINTA Y CINCO (35) años y/o con desprendimiento del rodete y/o con gran requerimiento físico o ante lesiones recidivantes).
Oportunidad: inmediato en luxaciones irreductibles o dentro de los CINCO (5) días una vez reducida.
Inmovilización: (TRES (3) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

Luxación Acromio Clavicular



insertada por ADCUSPPYMA)

(Imagen

Diagnostico: Estudio radiológico
Oportunidad: al ingreso
Tratamiento:
a) *Incruento*

(en esguinces y subluxaciones)
Oportunidad: inmediato
Inmovilización (TRES (3) semanas) FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)
b) *Quirúrgico*

(en luxaciones completas).
Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización: (TRES (3) semanas) FKT (DIEZ (10) sesiones)

Luxación Esterno Clavicular

Diagnostico: TAC
Oportunidad: al ingreso
Tratamiento:

a) *Incruento*

Oportunidad: inmediato

Reducción Inmovilización: (CUATRO (4) semanas)

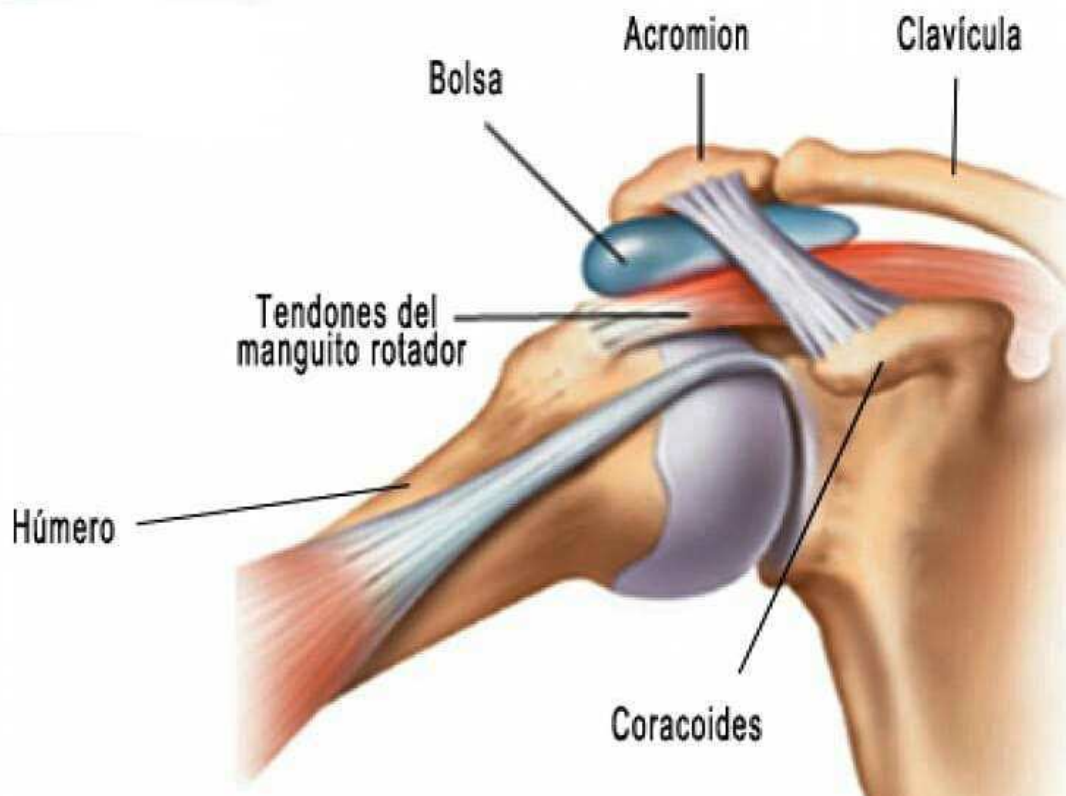
b) *Quirúrgico*

(en luxaciones irreductibles o incoercibles)

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización: (durante CUATRO (4) semanas)

Lesiones del Manguito Rotador



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Diagnostico:

a) Examen clínico

b) Estudio radiológico

c) RMN

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) *Incruento*

Oportunidad: inmediato

FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

b) *Quirúrgico*

(en caso de rupturas totales de uno o más componentes)

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (TRES (3) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

Ruptura de la Porción Larga del Bíceps

Diagnostico:

a) Examen clínico

b) RMN (en caso de duda diagnóstica)

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) *Incruento*

Oportunidad: inmediato

Inmovilización (DOS (2) semanas) FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

b) *Quirúrgico*

(en pacientes jóvenes y/o con gran requerimiento físico)

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (TRES (3) semanas) FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

Fractura de Clavícula

Diagnostico: Estudio radiológico

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) *Incruento*

(en fracturas sin desplazamiento, estables).

Inmovilización (CUARENTA Y CINCO (45) días) FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

Oportunidad: al ingreso

b) *Quirúrgico*

(en fracturas con lesión neurovascular y/o con gran desplazamiento y/o irreductibles y/o incoercibles)

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (CUARENTA Y CINCO (45) días) FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

Fractura de Extremo Proximal del Húmero

Diagnostico: a) Estudio radiológico

b) TAC

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) *Incruento*

(en fracturas sin desplazamiento o con angulación menor a 45°)

Oportunidad: al ingreso

Inmovilización (TRES (3) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

b) *Quirúrgico*

(en fracturas desplazadas o con angulación mayor a 45° o de TRES (3) ó más fragmentos o con compromiso articular)

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (DOS (2) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

Brazo

Fractura de la Diafisis Humeral

Diagnostico: a) Examen Clínico

b) Estudio radiológico

c) EMG (en las complicaciones neurológicas) a TRES (3) semanas de la lesión.

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) *Quirúrgico* (con exploración del nervio radial en caso de corresponder)

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (TRES (3) semanas) FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

Codo



(Imagen insertada por ADCUSPPYMA)

Fracturas de la Extremidad Distal del Húmero

Diagnostico: a) Estudio radiológico

b) TAC

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento: a) *Incruento*

(en las fracturas de epicóndilo y epitroclea sin desplazamiento)

Inmovilización: (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

b) *Quirúrgico*

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (TRES (3) a SEIS (6) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

Fracturas de Olecranon

Diagnostico:

a) Estudio radiológico

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) *Incruento* (en fracturas incompletas)

Oportunidad: al ingreso

Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

b) *Quirúrgico*

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (QUINCE (15) días) FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

Fracturas de la Cúpula Radial

Diagnostico: a) Estudio radiológico

b) TAC (para fracturas intraarticulares o inestables).

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) *Incruento* (en fracturas sin o con desplazamiento mínimo)

Oportunidad: al ingreso

Inmovilización (QUINCE (15) días) FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

b) *Quirúrgico* (en fracturas intraarticulares y en las del cuello con angulación mayor a 30°)

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días.

Inmovilización (QUINCE (15) días) FKT (mínimo: DIEZ (10) sesiones)

Antebrazo

Fracturas diafisarias de Antebrazo

Diagnostico: a) Examen clínico

b) Estudio radiológico (investigar articulaciones radio cubital proximal y distal)

c) TAC (en caso de fracturas luxaciones)

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) *Incruento* (en fracturas sin desplazamiento)

Oportunidad: al ingreso

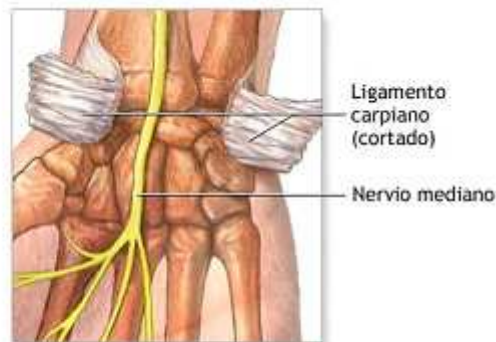
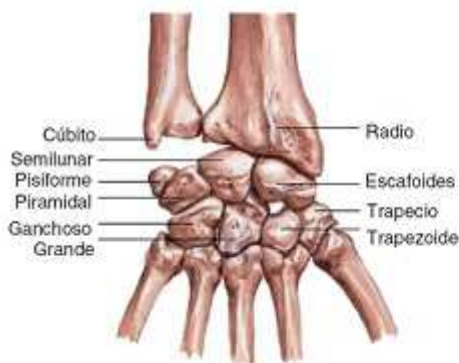
Inmovilización: (SEIS (6) a OCHO (8) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

b) *Quirúrgico* (reducción --- osteosíntesis)

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización: (de CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

Muñeca



ADAM

Fracturas de radio distal

Diagnostico:

- Estudio radiológico
- TAC (eventualmente si hay compromiso intraauricular).
- RMN (eventualmente en caso de compromiso del fibro cartilago triangular)

Oportunidad: estudio radiológico al ingreso; TAC o RMN posterior

Tratamiento:

a) Incruento: (en fracturas no desplazadas estables o reductibles sin conminución cortical)

Oportunidad: al ingreso

Reducción Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

b) Quirúrgico: (en caso de conminución cortical, compromiso intraarticular o lesión del fibrocartilago triangular)

Reducción y osteosíntesis

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

Control radiológico: post reducción, a las CUARENTA Y OCHO (48) horas y luego con una frecuencia semanal.

Fracturas de Huesos del Carpo.- Escafoides Carpiano

Diagnostico:

- Estudio radiológico
- RMN (en pacientes con clínica de fractura y con Rx negativa)

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) Incruento (en fracturas estables sin desplazamiento)

Oportunidad: al ingreso

Inmovilización (NOVENTA (90) días) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

b) Quirúrgico: reducción , osteosíntesis

Oportunidad: dentro de los 5 días

Inmovilización (SESENTA (60) días) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

Inestabilidad de Muñeca

A: Disociativas del Carpo (intrínsecas)

Diagnostico:

a) Estudio radiológico (Rx dinámicas, comparativas, Rx perfil estricto).

b) RMN

Oportunidad: estudio radiológico al ingreso; RMN posterior.

Tratamiento:

a) *Incruento* (en lesiones ligamentarias incompletas **sin** signos clínicos radiológicos de inestabilidad)

Oportunidad: al ingreso

Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

b) *Quirúrgico* (en rupturas ligamentarias completas **con** signos clínicos radiológicos de inestabilidad)

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

B: Inestabilidades proximales (extrínsecas)

Diagnostico:

a) Estudio radiológico (Rx dinámicas comparativas)

b) RMN

Oportunidad: estudios radiológicos al ingreso; RMN posterior.

Tratamiento:

a) *Quirúrgico*

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

Mano

Fracturas de Metacarpianos

Diagnostico:

a) Estudio radiológico

b) TAC (eventualmente para valorar compromiso articular y estabilidad carpo metacarpiana)

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) *Incruento* (en lesiones estables no desplazadas)

Oportunidad: al ingreso

Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

b) *Quirúrgico* (en fracturas desplazadas, inestables, rotadas o intraarticulares)

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)
Control radiológico en el post operatorio inmediato, a las CUARENTA Y OCHO (48) horas

y luego con una frecuencia semanal.

Fracturas de Falanges

Diagnostico:

a) Estudio radiológico (frente y perfil estricto de cada dedo por separado, visualizando art. MCF, IFP e IFD en ambas incidencias)

b) TAC (eventual).

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) *Incruento* (en fracturas estables sin compromiso articular, en Mallet Finger tendinoso)

Oportunidad: al ingreso

Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) Terapia ocupacional (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

b) *Quirúrgico* (en avulsión de placa palmar en art. IFP, Mallet Finger óseo de mas de 1/3 de la superficie articular , avulsión del flexor profundo y en fracturas inestables y desplazadas)

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días

Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) Terapia Ocupacional (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

Control radiológico en el post operatorio inmediato, a las CUARENTA Y OCHO (48) horas y luego con una frecuencia semanal.

Fracturas del Pulgar

Diagnostico:

a) Evaluación de la estabilidad de la art. MCF

b) Estudio radiológico

c) TAC (eventual)

Oportunidad: al ingreso

Tratamiento:

a) *Incruento* (en lesiones estables o sin compromiso articular)

Oportunidad: al ingreso

Inmovilización (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

b) *Quirúrgico* (en lesiones carpo metacarpianas, inestabilidad de la art. MCF, fracturas inestables o desplazadas de MTC o falanges y en aquellas con compromiso articular de MCF o IF)

Oportunidad: dentro de los CINCO (5) días.

Inmovilización: (CUATRO (4) a SEIS (6) semanas) FKT (mínimo: VEINTE (20) sesiones)

Control radiológico en el post operatorio inmediato, a las CUARENTA Y OCHO (48) horas y luego con una frecuencia semanal.

LA PORTADA

LAUJAR DE ANDARAX

Cuando con la Revista Número 16, de Noviembre/Diciembre del 2016, publique el primer artículo de este singular y encantador Pueblo, enclavado en unos de los parajes más bellos de nuestra Geografía, no podía imaginarme que serian infinitos los artículos que podría publicar, pensaba; podre escribir durante una año (6 artículos), dos años (12 artículos), tenía grandes dudas.

Con el paso de los días, pude comprobar que me sobran temas para escribir durante TRES años (18 artículos).

Nunca fue mi intención ser un literario, ni hacer soberbios artículos, ni mucho menos, batir record, solo pretendía y sigo pretendiendo, dar a conocer un poco más, si eso es posible, a Laujar de Andarax, si al final de los TRES años con sus 18 artículo, lo consigo, diré ¡misión cumplida!

Muy pronto pude comprobar los grandes colaboradores que tendría, el actual equipo de gobierno del Ayuntamiento, con su Alcaldesa al frente, esta revista, le quedara eternamente agradecida.

Otra de las personas que con sus fotografías, nos están haciendo descubrir ese entorno de ensueño que rodea a Laujar de Andarax, se llama ROSA FUENTES JUSTICIA, de ella, podremos seguir disfrutando durante bastante tiempo, en el apartado de Medio Ambiente, unas espléndidas imágenes ¡GRACIAS!.

El artículo que publicare, será uno de los más fáciles que podre hacer y, posiblemente, el más complicado cuando tengo que tomar decisiones, una vez más, Cultura y Deporte de Laujar de Andarax, me lo pone deliciosamente difícil, con la exposición de pintura por todas sus calles, que se expuso durante el mes agosto de 2018.

//Esta fue la publicación que realizo Cultura y Deporte: Magnífica la exposición de pintura al aire libre que tenemos repartida por los rincones más bonitos de nuestro pueblo.

Recuerda poder visitarla de las 20:00 h a 21:30 h todas las tardes hasta el próximo domingo 12 de agosto. Se recomienda iniciarla en el pilar de San Antonio y desde ahí te iremos guiando por las estrechas calles hasta finalizarla en la Calle Alcazaba. No lo dudes, visitarla y disfruta del arte en #Laujara de Andarax.//

Ni pondré, ni quitare, ni reduciré las fotos, espero que puedan gozar de tan magnificas vistas.

























PARQUE NATURAL DEL CABO DE GATA-NÍJAR

Es difícil dejar de escribir sobre el Parque Natural de Cabo de Gata (Almería), es mucho el encanto que atesora, es mucho lo que falta por descubrir y es mucho lo que nos queda por ver, en este, que será por el momento el último artículo, lo quiero empezar con esta poesía de **Gloria Fuertes (nacida en 1917)**

Niño Tom:

Si vas al campo,
no subas por los almendros.
Ni cojas nidos,
ni caces pájaros,
ni mates insectos negros.

¡Ay, esa flor, esa flor
que ahora muere entre tus dedos,
sus novecientas hermanas
la están echado de menos!

Si vas al campo,
sé bueno.
¡Échate en la hierba,
canta,
estate quieto!
No deshagas las casas
de los insectos

Niño Tom:
Si vas al campo
Sé hombre,
niño pequeño.



Minas de Rodalquilar



Aguas totalmente transparentes



Desde La Isleta, los Escullos y Cero del Fraile



San José



Mirador de la Amatista



Playa de los Genoveses



Las Salinas de Cabo de Gata.



Pradera de *Posidonia oceanica*.



Azafrán de Cabo de Gata (*Androcymbium europaeum*).



La Playa de Monsul