

España

5€

HEALTHY

ENTREVISTA CON ÁNGELA CARRASCO

«No me gusta la palabra feminista,
ni machista, somos seres humanos.
Todavía se puede creer en el ser humano...»

ENURESIS

Cuando los niños mojan la cama.

MENINGITIS

Conociendo más sobre la meningitis.

BETH MARCH

La muerte prematura de la
hermana de Louisa May Alcott.

**CLÍNICA SANTA TERESA
CASI MEDIO SIGLO
ACOMPAÑÁNDOTE**

HOY SEGUIMOS CRECIENDO

48
AÑOS

EVOLUCIONANDO CONTIGO...

**Entra a nuestra nueva página web y
conoce más de nosotros.**

www.clinicasantateresa.es

**Y ahora nuestra más reciente
incorporación de los servicios
oncológicos de Genesis Care.**





clínica santa teresa

FUNDADA EN ABRIL DE 1970

**Abierta 24 horas al día, 365 días del año
Trabajamos con todos los seguros.**

**Avenida Santa Cruz de Tenerife No. 11.
CP. 05005, Ávila. Tel. 920 252525**

**REGISTRO SANITARIO
05-C24-0149**

WWW.CLINICASANTATERESA.ES

REVISTA ESPAÑA HEALTHY

España Healthy, revista trimestral de colección y consulta.

Primera revista española científico-divulgativa de contenido sanitario, elaborada por profesionales de la salud.

Decimosexta edición Enero-Febrero-Marzo 2019. Vida Sana - Bienestar - Salud.

DIRECTOR

Dr. Omar G. Guillermo Henríquez.

REDACCIÓN

Silvia Guerra Torres, R. Natacha Aracena Martínez, Omar G. Guillermo Henríquez, Clara María Cortes, Julio Ignacio Burguillo López, Néstor Julio Gabino de la Cruz.

CORRECTOR(A) DE ESTILO

Paula Sánchez González.

DIRECTOR CREATIVO

Óscar Celemin.

DISEÑO GRÁFICO | MAQUETACIÓN

Cult for the best | María Domínguez | Carmen García Martínez | Omar G. Guillermo Henríquez.

COMITÉ CIENTÍFICOS

Carmen García Macías, Carolina Pérez Ramírez, Alberto Rivero Cardenas, Iván Legascue de Larrañaga, Berniza Milagros Calderón Pineda.

CONSEJO ASESOR

Cecilio Mella González, Mercedes S. Peralta Gámez, Plinio Abel Montes de Oca Jiménez, Edward Guillermo H., Inmaculada González López.

HAN COLABORADO EN ESTA DECIMOSÉPTIMA EDICIÓN: Ángela Carrasco Rodríguez PROEM-AID, IVI-CLINICA SANTA TERESA, Sonia Pato González, Ricardo Magaz, David Herrero Muñoz, Marta Escudero Muñoz, Mercedes S. Peralta Gámez, Gabriela Torregrosa Benavent, Sara Escudero Muñoz, César Jiménez Vaquero, Virginia San Segundo Segovia, Manuel Romualdo de Diego, Aránzazu Gallego Pérez, Virginia Jiménez Torres, Plinio Abel Montes de Oca Jiménez, Virginia Luis Martín, Alberto García Cabello, Jesús Martín González, M^a del Carmen Sánchez Vázquez, María Encavo Nieva, Cynthia Hernández Muñoz, Ana Muñoz Moreno, Eva Pilar López García, Víctor Hernán Rodríguez Botero, José Luis Gala, Ester Bueno Palacios, Antonio Cid Chimenó, Lorena Rodríguez Herrero, Óskar Salinas, Raúl Rabadán, Enrique Hernando García, José María Muñoz Quirós, Ruth Pindado González, María Ángeles Ortega Rodríguez, María Nieto Sobrino, Xóse R. Bustelo, Sonsoles Hernández Sánchez, Sonsoles Sánchez-Reyes Peñamaría, David Herrero.

HAN FOTOGRAFIADO.

Entrevistas Principal: Alberto Herraéz Velasco.

Otras Entrevistas: Sonia Vizcaya Antolín.

Fotografías PROEM-AID: Gabriel Tizón y Óscar Vifer.

Editorial: Paloma Capelo | Otras fotografías: Julio Ignacio Burguillo López.

IMÁGENES

- Banco de imágenes The 11 Men.

- Shutterstock, Inc. 350 Fifth Avenue, 21st Floor | New York, NY 10118 | USA.

RELACIONES PÚBLICAS

Néstor Julio Gabino, Clara María Cortes.

Mail: info@samixxi.es | Tel. 691 101 229

EDITA

Servicios de Atención Médica Integral XXI, SL (SAMI XXI).

CIF: B05236625. Depósito Legal: AV 130-2014. ISSN 2605-1494

Dirección: Cl Rejero Fray Francisco de Salamanca, 7 1^a4, CP 05004. Ávila, Castilla y León. España.

Teléfono: (34) 920 219477 / (34) 654114401

Correo electrónico: info@samixxi.es / gestionyadministracion@samixxi.es

www.EspañaHealthy.es

IMPRIME

Gama Color Servicios Gráficos Integrados.

PUBLICIDAD

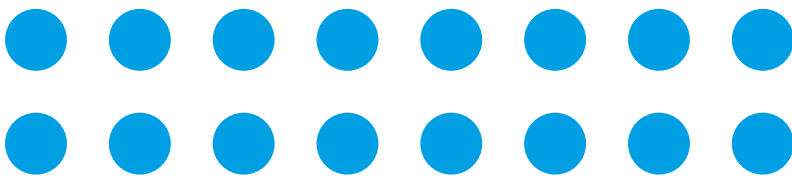
Cult for the best | Tels. 615 340 753 / 654 11 44 01

Mail: contacto@españahealthy.es / info@samixxi.es

La Revista España Healthy no comparte necesariamente las opiniones expresadas por sus colaboradores, existe total autonomía en sus redacciones, por lo que cada autor es responsable de lo que escribe. Los artículos y entrevistas que no llevan la firma de autores corresponden al equipo de redacción, del mismo modo que la organización de la revista.

Descárgate
nuestra revista
digital en
españahealthy.es

España
HEALTHY



Editorial

Dr. Omar G. Guillermo Henríquez
Director



Está claro e incluso estaría de más señalar que una de las principales causas de visita al médico, es el dolor. Pero los pacientes no prestan atención al dolor, cuando ellos entienden que no es significativo, no entienden que no deberían asumir ellos mismos, que la intensidad expresada sea la que marque y describa la importancia del mismo. El aumento del dolor no debe ser interpretado por un paciente.

Sin dolor, no nos enteraríamos de que algo anda mal, sin dolor no irías a un médico, sin dolor o sin capacidad sensorial podríamos lastimarnos y no percibiríamos el daño ocasionado, sin dolor no pararíamos de hacer algo parcialmente dañino para nuestro cuerpo, sin dolor no podríamos vivir. Sin el dolor no existiríamos como especie, nos habríamos provocado la autoextinción, dado que no podríamos ser capaces de cuidarnos. El dolor es una señal del sistema nervioso de que algo no anda bien, que si le tratamos correctamente podríamos conseguir que sea inversamente proporcional a la administración de un tratamiento.

Actualmente el concepto dolor, se describe de la siguiente manera: Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma.

Pero tras un ejercicio continuo, mi experiencia me ha demostrado, que el dolor no es

directamente proporcional a la realidad de un proceso de salud, pero si es directamente proporcional a la preocupación del paciente. Parece una frase de una teoría de física cuántica, pero no, es la realidad que vivimos a diario los sanitarios. Un paciente que llega a urgencia con historia de dolor de 15 días de evolución, visto por su médico de cabecera hace una semana, quien diagnosticó aerofagia (dolor por gases intestinales), agrega que hoy el dolor ha aumentado, por lo que hoy acude a urgencias. En su íntima convicción, el paciente entiende que si ha aumentado puede ser serio el cuadro. Pero cuando el cuerpo le avisó y mandó una alerta, el paciente no hizo caso durante 15 días, muchas veces el paciente obvia el aviso, y solo le parece preocupante cuando es intenso o ha aumentado.

La presencia y/o aparición de dolor, no debería ser una causa generadora de agobio o ansiedad, debería significar simplemente un mecanismo de alerta, que motive a una visita con su médico de familia. El dolor por sí mismo y en la mayoría de los casos, no nos aporta un diagnóstico definitivo, pero si, por sí mismo podría ser una enfermedad. El dolor puede hacernos ir al médico, pero no debemos permitir que este nos seduzca para nosotros autodiagnosticarnos o automedicarnos.

No siempre tener dolor nos va a informar de una probable complicación, no siempre tener dolor se trate de una enfermedad. La aparición del dolor en un paciente, solo debería de significar; sensor de alerta activado, vaya usted con su médico.

01. Entrevista Ángela Carrasco



02. Entrevista a proem-aid/ Pág 20

03. Entrevista IVI / Pág 24

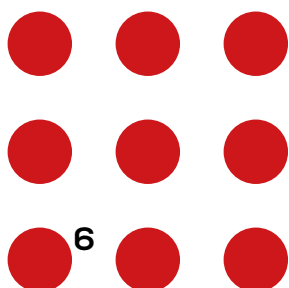
04. Entrevista Sonia Pato González / Pág 28

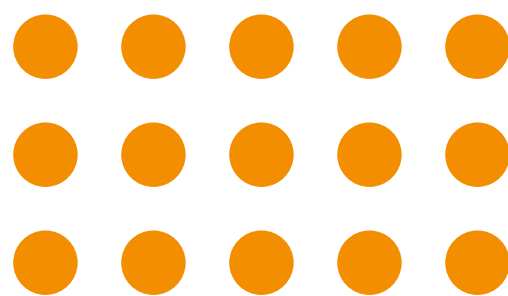
05. EN COLUMNA /Pág 34

Ricardo Magaz
David Herrero
Mercedes Peralta
Gabriela Torregrosa
Marta Escudero
Sara Escudero



Pág 20





Pág 46



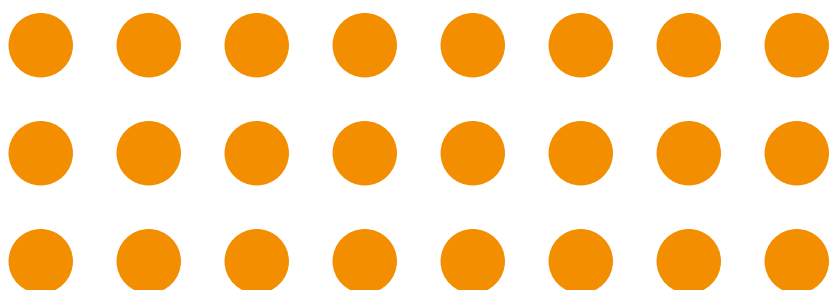
06. Alivio del dolor infantil / Pág 46

07. Hablemos de mioma uterino /Pág 48

08. Hablemos de dispareunia/ Pág 52



09. Enuresis / Pág 54



10. Hemianopsia /Pág 60

11. Estreñimiento /Pág 62

12. Escherichi coli /Pág 64

13. Cuerno cutáneo / Pág 68



14. Queratosis seborreica / Pág 70

15. Tapones de cerumen / Pág 72



16. Gingivitis/ Pág 74

17. Gonalgia / Pág 75



18. La fibromialgia / Pág 76

19. Meningitis/ Pág 78

**20. Técnico en emergencias
santiarias / Pág 82**

**21. Lesiones musculares /
Pág 85**



22. Reflexiones /Pág 90

23. Poemas / Pág 91

24. IETV / Pág 92

25. Diz Pintado / Pág 96

26. Una adaptación sobresaliente /Pág 98

28. Empatía / Pág 100

29. Miedo / Pág 102

30. Reflexión / Pág 104

31. No entiendo a mi hijo / Pág 108

27. Secreto de Amanecida / Pág 99

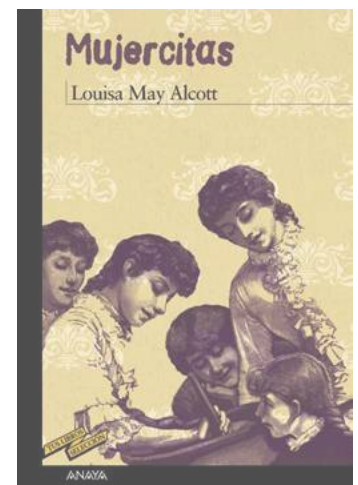
33. Reflexión / Pág 112

34. Transplant / Pág 114

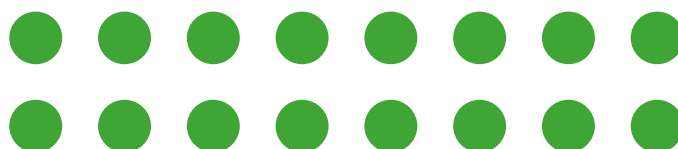


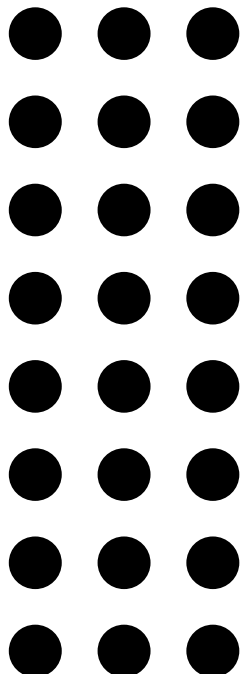
32. Investigación del cáncer / Pág 110

35. Beth March y la muerte prematura/ Pág 118



36. Modas contra la salud / Pág 122





ÁNGELA CARRASCO
CANTANTE Y ACTRIZ

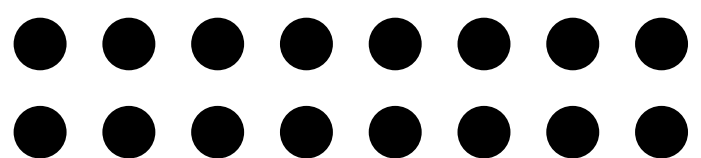
Nació el 23 de enero de 1952 en Santo Domingo, República Dominicana. Es la cuarta de siete hermanos, hija de Blas de Jesús Carrasco Gómez, un guitarrista y de Ángela Rodríguez, una cantante.

Su biografía es muy extensa, pero a modo de resumen podemos decir que, con tan solo 7 años hizo su primera incursión en el mundo de los medios, interpretando el tema de un anuncio para una bebida. Con 13 años impartía clases en la escuela de música de su padre, a los 15 años, se convirtió en presentadora de un programa de TV. Fue creciendo poco a poco en el mundo artístico dominicano y posteriormente logró obtener una beca de estudios en España, país donde se consagró profesionalmente, y sigue viviendo hasta la actualidad.

Durante su vida profesional en España, ha actuado y participado en varias obras musicales y programas televisivos, tales como:

TVE-1 ¡Señoras y Señores!, participó también como actriz en 1975 representando a María Magdalena en la versión española de la ópera-rock Jesucristo Superstar junto a Camilo Sesto. La obra fue destacada en diversas portadas de revistas, ganó premios y reconocimientos, llegando a alcanzar los primeros lugares en las listas de popularidad junto al disco de Camilo Jesucristo Superstar, tanto en España como en América Latina. En sus más de 40 años de carrera y con 13 discos grabados, Ángela Carrasco ha ganado varios premios musicales. Entre los más relevantes están: 1992 Premio Billboard como cantante tropical del año. 1992 Premio Lo Nuestro como la mejor cantante tropical del año. Ha ganado varias estatuillas en los Premios Soberanos en la Rep. Dominicana, en el 2009, ganadora de un Soberano Especial. 2015 premio a la excelencia musical en los Premios Grammy Latino, por su trayectoria y contribuciones artísticas.

Desde hace 11 años, dirige la academia musical ABC, que también atesora múltiples éxitos, donde muchos de sus alumnos han alcanzado participación en las mejores obras teatrales del momento. Recientemente participa en dos obras teatrales; homenaje a Camilo Sesto y Gran Diosas.





Ángela Carrasco Rodríguez

Por: Omar G. Guillermo Henríquez

« España ha sido una serie de suertes. »

EH: ¿Quién es Ángela?

Ángela es un poquito de lo todo lo que conoces, de lo que se dice, es una mujer que ha tenido la gran suerte de nacer en una familia musical, la música ha sido parte de mi vida, desde que yo tengo uso de razón, la música fue algo especial en mi vida.

Comienzo desde ahí a formarme como ser humano, de todo lo que me dieron mis padres, mis profesores, mis amigos, mis no amigos, las personas que me han ido conociendo... Soy un poquito de muchas cosas y he formado un ser humano que me estoy aceptando.

EH: ¿Estás a gusto o crees que hay que construir aún más?

Uno nunca deja de construir y conocer. Por ejemplo, hoy te conozco a ti, Omar Guillermo, que me darás muchas cosas que utilizaré o nos volveremos a ver, lo que sí te digo es que siempre uno va conociendo, viendo, mostrando otras cosas, pero ya con una sabiduría que te dan los años.

EH: Al igual que tú, yo he nacido en otra tierra. Algunos tienen un dilema con esto... ¿de dónde eres, de dónde somos?

De Santo Domingo. Yo soy de la República Dominicana, con la suerte que a los 22 años conseguí una beca de estudios y me vine a España, este país me ha nutrido de muchas cosas que no podía tener allí y todo lo que tenía dentro de mí, aquí me dieron unas facilidades maravillosas, era como si me descubrieran y me formaran pero yo traía todo de esa tierra. Mis hijos nacieron aquí, tengo nietos. España ha sido una serie de suertes, me ha dado muchas cosas, tengo la facilidad y el deber de decir lo que no me gusta y de protestar cuando veo que las cosas no están bien. Yo soy parte de ellos pero también España es parte de mí, muy de mí, por eso lo defiendo.

EH: Desde niño he tenido la oportunidad de conocerte como artista, ¿vemos a Ángela la artista ¿cómo ha sido tu evolución humana, la que nosotros no percibimos?

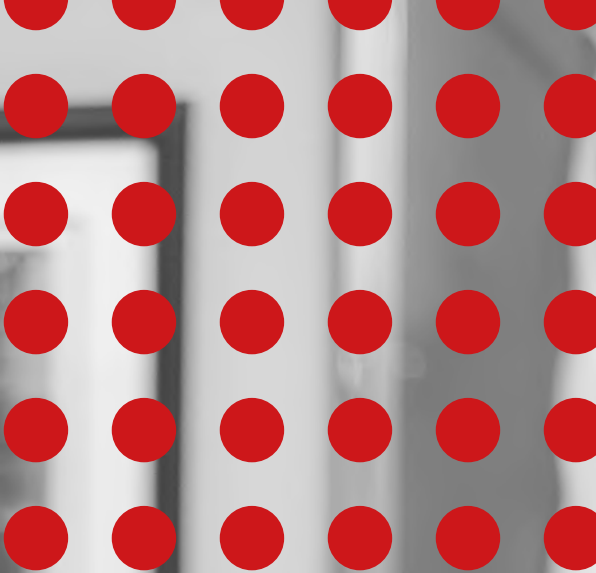
A Ángela no le ha sido difícil, nací artista en mi núcleo familiar, somos siete hermanos, y los

siete cantamos y tocamos algún instrumento, mi mamá era cantante, se llamaba Ángela y mi padre que también murió se llama Blas. Yo he vivido esto tan especial que ha sido algo natural y después viene la responsabilidad de ser artista, de si vendes o no discos, si te equivocas en algún programa que hiciste... Hay tantas cosas que te hacen evolucionar, que te hacen ser un ser humano... Siempre estamos comenzando, si queremos esta profesión. Yo en estos momentos estoy comenzando de nuevo, porque hay tantas cosas que están surgiendo, que me hubiese encantado que surgieran antes, que me hubieran cogido más jovencita, me están tocando ahora, y las estoy viviendo con todo la emoción y la sorpresa como si estuviera empezando de nuevo.

EH: Tú eres consciente de la responsabilidad que maneja un artista sobre las personas que les siguen, ¿Cómo lo afrontas con los niños de tu academia?

Lo cuido como lo más importante. Cualquier cosa que uno puede hacer está bien, se puede, y cuando te dicen es que Ángela lo hace, aunque sea desafinar o que no cantes bien... Somos también maestros de la forma de ser de una persona que está estudiando con nosotros o que vean tu vida. Tengo gente que me ha escrito que dice, que yo soy lo más importante de su vida y yo les digo: no, yo soy alguien que ha llegado a ti por algo tan bonito como es la música, se dice que la música es el sonido y la evolución más importante que puede tener un ser humano por todos los sentidos que pueden entrar.

Es maravilloso, he aprendido que hay que dejar de hacer cosas para no dañar. Soy un ser humano, puedo equivocarme, cuido lo que he formado durante todo este tiempo. Sabes el dinero que te dan por ciertas cosas, pero no todo vale. Siempre he cuidado mucho lo que yo puedo mostrar a los demás, primero mi música, que la respeto como nada. Cuido mucho todo, las palabras, los acentos, el cómo moverme..., Y lo he cuidado tanto que ya soy así.





EH: ¿te consideras que fuiste precursora, baluarte que pueda identificar a la sociedad, que empezaba a abrir puertas en los tiempos de destape?

No fui una mujer de vanguardia con respecto al destape, pero si en el hecho de que puedes hacer esta profesión, soy moderna en muchas cosas, pero siempre pensé que lo que yo vendía o quería mostrar al público no era físico, hace tantos años. Era el destape, las artistas por una portada vendían mucho, pero yo no era lo que quería mostrar. Claro que he utilizado minifaldas, un botón... Claro que se puede, pero con la intención que tú lo. Nunca vendí otra cosa, por ser caribeña me ofrecieron hacer otro tipo de posado, pero no hubo necesidad, ni quise hacerlo, porque yo quería mostrar otro tipo de arte.

EH: ¿Vale todo como arte, todo es arte, todos somos cantantes?

No, pero hay gente para todo. No puedes decirle NO, hay libertad. Existen los que quieren eso, que consumen eso. Si hay para todo. Qué pena que vende más lo chocante, lo mediático... Ayer estaba mirando la televisión y estaba viendo los programas y los personajes, pero cuando ves quienes están manejando, mandando, los líderes... Todos los personajes han salido de cosas donde se han estado pegando, hacen el amor en pantalla... Es lo que vende, he visto grandes marcas que antes cuidaban y ahora dan dinero para esto... Esto es lo que nuestros hijos, nietos están viendo.

EH: ¿Cómo ves el feminismo?

No me gusta la palabra feminista, ni machista, somos seres humanos. Me está asustando lo que estoy viendo, no está solo en el adulto, está pasando en nuestros hijos, niños, niñas... Estoy viendo que tienen que cambiar muchas cosas y más en el país que estamos viendo donde hubo un matriarcado dentro del hogar y yo me acuerdo de esto, la madre era la que manejaba lo que era el hogar, hacía la comida... Y fuera de aquí iba en pos de su marido, agarrada de su marido... Pero lo que está sucediendo ahora es que yo quisiera que hubiera más hombres en el reclamo de que la mujer no sea maltratada, no todos los hombres maltratan a sus mujeres. Me gustaría primero eso y después que no nos viéramos como una batalla entre el hombre y la mujer, no lo veo así, creo que hay que educar.

« Ojalá la vida me dé la suerte de seguir formando a la gente. »



« Enseñar es una forma de volcar lo que tú sabes. »»

EH: ¿Qué podemos hacer?

Pienso una cosa, tengo mis hijos grandes, pero tengo nietos, quiero participar, con el paso de los años la mujer tiene un rol con más trabajo fuera de la casa, creo que no debemos dejar la educación de nuestros hijos solo a los maestros, a los que cuidan nuestros hijos, tenemos que participar más, les estamos llenando la maleta de estudios a nuestros hijos, de darles cosas diferentes para que nunca tengan tiempo de nada, de estar en familia. Veo niños que están en esto, en lo otro, en lo de acá, en lo de allá, y te lo dicen y te lo cuentan... No le demos tanto para que triunfen el día de mañana y dejémoslos disfrutar. No todos son así, pero hay niños que no tienen ni tiempo de respirar, nunca hay tiempo para nada y creen que es bueno para su hijo que esté haciendo cosas y no tenga tiempo para estar tirado en la cama.

Tiene que haber momentos para la familia siempre, tenemos que vivir un poquito más con nuestros hijos, con la familia, saber por qué está con la carita arrugadita.

Muchos chicos están haciendo cosas a escondidas, imagino lo que es para un padre descubrir que su hijo no es lo que él creía que era.

Estamos dejando de vivir sus vidas. La gente dice que hay que dejarles libertad, pero ellos se están formando en este mundo y tú eres la familia que le toco y tienes que darle más que la comida y la cama, estudios... Tienes que saber lo que está pasando dentro de ese niño.

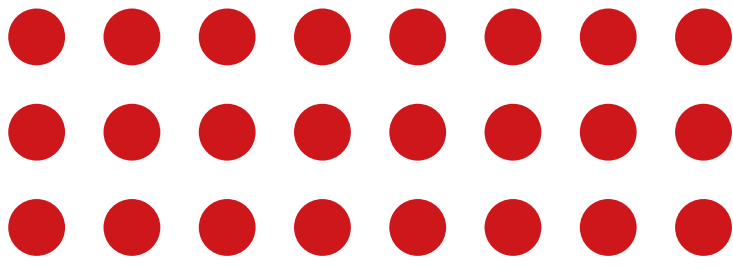




EH: Es inevitable hablar de Jesucristo Superstar, ¿qué significó para ti?

Una realización muy especial.

Me crié en escuelas de religiosas, estuve en liceos en República Dominicana, iba a entrar en la Universidad, pero quizás la parte más especial fue cuando estuve con los Salesianos, con las monjas del colegio María Auxiliadora y yo conocí ahí ese Jesús que nos mostraban que era el que podía castigar pero casi siempre era el que te escuchaba y el que te perdonaba las cosas... **Nunca lo he dicho**, tuve un tiempo en el que quise ser monja, había veces cuando subían el Santísimo, he sentido el desmayo, desmayarme, muchas veces, me iba a la misa sin desayunar, pero también es una emoción especial, esto se siente, como cuando se siente una canción, cuando estas enamorada, hay algo especial es un enamoramiento tal... Me quedaba a veces con las monjas, cantaba en el coro del colegio y había monjas que me preguntaban y yo les decía: "madre, yo creo que quiero ser monja..." Y ellas me quitaron de la cabeza que entrara a ser monja, porque me decían que tenía un futuro diferente, me decían que fuera buena para la gente que me seguiría y me quitaron de ser monja.



EH: Proyección que tengas en estos días, ¿qué hay por delante?

AC: Tengo una ilusión tremenda, sé lo que he aprendido, lo que he hecho, pero ahora hay gente aunque hayan pasado tantos años que quiere que yo siga, tengo unos proyectos maravillosos.

“El quererte a ti”, que es un homenaje a Camilo Sesto y después uno que me maravilla por la palabra, porque me hace poner como plumas en la cabeza y tal que se llama “Gran Diosas”, que son aquellas mujeres que tienen más de cuarenta años pero que han hecho un trabajo artístico durante esa trayectoria, que ha hecho que ellas sean recordadas como personas que han llenado una parte importante de un público que aún las quiere.

Cuando a mí me escriben te dicen cosas que te hacen decir que ha llevado a esa persona para que piense así.. Este espectáculo es para que cantes tus canciones, las de otros, somos cinco Grandiosas - Gran Diosas, de todo, que seguimos tratando de respetar nuestra persona, nuestra forma de ser, hemos tenido nuestros errores, pero que siempre hemos respetado al público, a la gente que nos sigue.



« Tiene que haber momentos para la familia siempre. »»



PREGUNTAS RÁPIDAS

1. ¿Blas?

Mi papá.

2. ¿Doña Ángela?

Mí ejemplo.

3. ¿De la más pequeña de siete?

De las más pequeñas, el ser un poco especial, me hizo ser un poco especial.

4. ¿Playa o montaña?

AC: Montaña.

5. ¿Cantar o enseñar?

AC: Enseñar. Ahora sí, porque enseñando estoy cantando.

6. ¿Qué hacemos con los malos?

AC: Todavía hay posibilidad, se puede, nadie es malo por ser malo. Hay palabras que pueden llegar a esa persona, se puede intentar.

7. ¿Camilo Sesto?

AC: Ha sido alguien que intentó algo especial y mira aquí estoy.

8. ¿Quererte a ti?

AC: Uno de los temas más hermosos. Es un poema, que dice: "Ganar el cielo por amor", tiene tantas connotaciones, ahí está la que quiso ser monja, la que quiso ser médico, la que quiso ser mamá, la abuela...

9. ¿También quisiste ser médica?

AC: Sí, también. Todo lo que era ser altruista me gustaba.

10. ¿Dónde identificas la sensibilidad?

AC: La demuestro haciendo lo que se hacer, el arte, cantar, el tener mucho público o poco público pero poderle expresar, poder con una canción amar lo que sucede, veo a la gente mirándome y pienso: "¿pero sabrán quién soy yo cuando me levanto por la mañana?"

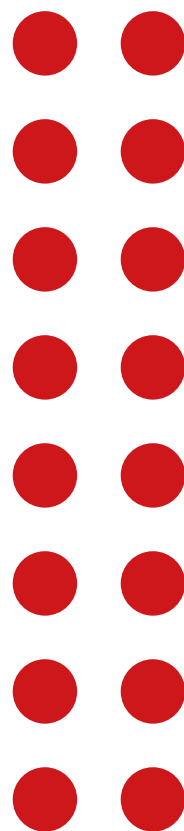
11. ¿Una palabra que nunca dirías?

AC: No puedo.

12. ¿Una con la que te identifiques?

AC: Yo quiero.





EH: No quisiera terminar sin que dijeras algo que se nos haya pasado. ¿Qué quieres decir a las personas que te siguen?

AC: Que todavía se puede creer en el ser humano, sería tristísimo que el día de mañana nos tuviéramos que encerrar entre cuatro paredes para que no entre el malo. He conocido a mucha gente y cuando te has acercado te das cuenta que es un ser maravilloso, yo creo que todavía estamos a tiempo de creer en nosotros mismos y no destrozarnos algo tan bonito que ha hecho el universo, el hombre, cuando digo hombre me refiero al ser humano.

Me preguntabas enseñar o cantar y elegía enseñar, enseñar es una forma de volcar lo que tú sabes. Ojalá la vida me dé la suerte de seguir formando a la gente, no es trabajo mío solamente, tengo un equipo maravilloso, intentamos que sean profesores que también amen esta profesión, son profesionales, son artistas, todos son bailarines, pianistas... Que sigan en su profesión. Les doy a entender que la gente que salga de nuestra escuela piense, el día que me vaya bien que bueno, pero el día que no me vaya bien también voy a bendecir esta profesión. He visto niños que vienen súper tímidos y tienen dentro un artista.

Trato que ese deseo mío y todo lo que yo he recibido durante tantos años volcarlo en la gente que tengo en la escuela.



ENTREVISTA A PROEM-AID

INTERTAR METERNOS 10 AÑOS DE CARCEL, NO HAN PODIDO APAGAR NUESTRAS GANAS DE AYUDAR...

POR DESGRACIA EN ESTA VIDA HAY TRES VERDADES, LA VERDAD DE UNO, LA VERDAD DEL OTRO Y LA DE VERDAD DE VERDAD.

EH- ¿Cómo surge PROEM-AID ?

Proem-aid surge gracias a la inquietud de un grupo de amigos (casualidad todos bomberos), fue la reacción de la sociedad ante un estímulo. A finales de 2015 hubo un bombardeo continuo en todos los medios sobre la crisis Siria y sus consecuencias.

Somos un equipo español de profesionales de las emergencias que ayudamos de forma voluntaria desde diciembre de 2015 en el sureste de la isla griega de Lesbos y desde septiembre de 2017 comenzamos también a ayudar en el Mediterráneo Central.

EH - ¿Cuál es su objetivo?

Auxiliamos y rescatamos a personas en grave riesgo en el mar. Desarrollar nuestro trabajo como bomberos/ rescatadores donde se nos necesite. Hicimos hincapié en Lesbos o el mediterráneo central pero estamos abiertos a cualquier zona de trabajo (rescate en el mar, tsunamis, inundaciones, etc.)

EH - ¿Quiénes forman vuestros equipos?

Los Equipos lo forman personal cualificado para el trabajo a desarrollar, en su gran mayoría Bomberos, sanitarios, fuerzas y cuerpos de seguridad, salvamento, esto para la misiones de rescate.

En el proyecto Agua el perfil no es específico de personal de rescate y contamos con personal civil (maestros, psicólogos, etc.)

EH - ¿Cómo se puede formar parte de PROEM-AID?

Invito a todo el mundo a que entren en la página de Proem-aid para obtener información, en uno de sus apartados aparece una pestaña donde dice voluntarios. Hay que pinchar ahí y definir en qué proyecto desea participar, es sencillo.

EH - ¿Cómo animarías a una persona que está pensando en realizar un voluntariado?

Primero y después de mi corta experiencia como voluntario, le recomendaría para que su energía no se pierda o se disipe en el intento, que tuviera claro cuáles son sus posibilidades y que antes de ir a zona de conflicto se ponga en contacto con las ONG'S que hubiera en la zona y así participar con la que mejor encaje. Es la fórmula que he podido observar que mejor funciona ya que todas las partes salen ganando.

EH - ¿Qué formación es necesaria para pertenecer a PROEM-AID?

Si vas a formar parte del equipo de rescate necesitamos que poseas titulación referente al trabajo que vamos a desempeñar, aquí cuanto más formación tengas es mucho mejor ya que podrás transmitirla a los demás compañeros, por lo general el perfil del bombero es muy bueno ya que forma parte de su día a día.

EH- ¿Colaboran con vosotros otros voluntarios, con guardias costeras, autoridades de países...? Estando de misión en Lesbos hemos trabajado de forma conjunta con los guarda costas Helenos (aunque hubo un mal entendido por parte de los guarda costas que nos llevó a un juicio donde nos pedían 10 años de cárcel a cada compañero) . Después de más de dos años se celebró del juicio y todo salió bien. También hemos trabajado con otros equipos de rescate.

EH- ¿Qué proyectos tenéis en la actualidad? El Proyecto agua, el proyecto Maydayterraneo y algunos en mente a falta de conseguir los recursos.

EH- Proyecto Maydayterraneo y Proyecto agua, ¿cuándo y por qué surge cada uno y hasta dónde pretendéis llegar?

El proyecto Lesbos surge en primera instancia y es el motivo, el inicio de todo, es el proyecto de rescate originario, estando en Lesbos surge el proyecto Agua (para reconciliar a las personas con el mar) y durante el 2017 coincidimos con la ONG SMH donde decidimos unirnos y montar el Proyecto Maydayterraneo donde a finales del 2017 pudimos fletar un barco y hacer rescates frente a las costas de libia (fueron 580 personas aproximadamente rescatadas a lo largo de 5 misiones).

El 2018 ha sido una año muy duro en la búsqueda de recursos para este proyecto, apunto de zarpar los compañeros de SMH decidieron no seguir colaborando juntos, dada la complejidad de la situación en la zona SAR (zona de rescate), así que, pues volvemos a la cajetilla de salida y nos ponemos manos a la obra para conseguir un barco que nos sirva para realizar esta tan necesaria labor. No debería morir nadie ahogado en tan penosas condiciones...

EH - ¿Europa está sensibilizada sobre la catástrofe humanitaria en el Mar Mediterráneo, donde miles de refugiados e inmigrantes se juegan la vida en el para llegar a la costa europea?

Si lo estuviera, no dejaría que tantas personas (hombres, mujeres y muchos niños) murieran ahogadas...

EH - ¿Realizáis algún programa, actividad o eventos para sensibilizar a la sociedad, dar a conocer vuestra labor y recaudar fondos?

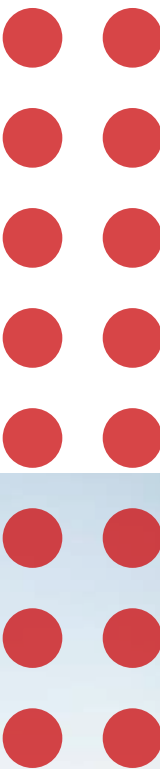
Uno de los primeros trabajos que empezamos a realizar a nuestra llegada a España después de nuestra primera misión fue las de dar charlas de concienciación por colegios, universidades, institutos, cualquier colectivo social que nos lo requiriese. Tenemos que sensibilizar a la sociedad, no podemos permitir que en el 2019 se esté haciendo lo que se está haciendo con otras personas y miremos para otro lado. Recaudamos fondos a través de la venta de merchandising, organizamos todo tipo de actividades lúdico-recreativas y deportivas, colaboran con nosotros artistas y muchos ciudadanos que aportan su granito de arena.

EH - ¿Cómo podemos los ciudadanos colaborar con PROEM-AID?

Los ciudadanos pueden colaborar de varias maneras; Pueden hacerse socios, hacer una donación puntual o periódica, formar parte de nuestro equipo de voluntarios dentro del perfil de cada proyecto. Organizar eventos, charlas o reuniones vecinales donde los compañeros de Proem-aid podamos ir a dar a conocer nuestra Asociación y concienciar a la juventud del gran problema que tenemos. También nos vale la donación en especias, necesitamos material sanitario, material de rescates varios y demás, si alguien tuviera esos elementos y quisiera aportarlos serian bienvenidos...

EH- A pesar de la grandiosa labor social que desempeñáis habéis sufrido incidentes tan graves como la acusación de tráfico de personas de tres de vuestros compañeros, ¿Cómo habéis vivido esto?

El tema de la detención de mis compañeros ha sido uno de los momentos más duros de mi vida, el pensar que tres amigos míos y compañeros podrían caerles 10 años de cárcel





por mi culpa , era una cuestión que me ha tenido muy preocupado todo este tiempo más de dos años, hasta la celebración del juicio. No puedo ponerme en su pellejo pues eran sus vidas las que se verían truncadas por este suceso, aun así lo pase mal, muy mal. La buena resolución del juicio me supuso un gran alivio para mi cabeza, pensé en ellos y sus familias...

EH - Este ha sido un suceso que gracias a la colaboración ciudadana ha salido a la luz, incluso varios famosos han hecho una campaña a favor de PROEM-AID y a favor de la absolución de los acusados. ¿Habéis sufrido otros contratiempos de los que no nos hemos enterado?

Como tenemos más proyectos abiertos y queremos seguir trabajando, por el bien de las personas que reciben el servicio, es una pregunta que me reservare. Vamos a decir que cooperación, la ayuda humanitaria o el rescate no es tarea fácil...

EH- ¿Creéis que no se cuenta lo que sucede realmente en las costas y con la inmigración?

Por desgracia en esta vida hay tres verdades, la verdad de uno, la verdad del otro y la de verdad de verdad. Creo que la información se pierde por el camino, no interesa que la ciudadanía sepa lo que está pasando realmente. Y si la verdad que se cuenta es muy dura se bombardea de una forma brutal a los ciudadanos con esa verdad tan dura, de manera que nos volvemos insensibles a ella, con lo cual es como si no existiera. Tenemos un ejemplo muy claro con la crisis de los refugiados. A finales del año 2015, hubo un bombardeo continuo de imágenes, información en radio y prensa sobre la crisis

de los refugiados en la que los ciudadanos reaccionamos de una manera muy positiva. Fueron muchas las personas que salimos de nuestra zona de confort para prestar ayuda. Ayuda que en el 2016 se veía bien, ahora son muchas las voces críticas con este trabajo y si te das cuenta ya no sale tanta información en los medios sobre este tema.

EH - Nos gustaría detenernos en el agradecimiento a gente como vosotros. ¿Podríais contarnos alguna anécdota bonita por la que merece la pena seguir con este voluntariado?

Anécdota... Han sido cientos, miles de ellas, tantas como personas hemos rescatado, ayudado o simplemente dado un abrazo. Es brutal la sensación que se le queda a uno en el cuerpo cuando ayuda a alguien que lo necesita. Si fuéramos conscientes de que se recibe más de lo que uno da, todos saldríamos de nuestra zona de confort para emprender alguna acción.

Son muchas las buenas personas que me he encontrado por el camino en estos tres años y eso no hay dinero que lo pueda pagar, tanto voluntarios como personas migrantes y refugiados.

En Proem-aid tenemos un lema, ALL TOGETHER WE ARE ONE.

Filosofía PROEM-AID siempre sumar, sumar, sumar...





ENTREVISTA A IVI

CLÍNICA SANTA TERESA

TRAS SU RECIENTE LLEGADA A ÁVILA.

EH - ¿Qué es IVI?

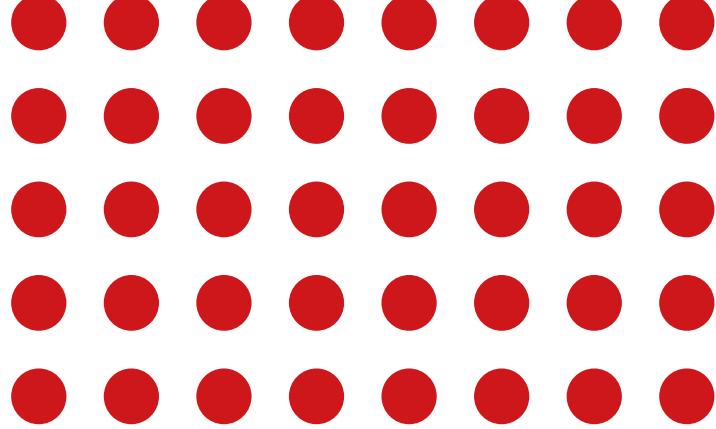
IVI: Instituto Valenciano de Infertilidad, pionero en España en técnicas de reproducción asistida, desde 1977, con centros actualmente en varias ciudades españolas, con el mayor laboratorio del mundo actualmente en Aravaca Madrid, y centros en países de todo el mundo, que realiza todas las técnicas existentes en la actualidad, así como una labor importante Y PUNTERA en cuanto a investigación, también docencia, autoevaluación y autoexigencia. A nivel asistencial destaca también por la atención personalizada al paciente, seguimiento continuado 24 horas al día, 365 días al año por personal de médico, de enfermería y asesoramiento, etc..

Como dato interesante nos gustaría explicar que en España nuestra legislación permite la realización de técnicas que en otros países del mundo no son legales como la ovodonación o donación de esperma, la vitrificación de ovocitos o de embriones y el diagnóstico genético preimplantacional de los embriones (esto se realiza para seleccionar los embriones genéticamente sanos), lo que hace que se disponga en IVI de un departamento internacional para dar asesoramiento y asistencia a extranjeros o españoles con otras nacionalidades.

EH - ¿Cómo surge el proyecto IVI en Ávila?

El proyecto surge desde un compromiso entre la Clínica Santa Teresa y el centro IVI de colaboración, para ofrecer a las pacientes de nuestra provincia o cercanas a ella que deseen un seguimiento en Ávila, para facilitar así su proceso, ofreciendo todos los servicios a nuestro alcance para evitar desplazamientos, solucionar dudas, y así comenzar en Ávila un proyecto de técnicas de reproducción asistida que no existía hasta este momento en ningún ámbito en la provincia. La demanda de este tipo de asistencia es cada vez mayor en todo el mundo, y también en nuestro entorno.





EH - ¿Cuánto tiempo lleváis trabajando con este proyecto?

Llevamos trabajando en este proyecto 2 meses, con gran aceptación y demanda. Seguimos trabajando en la formación de nuestros colaboradores y en la introducción en nuestro centro de nuevas técnicas como la inseminación artificial. Consideramos también importante el hecho de que la mujer o pareja pueda permanecer con su ginecólogo habitual a la vez que se trabaja con el centro colaborador IVI.

EH - ¿Qué es la ovodonación?

La ovodonación consiste en una técnica de fecundación in vitro donde los ovocitos fecundados son extraídos tras estimulación ovárica de una mujer donante que cumpla las características para serlo, destinado a mujeres que no pueden concebir con óvulos propios, por fallos ováricos, por edad avanzada, por tratamientos que deterioran las gónadas, por enfermedades oncológicas o genéticas, etc.

EH - ¿Qué es y en que consiste el Proyecto Preserva?

Preserva es un proyecto IVI, de asesoramiento y estudio de la reserva ovárica de la mujer, de forma gratuita, con el fin de pronosticar sus posibilidades reproductivas ofreciendo la posibilidad de vitrificar sus ovocitos si desean postponer la gestación, ya sea por edad, circunstancias personales, laborales o sociales, enfermedades cuyo tratamiento pueda dañar las gónadas dificultando posteriormente la gestación.

EH - ¿Con este proyecto podemos decidir cuándo quedarnos embarazadas?

Podemos decidir cuando quedarnos embarazadas siempre recomendando las limitaciones individuales de cada mujer o pareja, ya no por la calidad de nuestros ovocitos, que con las técnicas de vitrificación permanece, sino por otros factores como el mayor riesgo de una gestación en edades demasiado avanzadas.





İnsanların
Əməkdaşlıqda
İnsanların
məqsədi?

EH - ¿Cuándo recomiendas la ovodonación o la congelación de los propios óvulos para futuros embarazos?

Se recomienda la vitrificación antes de los 38 años en mujeres sanas, si existe algún factor como enfermedades que afecten a los órganos reproductores se recomendaría en periodos más precoces, así como si la determinación hormonal nos advierte de una baja reserva ovárica en mujeres más jóvenes. En cuanto a la ovodonación, es un procedimiento mucho más individualizado en cada caso concreto.

EH - ¿Cada año que se retrasa la maternidad las posibilidades de quedarse embarazada disminuyen?

Las posibilidades de gestación disminuyen con la edad, fundamentalmente a partir de los 36 años, a partir de entonces el descenso es notable cada año.

EH - Si quiero ser madre pero no es el momento, ¿qué pasos debo seguir para contactar con IVI-Clinica Santa Teresa?

El procedimiento sería contactar con la clínica, bien con Santa Teresa o con el Centro Polivalente, pudiendo especificar el motivo de la consulta o bien simplemente una cita con los ginecólogos que trabajamos allí. Nuestro contacto con IVI es directo e inmediato. Así realizaremos el asesoramiento y las pruebas necesarias para cada procedimiento, así como los tratamientos, seguimiento, etc.

EH - ¿Qué porcentaje de éxito tenéis?

El porcentaje de éxitos es muy variable dependiendo de cada factor individual de la mujer o pareja, en general con inseminaciones artificiales sería de un 35 % y en fecundación in vitro/ICSI de un 75 %, aumentando a veces si se considera ovodonación o donación de esperma.





SONIA PATO GONZÁLEZ

“ENFERMERA Y CICLISTA COMO VOCACIÓN Y PASIÓN A PARTES IGUALES”

DADO QUE INTERCALA SU VIDA ENTRE SU ACTIVIDAD PROFESIONAL: ENFERMERA DE ÁREA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN ÁVILA Y SU GRAN ENTRETENIMIENTO QUE ES LA BICICLETA.



Nació el 13 de octubre de 1981 en Ávila, a escasa distancia de donde reside en la actualidad. Aunque durante toda su vida ha practicado todo tipo de deportes (desde fútbol, a kick boxing) no fue hasta hace dos años cuando se decantó exclusivamente por el ciclismo. Con anterioridad sí había participado en alguna competición de carácter popular, pero es en 2017 cuando saca su primera licencia federativa para competir en mountain bike, obteniendo ese año sus primeros frutos:

Subcampeona en el Campeonato de XCO de Castilla y León.
Subcampeona en el Campeonato XCM de Castilla y León.
Campeona del Open de XCO de Castilla y León.

En 2018, aparte de revalidar el título como Campeona del Open de XCO de Castilla y León, quiso probar otras modalidades participando en alguna carrera de carretera y en varias pruebas de las que componen la Copa de Madrid de CX, donde cosechando algún pódium fue sumando hasta conseguir un tercer puesto en la Copa a final de temporada. Este 2019 pretende compaginar las tres modalidades: carretera, MTB y ciclocross, a ver que sale, porque Sonia a día de hoy no concibe su vida sin las dos ruedas.

EH: ¿Cómo se puede ser buena enfermera y buena atleta?

No sé, igual no soy buena en ninguna de las dos cosas, jajaja

EH: Aunque no lo quieras aceptar, tus compañeros, los podios dicen que si lo eres.... ¿cómo has podido conseguirlo?

Supongo que, con el tipo de contrato que tengo y con fuerza de voluntad, claro, es fácil compaginarlo, al final nuestro trabajo hace que tengan una serie de problemas que te llevas a casa, hay problemas de pacientes, hay heridas que no cierran, hay problemas sociales... Al final la única manera de mantener la mente en su sitio es encontrar algo con lo que despejarte, quemar adrenalina y que mejor que un entrenamiento. La bici me sirve mucho, he probado todos los deportes, incluso de contacto y el más duro es la bici, de todos los que he probado.

EH: Es desafiante, ¿es un reto constante?

Sí, por eso es por lo que me gusta... Cuando crees que has llegado al límite de repente lo superas, y dices puedo seguir...

EH: ¿En la competición vale todo para ganar?

No, mis mejores amigas son ciclistas como yo y en la competición, estamos ahí e incluso ellas me ganan a mí. Las respeto muchísimo, me gusta aprender de ellas, a veces entrenamos juntas y sin embargo encuentras algunas chicas que están por debajo y sólo por el hecho de ganarlas no me hablan, me critican...

EH: ¿El éxito a veces arrastra estas cosas?

La envidia, hace que no se valore el trabajo duro, cuando estoy de guardia salgo de madrugada con cinco grados bajo cero y tengo que entrenar.

EH: Cuando se pierde la deportividad, es como si fuera un duelo. Lo bueno del deporte es que tenga el compañerismo al lado.

Una vez que te colocas el dorsal miras a tus amigos y dices voy a por todas, voy a ganar, pero una vez que pasas la meta todo eso queda fuera, ha formado parte del momento de la carrera pero se acabó. Si me han ganado les doy la enhorabuena, las abrazo y las digo: que buena carrera has hecho... Y si he ganado yo ellas hacen lo mismo conmigo.

EH: Si tuvieras que elegir entre el deporte y la enfermería, qué elegirías, asumiendo que pudieras vivir de cualquiera de ella.

Es difícil, depende del día, hay días que nuestro trabajo es gratificante, has sabido hacer las cosas en el momento concreto, has sacado a alguien de una parada... Te han reconocido tu trabajo, te lo han agradecido... Llegas a casa y dices hoy sí me siento... Pero hay días que no te salen las cosas como esperabas y en esos días prefiero ser ciclista.

EH: Una mala experiencia en el ciclismo que quieras citar.

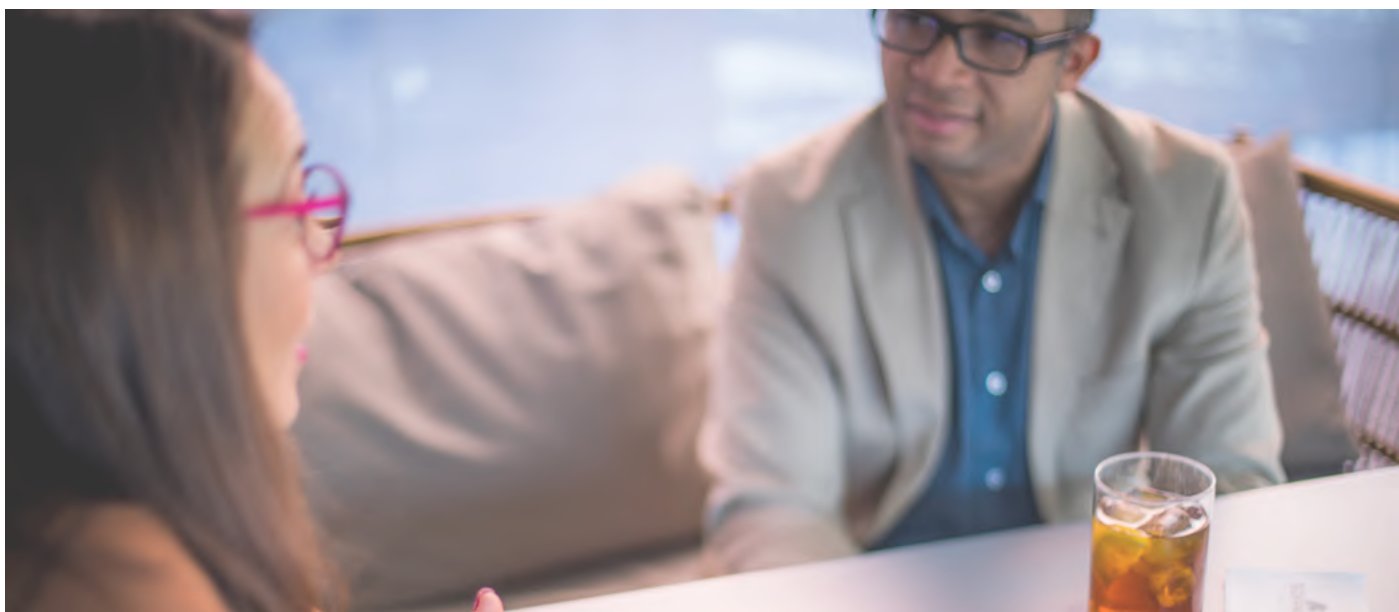
El campeonato de España de este año, el año anterior fui seleccionada, pero este por una serie de circunstancias no hice un buen campeonato y no fui, pero la chica que iba tuvo la mala suerte de romperse la clavícula y de repente iba al campeonato.

EH: ¿Y no te habías preparado?

No específicamente porque no lo tenía en mente. Fue muy poco tiempo. Eran 108 km en un pueblo de Badajoz compitiendo a 36 grados. Llegó un momento en el que me deshidraté, se me juntaban los avituallamientos y para ganar tiempo y puesto, cuando llegué a uno no cogí agua y al llegar al de la federación se habían quedado sin agua, entonces tiré, tiré, intentando llegar al siguiente pero me deshidraté, si no es por un compañero no sé qué hubiera pasado, él llevaba una botija con sales y la compartimos, bebía poquitos sorbos porque me daba cosa dejarle a él sin nada, llegamos a una fuente en la que ponía no potable y me dio igual, lo único que podía pasarme es que tenga un virus gástrico, pero en este momento necesito sobrevivir y si hace falta lamo la piedra, tenía que revertir la deshidratación pero cómo sigues manteniendo un ejercicio hasta la extenuación.... Recuerdo los últimos km, lo intentaba pero el cuerpo no iba, gracias a la ayuda de ese chico llegué.

EH: ¿Cómo quedaste?

Yo sólo quería terminar, apretaba por el hecho de que terminase ese infierno, cuando noté que pitaba el chip, sólo recuerdo que la bici se desplomó hacia un lado y yo hacia el otro, he llegado lo he conseguido... Luego terminé dos días en recuperarme, vomitando, con el cuerpo fatal, sin comer. Quedé fatal, llegué la última. Tenías cortes, es un campeonato de España, fui de las últimas





personas en pasar el corte y la última mujer, éramos 100 mujeres y conseguimos terminar creo que cuarenta, creo que hago el puesto 38 y fui la última.

EH: ¿No pensaste en rendirte?

No. Pensé en rendirme hasta que tuve la opción de... En el último control que pasé nos dijeron que íbamos muy justos y que como siguiéramos así no llegábamos, entonces ahí tenía la opción de haberme rendido pero ya que había llegado hasta allí, me daba rabia no llegar hasta el final, seguí adelante.

EH: ¿Y una experiencia bonita?

En el 2017 me presenté a una oposición de enfermería y no la aprobé, era la primera vez que no conseguía un objetivo que me había marcado y necesité ser la mejor en algo, fue cuando me dediqué exclusivamente a la bici, la primera carrera a la que fui, también fue un cúmulo de casualidades, el chico que iba a ir fue atropellado por un coche, "el pobrecito mío", tuvo una lesión bastante grave, se ha recuperado bastante bien, pero no podía ir con su compañero y dije que yo iba, era una chica, no estaba suficientemente preparada, pero se podía, era un equipo pero al final hicimos una pareja mixta, por el hecho de que no quería decepcionar a mi compañero, él estaba muy bien, cuadramos muy bien y fue una experiencia muy bonita y desde este momento el 2017 fue un gran año, lo recuerdo como el mejor año deportivo.

EH: Fue el año en el que te reconocieron, te dieron el premio de Castilla y León.

Sí, este año también lo he ganado, pero digamos que el año 2017 nadie lo esperaba y ese año sí, ya la gente tenía unas expectativas.

EH: ¿No sabe igual el primero que el segundo?

El primero lo valoro más porque no partía como favorita, partía como una total desconocida.

EH: Vi en Facebook una imagen que me sorprendió, ganabas un trofeo y se lo regalabas a una niña. ¿Recuerdas este momento? ¿Lo puedes explicar?

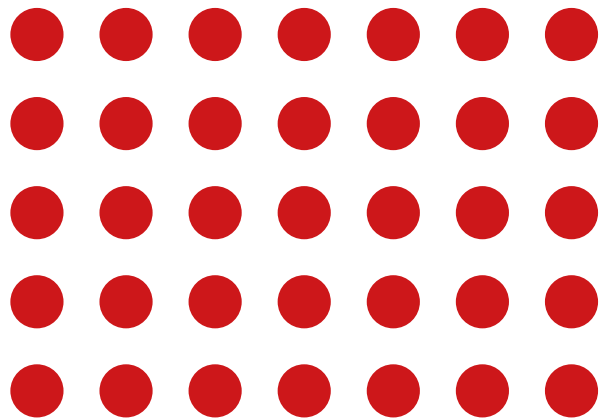
Sí, era la hija de un compañero que me ayudó otro día que lo pase muy mal, si no hubiera sido por él no hubiese llegado a meta y ese día la niña había ido a ver a su padre y no tuvo un buen resultado, le dije que subiera conmigo a por el trofeo y tal como cogió la estatuilla, estaba tan contenta que se lo regalé, se la mereció.

EH: Llegará un momento que tendrás que bajar un escalón, ¿te planteas seguir a otro nivel, entrenar a otros?

Me encantaría, pero no sé hasta qué punto tengo paciencia para entrenar a alguien, conmigo misma soy muy exigente, entonces no sé si con el resto de gente sería igual, como sea así "pobrecitos míos".

EH: Reto que tienes reto que vences, ¿vas a volver a ir a por la oposición?

Creo que este año el examen será en Mayo y



mi intención será al menos presentarme a ver qué pasa.

EH: ¿No llevas esas mismas ganas o ese hambre como cuando vas a una competición de bici?

No, he decidido tomármelo de otra manera. La última vez me lo tomé como si fuera la única y la última oportunidad, yo no llegué el primer día y lo gané todo, si lo saco bien y si no pues... Seguimos intentándolo, no siempre salen las cosas a la primera, es una cuestión de ir poquito a poco.

EH: ¿Te acuerdas del número de trofeos que acumulas?

Puf, no, tengo el salón tan plagado que he tenido que quitar alguno, mi marido me dice que deje solo primeros puestos y ya he tenido que quitar primeros puestos.

EH: ¿Te imaginaste alguna vez que el salón se iba a llenar de primeros puestos?

No, para nada, empecé a hacerlo porque me gustaba, la competición te da la chispa para entrenar y seguir superándote, una vez que empiezas a ganar crea adicción. El año pasado fue muy gracioso, nunca había ganado un jamón, siempre trofeos, y fui a por ello, a carreras donde podía ganarlo, gané dos paletillas y un jamón.

EH: ¿Tu familia cómo vive esto?

Mi padre lo lleva fatal. Se preocupa. Es muy protector y muy clásico, no contempla que a mi edad no esté con dos hijos y en mi casa tranquilamente cuidándolos. Mi madre sin embargo es de las que dicen: "Ay hija te has caído otra vez ¿y no lo dejas?", pero luego en cuanto le digo que voy a otra carrera me dije: "mándame la foto del pódium", ya da por



hecho que si voy, voy a ganar. Mi marido durante los primeros años era dedicación exclusiva, me acompañaba a todos sitios, me ayudaba, pero llegó un momento que empecé a ir con los del equipo, vio que tenía mi lugar y dijo que ahora que ya formo parte de un equipo podía ir sola.

EH: En lo personal la bicicleta y la moto me da un poco de respeto porque el cuerpo es parte de la carrocería, me pongo en el lugar de tu padre, de su preocupación.

He tenido caídas difíciles, el año pasado me contusioné cinco costillas y a finales de año fui a saltar una piedra, no hice bien la trazada y frené en un momento que no tenía que frenar, y aterricé con la cara, pensé que había perdido 10 o 20 dientes, pero no, se salvaron, pero me reventé el labio por dentro y por fuera, al principio estaba anestesiado y dolía menos, pero cuando empecé a sentirlo dolía mucho, luego se me ulceró, bueno, bueno... Lo pase fatal.

Recuerdo la primera vez que le dije a mi marido: "Si algún día tengo una caída de esas en las que te rompes una clavícula cuelgo la bici". He tenido caídas de esas, la última el 16 de Diciembre donde comprobé que el asfalto estaba muy duro, aún tengo la señal en el músculo y sigo montando en bici...

EH: ¿Qué recomendaciones les darías a niños que quieren iniciarse?

Ir poco a poco y ponerle ganas, sobre tratar de aprender, aprender bien. Yo he aprendido a las bravas, los niños aprenden desde pequeños y absorben todo, ahora hay escuelas de ciclismo.

EH: ¿Esas escuelas, están controladas, regladas?

Si, tienen que tener una formación específica, los controlan y funcionan muy bien. Conozco una escuela de Ávila y da gusto verlos como empiezan desde pequeños y van aprendiendo.

EH: ¿Podrías vivir sin ciclismo?

Creo que no, de hecho cuando dejo de entrenar, o bien por lesión o bien por transición entre temporada y otra, son cuatro días y lo paso fatal, al cuarto mi humor se va resintiéndose, hay días que no me aguanto ni yo.

EH: ¿Cuánto tiempo llevas a nivel profesional?

Profesional es decir mucho, pero a nivel amateur, federada, dos años.

EH: ¿Y en el ciclismo?

Compatibilizaba la bicicleta con correr y otro tipo de deportes. Mi primera bicicleta me la compré en 2013, en Junio.

EH: En tan poco tiempo, has ganado dos campeonatos de Castilla y León. ¿Esto es común?

No es lo mismo una persona que ha sido sedentaria. Hay más casos como el mío, hay chicas que han estado cuando eran pequeñas, lo han dejado para estudiar y luego han vuelto. Conozco a gente que ha empezado tarde y ha ganado más que yo. Concretamente a una chica del Arenal que se llama Mayte. Empezó antes que yo pero también ha conseguido resultados en relativamente poco tiempo.

EH: ¿Ganar tanto puede quitar las ganas de ganar?

No, yo creo que no, vas buscando nuevos retos. Tienes ganas de superarte.

EH: Algo que quieras decir que no te hayamos preguntado.

Creo que el deporte es fundamental, sea el que sea, cada uno tiene el suyo. Hay que buscar algo que te haga superarte, vencer esas barreras que puedas tener. Ánimo a la gente que salga a la calle a correr, a hacer bici...



ÁVILA



Elegir
la ciudad de **Ávila** para
su congreso, es elegir
un **lugar único.**



Av. de Madrid 102. CP. 05001
Teléfono. 920 270 838
www.lienzonorte.es

 **Lienzonorte**
Centro de Congresos y Exposiciones
Conferences and Exhibitions Centre **ÁVILA**

««EN COLUMNNA»»





Ricardo Magaz.
Profesor de Fenomenología
Criminal en UNED y escritor

LAS FATIGAS DEL QUERER

Las fatigas del querer es el nombre de una taberna castiza con toque andaluz de la calle Cruz, a un paso de la Puerta del Sol. Por diez euros te pules una ración de chipirones con sangría acodado en la barra de madera o sentado al lado de sus azulejos esmaltados. Si vas a media tarde, hay que lidiar con los guiris que a esa hora abruma el local.

Hace poco recalé por allí. A bote pronto no reparé en la casualidad. Me di cuenta al fijar la vista en la fachada del viejo edificio.

Aún no existía el bar, treinta años antes, el día que un guardia civil mató a tiros al cura de Luarca cuando estaba encamado con su mujer. El del tricorno, hostigado por las sospechas, siguió a los amantes desde la parroquia asturiana hasta Madrid. Cuando tuvo certeza de la infidelidad, entró en la habitación del hostel a lo Clint Eastwood, sacó la parabellum y baleó al clérigo. Una temporada después, el juez le condenó a un par de años de prisión; no le salió caro el ajuste de tuercas.

Conocí a los protagonistas del caso; gente normal que no supo gestionar los picores. Pasado el tiempo, un sevillano abrió Las fatigas del querer justo en los bajos de la casa. Por lo visto, desconocía el lance berlanguiano. Como dice la copla, "En este mundo todo se estira / y el que la verdad pena es porque delira".

Taberna recomendable para tapear antes de que los turistas empiecen a cenar a las seis de la tarde. ¿A las seis de la tarde? Sí, hay tipos muy raros por el mundo.

Dicho quede para para España Healthy.

ETNOCENTRISMO Y

DEMOCRACIA



David Herrero Muñoz.
Representante del Ilustre colegio
Profesional de Politólogos y
Sociólogos de Castilla y León para
Ávila y Segovia.

La naturaleza y objeto del pensamiento democrático es la convivencia de diversos enfoques con los que afrontar y dar respuesta a un mismo hecho, acontecimiento o actuación pública. Esto se traduce en una saludable y legítima competición donde las diferentes ideas son expuestas y explicadas a quienes finalmente tienen la última palabra, que son los ciudadanos a través de su voto en las urnas.

Estos eligen libremente la opción que consideran más beneficiosa, en unas ocasiones para sus propios intereses, en otras para el interés general y en la mayoría de ellas mezclando ambos, siendo los partícipes de la vencedora quienes ejecutarán y llevarán a cabo lo prometido en el mercado político y con el consentimiento de la otra parte que se coloca como contrapeso y posible alternativa.

Desgraciadamente, aceptar la pluralidad no es siempre un acto tan sencillo ni pacífico. El etnocentrismo es la actitud de un grupo, raza o sociedad que da por hecha su superioridad sobre los demás, pretendiendo extender sus criterios e interpretaciones al resto. Interpretar la realidad a través de los propios parámetros culturales y no respetar ni entender que otros diferentes son tan válidos y auténticos como los tuyos, es el primer peldaño de la oscura escalera que desemboca en el peor de los escenarios posibles, que es el totalitario, ya que es el resultado de la implantación del más trágico de los pensamientos, el pensamiento único.

La consecuencia más dramática que produce el pensamiento único y la homogeneidad ideológica y cultural impuesta, es la eliminación de todo tipo de discrepancia, aniquilando al ciudadano crítico, es decir, termina con el bien máspreciado, que es la libertad. La carencia de libertad nos sitúa en una posición de súbditos de un régimen, posicionándonos en un contexto donde priman las obligaciones y la inexistencia de derechos, es decir, en un sistema arbitrario y opresor.

La confluencia de diferentes perspectivas favorece la capacidad analítica, la motivación a la hora de buscar respuestas satisfactorias para los cada vez más complejos problemas, conflictos y necesidades y a la empatía política y social.

RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO POR INCUMPLIMIENTO DE SU DEBER DE INFORMACIÓN ASISTENCIAL EN SUPUESTOS DE TRATAMIENTO CONSENTIDO

Marta Escudero Muñoz.
Abogada Fiscal.
Profesora en la Universidad Carlos III



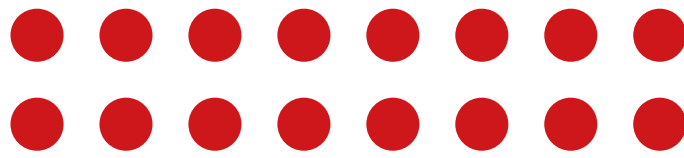
Voy a comentar la posible responsabilidad penal médica en los casos de incumplimiento de su deber de información asistencial en los supuestos de tratamiento consentido. Por poner un ejemplo sencillo, en los casos en que se practica una ligadura de trompas con el consentimiento de una paciente que desea ser esterilizada, sin informarla de la posibilidad de que tras la intervención aumente su riesgo de sufrir un embarazo ectópico, cuando debía de haberla informado de estas consecuencias.

La norma obliga al médico a informar a su paciente de las consecuencias, riesgos y contraindicaciones típicos de la intervención (artículos 4 y 10 de la

Ley de Protección del Paciente) y que tiene como finalidad proteger al paciente de los eventuales menoscabos de su salud derivados de la materialización de tales consecuencias, riesgos y contraindicaciones, ofreciéndole la posibilidad de rechazar el tratamiento si no está dispuesto a asumirlos. Debemos preguntarnos si existe responsabilidad penal por esta información incompleta, por no informarle de las consecuencias y contraindicaciones que existen derivadas de la intervención.

En este caso hay que distinguir dos situaciones, la primera sería en el supuesto de que llegara a producirse el embarazo ectópico de la paciente (no querido por la paciente y con menoscabo de su salud), es decir en caso de que se materialice el resultado; y la segunda situación sería en el caso de que no se produzca ninguna consecuencia. La doctrina, en el primer caso, viene entendiendo que la conducta del médico sería constitutiva de un delito consumado de lesiones si este riesgo finalmente se materializa, con el consiguiente menoscabo a la salud de la paciente. En el caso de que no se produzca el resultado, la doctrina viene entendiendo, que la conducta del médico que omite esa información no sería constitutiva de ningún ilícito, pues no crea ningún riesgo jurídicamente desaprobado de lesionarlo, por mucho que la intervención sea idónea para producir un menoscabo de su salud, pues no se lesiona la autonomía del paciente. Por tanto, concluimos que el alcance de la responsabilidad penal y civil médica se limita exclusivamente a los posibles daños a su salud derivados de la materialización de riesgos de la intervención de los que no ha sido correctamente informado. el recinto hospitalario cuando no supone desatención del servicio de urgencias.





¿Y SI DISFRUTAMOS DE LO QUE HACEMOS? CUESTIÓN DE PRIORIDADES



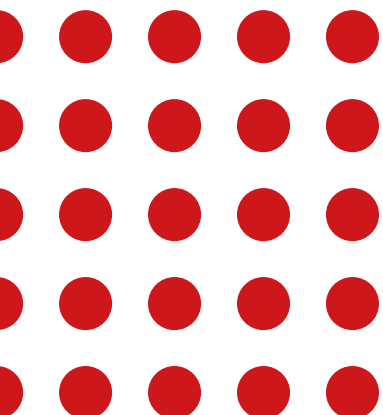
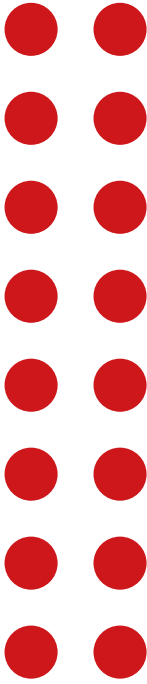
Mercedes Peralta Gámez
Enfermera de Urgencias y
Cuidados Intensivos

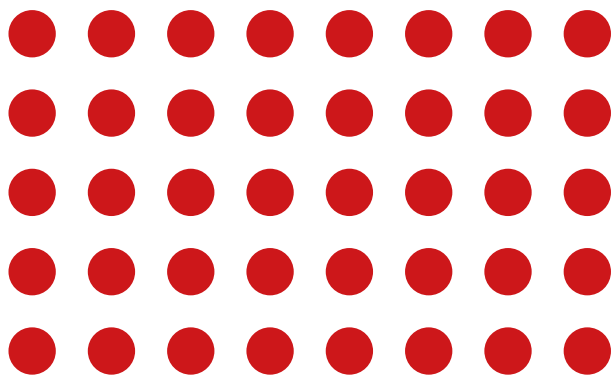
Cuántas veces oímos a los demás o incluso nos sorprendemos diciendo “No me da tiempo”, “No puedo”, “Ya quisiera yo tener tiempo para...” o incluso “Es que no me da la vida”. ¿Nos ha pasado verdad? ¿Bueno, y por qué no tenemos tiempo? ¿Y si en lugar de pasarnos la vida corriendo, haciendo miles de tareas y con la sensación de no tener tiempo para nada...? ¿Y si disfrutamos de lo que sí estamos haciendo?

Deberíamos plantearnos la vida por prioridades, no es que no tenga tiempo para hacer una cosa, es que necesito, quiero hacer esta otra. Pensémoslo así, no es que “no me de la vida” para estudiar, trabajar y salir con los amigos, es que ahora mismo mi prioridad es estudiar, porque me gusta, porque quiero realizarme, porque quiero aprender. No es que no tenga tiempo para estudiar, es que ahora mismo necesito ver a mis amigos, a mi familia, necesito estar y disfrutar de ellos. Nuestra vida cambia, nuestras circunstancias cambian y quizá si asumimos que nuestras prioridades cambian, consigamos disfrutar de lo que estamos haciendo en este momento, sin pensar qué tengo que hacer después, me voy a esforzar, pero no voy a sufrir haciéndolo.

Sin pensar que los demás están haciendo otra cosa, esta es mi prioridad, esto es lo que necesito hacer ahora, y no es que “no me de la vida” para el resto, es que yo decido hacer esto ahora, y ahora mismo además de mi obligación, es mi decisión.

Así que; lo voy a disfrutar, lo voy a pelear y la vida “me ira dando” para todo lo demás cuando llegue el momento, cuando mis prioridades cambien.





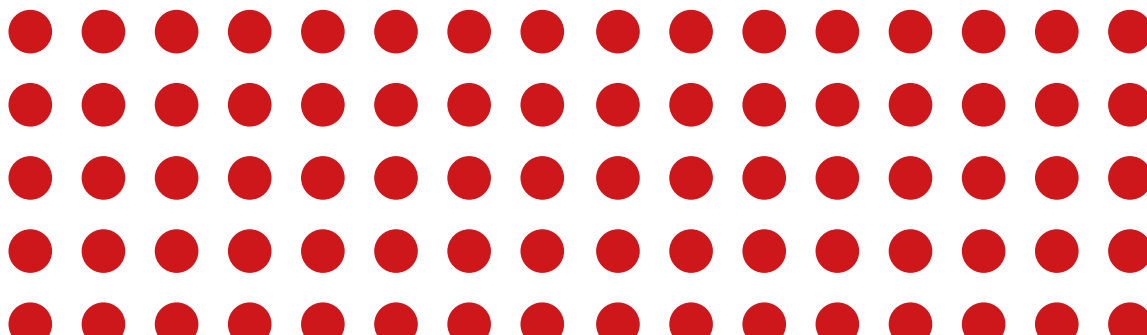
INTERPRETACIÓN EN EL ÁMBITO POLICIAL

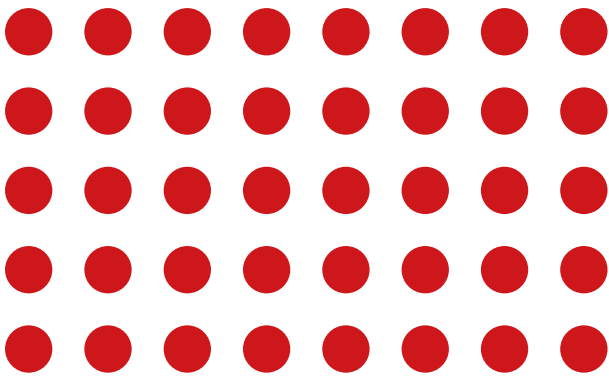


Gabriela Torregrosa Benavent
Profesora, Traductora e Intérprete
por la Universidad de Salamanca

Hemos visto en números anteriores que la traducción y la interpretación precisan especialización para favorecer un óptimo desarrollo profesional. La interpretación en el ámbito policial es un buen ejemplo de ello y podemos hablar de tres grandes apartados dentro de la misma: traducción de documentación, entrevistas con personas físicas y observaciones telefónicas. Dentro de estos tres bloques, el intérprete deberá desarrollar diferentes habilidades o destrezas y, en muchos casos, ponerlas en práctica a la vez. Por ejemplo, tendrá que realizar interpretación consecutiva, interpretación simultánea, traducción a la vista, pero también tendrá que conocer los procedimientos y la terminología policial, tener una toma de notas efectiva; traducir textos escritos, componer textos bien estructurados gramaticalmente, documentarse adecuadamente, etc. y todo ello sin olvidar el imprescindible marco legal que rige este ámbito de la interpretación y que comentaremos más adelante.

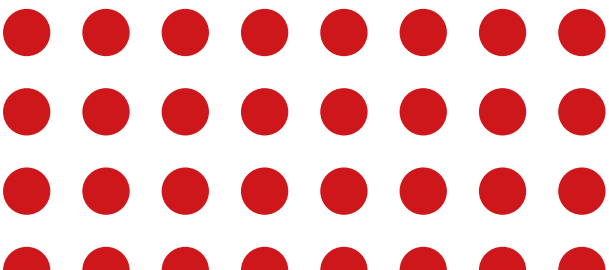
Además del desarrollo de estas habilidades, los entornos de trabajo del intérprete policial son múltiples y no se limitan a un mero despacho en una comisaría, como podría parecer a priori. Su labor está presente, entre otros, en interrogatorios, en investigaciones policiales, en la toma de declaraciones, en peticiones de asilo o en tramitaciones con víctimas de delitos, pero también colaboran con otras fuerzas de seguridad extranjeras y realizan formación, cursos y seminarios internacionales con otros intérpretes.





El marco legal que rige los servicios de interpretación en el ámbito policial en Europa parte de la Directiva 2010/64/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de octubre de 2010, sobre el derecho a interpretación y a traducción en los procesos penales, que se elaboró a partir de las propuestas de El Libro Verde de la Comisión Europea, de 19 de febrero de 2003, sobre garantías procesales para sospechosos e inculpados en procesos penales en la Unión Europea. Cabe destacar el artículo 5 de esta Directiva, que establece que los Estados miembros deberán velar por la calidad de la traducción y la interpretación, a cuyo fin dichos Estados tendrán que adoptar medidas concretas entre las cuales destaca el establecimiento de un registro de traductores e intérpretes debidamente cualificados.

Para tratar de aplicar esta Directiva a escala nacional, las Comunidades Autónomas se rigen actualmente por un sistema de contrataciones de los intérpretes a través de licitaciones en las que se establecen diferentes lotes por servicios y regiones. Por tanto, para trabajar como intérprete o traductor en el ámbito policial en España se deben cumplir los requisitos del pliego de la Comunidad Autónoma en la que se pretenda trabajar.





PARA LLEGAR HAY QUE ENTRENAR

Sara Escudero Muñoz
Ingeniera civil,
cooperante internacional
Y voluntaria de la Cruz Roja.

Pues la verdad, sinceramente, pensaba que me estaba repitiendo demasiado y por ese motivo hace ya unos cuantos meses que no saco a relucir nada de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS). He hablado tanto de ellos que parezco un papagayo diciendo una y otra vez que como no entrenemos, no llegaremos.

Pero este tema tan repetitivo, resulta que está de rabiosa actualidad porque el pasado 16 de octubre, con la resaca de las Fiestas Patronales, nos hemos despertado con un titular preocupante: "Ávila ha conseguido 3 de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible, según el informe que este martes ha hecho público la Red Española para el Desarrollo Sostenible". ¡Tres de 17 objetivos! Ahí es nada, porque nos quedan tan solo 14 y no olvidarse de los 3 aprobados. Para valorar el "PA progresa adecuadamente" de nuestros tiempos estudiantiles, se miden unos ochenta indicadores en formato semáforo (me encanta medir las cosas en rojo, verde y amarillo: visual, básico y comprensible por una inmensa mayoría). ¡No te quedes con la duda! Aprobamos en: 'Acceso a agua potable y saneamiento' a un precio sostenible, en 'Paz, Justicia e Instituciones sólidas'. Y obtenemos nuestros mejores resultados en 'Vida de ecosistemas terrestres', con todos los indicadores en verde. Lo malo de esto es que suspendemos en tantos... Que o entrenamos o no llegamos seguro ni en 2030 ni en 3035.

Y por supuesto, al estar en octubre, he hecho una parada en el primero de los ODS: Fin de la pobreza / ERRADICAR LA POBREZA EN TODAS SUS FORMAS Y EN TODAS PARTES. Resulta que, en este tema, los abulenses no estamos tan mal con dos puntos en amarillo y uno en verde. Pero claro, si el examen final fuera de solo un tema, ¿Sería más sencillo aprobar? La respuesta claramente es Sí. Porque valorando "en todas partes" los rojos ganan por goleada.



Según el Banco Mundial, "la pobreza extrema a nivel mundial continúa disminuyendo, aunque a un ritmo más lento. La pobreza registró su tasa más baja, del 10 % en 2015, pero se corre el riesgo de no alcanzar el objetivo de ponerle fin para 2030. El progreso económico en el mundo muestra que, si bien hay menos personas que viven en la pobreza extrema, casi la mitad de la población mundial, es decir, 3400 millones de personas, aún tiene grandes dificultades para satisfacer necesidades básicas" leído el 17 de octubre de 2018, Día Internacional para erradicar la pobreza, justo antes de empezar a escribir esta reflexión.

Pero la pobreza de la que hablan los ODS, no es solo la falta de recursos económicos. Es cierto que una de cada cinco personas de las regiones en desarrollo aún vive con menos de 1€ al día. Pero es necesario ser consciente de que la pobreza no es únicamente la falta de ingresos, sino que va más allá de este hecho y busca un bienestar general en las diferentes facetas de nuestras vidas. Entre sus diferentes maneras, la pobreza se manifiesta en hambre y la malnutrición, pero también en el acceso limitado a la educación y a otros servicios básicos, la discriminación y la exclusión social. Pobreza es, sin lugar a duda, perder la esperanza, los lazos afectivos, la motivación. Es quedarse sin oportunidades y no esperar un futuro mejor. P O B R E Z A es sentirse sin nada en medio de la nada.

¡2030 es la meta! Y como en cualquier deporte que se precie, es importante entrenar para poder conquistar un resultado. Da lo mismo que el ritmo sea a 4 ó a 7min/km porque un kilómetro es la misma distancia para todo el mundo. La diferencia radica en otros muchos factores. Es lo mismo que ocurre con los ODS: iguales para todos, pero lo que se haya entrenado va a variar mucho para lograrlo antes o después. ¿Que si influyen tus características físicas? ¡Pues claro! ¿Que si influye si has hecho deporte de siempre o si empezaste a correr antes de ayer? ¡Por supuesto! Pero un kilómetro es para todos igual, así que tendré que salir antes si quiero llegar a la meta a la vez que los olímpicos.

Aquí me viene a la memoria el típico problema de si un tren sale de Madrid a las 13,20 otro sale de Sevilla a las 14,45, ¿A qué hora se encontrarán y a qué distancia de Sevilla? Pues está claro que dependerá de la velocidad a la que vayan, y no daré los datos porque me veo que no sé resolver el enigma. Pero para el 2030 cada vez queda menos, ¿Entrenamos?



*Algo está cambiando
en el mundo de los
eventos... Sofraga
Palacio, donde tus
sueños se
hacen realidad.*





- Calle López Núñez, 1 . CP.05001 (Ávila)
- Teléfono: 920 254 080
- www.sofragapalacio.com
- Sofraga Palacio



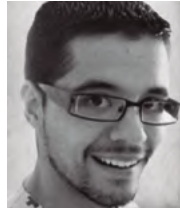
SOFRAGA
PALACIO



HABLEMOS DE... PADRES E HIJOS



ALIVIO DEL DOLOR INFANTIL: NO SIEMPRE SE NECESITAN FÁRMACOS.



César Jiménez Vaquero.
Enfermero Especialista en
Pediatría.

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor como “una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño real o potencial”. El “Estudio sobre el dolor en niños hospitalizados”, realizado en 2012 por la Fundación Antena 3 y la Fundación Grünenthal, demuestra que el 40% de los niños hospitalizados sufre dolor a diario, siendo las inyecciones las prácticas que más miedo les despiertan. Este estudio pone de manifiesto también que el 62% de los niños a los que se les explica lo que les van a hacer experimentan menos dolor. Para la determinación del dolor infantil, los profesionales recurrimos a una serie de escalas validadas adaptadas a la edad del niño. Algunas de las utilizadas, aunque no las únicas, son:

Escala PIPP: utilizada para neonatos (<28 días de vida), está basada en cambios físicos y conductuales. Tiene en cuenta la edad gestacional.)

Escala LLANTO: para niños de 1 mes a 6 años.

Escala visual analógica (EVA) y escala de las caras de Wong-Baker: a partir de los 6 años.

Escalas subjetivas, a partir de los 12 años, como la escala numérica, en la que pedimos al niño que identifique su nivel de dolor desde 0 hasta 10, siendo 0 la ausencia de dolor y 10 el peor dolor posible.

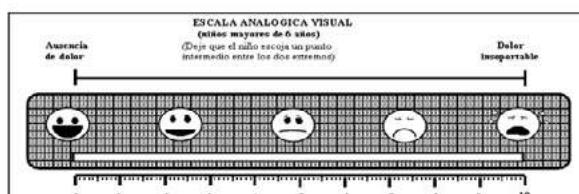
PIPP (Premature Infant Pain Profile, Stevens 1996)				
Indicador (tiempo de observación)	0	1	2	3
Gestación	≥ 36 semanas	32 a < 36	28 a < 32	≤ 28 semanas
Comportamiento *(15 seg)	Despierto y activo ojos abiertos con movimientos faciales	Despierto e inactivo ojos abiertos sin movimientos faciales	Dormido y activo ojos cerrados con movimientos faciales	Dormido e inactivo ojos cerrados sin movimientos faciales
Aumento de FC *(30 seg)	0 – 4 lpm	5 – 14 lpm	15 – 24 lpm	≥ 25 lpm
Disminución Sat O ₂ *(30 seg)	0 – 2,4%	2,5 – 4,9%	5 – 7,4%	≥ 7,5%
Entrecejo fruncido *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Ojos apretados *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg
Surco nasolabial *(30 seg)	0 – 3 seg	3 – 12 seg	> 12 – 21 seg	> 21 seg

* Comparar comportamiento basal y 15 segundos después del procedimiento doloroso
* Comparar situación basal y 30 segundos después del procedimiento doloroso

Interpretación: 0-3 dolor leve o no dolor; 4-6 dolor moderado; 7-10 dolor intenso

PARAMETRO	VALORACIÓN	PUNTUACIÓN
LLANTO	* No	0
	* Consolable o intermitente	1
	* Inconsolable o continuo	2
ACTITUD PSICOLÓGICA	* Dormido o tranquilo	0
	* Vigilante o inquieto	1
	* Agitado o histérico	2
NORMORRESPIRACIÓN	* Rítmica y pausada	0
	* Rápida y superficial	1
	* Arritmica	2
TONO POSTURAL	* Relajado	0
	* Indiferente	1
	* Contrado	2
OBSERVACIÓN FACIAL	* Contento o dormido	0
	* Sereno	1
	* Triste	2

Interpretación: 0-3 dolor leve; 4-6 dolor moderado; 7-10 dolor intenso



En el niño pequeño, la inmadurez de las vías nerviosas corticales y subcorticales provoca reacciones exageradas frente a estímulos dolorosos, es decir, sienten más dolor que los adultos. Las consecuencias de esto son muy variadas, siendo las más frecuentes un aumento del metabolismo y de la TA, por acción hormonal, ansiedad, miedo y agitación e incluso náuseas y vómitos. En prematuros inestables los estímulos dolorosos pueden llegar a poner en peligro su vida. Por este motivo resulta fundamental utilizar estrategias que mitiguen el dolor, bien mediante fármacos o bien mediante otras técnicas que se explican a continuación.

ANALGESIA NO FARMACOLÓGICA

Existen numerosos métodos de alivio del dolor ampliamente demostrados al margen de los medicamentos. La elección de uno u otro dependerá sobre todo de la edad del niño.

De entre ellas, la más conocida es la tetanalgesia, de la que ya se habló en otro número de esta revista, y que consiste en la alimentación del bebé al pecho durante el estímulo doloroso. Esta técnica ha sido muy estudiada y demuestra ser uno de los mejores métodos para aliviar el dolor de manera natural. Tiene la limitación de que su uso se restringe a los lactantes.

Otras técnicas para lactantes son:

- Uso de soluciones dulces: consiste en ofrecer al bebé una solución de sacarosa previa al estímulo doloroso. Es útil cuando no puede llevarse a cabo la tetanalgesia.

- Succión no nutritiva: realización del procedimiento algíco al tiempo que el bebé utiliza el chupete.

- En cuanto a los niños en edad escolar, han demostrado ser eficaces las siguientes técnicas:

-Frotar la zona de punción previamente a la administración de la vacuna.

-Distracción: los juguetes, los ejercicios respiratorios, los cuentos.

Para los adolescentes, los cuales en algunas ocasiones experimentan cuadros vasovagales (sudoración, mareo, náuseas, vómitos e, incluso, desvanecimientos) por el miedo y la ansiedad que les genera, han demostrado ser efectivas la musicoterapia y las técnicas de relajación.

Aunque son muchos los estímulos dolorosos a los que se pueden exponer los niños, la mayoría de estos estímulos se lo llevan las vacunas, y hay una serie de estrategias que también han demostrado aliviar el dolor independientemente de la edad a la que se administren:

1. Actitud calmada y cooperativa del personal sanitario.

2.No aspiración durante las inyecciones, ya que puede aumentar el dolor. Sobre este tema ya se han pronunciado a favor las Asociación Española de Pediatría y la OMS, afirmando que tanto el deltoides en el brazo como el vasto externo en el muslo no tienen grandes vasos sanguíneos como para producir una administración endovenosa de las vacunas.

3. Cuando se administren varias vacunas en la misma visita, éstas deben administrarse de menos a mayor probabilidad de causar dolor.

4. Siempre deberían llevarse a cabo los procedimientos dolorosos en presencia de los padres. La disminución del estrés va ligado al alivio del dolor.

BIBLIOGRAFÍA

<https://www.dolor.com/dolor-infantil.html>

García Sánchez N, Merino Moína M, García Vera C, Lacarta García I, Carbonell Muñoz L, Pina Marqués B, et al. Alivio del dolor y el estrés al vacunar. Síntesis de la evidencia. Recomendaciones del Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:317-27.



HABLEMOS DE MIOMA UTERINO

Virginia San Segundo Segovia
Enfermera de Atención
Primaria



Actualmente existe un alto porcentaje de mujeres que a lo largo de su vida presentan miomas uterinos, sobre todo en edad fértil. Pero ¿sabemos qué son? ¿Qué síntomas presentan y cómo se pueden tratar?

Un mioma uterino es un tumor benigno, compuesto fundamentalmente de tejido muscular liso. Estos tumores benignos son los más frecuentes de todo el tracto genital femenino.

También pueden ser conocidos como leiomiomas o fibromas uterinos.

Su etiología aún es desconocida, pero se sabe que la aparición y el crecimiento del mioma está altamente relacionado con las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona). Debido a esto, su presentación se produce durante la edad fértil de la mujer y muy infrecuentemente durante la menarquía o después de la menopausa.

¿Cuál es su clasificación?

Los miomas se clasifican en función de su localización:

1. Submucosos: en el endometrio, dentro de la cavidad uterina.
2. Intramurales: en el miometrio, insertados dentro de la pared uterina.
3. Subserosos: fuera del miometrio, situados en la superficie del útero. Son los más frecuentes en la mujer.

¿Qué síntomas pueden originar?

La gran mayoría son asintomáticos y son detectados en revisiones ginecológicas a través de simples exámenes pélvicos o ecografías.

Cuando sí se presenta sintomatología, dependerá del tamaño y la localización del mioma.

La clínica más frecuente es el sangrado y el dolor. Los miomas submucosos son los que originan mayores hemorragias, tanto durante el periodo de la menstruación como en periodos intramenstruales.

En los miomas de gran tamaño se puede sentir pesadez y aumento de la cavidad abdominal, incluso pueden producir presión de estructuras vecinas como el intestino y la vejiga, ocasionando dolor en pelvis o abdomen bajo, lumbalgia e incontinencia.

También puede aparecer dolor al mantener relaciones sexuales, interferir en la fertilidad, ocasionar abortos de repetición o generar complicaciones en el embarazo y el parto.

¿Qué tratamientos existen?

Cuando no existe sintomatología y los miomas son de pequeño tamaño, no será necesario tratamiento. Se controlarán a través de revisiones ginecológicas.

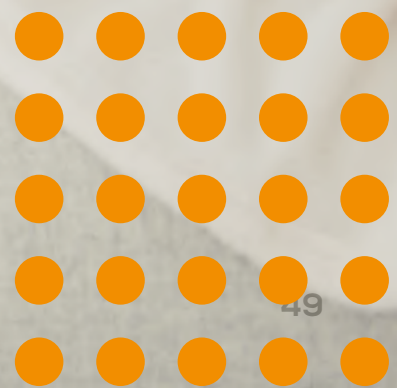
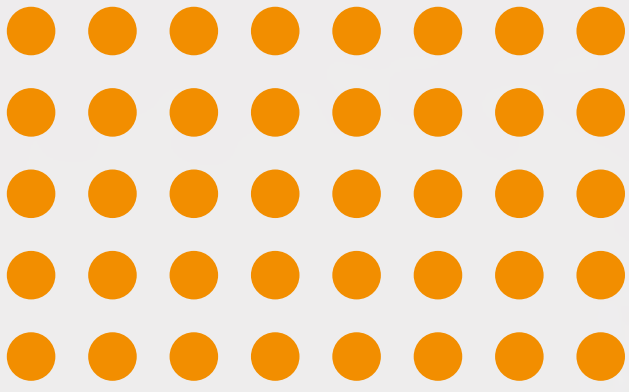
Cuando la paciente sí presenta síntomas existen diferentes formas de abordar el tratamiento:

1. Tratamiento con Fármacos: los cuales evitan o retrasan la cirugía. Anticonceptivos, dispositivos uterinos, SPRMS (moduladores selectivos del receptor de la progesterona). Análogos de la GnRh.
2. Embolización: se reduce considerablemente el tamaño del mioma debido a la falta de riego sanguíneo tras realizar un bloqueo de la arteria uterina.
3. Ultrasonidos: reducen el volumen.

Cirugía: realizada cuando no hay respuesta a otro tipo de tratamientos o cuando existen miomas con un crecimiento importante. Este es el único definitivo.

-Miomectomía: únicamente se eliminan los miomas (conservadora). Este es el tratamiento de elección cuando existen problemas de fertilidad.

-Histerectomía: se extrae el útero (radical). Tratamiento de elección cuando son casos complejos (muchos miomas o de gran tamaño) o cuando no se desea tener hijos.



**Si tú puedes ver esto,
del mismo modo otros
podrán ver tu anuncio.**



**Anúnciate con nosotros 654 114 401
info@samixxi.es**



HABLEMOS DE DISPAREUNIA

Descripción general:

Dolor genital persistente o recurrente que ocurre justo antes, durante o después de tener relaciones sexuales. Este dolor abarca desde razones estructurales hasta razones psicológicas.

Dispareunia femenina:

1. Primaria: desde el inicio de las relaciones sexuales.
2. Secundaria o adquirida: cuando aparece después de un periodo de relaciones sexuales sin dolor.
También puede ser:

1. Situacional: cuando limita ciertas clases de estimulación o de situaciones.
2. Selectiva: cuando se experimenta con algunos compañeros sexuales y con otros no.

Se clasifica en:

1. Precoital: dolor más superficial y externo, experimentado desde antes de la penetración; localizado en la vulva (labios menores, clítoris, tercio externo de la vagina). El dolor se intensifica con las caricias genitales y aumentar al intento de la penetración. Incluso las molestias pueden aumentar con el uso de lubricantes externos.

2. Coital: la más frecuente, es profunda o pélvica. Durante las embestidas pélvicas se desencadena el dolor localizado en genitales internos (útero, trompas y ovarios).

3. Postcoital: el dolor es experimentado después del coito, y es generalmente vulvo-vaginal. Este dolor puede persistir horas o días, dolor al contacto con la ropa interior, al orinar, determinadas posturas al sentarse... Se describe como dolor punzante.

Disfunciones sexuales asociadas:

La mayoría de las mujeres que padecen dispareunia pierden progresivamente el interés por las relaciones sexuales. La dispareunia altera toda la respuesta sexual, comenzando por la disminución de la libido sexual y produciendo alteraciones en la excitación, lubricación y el orgasmo.

Causas de la dispareunia: generalmente suele ser orgánico, debido a:

1. Infecciones genitales bajas: vaginitis, vulvitis, Bartholinitis...
2. Infecciones genitales altas: generalmente, los responsables de la dispareunia profunda : EPI e inflamaciones del útero, este tipo de infecciones pueden comprometer la fertilidad de la mujer.
3. Inflamaciones del aparato urinario bajo, causa de dispareunia superficial, como la cistitis o la uretritis.

Manuel Romualdo de Diego,
Enfermero



También puede ocasionar dispareunia el trastorno de la lubricación o sequedad vaginal, debido a la caída de estrógeno durante la menopausia, tratamientos oncológicos o el acortamiento vaginal como causa de una histerectomía. Tan importantes como los aspectos orgánicos pueden ser los aspectos psicológicos, entre ellos, educación sexual inadecuada, ansiedad, falta de excitación sexual, temores, miedos intensos asociados a experiencias traumáticas anteriores (desfloración violenta, abusos, agresiones...) este condicionamiento, hace que la mujer tema a la penetración y que conlleve al fracaso en la relación sexual.

Diagnóstico: varios factores simultáneos pueden contribuir al origen de la dispareunia. Así pues, lo ideal sería contar con un equipo multidisciplinar de ginecólogo y psicólogo sexólogo.

Una vez sea descartado causa orgánica, se derivara al psicólogo para que trabaje los factores causa psico-emocional.



Estrategia terapéutica

Se recomienda técnicas complementarias trabajando lo cognitivo, que se aplicarán en busca de una desensibilización progresiva de miedo al dolor durante la relación sexual, y más específicamente durante la relación.

La mujer deberá realizar ejercicios de entrenamiento y control de los músculos pubococcygeos que rodean el tercio externo de la vagina, dilatación y desensibilización progresiva con introducción de objetos fállicos, junto con técnicas de respiración y relajación muscular, que le ayuden a distenderse y a controlar la ansiedad.

El tratamiento será por etapas, respetando el ritmo de cada paciente, hasta que haya desaparecido el dolor durante la penetración. Consideramos de gran utilidad la participación de su pareja desde un lugar de comprensión, sostén y acompañamiento activo durante todo el proceso.

Dispareunia masculina:

Dolor durante el coito.

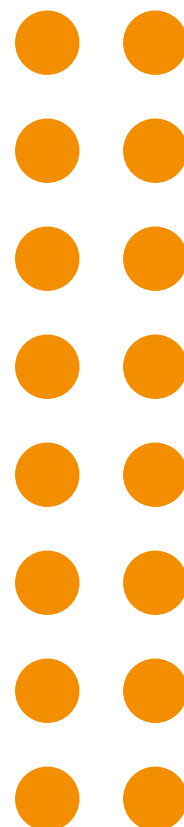
Sus causas más frecuentes son infecciones, problemas físicos y trastornos emocionales. Su incidencia en la población masculina no rebasa el 5%

Motivos diversos del sexo doloroso:

1. Fimosis (estrechez del prepucio).
2. Frenillo corto.
3. Enfermedad de Peyrone: curvatura anormal del pene durante la erección (se desvía hacia abajo).
4. Prostatitis: la inflamación de la próstata por causa bacteriana, puede ocasionar dolor punzante al eyacular.
5. Uretritis: inflamación de la uretra a consecuencia de infección bacteriana.
6. Epididimitis: hinchazón del epidídimo por causa bacteriana, provocado dolor al momento de la eyaculación.
7. Enfermedades micóticas: infección de la piel del pene por hongo, es la más común y la más frecuente en consulta.
8. Otras causas: condilomas, herpes y reacciones alérgicas.
9. Problemas emocionales: antecedentes de abuso sexual o violación.

Bibliografía:

Lord Ponsomby 2386-CP 11600, Montevideo, Uruguay
Belloch, Amparo et alii (1995). Manual de psicopatología. Madrid: McGraw-Hill. ISBN 84-481-1777-8.



CUANDO LOS NIÑOS MOJAN LA CAMA, ENURESIS



Aránzazu Gallego Pérez.
Pediatra y neonatóloga

Mojar la cama es uno de los motivos de consulta que podemos encontrar en la consulta del pediatra. Pero, **¿qué es exactamente?**

Llamamos enuresis a los escapes de orina que suceden mientras el niño está durmiendo a una edad en la que se espera que ya no suceda (en torno a los 4 o 5 años). Podemos dividirla en dos grupos: si no se ha conseguido controlar la micción hablaríamos de enuresis primaria, y si el niño comienza de nuevo a mojar la cama después de haber estado sin hacerlo durante al menos 6 meses, hablaríamos de enuresis secundaria. Es una patología muy frecuente (se estima que 1 de cada 10 niños de 7 años moja aún la cama).

Las causas de la enuresis se desconocen, pero hay varios factores predisponentes:

1. Herencia genética.
2. Sexo masculino.
3. Estreñimiento crónico.
4. Problemas psicológicos.
5. Ingesta excesiva de agua antes de acostarse.
6. Infecciones de orina o malformaciones urológicas.

Es importante saber cuándo hay que acudir al pediatra para consultar:

1. Cuando la enuresis es secundaria.
2. Cuando se asocia a estreñimiento o cuando se producen escapes de caca (lo que se conoce como encopresis).
3. Escapes de orina durante el día, exceptuando aquellos que se producen porque el niño está entretenido o jugando.
4. Cambios del estado de ánimo o la personalidad del niño.

Síntomas sugerentes de infección de orina: hace pis frecuentemente pero con poca cantidad, orina turbia o con mal olor, fiebre... En general, cuando la enuresis le genera un problema al niño o a la familia, o si el niño es mayor de 9 años.

Durante la consulta, el pediatra, aparte de explorar al niño (es muy importante explorar abdomen, genitales y espalda) es probable que el pediatra os pida un "registro" de las micciones habituales del niño. No suele ser necesario realizar pruebas complementarias para el diagnóstico de la enuresis. En algunos casos, puede ser necesario derivar al niño a otros especialistas.

Y entonces ¿qué pueden hacer los padres para ayudar a sus hijos con enuresis?

Lo primero de todo, y más importante, es no regañar ni ridiculizar al niño. No es algo que esté haciendo adrede y probablemente el niño también esté descontento con la situación.

Hay que premiar cada avance por pequeño que sea. Si el niño está motivado, una buena idea es hacer un calendario de noches secas con pegatinas o dibujos, a modo de incentivo.

Es conveniente que el niño no tome líquidos un rato antes de acostarse, y las bebidas con cafeína están prohibidas. Conviene también que el niño se acueste siempre después de haber hecho pis.

Para un menor trastorno familiar, se puede poner un empapador o cobertor impermeable en el colchón, o un pañal tipo braguita.

Para que el niño no asocie el mojar la cama con un castigo, puede ser buena idea que colabore con los padres en el cambio de la ropa de cama.

En resumen, se necesita la colaboración de toda la familia.

¿Y de qué tratamientos disponemos?

La edad de inicio de tratamiento depende de cada niño y sus circunstancias familiares, pero por regla general, no se necesita tratamiento antes de los 5 años.

Aparte de las medidas mencionadas anteriormente, se disponen de dos grupos de tratamientos:

Alarmas: son dispositivos que al contacto con la orina emiten luz, vibración o sonido con la finalidad de despertar al niño para que no moje la cama. Se consideran de los métodos más eficaces, aunque necesitan un compromiso firme por parte del niño y su familia, y no son prácticos si el niño duerme fuera del domicilio habitual.

Tratamiento farmacológico: el medicamento principal que se usa es la desmopresina. El mecanismo de acción del medicamento consiste en disminuir la producción nocturna de orina. Es un tratamiento de segunda línea, que debe de contar siempre con la supervisión de un médico.

Es importante tener en cuenta que los tratamientos necesitan tiempo (habitualmente meses), y que son frecuentes las recaídas durante el mismo.

Es una patología por lo general que no es grave, pero sí molesta para la familia y para el niño. Para conseguir superarlo lo mejor es ánimo, cariño y mucha paciencia. Si crees que tu hijo puede estar afectado, consulta a tu pediatra.





congresos
y eventos

diseño
gráfico

comunicación

viajes





Especialistas en Congresos Médicos



Calle Santiago, 16, 6°C 47001 Valladolid

info@bsj-marketing.es

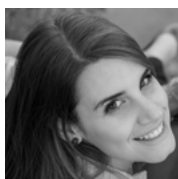
 983 330 822





**HABLEMOS
DE...
SALUD**

AEROFAGIA, CUANDO LOS GASES SE VUELVEN INSOPORTABLES



Virginia Jiménez Torres
Enfermera de Atención Primaria

Aerofagia y otras definiciones

Es un término derivado del griego que se puede entender como “comer del aire”. Es un proceso fisiológico mediante el cual se produce una entrada de aire anormal o excesiva en el tracto digestivo y provoca flatulencias o meteorismo. Se produce durante la comida.

Conocemos por flatulencia a la distensión abdominal por acumulación de gases ya sean de origen gástrico o intestinal y deja de ser fisiológico cuando produce malestar, dolor abdominal, incomodidad. Los gases pueden eliminarse de manera “normal” por el ano o por la boca, mediante ventosidades o eructos.

Conocemos por meteorismo a la aparición de síntomas por la acumulación de gases en el intestino ya sea por una ingestión excesiva o por mala tolerancia gástrica a estos gases. El abdomen “se siente lleno”, lo que los sanitarios llamamos un abdomen distendido.

Lo normal y lo patológico

Se estima que los valores normales de gases en el intestino se aproximan a unos 200ml sin apenas mostrarse variaciones entre estar en ayunas o habiendo ingerido alimentos.

Por lo general estos gases están compuestos por metano, nitrógeno, hidrógeno y dióxido de carbono, variando tanto en función de la edad como, por supuesto, de cada persona (según la dieta que siga y la asiduidad de una alimentación equilibrada tanto en horarios, como en cantidad o en el tipo de alimentos).

Existe también una pequeña proporción de sulfhídrico, amoníaco y algunas aminas volátiles que provienen de la fermentación bacteriana y producen el mal olor.

Cuando estas cantidades son superadas, nuestro aparato no “aguanta” o tolera la presencia de gases, no podemos controlar la salida de los gases o es difícil o imposible para el individuo expulsar los mismos. Hablamos de patología intestinal derivada de los gases, que no es una enfermedad en sí, sino un trastorno que con prevención y medidas higiénico-dietéticas puede controlarse o reducirse de manera notoria. A día de hoy hay fármacos tipo Aerored que teóricamente ayudan a la expulsión de los mismos o la dilución.

También hay muchos remedios caseros como las infusiones de hinojo, manzanilla, salvia y similares que ayudan con las molestias intestinales y gástricas.

Cuando hay una acumulación de gases que somos incapaces de exteriorizar, se producen los conocidos **Cólicos de gases** muy habituales y más conocidos en bebés recién nacidos, que producen malestar gástrico, dolor y distensión abdominal y pueden servir para relajar la sintomatología los masajes, la aplicación de el calor en la zona con mantas de semillas, colocación genupectoral o las infusiones.

En estos casos, la presencia de gases se vuelve insoportable para la persona que los padece, son dolores tipo cólico que no ceden con ninguna postura concreta, se ve al paciente inquieto, tenso o irritable y no permite llevar una vida normal durante el rato que más fuerza tienen los síntomas que suelen ser unas horas al día o en determinadas situaciones.

¿De dónde provienen esos gases?

-Deglución al comer:

Cuando ingerimos alimentos o bebidas, al introducirlos en la boca, entra también una pequeña cantidad de aire atmosférico. El consumo de chicles produce una entrada considerable de aire.

Ciertos alimentos una vez digeridos producen en nuestro organismo la liberación de gases y algunos ejemplos son:

- Leguminosas: Guisantes, lentejas, garbanzos...
- Vegetales verdes: Familia de las coles (coliflor, coles de bruselas, repollo...), lechuga, pepino.
- Alimentos ricos en fructosa, sorbitol y xilitol: cebolla, alcachofa, refrescos gaseosos y carbonatados, chicles y caramelos...
- Lactosa: el azúcar natural de la leche.
- Carbohidratos: Patatas, pasta, maíz...
- Varios más como los huevos el chocolate...

DISMINUIR EL CONSUMO DE ESTOS ALIMENTOS EN CASO DE TENER PROBLEMAS DE GASES.

-Producción intestinal:

A la hora de producirse la descomposición de los alimentos que por ciertas acciones liberan ciertos gases, por la fermentación bacteriana.

-Difusión desde la sangre:

Solo tiene importancia cuando el individuo está a grandes alturas como los escaladores y los astronautas.

Síntomas

Se manifiesta por pesadez estomacal, sensación de hinchazón y problemas para realizar la digestión de manera normal, distensión abdominal, dolor abdominal, ruidos intestinales, eructos, meteorismo...

Prevención

Es recomendable mantener una dieta adecuada, masticar despacio (14 o 20 veces cada bocado) y evitar los alimentos que hemos citado anteriormente.

EL ESTREÑIMIENTO Y SUS COMPLICACIONES

Dr. Plinio Abel Montes de Oca Jiménez
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria



El estreñimiento es un síntoma que la mayoría de la población padece o ha padecido en algún momento de su vida, constituyendo un problema sanitario y económico importante pese al bajo riesgo para la vida del paciente, salvo en algunas excepciones. Y éste se define como la dificultad para evacuar presentando deposiciones escasas y disminución de la frecuencia con la cual se acude a realizar estas, menos de tres deposiciones por semana. Los grupos de mayor afectación suelen ser la población mayor y el sexo femenino. Las condiciones que generan el estreñimiento son algunas bien conocidas, como la poca ingesta de fibras, inadecuada hidratación, poca actividad física, distensión de la pared abdominal (abdomen flácido), procesos de depresión y la polimedicación, estos son solo algunos de los tantos que se pueden hacer mención.

¿Padezco estreñimiento?

Para hablar de padecer estreñimiento se deben cumplir dos o tres síntomas en al menos el 25% de las deposiciones:

1. Número de deposiciones menores a 3 por semanas.
2. Esfuerzo excesivo por evacuar.
3. Heces duras muy compactas, en forma de bolas pequeñas.
4. Sensación de no haber evacuado por completo o insatisfacción.
5. Sensación de obstrucción, con dificultad excesiva para evacuar.
6. Necesidad de ayuda para las deposiciones (enemas, supositorios, ayuda manual, etc.).

¿Qué complicaciones que puede haber en el estreñimiento?

Toda esta situación de manera sostenida termina produciendo un estreñimiento crónico, dando lugar a complicaciones importantes, que se suelen presentar a largo plazo cuando no se toman las medidas higiénico dietéticas para prevenir el estreñimiento. Las más importantes suelen ser:
Hemorroides

Las hemorroides, estas pueden ser internas si se limitan a la parte interna del conducto anal y no protruyen a través del ano, y son consideradas las verdaderas hemorroides. Son causadas por el acto continuo y sostenido de pujar asociado al estreñimiento, y cuando se produce el prolapso durante el acto de defecación es cuando se les conoce como hemorroides externas. Estas a su vez se clasifican en grados:

Grado I: protruyen el canal anal pero no se observa prolapso externo.

Grado II: prolapso visible con el esfuerzo defecatorio, con reducción espontánea.

Grado III: el prolapso requiere reducción manual.

Grado IV: prolapso irreductible.

El síntoma más significativo es un sangrado rojo brillante, el cual se suele ver en las deposiciones, el váter y al limpiarse. El dolor es poco frecuente y la queja principal suele ser picor o molestia leve. El tratamiento suele estar enfocado principalmente a la implementación de medidas higiénico dietéticas junto con la regularización de las deposiciones, mediante una dieta rica en fibras o laxantes. En los casos que persistan los síntomas y no se presente mejoría del cuadro o complicaciones se recurre como última instancia a la cirugía.

Fisura anal

Es el resultado del traumatismo que generan las heces impactadas tras el paso por el ano, a causa de la distensión que se genera en la zona. Su síntoma principal es el dolor, el cual suele ser muy intenso durante las deposiciones, en ocasiones puede haber sangrado rojo brillante. En el tratamiento se emplean cremas tópicas, infiltraciones con toxina botulínica, y si no hay respuesta al tratamiento se recomienda cirugía.

Prolapso rectal

Esto se debe a un daño generado a nivel de la inervación de la musculatura del suelo pélvico, por la distensión repetida al pujar. Los



síntomas son sensación de masas anal, rectorragia, incontinencia fecal e higiene de la zona deficiente, se han dado casos de prolapsos de otros órganos pélvicos como el útero o la vagina. Este se presenta tras la defecación y se puede reducir de forma espontánea o de forma manual por el paciente. El tratamiento es la corrección quirúrgica.

Impatación fecal

Esta condición puede ocurrir a cualquier edad, se caracteriza por la acumulación de heces endurecidas, y es una condición de riesgo en niños, personas incapacitadas y ancianos con movilidad limitada. En los casos que esta no se resuelve pueden ocurrir complicaciones de mayor gravedad como la obstrucción intestinal, la perforación y la peritonitis. El tratamiento suele ser la descompactación manual del contenido, los enemas de limpieza, y en los casos graves la cirugía.

Úlcera estercorácea

Es el resultado de la presión continuada y sostenida generada por el fecaloma sobre la pared intestinal produciendo isquemia y luego la necrosis de esta. Patología muy común en pacientes debilitados, encamados, hospitalizados.

El megacolon

Es una patología asociada al estreñimiento crónico donde se produce una dilatación patológica del colon producto de la retención fecal.

Como hemos visto, un solo síntoma puede generar diversas patologías, las cuales se pueden prevenir siguiendo pasos tan sencillos como una buena hidratación y dietas ricas en fibras, este conjunto permite la adecuada absorción del agua a la luz del intestino, generando unas heces con un volumen y textura adecuados. Con la realización de actividad física moderada de manera regular se promueve el peristaltismo, pero sobre todo también es muy importante el crear una rutina o hábito deposicional y el no evitar el deseo de defecación, esta rutina se recomienda que sea a la misma hora del día y en condiciones relajadas principalmente por la mañana. Como última opción se puede recurrir a los laxantes o procinéticos. Y así es, soluciones sencillas para evitar grandes problemas, como siempre si tiene alguna duda o presenta alguna complicación acuda y consulte a su médico.



ESCHERICHIA COLI, EL HUÉSPED "DESLEAL"

Virginia Luis Martín, Licenciada en Farmacia.
Alberto García Cabello, Médico de Familia.

Este microorganismo reside de forma habitual en el intestino del ser humano y de los mamíferos, siendo el germen más abundante de la microbiota, o flora microbiana intestinal, cuya misión es colaborar en la digestión, elaborar ciertas vitaminas, y protegernos de la colonización de otras bacterias. Fue descubierta por el pediatra y bacteriólogo alemán Theodor Escherich en el año 1885, quien la bautizó como "Bacterium coli commune". Años más tarde, concretamente en 1954, fue rebautizada como *Escherichia coli* en su honor.

Bacteria

La *Escherichia coli* es una enterobacteria con forma de bacilo, que no se tiñe de color azul oscuro con la tinción de Gram -es, pues, Gram negativa-, y puede desarrollarse tanto en ausencia como en presencia de oxígeno - anaerobia facultativa-, tiene la capacidad de moverse a merced de determinados apéndices en forma de látigo, denominados flagelos.

E. coli coloniza el intestino del recién nacido de forma natural a las pocas horas de vida. Se establece una relación simbiótica entre la bacteria y la persona que durará toda la vida.

Deba advertirse que al igual que existen microbios "buenos" también hay cepas patógenas de este género, las cuales son responsables de una amplia gama de infecciones, desde banales hasta potencialmente letales.

Se cree que las *E. coli* patógenas portan en su genoma alrededor de un millón más de pares de bases que las bacterias simbióticas o comensales ("buenas"). Se especula con que, posiblemente, estos genes codifiquen factores de virulencia bacteriana.

En 1944, Fritz Kauffman publicó un guión para clasificar a esta familia de bacterias, con el fin de distinguir a los patógenos de los comensales. Este esquema identifica antígenos O (lipopolisacáridos), antígenos H (flagelares)

y antígenos K (cápsula). Así, los distintos serotipos de la *E. coli* se determinan por las diversas combinaciones de los antígenos O y H.

Clasificación

Sucintamente comentaremos que hasta la fecha se han descrito 3 tipos de *E. coli* extraintestinales (que también pueden aislarse en aves o animales domésticos) y 7 digestivos patógenos.

Las cepas extraintestinales serían responsables de infecciones en vía urinaria (*E. coli* es la causa más frecuente de infección de vejiga en mujeres), aparato respiratorio, o sistema nervioso central (por ejemplo la meningitis causada por *E. coli* K1).

Las cepas entéricas al ser ingeridas son las responsables de cuadros diarreicos. Serían las que se describen a continuación:

1. Enterohemorrágicas. Fabrican toxinas (cito, entero y neurotoxinas) que son las responsables de la diarrea sanguinolenta.

Dentro de este grupo destaca por su gravedad la infección por *E. coli* O157:H47, la cual puede ocasionar el síndrome hemolítico urémico y la púrpura trombótica trombocitopénica (ambos cuadros severos)

2. Enterotoxigénicas. Causan diarreas acuosas no sanguinolentas y auto limitadas. Suelen ser cuadros leves. <el más conocido es la "diarrea del viajero".

3. Enteroinvasivas. Responsables de diarrea



escasa, sanguinolenta, con mucosidad, y dolor abdominal cólico.

4. Enteropatógenicas. Producen diarreas acuosas en lactantes, dado que alteran la secreción de iones y solutos.

5. Enteroagregativas. No son invasivas y ocasionan diarrea acuosa sin fiebre. Se piensa que son una causa probable de diarrea en pacientes con SIDA, o en niños de países subdesarrollados.

Diagnóstico

Cultivar las muestras procedentes de material sospechoso, como por ejemplo heces, orina u otras secreciones o fluidos, en medios apropiados (MacConkey o eosina azul de metileno) confirma el diagnóstico.

En la identificación de una cepa concreta es muy útil la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), la cual amplía secuencias específicas de un factor de virulencia determinado, asociado a una cepa.

Tratamiento

La rehidratación y el restablecimiento del correcto balance electrolítico constituyen un pilar fundamental.

La administración o no de tratamiento antibiótico, varía en función del lugar en el que asienta la infección, la intensidad de la misma, el serotipo de E. coli responsable y el antibiograma.

La literatura consultada sugiere el uso de antibióticos en aquellos caso en los que estén implicadas E. coli enterohemorrágica y enteroinvasiva, así como en los casos de infecciones de vías urinarias.

Vacunas

Disponemos de una vacuna oral para prevenir las infecciones del tracto urinario, sintetizada a partir de las 18 cepas más comunes de E. coli responsables de dicho cuadro. Esta vacuna genera una respuesta inmunitaria, mediada por Ig E (inmunoglobulinas E).



Implantes Capilares en España

www.implantecapilarenEspaña.com

**Tratamiento
Europeo
a precio de
Turquía.**

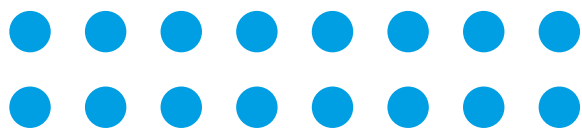


639 378 810

**Cita diagnóstica
gratuita**

Paseo de la Castellana
171 Bajo Izq, Madrid





IMPLANTES CAPILARES EN ESPAÑA O EN TURQUÍA

A vueltas con los implantes capilares en Turquía, de nuevo son numerosos los pacientes que vienen a consulta con la duda si realizarse un trasplante de pelo en España o en Turquía, incluso algunos que han ido necesitando una reintervención estando no contentos, se plantean también esta duda.

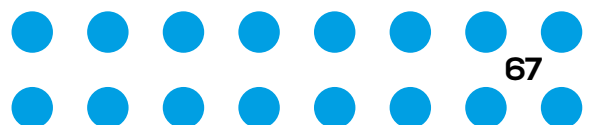
Hoy los precios han bajado mucho y la diferencia económica con Turquía ya no es significativa, si el cambio es significativo la calidad y la seguridad que ofrecen las clínicas en España, donde los requisitos que se piden para poder efectuar una intervención de este tipo son extremas y no tiene nada que ver con lo que se exige en Turquía. Para empezar y poder trabajar en España las clínicas tienen que acreditarse bajo unas exigencias comunitarias y europeas que conllevan desde las licencias arquitectónicas, administrativas, seguros de responsabilidad civil, titulaciones de médicos, enfermeros y técnicos por universidades españolas de prestigio. Y esto conlleva muchos años de estudio y prácticas en clínicas y hospitales.

Aquí el implante lo realizan los médicos y cirujanos asistidos por enfermeros y técnicos, cosa que en Turquía en casi todas las ocasiones lo realizan los técnicos cuyas titulaciones el paciente no puede acreditar, y en caso de reclamación se van a encontrar que si bien se les da una garantía por un plazo de tiempo amplio, quien les atiende en esta reclamación no es el médico o cirujano si no un intérprete o una agencia de viajes, por no decir si se llega a los tribunales con una demanda, donde el gravísimo problema de abogado, legislación de otro país y otros idiomas, por no hablar de lo económico hará que siempre en España sea mucho más razonable hacer un implante.

Aquí en España siempre son las clínicas acreditadas y con sede física y profesionales que se pueden localizar. Si además tenemos en cuenta que para ir a Turquía necesitamos casi 3 horas de vuelo tanto de ida como de vuelta, más las horas de rigor que hay que esperar al presentarse en el aeropuerto, la incomodidad y la pérdida de tiempo es enorme.

Incluso hemos vivido un caso, de un paciente que nosotros hemos rechazado con un problema cardíaco, pues bien, éste ha sido intervenido, la verdad tuvo suerte y no ocurrió nada, pero, ¿se imaginan lo que sería si le hubiera ocurrido? Por esto y por otros casos, no podemos otra cosa que aconsejar que en caso de quererse realizar un implante capilar estudien antes de decidirse los pros y los contras de desplazarse a este país en cuestión.

Si tienes más dudas... www.implantecapilarenspana.com
639 378 810



CUERNO CUTÁNEO MÁS QUE UN MITO

Jesús Martín González
Estudiante de medicina



El cuerno cutáneo se puede definir como una lesión tumoral, por lo general de aspecto cónico en la cual prevalece la longitud sobre la anchura; en la punta del cuerno cutáneo hay una excesiva producción y acumulación de queratina, también conocido como hiperqueratosis, una proteína cuya función es proteger la piel y se encuentra en la parte externa de la misma (1); es un diagnóstico clínico que describe una lesión dérmica hiperqueratósica con forma de cuerno de ahí que el término de cuerno cutáneo sea un término descriptivo que refleja la morfología de la lesión; la coloración forma y tamaño son variables pero su importancia radica en la gran variedad de patologías que le subyacen pudiendo éstas ser benignas como la queratosis seborreica y verrugas virales, pre-malignas como queratosis actínica y enfermedad de Bowen, o malignas en las que está el carcinoma espinocelular y el carcinoma basocelular.

Su diagnóstico inicial es clínico, no existiendo elementos visibles que permitan sospechar el diagnóstico de la patología de base por lo que para descartar la malignidad, siendo necesario para eso su exéresis quirúrgica y estudio histopatológico.

Es más frecuente en el sexo femenino, y a mayor edad, mayor prevalencia de la lesión. La mayor incidencia del cuerno cutáneo ocurre en personas sobre los 60 años de edad, correspondiendo más frecuentemente a una lesión maligna en el grupo de mayores de más de 70 años.

Benignas: queratosis seborreica y verrugas virales.

Pre-malignas: queratosis actínica y enfermedad de Bowen

Malignas: carcinoma espinocelular y el carcinoma basocelular.

CLÍNICA

Varía en forma y color; pudiendo ser de color blanco-amarillento, aunque por lo general es de color parduzco o marrón y de forma recta o curva similar a la del cuerno de un animal, y su superficie puede ser lisa o áspera, alcanzando diversos tamaños, pudiendo ir de unos pocos milímetros hasta varios centímetros. Las lesiones a lo largo del tiempo evolucionan y se hacen eritematosas en sus bordes y se infiltran a los planos profundos, siendo ésto una señal de posible transformación maligna.

LOCALIZACIÓN.

En el estudio de Yu et al., el cuerno cutáneo se asociaron con lesiones epidérmicas malignas o pre-malignas casi el 39% y el 61% se asociaron a lesiones benignas. El 70% de las lesiones pre-malignas o malignas se localizaron en zonas de exposición solar: nariz, pabellones auriculares, dorso de las manos, cuero cabelludo, antebrazos y cara. Las lesiones más frecuentemente encontradas fueron queratosis solares y carcinoma de células escamosas. La localización anatómica más comúnmente asociada con pre-malignidad es en la mejilla y la malignidad en la nariz.

TRATAMIENTO

El tratamiento de lesión consiste en la eliminación quirúrgica, con profundidad en la base para evitar recidivas, tanto del mismo cuerno como de otras lesiones malignas o premalignas que pudieran aparecer y el estudio histopatológico subsiguiente con el objeto de saber si existe alguna patología maligna o pre-maligna de base.



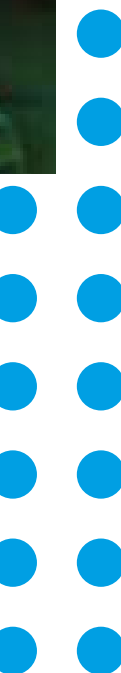
Hay que trabajar la prevención, aconsejando evitar la exposición solar por largos períodos de tiempo, evitando las exposiciones solares entre las 12 y las 17 horas y la protección de las zonas más sensibles a estar expuestas al sol, mediante la aplicación de cremas fotoprotectoras antes de la actividad al aire libre con factor de protección solar de >30 y el uso de ropa adecuada, gafas y gorro .

CONCLUSIÓN

La importancia de su detección y tratamiento reside en que el cuerno cutáneo puede tener como base una lesión pre-maligna o maligna que requiere ser identificada a tiempo. Así mismo esta lesión que es poco frecuente, probablemente incrementará su prevalencia en los últimos años considerando el riesgo cada vez mayor de presentar lesiones en la cabeza (cara y cuero cabelludo), como parte de la exposición solar, el incremento de la radiación solar y la poca protección utilizada por la población como lociones y cremas con filtro solar.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Grinspan Bozza N O, Vera Navarro L, Calb E IL. Cuerno cutáneo: Reconocimiento clínico histopatológico y tratamiento quirúrgico. A propósito de 2 casos. Rev. argent. dermatol. [Internet]. 2006 Mar [citado 2018 Dic 3] ; 87(1) : 44-50. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2006000100004&lng=es.
- 2.- Hermida Pérez JA, Bermejo Hernández A. Cuerno cutáneo, queratosis actínica y carcinoma espinocelular. A propósito de un caso clínico. Rev. SEMERGEN - Medicina de Familia. [Internet]. 2013 Mar [citado 2018 Dic 1]; 39 (2): 113-116. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359311004527?via%3Dihub>
- 3.- Hilda Rojas P, Faivovich KD, Ximena Barrios J. Características del Cuerno Cutáneo: Revisión de 26 Años. Rev. Chilena Dermatol. [Internet]. 2009 [citado 2018 Dic 1]; 25(3):228-232. Disponible en: https://www.sochiderm.org/web/revista/25_3/3.pdf
- 4.- Ruiz-Matta JM, Gatica-Torres KM. Cuerno cutáneo: una sorpresa histopatológica. Dermatol Rev. Mex. [Internet]. 2014 [citado 2018 Dic 1]; 58:285-288. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/derrevmex/rmd-2014/rmd143k.pdf>
- 5.- Yu RC, Pryce DW, Macfarlane AW, Stewart TW. A histopathological study of 643 cutaneous horns. Br J Dermatol , 124 (1991): 449-452



QUERATOSIS SEBORREICA. UNA LESIÓN CUTÁNEA QUE FRECUENTA A LAS PERSONAS MAYORES.

M^{ra} del Carmen Sánchez Vázquez
Enfermera



La queratosis seborreica es uno de los tumores de piel no cancerosos más frecuentes en adultos mayores. Se trata de un tumor completamente benigno (esto es, sin capacidad de convertirse en cáncer ni de causar problemas de salud de importancia) y no contagioso. Aunque pueden adoptar la apariencia de verrugas o de otras lesiones que puedan causar preocupación, no tienen capacidad de ir más allá de las capas más superficiales de la piel.

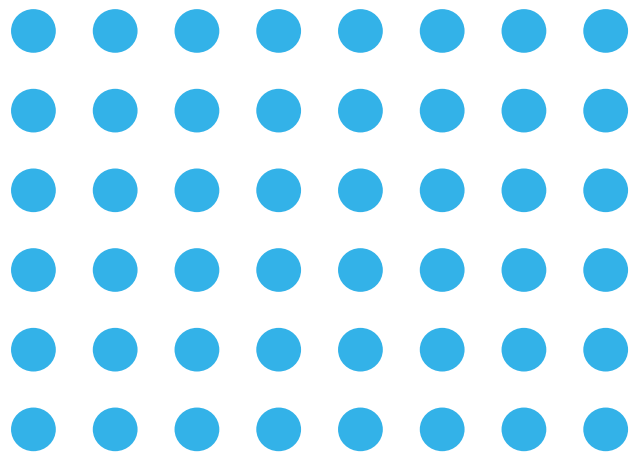
Las lesiones aparecen a partir de los 30 años y suelen aumentar en tamaño y número con la edad. Se desconoce por qué se produce este tipo de queratosis y se asocia al proceso normal de envejecimiento de la piel. Lo habitual es que, una vez que aparecen, no remitan por sí mismas, sino que vayan apareciendo más con el paso del tiempo. Parece haber una predisposición genética a padecer estas lesiones. También se ha comprobado que el tratamiento con estrógenos a las mujeres postmenopáusicas puede exacerbar este proceso.

Las queratosis seborreicas son pequeños tumores planos de la piel que pueden tener un color marrón, negro o tostado claro de aspecto ceroso y escamoso. Estos tumores pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, aunque se localizan con más frecuencia en la cara, el pecho y la espalda.

El diagnóstico de estos tumores es sencillo, la mayoría de las veces es suficiente con la inspección visual. En casos de dudas se puede apoyar de la dermatoscopia, ésta es una técnica no invasiva que consiste en visualizar en profundidad lesiones de la piel a través de una lente de mano o dermatoscopio que permite distinguir de tumores malignos como el carcinoma basocelular o el melanoma, no obstante, en los casos que puedan existir dudas, puede precisarse una biopsia de piel.

El tratamiento no es necesario salvo por motivos estéticos o porque se irriten y produzcan dolor. Las principales formas de eliminar las lesiones son:

La Crioterapia: Se trata de congelar la lesión en la piel. Cada sesión dura aproximadamente cinco minutos en total y según el tamaño de la queratosis puede requerir de más de una sesión. Este sistema es muy eficaz con las de menor tamaño, pero no es muy recomendable si hay que tratar muchas o si son demasiado grandes.



La Electrodesecación: En este caso lo que se hace es quemar la piel de forma controlada para que se vayan desprendiendo las capas más superiores, en las cuales está la lesión. Este tratamiento requiere de un poco de anestesia local y según el tamaño de las queratosis pueden ser necesarias varias sesiones.

Tratamiento con láser: Existen diferentes tipos de láser para tratar este problema. Es un sistema muy efectivo y perfecto cuando hay que tratar un gran número de queratosis. Hay que tener en cuenta que en cualquiera de los tratamientos que se han nombrado pueden quedar pequeñas marcas en la piel de color blanco.

Con estos tratamientos se forma una pequeña costra en las lesiones tratadas. Esta costra se desprende espontáneamente en 10 a 12 días y después la piel queda de un color rojizo o parduzco hasta que vuelve a su color normal. En ocasiones, y con cualquiera de los procedimientos, puede quedar una pequeña señal de color blanquecino.



TAPONES DE CERUMEN ¿ENFERMEDAD O QUÉ?



María Encabo Nieva
Enfermera de Urgencias y UCI

El oído es el órgano del cuerpo responsable de transmitir los sonidos al cerebro a través de sus distintas partes. También otra función que tiene es la de mantener el sentido del equilibrio.

Es un órgano complejo, que podemos dividir en tres partes; oído interno, oído medio y oído externo.

El oído interno es la parte más interna del oído, formado por la cóclea, el vestíbulo y el nervio auditivo.

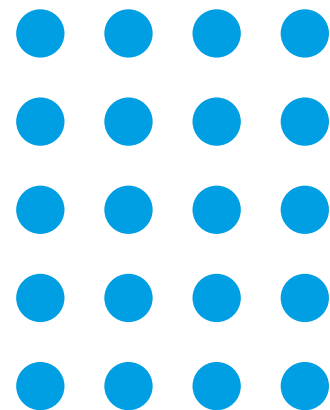
El oído medio es la parte del oído entre el tímpano y la ventana oval. Está compuesto por tres diminutos huesos: martillo, yunque y estribo, por la ventana oval, la ventana redonda y la trompa de Eustaquio.

El oído externo es la parte externa del oído que recoge las ondas y las dirige al interior del mismo. Se compone de pabellón auditivo o auricular (parte visible del oído) también conocido como oreja.

Por el conducto auditivo es por donde viajan las ondas sonoras antes de llegar a la membrana timpánica o tímpano que es la parte que separa el oído externo del oído medio. Este dispone de finos pelos, glándulas sebáceas y glándulas ceruminosas. La grasa y la cera producidas por estas glándulas tienen funciones de lubricación, limpieza y defensa antimicrobiana. La acumulación excesiva de esta cobertura hidrofóbica, también conocida como cerumen puede acabar bloqueando el conducto auditivo y formar tapones en los oídos.

La presencia de cera o cerumen en el oído externo es algo normal y fisiológico, existen factores predisponentes para generar más cera como son:

- Conducto auditivo externo muy estrecho.
- Abundantes pelos en el conducto auditivo externo.
- Sequedad de la piel.
- La presencia de exostosis (oídos de nadadores) que bloquea la expulsión de la cera de forma natural.
- El uso de bastoncillos. Totalmente contraindicado, ya que puede empujar el cerumen hacia dentro del conducto y taponarlo.
- El uso de prótesis auditivas.
- El uso de auriculares.
- El uso de tapones para dormir.



La aparición de tapones en los oídos puede ser molesta e incómoda, su extracción estará ligada a la presencia de síntomas como dolor, hipoacusia, picor, mareo, acúfenos o la necesidad de una exploración de la membrana timpánica. Otras indicaciones para su extracción serían:

- Otitis externa.
- Previa a la realización de moldes para audífonos.
- Sospecha de otitis media crónica colestomatosa.
- Sospecha de neoplasia en el oído medio o externo.
- Previa a la colocación de drenajes transtimpánicos.
- Picor de oídos.

La mayoría de los pacientes toleran su extracción sin necesidad de analgésicos ni otras medidas adicionales. Una minoría puede presentar una ligera molestia o un leve dolor y otros pocos experimentar vértigo de corta duración.

Para su extracción se puede proceder de tres maneras:

- Por instilación de gotas que ablanden el tapón de cerumen. Si este método no es efectivo se recurre al siguiente.

- Por irrigación de agua templada, (no fría porque puede desencadenar vértigo, ni demasiado caliente porque además puede generar una quemadura). Esta técnica suele llevarse a cabo por el servicio de enfermería en consultas de atención primaria o también por parte del otorrinolaringólogo. No siendo recomendable esta maniobra cuando exista edema o material purulento en el conducto auditivo externo, vértigo, haber sufrido algún episodio de otitis externa o media, dermatitis, haber tenido alguna cirugía en el oído o colocación de drenajes transtimpánicos.

- Mediante extracción de pinzas y aspirador, siendo esta maniobra compleja, por tanto únicamente la debe realizar un otorrinolaringólogo.

Para concluir el aseo de los oídos no es necesario. Sin embargo, en el caso de realizarlo se debe limpiar sólo el pabellón auricular y la porción más externa del conducto auditivo, usando el dedo índice envuelto en una gasa o en un paño fino.





HABLEMOS DE LA GINGIVITIS....

Cynthia Hernández Muñoz
Enfermera de Atención
Primaria



Se trata de una enfermedad bucal cuya manifestación principal es la inflamación y sangrado de las encías.

Es la primera etapa de la enfermedad periodontal o gingival, en la que se infecta, inflama y llega a destruirse el tejido de soporte de los dientes, es decir, las encías, ligamentos e incluso el hueso.

No es una enfermedad grave, pero es importante detectarla en esta etapa para poder poner tratamiento y revertir el daño, ya que el hueso y el tejido conectivo aún no están afectados y se pueden evitar daños permanentes.

Causas:

La causa directa de la gingivitis son las bacterias de la placa bacteriana.

Ésta, es un material pegajoso que se forma constantemente sobre las partes expuestas de dientes y encías y que está compuesta por mucosidad y restos de alimentos. Si esta placa no se elimina a diario con el cepillado y el uso del hilo dental, se convierte en un depósito duro llamado sarro, donde se acumulan infinidad de bacterias que irritan las encías y son responsables tanto de la gingivitis como de otras enfermedades dentales como las caries.

Factores de Riesgo:

Hay situaciones en las que tendremos mayor posibilidad de desarrollar gingivitis:

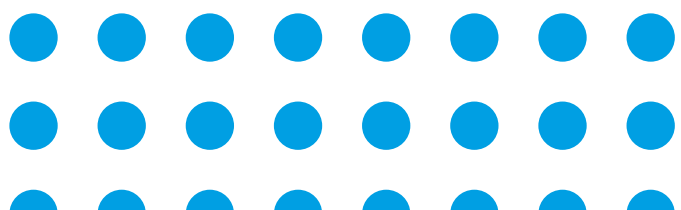
- Mala higiene dental.
- Dientes mal alineados.
- Embarazo (el cambio hormonal aumenta la sensibilidad de las encías).
- Diabetes mal controlada.
- Padecimiento de enfermedades o infecciones sistémicas.
- Uso de ciertos medicamentos como fenitoina, bismuto y algunas píldoras anticonceptivas.
- Estar en la pubertad o primeras etapas de la vida adulta (debido a los cambios hormonales).
- Ser fumador, ya que el tabaco reduce el flujo sanguíneo que llega a los tejidos gingivales.

Tratamiento y prevención de la gingivitis:

Es importante mantener una buena higiene bucal diaria, con un cepillado correcto y uso del hilo dental, así como visitar al dentista con regularidad, con el fin de detectar el problema antes de que se manifiesten los síntomas.

También son importantes las limpiezas profesionales de forma periódica, ya que si la placa bacteriana se ha convertido en sarro, sólo puede eliminarse de esta manera.

Por último, procurar evitar los factores de riesgo, como eliminar el hábito tabáquico.



CUANDO LA RODILLA DECIDE DOLER



Ana Muñoz Moreno
Enfermera de Atención Primaria

Gonalgia, es un término bastante amplio que significa “dolor de rodilla” así como gonartralgia “dolor de la articulación de la rodilla”.

El término más concreto que nos atañe en este artículo, y en el que nos vamos a centrar, es la condromalacia rotuliana o condromalacia patelar que, en términos generales, es la afectación por degeneración y destrucción del cartílago que recubre la articulación de la rótula. Dicha afectación puede darse en forma de reblandecimiento, fisura o úlcera, según la gravedad.

Es frecuente en niños, adolescentes y adultos jóvenes, así como en individuos que realizan actividad física que ejerce un gran estrés en las rodillas. Es más común en mujeres y dentro de los deportistas en corredores, esquiadores o jugadores de fútbol.

En muchos casos, la condromalacia de la rótula es asintomática, pero cuando se manifiesta, el principal síntoma es el dolor en la cara anterior de la rodilla que aumenta al permanecer sentado con las piernas flexionadas, al bajar escaleras o al permanecer de cuclillas. Puede acompañarse también de una sensación de crepitación o rozamiento al flexionar la rodilla.

Se clasifica en varios grados según el nivel de la lesión de I a IV (siendo IV el más avanzado). Se asocia con múltiples factores predisponentes como traumatismos, ya sea por traumatismos directos, mal alineamiento post-traumático, alteraciones meniscales o cirugía previa de rodilla, por predisposición anatómica,

desviación de la rótula, inmovilización prolongada, artritis reumatoide, sinovitis periférica o el sobreuso por la realización de actividades físicas vigorosas.

Para su diagnóstico se lleva a cabo un examen físico en el que, al realizar determinados movimientos de la articulación, ésta se presenta dolorosa. Las radiografías a menudo son normales y la confirmación se suele realizar con resonancia magnética (RM). La prueba más precisa sería la artroscopia, que es la técnica invasiva de visualización directa de la articulación.

El tratamiento debe dirigirse a la causa y es inicialmente conservador. Se pueden usar medicamentos como antiinflamatorios y condroprotectores, se debe bajar de peso y evitar ejercicios de alto impacto. Se recomiendan ejercicios suaves como natación, caminar sobre superficie plana o bicicleta estática con baja resistencia, así como ejercicios isométricos de fortalecimiento de cuádriceps y el uso de rodilleras específicas en la realización de ejercicio. Si estos tratamientos conservadores no son suficientes, podría realizarse tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

- Ramírez Sánchez KT. Condromalacia rotuliana. Rev Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2014;(611):551-553.
- Ahumada A O, Bozzo S G, Fernández H J. Enfrentamiento y manejo del paciente con dolor de rodilla. Rev Chill Med Fam. 2002; 3(3):147-150.
- MedlinePlus.gov, dolor anterior de rodilla [actualizado el 20 de noviembre de 2017; acceso 25 de noviembre de 2018]. Disponible en www.medlineplus.gov





CONOCIMIENTO ACTUAL SOBRE LA FIBROMIALGIA



Eva Pilar López García,
Enfermera Atención Primaria

La Fibromialgia es una enfermedad crónica que ocasiona a quien lo padece dolor en múltiples localizaciones del cuerpo, cansancio, trastornos en el sueño y problemas digestivos entre otros. Es reconocida por la OMS en 1992 y por todas las Asociaciones Médicas Internacionales. Su diagnóstico es difícil y a su vez útil proporcionando a los pacientes una explicación de sus síntomas y aliviando sus preocupaciones. La Fibromialgia es una enfermedad de causa desconocida que responde a un incremento de la percepción del dolor a nivel del Sistema Nervioso Central.

Es reconocida por todas las organizaciones médicas internacionales y por la OMS desde 1992.

Debido a su alta prevalencia, se considera que es de gran trascendencia en salud pública.

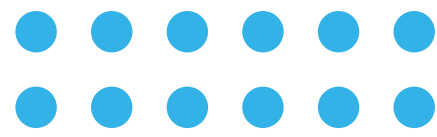
La obtención de un diagnóstico de fibromialgia no es una tarea sencilla. Además del dolor, esta enfermedad tiene otros muchos síntomas. Problemas de mareos, pérdida de memoria, irritación intestinal y de la vesícula biliar, dolores de cabeza, fluctuaciones de peso, alergias, congestión sinusal y nasal, cambios auditivos y de visión, así como una inusual sensibilidad a numerosos medicamentos, son todos los síntomas que contribuyen a crear confusión en el diagnóstico.

Debido al gran número de enfermedades que tienen que ser descartadas, es posible que se tarde bastante tiempo en concretar el diagnóstico de fibromialgia.

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el bajo porcentaje de estudios científicos, relacionados con esta enfermedad, actualmente publicados.

Se ha realizado una revisión bibliográfica del estado actual de la producción científica enfermera en la práctica de cuidados a pacientes con fibromialgia. Dicha revisión se ha basado en la búsqueda de estudios publicados en la base de datos Cuiden y Pubmed; las búsquedas especializadas en enfermería no llegan a resultados exitosos, por lo tanto se generaliza la búsqueda con la palabra "Fibromialgia".





RESULTADOS

A esta estrategia se llegó después de realizar múltiples búsquedas especializadas en enfermería y/o cuidados de enfermería utilizando los operadores booleanos en la base de datos Cuiden y Pubmed; no hubo resultados con esta búsqueda; por lo tanto se optó por una búsqueda generalizada con la palabra "fibromialgia" para poder obtener resultados.

Se encuentran tan solo 35 artículos de los cuales se desestiman 5 por tratarse de temas no específicos a dicha enfermedad.

De los 30 documentos utilizados para la investigación son 10 Artículo original (33,33%), 6 Comunicaciones (20%), 6 Artículos de revisión (20%), 5 Documentos electrónicos (16,66%), 2 Artículos breves (6,66%) y 1 Póster (3,33%).

La distribución por localidades de publicación de los documentos analizados es: 8 de Alicante (26,66%), 8 en Extranjero (26,66%), 5 de Barcelona (16,66%), 3 de Navarra (10%), 1 en Valencia (3,33%), 1 en Madrid (3,33%), 1 en Sevilla (3,33%), 1 en Zaragoza (3,33%), 1 en Toledo (3,33%) y 1 en Murcia (3,33%).

Las unidades mayoritarias donde los profesionales de enfermería prestan cuidados a los enfermos de fibromialgia es en la Atención Especializada, considerando un 56,66% del total de documentos reflejan la asistencia de enfermos de fibromialgia en asistencia especializada, con 17 documentos encontrados; también se encuentra un porcentaje significativo los cuidados y servicios que se prestan desde Asociaciones o Grupos de Ayuda mutua a los pacientes que padecen esta enfermedad con una representación de 26,66% (8 documentos), mientras que un 16,66% lo hacen en Atención Primaria, con 5 documentos.

Después de la lectura de los artículos encontrados podemos afirmar que nuestra práctica diaria se detecta una demanda creciente de pacientes que padecen esta enfermedad, y las escasas líneas de investigación científica; por lo tanto los profesionales de enfermería debemos acercarnos a nuestros pacientes, diagnóstico, tratamiento, cuidados... Esto es un deber de toda persona sanitaria implicada en su labor asistencial.

Juicio de valor: con este trabajo científico, quiero resaltar y a la vez animar a todos los profesionales de la salud para que despierten todos sus intereses en la investigación de esta enfermedad, se incorporen a un proyecto ambicioso, con voluntariedad y compromiso; somos los profesionales de la salud los responsables en gran medida de ser participantes activos en su propio proceso de salud, por lo tanto, debemos recorrer este amplio camino con una labor intensiva, tesón y esfuerzo, identificar a la persona y a su enfermedad con comprensión y humanidad, acercarnos a la verdadera esencia de los pacientes que sufren esta enfermedad desde una perspectiva cooperativista con el objetivo de buscar alternativas para mejorar su salud y sobre todo "el buen saber hacer".





CONOCIENDO MÁS SOBRE LA MENINGITIS

Mercedes Peralta Gámez
Enfermera de Urgencias y Cuidados Intensivos



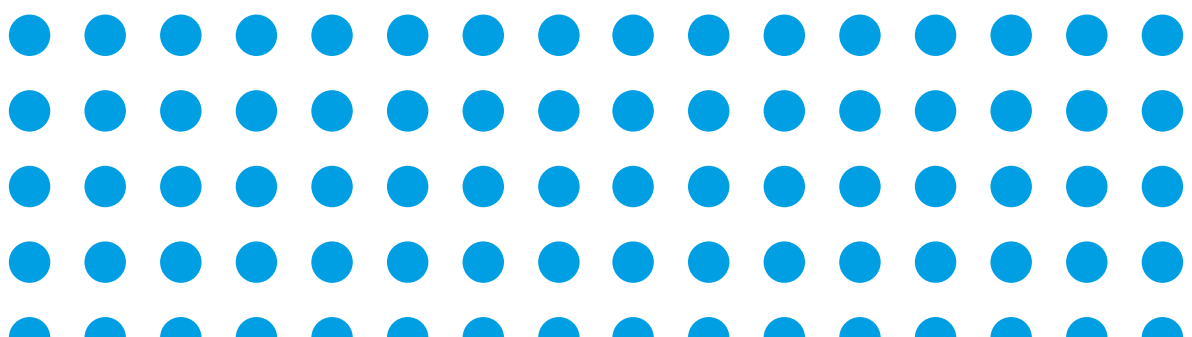
En el último año se han dado varios casos de meningitis en nuestro país, casos cuya evolución ha sido en la mayoría devastadora y ha creado una gran alarma social. Por ello, es interesante conocer en qué consiste esta enfermedad.

La meningitis es una inflamación de las meninges, unas membranas que recubren el encéfalo y la medula espinal. Dichas membranas tienen una función protectora de nuestro sistema nervioso central, actuando de filtro a la entrada de sustancias perjudiciales para el mismo y como amortiguador de posibles traumatismos, gracias al líquido cefalorraquídeo que albergan.

La inflamación de estas membranas se puede producir por varias causas, las cuales podemos clasificar en un primer nivel y de manera resumida en: Causas infecciosas y no infecciosas. Entre las causas no infecciosas se pueden encontrar enfermedades autoinmunes, quistes congénitos, etc...

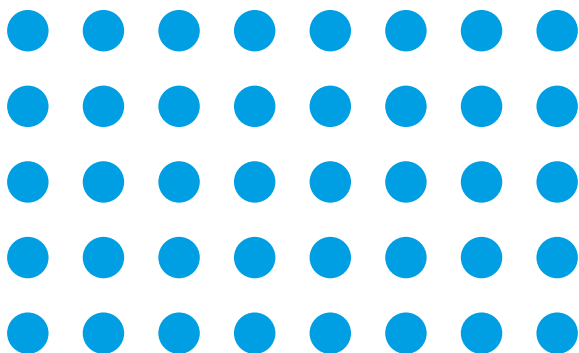
Pero cuando un caso de meningitis es noticia lo más probable que la causa haya sido una infección, la cual puede ser vírica, bacteriana o producida por hongos.

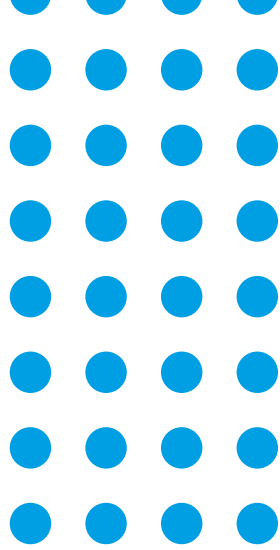
La gran mayoría de los casos de meningitis que se dan en nuestro país son producidas por virus (entorno al 80%), éstas son de un carácter más benigno con una evolución favorable y sin complicaciones. Algunos de los virus que pueden llegar a producir una meningitis son los enterovirus, el virus de las paperas, la varicela, sarampión, virus de la influenza... Se trata de virus de enfermedades más o menos comunes, en las que, debido a respuestas de nuestro propio organismo, puertas de entrada en el mismo o el estado de nuestro sistema inmunológico pueden atacar a las meninges produciendo una meningitis. Por lo que, en el caso de la meningitis vírica, no existe riesgo de contagio, ya que éste será del virus en sí y no de la propia meningitis.





Sin embargo, las meningitis bacterianas pueden ser muy graves y provocar una discapacidad importante o incluso la muerte, si no es tratada rápidamente. Las bacterias causantes de esta enfermedad pueden ser meningococos, neumococos, haemophilus influenzae tipo B. En nuestro medio las más importantes son los meningococos B y C. Siendo más habitual la del serotipo B, aunque se ha observado un descenso importante a lo largo de los años (de 499 casos en España en el 2007 a 139 en el 2017) esperándose que disminuya aún más con la introducción de la vacuna para este serogrupo. También se ha observado un descenso importante de los casos de meningitis tipo C, asociado a la vacunación incluida en el calendario vacunal infantil, aunque ha habido un ascenso en el último año, y aunque habría que barajar más datos para concluir las razones de dicho ascenso, sí que se ha observado que los casos acaecidos entre nuestro país en el último año, no se ha podido evidenciar una correcta vacunación de los pacientes.





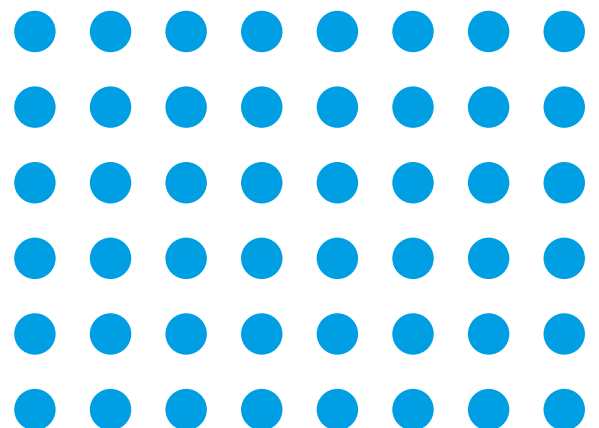
Como se ha mencionado, meningitis es una enfermedad conocida y bien definida, con un tratamiento bien descrito y de la cual disponemos de medios de prevención eficaces como las vacunas. Sin embargo, uno de los principales problemas que presenta son sus síntomas iniciales, ya que debuta con fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta, náuseas, vómitos... Síntomas muy similares a enfermedades menos importantes, los cuales pueden llegar a dificultar el diagnóstico precoz, y la mejor medida a tomar por nuestros sanitarios es la observación.

La situación extrema de esta enfermedad es la sepsis, que se produce cuando el meningococo, además de infectar las meninges cerebrales, se disemina por todo el organismo produciendo una infección generalizada. Los síntomas de esta sepsis son de inicio repentino, con fiebre, dolor de cabeza, vómitos y manchas en la piel, seguidos de delirio e incluso coma. Es una situación de difícil tratamiento por la rapidez en la que se desarrolla y el nivel de afectación de todo el cuerpo. Pudiendo llegar a ser letal sin dar lugar a reacción.

El meningococo se transmite de persona a persona a través de la saliva. El contagio no es fácil ya que precisa de un contacto directo, muy estrecho y continuado para que se produzca, ya que el meningococo no puede vivir fuera del cuerpo humano y se destruye rápidamente al contacto con el medio ambiente. Y aún en caso de que la bacteria se transmita no todas las personas desarrolla la enfermedad, habiendo personas que pueden llevarla en su garganta, pero no estar enfermos.

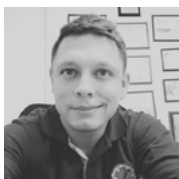
Bibliografía:

- Enfermedad meningocócica en España. Análisis de la temporada 2016-2017. Centro Nacional de Epidemiología. Mayo 2018.
- Portal de salud de Castilla y León: <https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/enfermedades-problemas-salud/meningitis>.
- Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Enfermedad meningocócica invasiva. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad.Ed.2013.
- OMS: <https://www.who.int/topics/meningitis/es/>





INTEGRACIÓN E IMPLICACIÓN DEL TÉCNICO EN EMERGENCIAS SANITARIAS TES EN LA ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA:



Victor Hernán Rodríguez Botero, FP-C, CCP-C
Director Académico
Centro Internacional de Entrenamiento Médico, CIE DIANCECHT
Cali-Colombia

Los Sistemas Médicos de Emergencias SME siguen progresando. En sus inicios el Rescatista, Paramédico, Técnico en Urgencias o Emergencias TUM-TEM, Técnico en Emergencias sanitarias TES o como se denomine en su país, era llamado solo para "Cargar y llevar" sin realizar intervención alguna directamente en el paciente, en la actualidad la medicina pre-hospitalaria es una ciencia más y por ende, los diferentes estudios han incluido como un eslabón muy importante el tratamiento del personal pre-hospitalario como NECESARIO y que además define en muchos casos el desenlace entre la vida y la muerte de una persona afectada por un evento médico o traumático. Recordemos un poco de esta historia y en dónde comienza;

La Atención Pre-Hospitalaria se define como toda intervención que se realice en un evento que genere víctimas antes de llegar al hospital, esto incluye la atención dada por cualquier persona o personal lego (primeros auxilios) hasta la llegada para un soporte avanzado prestada por un profesional del área (paramédico), la definición de este profesional varía entre país y país, así como las intervenciones que este pueda realizar. Lo primeros reportes escritos acerca de

la APH datan de **1487** cuando en Málaga (España), se transportaron pacientes del campo de batalla en carretas de atención a tiendas de atención fuera del campo. En el siglo XIX los SME gracias a los siguientes acontecimientos:

- Circa **1797**, El barón Jean Dominique Larrey médico del ejercito de Napoleón diseño un sistema para clasificar pacientes (triage) y transportar a los heridos en batalla a estaciones de atención.
- **1860**, Primer uso conocido de una combinación de ambulancia y médico en Estados Unidos.
- **1865**, Primera ambulancia civil apareció dependiente del hospital comercial de Cincinnati-Ohio.
- **1869**, Comenzó el primer servicio de ambulancias en el Hospital de Bellevue en Nueva York.
- **1899**, Apareció la primera ambulancia de tipo automóvil en el Hospital Michael Reese de Chicago.

En el siglo XX siguieron los cambios en los SEM aunque pocos ya que esto fue entre la primera y segunda Guerra Mundial, en esta época se realizaron cambios como darle el manejo de la APH a los policías y bomberos aunque con poco entrenamiento, por la necesidad de enviar civiles al ámbito militar.



La atención y protocolos también iba avanzando conforme se investigaba:

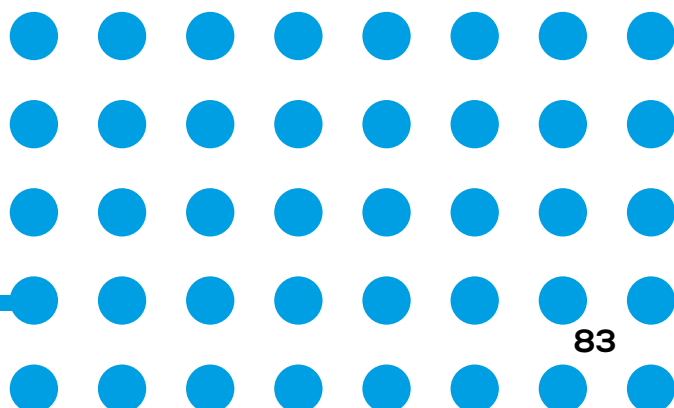
- 1956, Los doctores Safar y Elan perfeccionan la técnica de respiración boca a boca.

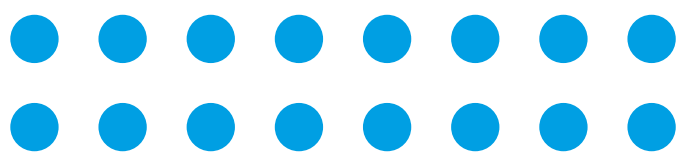
- 1959, Se desarrolla el primer desfibrilador portátil en el hospital e Johns Hopkins lo cual fue un gran empuje para la APH.

Además, en 1959 varios países europeos como Francia, URSS, Alemania e Italia estructuraban sus sistemas de APH, dentro de estos el famoso SAMU de París, donde se buscaba dar un soporte más avanzado que los primeros auxilios, llevar el hospital al paciente.

En 1960 en los Angeles (California) se coloca un desfibrilador portátil en todas sus unidades de respuesta.

Lo demás es historia, de aquí parten los modelos de Atención Pre-Hospitalaria, americano y Franco-alemán que tienen diferencias importantes, ya que la atención en uno es realizada por paramédicos entrenados y en otra por médicos.





Como todo inicio no ha sido fácil y a pesar que la ciencia lo demuestra, de que estamos en el año 2019 y que en MUCHOS países existen los PARAMÉDICOS con excelentes resultados en la atención y disminución de la mortalidad, vemos como en diferentes países aún niegan la entrada de la APH de calidad, dada por personal entrenado y calificado como debe ser por instituciones reconocidas, siguiendo estándares y protocolos que ya están dados hace rato y que muestran resultados grandiosos en cuanto a la atención.

Los diferentes gobiernos deberían apoyar los sistemas de atención prehospitalarios con aportes económicos para ambulancias adecuadas, con todos los recursos y personal altamente calificado, además de regular todas las instituciones que realizan estos entrenamientos los cuales deben seguir y proporcionar estándares altos, hay desde Técnicos, Tecnólogos (técnicos universitarios), paramédicos, Licenciados, especialistas, maestrías y hasta doctorados en Atención Prehospitalarias.

El gremio de enfermería y médico también deben apoyar y no deben verlo como una "amenaza" ya que cada uno cumple una función específica desde diferentes ámbitos, con un solo fin y es ayudar a otros prolongando la vida, los emergenciólogos deben entender lo que hace un paramédico, esto no es fácil y no es montar simplemente a cualquiera con formación en salud, deben tener un entrenamiento específico, una práctica específica para poder ser un PARAMÉDICO, tanto así que se realizan Fellows para los emergenciólogos y rotaciones para los médicos en formación en esta maravillosa área.

Entonces y Concluyendo, si me preguntan si se necesita la integración de TES a la APH les diría que SI, es más, su mismo nombre lo dice y si van a la ciencia y le hacen la misma pregunta ella sola se escribe y les diría SI.

"El destino de los heridos está en manos de la persona que coloca el primer vendaje" Nicholas Senn, MD (1844-1908)



LESIONES MUSCULARES



José Luis Gala
Fisioterapeuta

Mecanismo de producción.

El músculo se ve sometido diariamente a numerosas contracciones y elongaciones, pudiendo en uno de estos mecanismos, lesionarse de manera espontánea y como factores de riesgo contamos con el sedentarismo, deportistas eventuales, edad, alimentación inadecuada, etc.

Otro mecanismo de producción es el traumático, son múltiples los agentes que pueden provocar la rotura muscular como son todos los objetos cortantes como cristales, cuchillos, etc.

Las contusiones con objetos romos constituyen un factor frecuente en las fracturas fibrilares.

Prevención.

*El acondicionamiento del aparato locomotor es imprescindible para este tipo de lesiones, una buena sesión de estiramientos articulares y la elastificación muscular, antes de la práctica deportiva, nos protegerá.

*Las sesiones periódicas de masajes para nutrir el músculo provocando vasodilatación, también constituye un factor preventivo importante.

*La alimentación y una buena hidratación.

*Evitar el sobre esfuerzo muscular.

*Protecciones mecánicas específicas a cada actividad.

Una de las lesiones más frecuentes que actualmente se presentan en consulta, después de los esguinces, es la relacionada con los problemas musculares, en concreto, la ruptura de las fibras que componen el músculo.

Como podemos observar en el esquema, el músculo lo componen fascículos que albergan gran número de fibras.

Vamos a asemejar los fascículos musculares a un cable eléctrico.

Grados de lesión.

Dependiendo del porcentaje de fibras fracturadas, así tendremos tres grados de lesión:

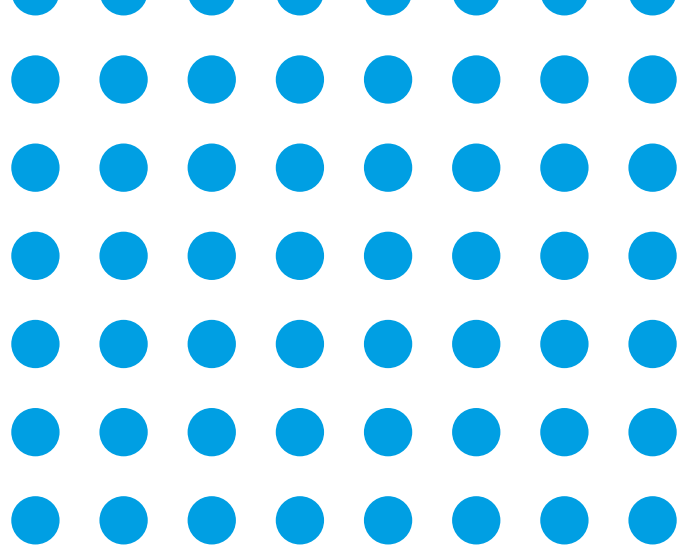
Rotura fibrilar de grado 1º.

Se caracteriza porque el número de fibras afectado es mínimo, también se denomina microrotura fibrilar, en este caso los síntomas que se presentan son:

Dolor localizado.

Dolor en funcionalidad.

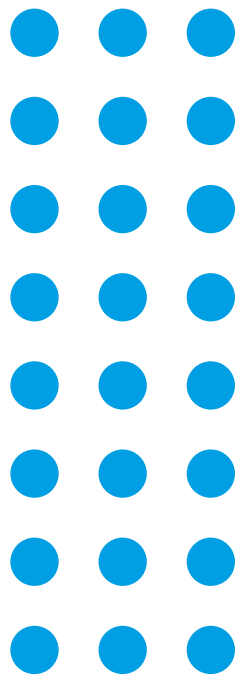
Su tiempo de recuperación será entorno a los 4-5 días con tratamiento adecuado.




Es recomendable cesar la actividad en el momento de la aparición de la lesión ya que es muy frecuente que la lesión de grado 1º, se convierta en un grado 2. La aplicación de frío local en primera instancia, nos proporciona disminución de dolor y la no progresión de la lesión. Seguidamente se inmovilizará la zona con vendaje funcional durante 5 días y reposo relativo. En el último periodo de recuperación, movilizaremos la zona de forma asistida, acompañado de calor local a intensidad media.

Rotura fibrilar de grado 2º.

En este caso nos encontramos con un porcentaje de fibras musculares importante, el lesionado presenta un dolor intenso muy localizado desapareciendo repentinamente la funcionalidad, habitualmente lo describen como un dolor similar al impacto de una pedrada, «síndrome de la pedrada». En la exploración observamos una depresión evidente en la zona dolorida acompañada de un hematoma derivado de la rotura de vasos sanguíneos que nutren el músculo.





Como primera asistencia, debemos aplicar frío local e inmovilización para suprimir por completo la funcionalidad, teniendo el paciente un reposo absoluto.

Tras un período de tiempo someteremos al paciente a sesiones de electroestimulación, calor local moderado y manipulación transversal de las fibras fusionadas.

Este tipo de lesión en muchas ocasiones cursa con una cicatrización dolorosa manifestándose con una induración muy definida.

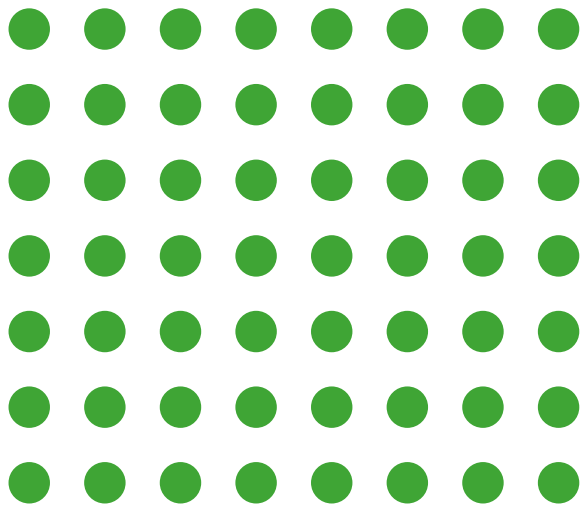
Rotura fibrilar de grado 3°.

Estamos frente a la lesión más grave, en este caso no hablaremos de porcentajes de fibras roto, sino que nos encontramos con el músculo seccionado.

**HABLEMOS
DE...
TODO
UN POCO**





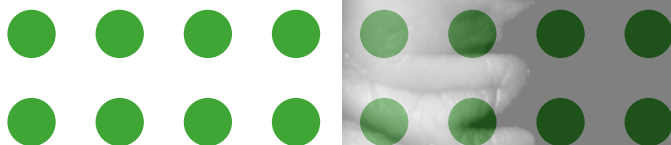
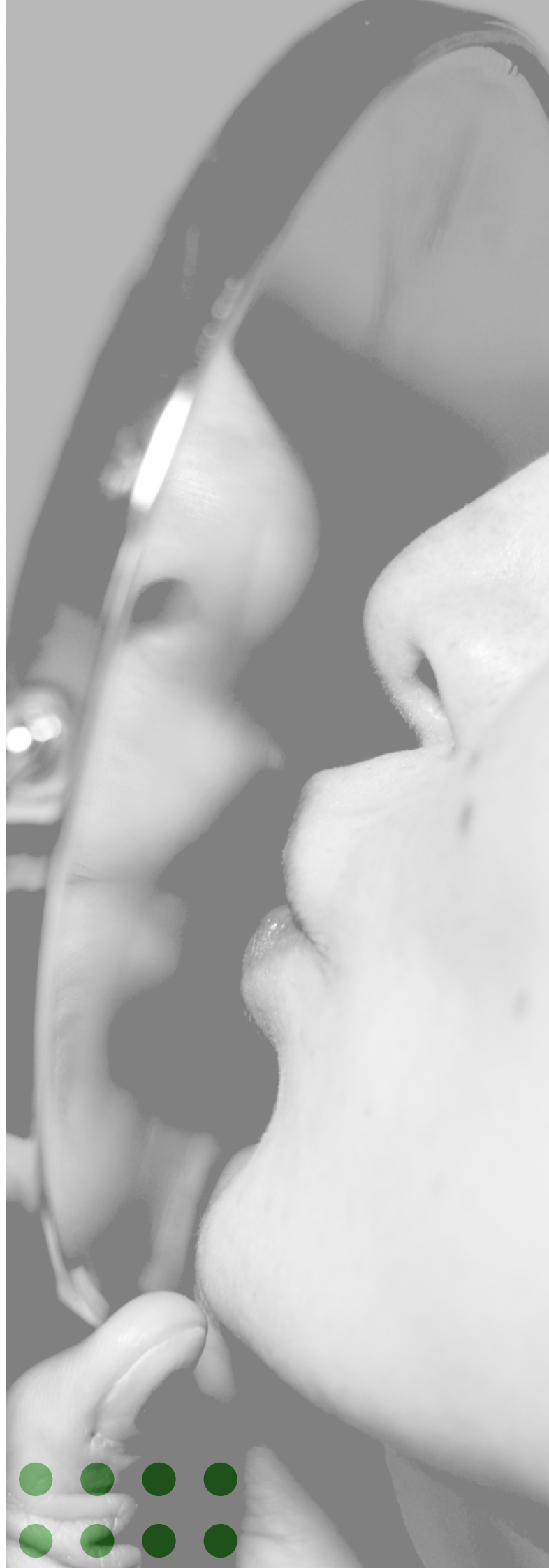


REFLEXIONES

EMPIEZA CONTIGO MISMO...

Omar G. Guillermo Henríquez

Buscando valoraciones, pero no valoras ni te valoras. Exigiendo aceptación, pero tú ni aceptas ni te aceptas a ti mismo. Buscando ser querido, pero no quieres a los tuyos ni a ti mismo. Exigiendo perdones, pero tú no perdonas ni te perdonas. Comienza dando y luego pidiendo, empieza el trabajo contigo mismo, luego sigue buscando y sigue exigiendo.



LOS POEMAS DE CHIMEO Y ESTHER

Antes

Ester Bueno Palacios
Historiadora, escritora.
Experta en oratoria y
comunicación.



Y las cosas avanzan sin puntos de sutura,
sin opio y sin asepsia.
Abiertos los pasados de muchos mundos
antes,
antes de que yo fuera,
antes de que tú fueses,
antes de que me amaras.

Esta noche despierto con los relojes rotos
que ni siquiera suenan a las doce del cuento.
Cenicientas cansadas con ojeras de bronce
pautan las parcas paces de puro desaliento,
de pura demasía.

Amigos de gris, verde, de ausencia.
Mesas y lacias hojas de días incontables,
por días no contados,
días despilfarrados,
días de polvo huido,
de polvo acumulado en la tediosa arpa.

Hoteles de miseria y huéspedes de nada,
arrugadas canciones enlatadas en coches y
furgonetas zarcas.

La rendija al futuro se me está haciendo
enorme
y soy pluma en el aire.

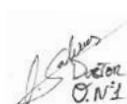


Si bebes no conduzcas

Antonio Cid Chimeno.
Poeta y Escritor.

Si tienes que conducir
olvidate de beber,
no pongas tu vida en juego
cumple con tu deber.
Algunos jóvenes de hoy día
cuando terminan las fiestas,
ellos se juegan la vida
haciendo algunas apuestas.
Van en dirección contraria
como acto de valentía,
sin pensar en los demás
donde se juegan la vida.
Cuando montas en el coche
allí quedas encerrado,
si no usas bien la cabeza
todo habrá terminado.
En los periódicos saldrás
explicando tú accidente,
pero tu vida se fue
esa vida ya no vuelve.
Tomen nota los conductores
cuando conduzcan el coche,
respetando las señales
en autopistas y ciudades,
por el día y por la noche.

Dr. O y el mundo.





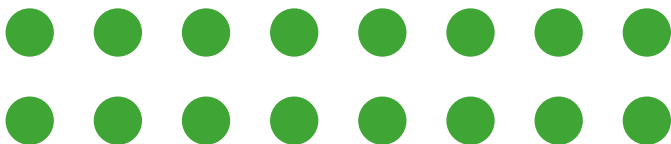
IIETV

Capítulo I. "Madrid"

El día está siendo agradablemente tranquilo. En mi trabajo un día tranquilo es sinónimo de alegría, de pensar que vamos por un buen camino y esperar que nuestro tiempo se pierda con ilusión entre los laboratorios y nos deje llegar a conclusiones que salvan vidas. Me encanta mi trabajo, me encanta cada día, no ha existido uno solo que no haya llegado con una gran sonrisa instalada en mi rostro. Soy afortunada, supe desde que era una niña que me dedicaría a esta profesión fascinante y absorbente y la vida me ha llevado a esta Institución. Tengo que decir, que esa misma vida no me ha regalado nada, que llegar hasta donde estoy ha sido fruto de un gran esfuerzo y muchos sacrificios. Este lugar es para mí el hogar al que siempre estoy deseando llegar, no en vano paso aquí mucho más tiempo que en cualquier otro sitio. No entiendo cómo el pobre Mustafa sigue reconociéndome cuando llego a casa tras varios días de guardia, pero siempre está ahí y ronronea mimoso acariciando mis piernas cuando llego a casa exhausta y preocupada o exhausta e ilusionada. Mi mundo es una escalada continua, una cordillera de emociones difíciles de controlar en ocasiones, definitivamente se trata de una profesión vocacional que saca lo mejor de mí.

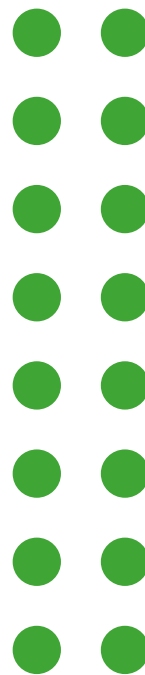
Aún recuerdo mi entrevista con Mr. T. Fue la primera y única vez que pude hablar con él en persona y jamás olvidaré sus palabras. "Confío en ti, en tus capacidades y tengo claro que te quiero en este equipo y este proyecto que es una de mis prioridades" y salió por la puerta dejándome con la boca abierta y esta sonrisa que me acompaña cada día. No importa lo dura que haya sido la jornada, ni las horas, ni los viajes, ni el riesgo, nada me hace más feliz que mi profesión.

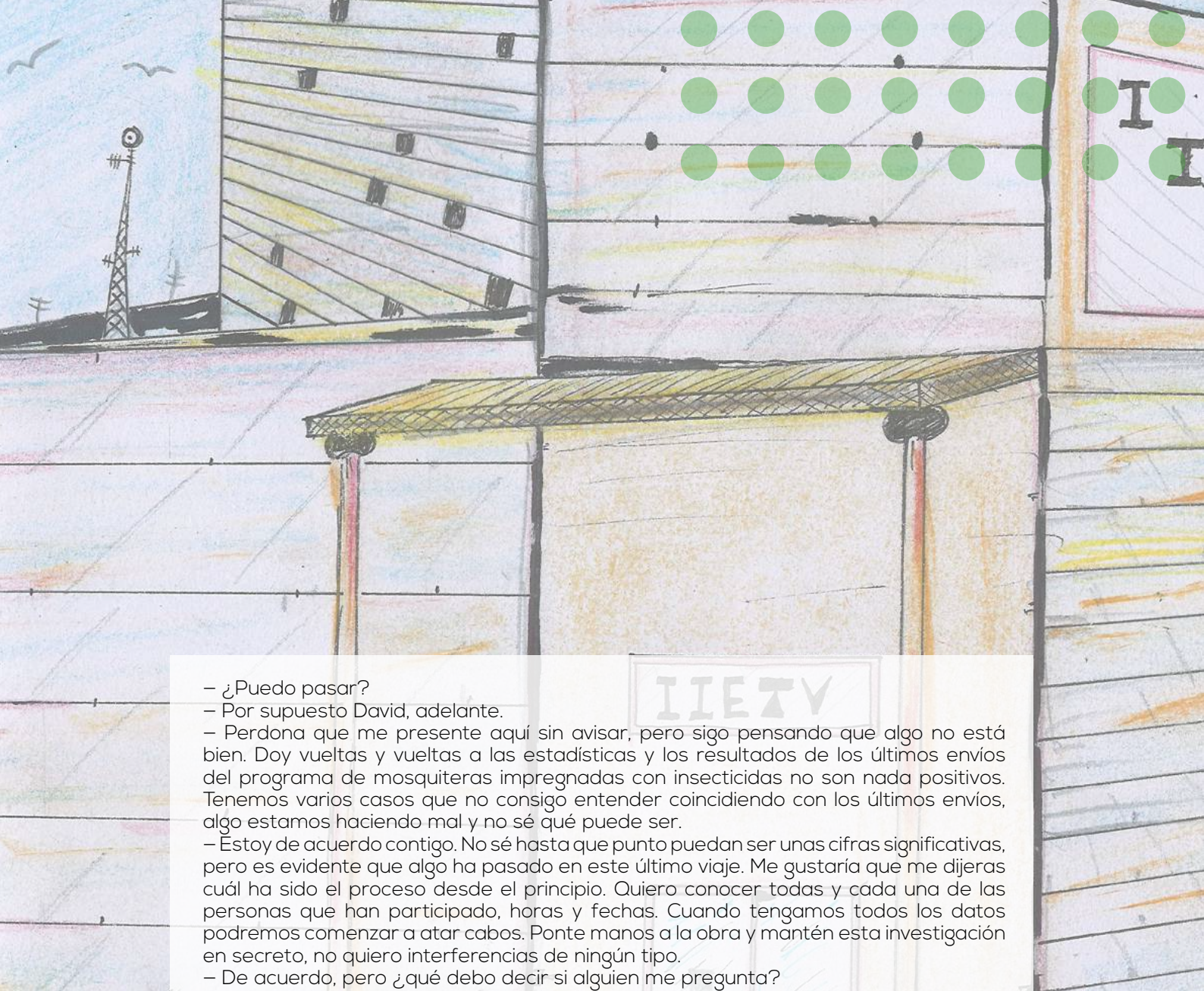
Todo empieza con una llamada y el protocolo comienza. Evaluamos con rapidez y actuamos a la mayor brevedad posible. Tenemos gente en todos los territorios y resulta relativamente fácil y rápido hacer que un primer equipo llegue al lugar en el que todo está sucediendo, con los expertos necesarios para comenzar a dar los primeros pasos. La rapidez en el diagnóstico es primordial para que escribamos un final feliz a la historia y en nuestro mundo no siempre es fácil puntuar dejando un buen sabor de boca. En mis estancias en Madrid, la investigación y la docencia ponen la guinda a un trabajo que aspira a conseguir un futuro con unas ínfimas tasas de mortalidad ante la enfermedad y en concreto en enfermedades transmitidas por vectores, que son mi objetivo principal. Más de la mitad de la población mundial está en riesgo de sufrir enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria, dengue, fiebre amarilla, leishmaniasis, enfermedad de Chagas, enfermedad de Lyme y esquistosomiasis, mediante la picadura de algunas especies de mosquitos, moscas y garrapatas. Prestamos cooperación técnica con medios humanos expertos propiciando la movilización de recursos, articulamos centros académicos y de investigación, actualizamos documentos técnicos para las acciones de vigilancia, diagnóstico, tratamiento, prevención, control o eliminación, asesoramos en la investigación y control de epidemias y brotes y mejoramos la atención a las poblaciones más vulnerable.



Mi continente es África. Lo es desde que mi madre puso un pie en su roja tierra, desde que su luz iluminó su alma, desde que sus ojos verdes se enamoraron de una manera loca y salvaje de su injusticia y su belleza. Llegó a encontrar sus raíces y buscar su futuro y consiguió todos y cada uno de los anhelos. Hija de migrantes que volvieron apresuradamente a España, apenas recordaba nada de sus primeros pasos y siempre supo que tarde o temprano su camino la llevaría hasta esa tierra roja que tenía su madre guardada en un frasquito en su habitación. Nunca olvidó ese nuevo nacimiento en la tierra que acogió sus primeros llantos, ni sus primeros pasos en lo que sería el viaje de su vida. Vivió intensamente todos los sentimientos que iban llegando sin tregua y se rindió a un amor digno de leyenda. Un amor que no entendió de diferencias ni barreras, fruto del cual llegó mi despertar a este mundo. Pero llegó el final, un final injusto e inesperado derivado de un instante maldito tras el cual mi padre abandonó su hogar y me trajo a España huyendo de los recuerdos. Y aunque España es mi casa, África siempre será la sangre que corre por mis venas y el color que pinta mi piel.

Desde una distancia que apenas siento, velo por mi continente amado. El tiempo que paso en Madrid lo compagino entre el laboratorio y el aula. La investigación hará que con el paso de los años las consecuencias de algunas enfermedades sean menos duras y la formación en los países más afectados procurará un futuro mejor a los enfermos. La Institución tiene un programa de formación por medio del cual profesionales de todos los continentes vienen a Madrid para especializarse en estas enfermedades temidas y desconocidas. Yo dirijo las becas en el continente Africano eligiendo a los profesionales más motivados y con mayor capacidad para compartir humanidad y me encanta. La Institución hace una labor impagable y aunque desconozco realmente las bases de su financiación creo que, aunque viniese del mismo demonio, es una manera de utilizar el dinero que no tiene precio.





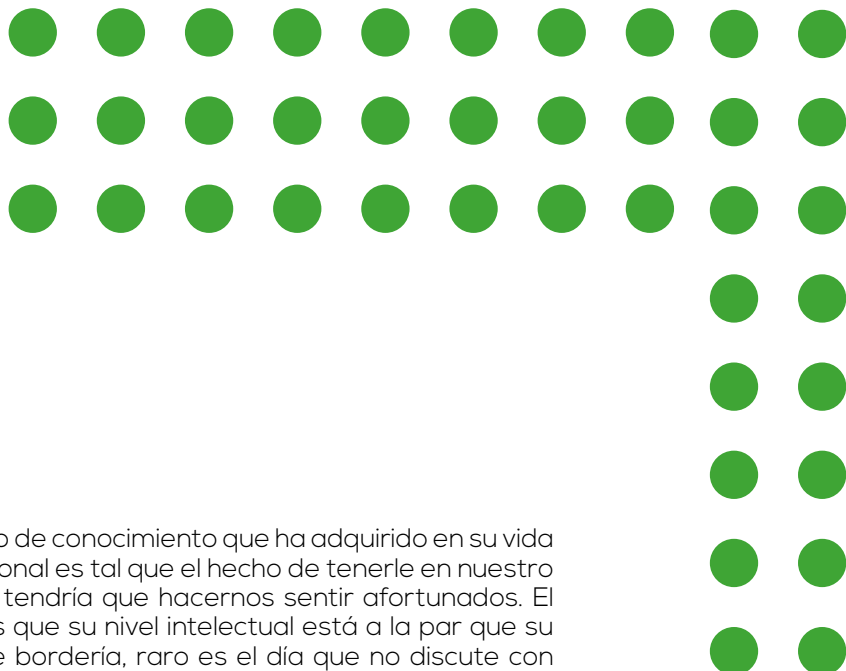
- ¿Puedo pasar?
- Por supuesto David, adelante.
- Perdona que me presente aquí sin avisar, pero sigo pensando que algo no está bien. Doy vueltas y vueltas a las estadísticas y los resultados de los últimos envíos del programa de mosquiteras impregnadas con insecticidas no son nada positivos. Tenemos varios casos que no consigo entender coincidiendo con los últimos envíos, algo estamos haciendo mal y no sé qué puede ser.
- Estoy de acuerdo contigo. No sé hasta que punto puedan ser unas cifras significativas, pero es evidente que algo ha pasado en este último viaje. Me gustaría que me dijeras cuál ha sido el proceso desde el principio. Quiero conocer todas y cada una de las personas que han participado, horas y fechas. Cuando tengamos todos los datos podremos comenzar a atar cabos. Ponte manos a la obra y mantén esta investigación en secreto, no quiero interferencias de ningún tipo.
- De acuerdo, pero ¿qué debo decir si alguien me pregunta?
- Que cumples órdenes, el que tenga dudas que venga a preguntarme a mí.
- De acuerdo, me pongo manos a la obra. Te dejo, es hora de comer, ¿quieres que te traiga algo o esta vez vas a acompañarme y salir de la cueva?
- Sabes que me encantaría acompañarte, pero aún tengo mucho papeleo que realizar, ¿Qué te parece si me traes uno de esos estupendos bocadillos de calamares que tanto me gustan y te prometo que este fin de semana salgo a cenar contigo?
- Me parece que te tomo la palabra, te traigo el bocadillo y el sábado estaré a las nueve esperándote en el portal para que no te me escapes.
- Dicho queda, entonces.
- Está bien, preciosa, ahora te veo. No trabajes mucho.

Se marchó no sin antes regalarme una de sus encantadoras sonrisas.

David es mi compañero del alma, mi hombro y mi bastón. Nos conocemos desde la universidad y cuando comenzó mi andadura en la Institución descubrí con asombro que también formaba parte de este universo. Desde entonces es mi "hermañero", en la vida real y en la profesional.

El equipo que está en Madrid no es pequeño pero cada uno tiene muy establecidas sus funciones y desempeños. Nos reunimos semanalmente para ver la evolución de las investigaciones y diseñar nuevos proyectos. Formamos un gran equipo, aunque como en todas partes, siempre existe una nota discordante. En nuestro caso el que desentona es Arturo, al que parece que se le subió el nombre a la cabeza y se considera un Rey. No podemos quitarle el mérito de ser el más joven de entre los mejores especialistas en enfermedades transmitidas por vectores a nivel internacional.





El grado de conocimiento que ha adquirido en su vida profesional es tal que el hecho de tenerle en nuestro equipo tendría que hacernos sentir afortunados. El caso es que su nivel intelectual está a la par que su nivel de bordería, raro es el día que no discute con alguien y ese carácter huraño y difícil le ha hecho ser merecedor del título de Rey Ogro, con ceremonia de coronación incluida.

Todos estuvimos de acuerdo en celebrarla aun sin su presencia y el último viernes del mes de agosto decidimos organizar una fiesta digna del acontecimiento. El edificio en el que trabajamos tiene una preciosa terraza en la azotea y estuvimos preparando todos los detalles más de una semana. La voz cantante la llevaba yo, no en vano era el artífice del mote, y pensé que sería divertido disfrazarme de Arturo con careta y corona incluida. Fue una fiesta divertidísima hasta el instante en el que Arturo se presentó en la terraza sin avisar y nos pilló en pleno éxtasis monárquico. Aunque le invitamos a unirse a la fiesta se limitó a mirarme perdonándose la vida y no volver a dirigirme la palabra desde entonces. En el fondo me sentí mal por él, aunque después de un par de brindis y vítores al nuevo monarca, se me pasó y la noche fue merecedora de mención. Somos médicos, enfermeros e investigadores, pero eso no quiere decir que no seamos capaces de divertirnos al más alto nivel.

Me llamo María, trabajo en la Institución para la investigación e innovación en enfermedades transmitidas por vectores, la IIETV, y voy a contaros nuestra día a día.

info@samixxi.es avilaensalud@samixxi.es www.facebook.com/miplumavila/

!!!! Feliz día y mejor lectura!!!!

Texto. Lorena Rodríguez Herrero.
Ilustración. Oskar Salinas.



PREMIO NACIONAL DOCTORES DIZ PINTADO

Raúl Rabadán recibe el VIII Premio Nacional de Investigación en Cáncer “DOCTORES DIZ PINTADO”



El Dr. Rabadán es en la actualidad profesor en la Universidad de Columbia, Nueva York, EE.UU. Su trayectoria científica destaca especialmente en el área de la investigación oncológica como mejor joven investigador español nacido después de 1973, su trabajo ha supuesto la generación de nuevos conocimientos biológicos y clínicos sobre el cáncer.

El perfil del Dr. Rabadán ejemplifica la importancia de la interdisciplinariedad en investigación biomédica. El recién galardonado obtuvo el título de doctor en Física Teórica en 2001 y continuó investigando en ese campo en el Laboratorio Europeo de Física de Partículas (CERN) en Suiza y en el Instituto de Estudios Avanzados (NIC) en Princeton. En 2006, se integró en el programa de Biología de Sistemas en IAS.

En 2008 se incorporó en la Universidad de Columbia, y actualmente es un profesor titular vinculado al Departamento de Biología de Sistemas y el Departamento de Informática Biomédica. Además es director del Programa de Genómica Matemática de la Universidad de Columbia e investiga en el Centro de Física y Oncología del National Cancer Institute de EEUU.

En Columbia, dirige un laboratorio altamente interdisciplinario con investigadores de los campos de matemáticas, física, ciencias de la computación, ingeniería y medicina, con el objetivo común de resolver problemas biomédicos urgentes a través de modelos computacionales cuantitativos. Su trabajo se centra principalmente en desarrollar herramientas para analizar datos genómicos, extraer información relevante para comprender la biología molecular, la genética de poblaciones, la evolución, los procesos de desarrollo y la epidemiología del cáncer.



Como se indica en las bases cada año, el premio se entregará en el curso del solemne acto académico organizado anualmente por la Universidad de Salamanca con motivo de la fiesta de Santo Tomás de Aquino el 28 de enero de 2019. El premio consiste en una dotación única de 15.000 euros (quince mil euros), aplicándose, en su caso, las retenciones fiscales vigentes, un diploma acreditativo y un objeto conmemorativo. Dicho premio se concede en memoria de los Drs. Manuel y Alfonso Diz Pintado, con la colaboración de la "Fundación Doctores Diz Pintado para la Docencia e Investigación en la Lucha contra el Cáncer", para premiar la labor investigadora en Oncología de jóvenes científicos españoles nacidos a partir de 1973.



UNA ADAPTACIÓN SOBRESALIENTE: HACIA NIVELES MÁS ELEVADOS DE EXISTENCIA.



Enrique Hernando García
Estudiante de Filosofía

Cuando un organismo queda en un estado debilitado es necesario un impulso, una fuerza que lo estimule, que lo ayude a salir de ese estado, que le devuelva la vitalidad. Es necesario impulsar su recuperación, devolverle la energía, estimularlo. Esa situación le debilita, le condiciona, le dificulta su existencia.

Conocer lo que nos sucede nos permite modificar nuestro comportamiento, tomar una decisión, y a través de nuestras acciones, lograr una adaptación sobresaliente.

El modo de existencia que adoptamos nos condiciona. Es necesario estimular a nuestro organismo si queremos mantener niveles elevados de salud. Una estimulación saludable consiste en el conocimiento de las adaptaciones que, en cada momento específico, nos ayudan a restablecer la vitalidad de nuestro organismo, mejorando su estado.

La adaptación implica modificar mi comportamiento a las necesidades que me impone el ambiente, a las exigencias del medio social, a las necesidades de mi organismo y a cualquier otra circunstancia que incomode mi existencia. Y para lograrlo, la información objetiva es imprescindible.

Conocer cuáles son las adaptaciones más saludables en cada momento específico, conocer cómo funciona nuestro organismo y disponer de la información necesaria para lograr una adaptación sobresaliente es la primera condición que se nos impone como seres orgánicos que intentan mejorar su existencia.

La información objetiva es el medio de adaptación más preciso y eficaz. Conocer cómo se comporta nuestro organismo, cómo reacciona ante estímulos externos e intervenir con acciones saludables, con estímulos de carácter cultural, con acciones dinámicas, modificando nuestros comportamientos, nos permitirá adaptarnos de forma sobresaliente a cualquier dificultad, a cualquier inconveniente. El aumento de los niveles de salud y bienestar es el efecto que genera una adaptación sobresaliente.

Una vez que he mejorado mis condiciones de vida, puedo decidir cómo vivir, qué modo de existencia adoptar, qué experimentar en mi vida y qué no. Cuando se alcanzan niveles elevados de existencia, instantáneamente se experimenta una sensación de bienestar, de salud inigualable. De mi actuación, de

mis acciones, depende directamente lo que experimente organismo.

Estrictamente hablando, y como condición principal, podemos aceptar la afirmación de que no disponer de tiempo suficiente para dedicárselo a la salud, implica ya muchas veces, dejar de vivir de forma saludable.

Las decisiones son la base del modo de existencia que adoptamos. El modo de interactuar con la salud, la forma de valorar y ver esa relación, va a determinar nuestra calidad de vida, nuestra salud.

Si adoptamos un modo de existencia que impulse continuamente esa relación con la salud y la fomenta, si vemos esa relación como algo independiente, como algo más íntimo, algo más cercano a nosotros, que precisa dedicación y disponibilidad, algo que no puede dejarse de lado, que genera bienestar, e inevitablemente, mejora la salud, veremos que estamos cerca de lograr niveles de existencia más elevados.

Si logramos mejorar esa adaptación, de forma más rápida y precisa, y transmitir esas ideas, sin que posteriores generaciones tengan que experimentar las dificultades con las que nosotros, antes de iniciar un proyecto así, nos hemos encontrado, entonces podremos decir con seguridad que no ha sido en vano. La implicación y colaboración de todos los profesionales de la salud sólo puede ser beneficiosa para el ser humano. Del mismo modo, la colaboración de todas las ciencias implicadas puede solucionar los problemas que hoy en día afectan a la estructura general de la ciencia.

La revista España Healthy, es un proyecto admirable de divulgación científica, comprometido con la salud y el bienestar, un movimiento cultural que tiene en cuenta problemas de salud específicos, y aportando información precisa, no olvida a la sociedad, sino que la invita a participar del conocimiento.

Un análisis y una crítica de las diferentes disciplinas científicas, puede beneficiar al ser humano, impulsar ese propósito de divulgación científica, y a nivel general, estimular los diferentes ámbitos de investigación que irremediablemente están obligados a superar los límites y problemas que les afectan, si quieren mejorar, y claro está, alcanzar sus intereses.

SECRETO DE AMANECIDA

José María Muñoz Quirós



1

La vida nos enseña
a encender una luz todos los días,
el secreto que alberga
cada instante
cuando estamos surgiendo
de la sombra del mundo
y cuando apenas rompe
la claridad.

La vida entonces mana
como si fuera el agua
de una fuente de nieve, como
si su dolor se derrumbase
en un abismo
desde donde nos nombra
poniendo en cada sílaba
su dolor y sus lágrimas,
la desolada mano que acaricia
cada instante que nace,
todos los frutos de la noche
que ha derramado en su destello
una palabra limpia con tu nombre.

2

Aprendamos a vivir sin deseos,
a subir las alturas donde anida
el mundo que se enciende
en una queja limpia. Aprendamos
un largo abecedario
que nos oprime
como una mano oculta
entre las brasas
de la noche más libre,
como un lenguaje de palomas
en la torre
desde donde zurean
con cánticos de altura.
Aprendamos a sostener el alba
en la blanca condena de la luz
que el vértigo sostiene
sobre nuestra mirada.
Será la amanecida
una señal de estrellas
que se alejan
en un cielo escondido
entre la niebla oculta
que ahora brota.

EDUCAR LA EMPATÍA



Ruth Pindado González
Graduada en Educación

Investigadores en la Emoción definen la empatía como la capacidad de sentir emociones de otras personas, junto con la capacidad de imaginar lo que otra persona podría estar pensando o sintiendo.

La empatía es, por tanto, una habilidad tanto cognitiva (capacidad de comprender el punto de vista o estado mental del otro) como emocional (capacidad de responder con un sentimiento adecuado al estado mental del otro -contagio emotivo-) del individuo mediante el cual somos capaces de ponernos en la situación del otro. Puede asimilarse a altruismo o a la compasión.

La empatía cognitiva puede dividirse en los grados siguientes:

- Asunción de perspectiva: la tendencia a adoptar espontáneamente los puntos de vista del otro.
- Fantasía: la tendencia -proyectiva- a identificarse con personajes imaginarios.

Es entrenable y se puede desarrollar en los adultos.

La empatía afectiva o emocional puede dividirse en:

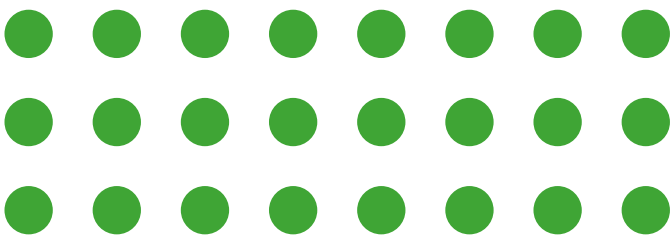
- Preocupación empática: compasión por otros como reacción a su sufrir.
- Aflicción propia: sensaciones propias de incomodidad y ansiedad como respuesta al sufrimiento ajeno. Los niños responden a la tensión de otros poniéndose ellos mismos en tensión; a los dos años de edad empiezan a responder de otras formas de empatía intentando ayudar, consolar y participar.

Es más compleja y difícil de desarrollar en adultos.

Existe una técnica llamada electromiografía que registra pequeños cambios en la musculatura facial cuando observamos una expresión ajena. Es una respuesta automática de las emociones casi imperceptible y fruto de nuestra evolución, instintivo e involuntario. A esto, Frans de Waal (psicólogo y primatólogo holandés) lo denomina "Mecanismo de Percepción-Acción" (MPA), y lo asemeja a las matrioskas rusas.

El MPA estaría en el núcleo del modelo, vendría a ser la muñeca más pequeña, pero que permite que las otras muñecas se nivelen y se programen unas con otras. A esta conclusión llegó Frans de Waal tras la observación de muchos primates y de sus reacciones emocionales, más contagiosas en los primates más pequeños y más maduras en los mayores. Lo que permite a cada animal apreciar las emociones del otro, pero con filtros entre el estado propio y el ajeno.

En los seres humanos la empatía aparecería a partir de los dos años de edad, más o menos, e iría creciendo con la madurez diferenciando "lo que siento yo" de "lo que le sucede al otro".



Ser empático tiene varias ventajas:

1. Las personas empáticas tienen un círculo social más amplio, son "populares". Caen mejor.
2. Suelen ser mucho más persuasivas. La capacidad de entender y ponerse en el lugar del otro les permitirá saber qué pueden ofrecer a esa persona para que confíe en ellos.
3. Los empáticos se comunican de forma más eficaz y suelen tener unas relaciones sociales más satisfactorias porque habitualmente hablan de cosas que importan a los demás, que tienen interés.
4. Mejoran su capacidad de liderazgo y motivación cuando empiezan a entender los deseos y necesidades de la gente.
5. Comprenden rápidamente qué les pasa a los demás a través del lenguaje no verbal, y pueden reaccionar en consecuencia.

Si somos capaces de entender el proceso que hace a unos niños empatizar, podremos enseñar a los que no saben a hacerlo bien. Es importante que cuidemos los buenos ejemplos, el aprendizaje por espejo. Así, ejercicios de ponernos literalmente los zapatos del otro (más anchos, más estrechos, más pequeños o grandes) nos pueden enseñar las dificultades con las que otro se encuentra. Jugar a ponernos en lugar de otro, a defender distintas posiciones como si fueran nuestras. Ver y comprender las motivaciones que llevan a las personas a realizar determinadas acciones. Jugar a ser diferentes.

Así, mediante la combinación de distintas posiciones podemos lograr que nuestros alumnos entiendan el valor de lo diverso y la importancia de las distintas caras de una misma moneda.

Cuando hablamos de ausencia total de empatía nos referimos al narcisismo (admiración hacia uno mismo tomándose como objeto), pero este es el caso extremo. Podemos encontrarnos con personas con poca empatía y que no son narcisistas, hablamos, entonces, de gente negativa, destructiva o falta de sensibilidad que es incapaz de entender a los demás. En menor medida, serán egoístas, interesados o "los jetas" de siempre.

Lo adecuado es una dosis de empatía bien regulada por los sentimientos, y controlada adecuadamente, con el fin de establecer relaciones de convivencia agradables y satisfactorias. La idoneidad de la empatía es saber comprender a los demás comprendiéndose a sí mismo, y conociendo los propios límites de cada uno en todas las facetas de la vida, así se evitará sufrir por los otros, o sentir que han abusado de uno mismo.

La importancia de la empatía reside en la familia y en las figuras de apego, y son ellas quienes deben potenciarla de la forma más adecuada, y fomentarla desde la infancia en sus hijos. Así, la empatía se convertirá en algo deseable por todos, y alcanzable en aquellas personas que sepan valorarla y sentirla adecuadamente.



MIEDO, DEFENSA Y AGRESIÓN

*"El **miedo** es la reacción emocional a la amenaza (Blanchard, 2001), es la fuerza que motiva las conductas defensivas"*



Dra. María Ángeles Ortega Rodríguez
Médico Psiquiatra

Fuerza que motiva las conductas defensivas"
Es una emoción sana porque nos protege de situaciones a las que no podemos enfrentarnos.

Deja de ser saludable cuando paraliza nuestro organismo y cuando excede y pasa a ser una crisis de pánico; entonces ya no es saludable ni fisiológico, en el sentido de que se transforma en patología. Deja de ser saludable, también, cuando nos lleva a una alteración en el control de los impulsos y, por tanto, nos dirige a determinadas acciones que podemos, posteriormente, lamentar.

Forma parte de las cinco emociones auténticas que se describen también en las conductas de otros mamíferos, las cuales son alegría, tristeza, miedo, rabia o enfado y amor.

La **conducta agresiva**, sin embargo, es todo lo contrario, surge de la necesidad de provocar o hacer daño. Puede ser provocada por otra de esas cinco emociones auténticas, como es la rabia o enfado, el miedo, pero puede ser activada sin que medie la emoción de enfado.

La realidad es que la mayoría de las veces, los arrebatos de agresividad humana son más bien reacciones exageradas a una amenaza real o imaginaria, es decir, es conducta defensiva más que conducta agresiva en sí misma. El origen es otra emoción.

El miedo y la envidia al "otro" tienen mucho que ver con la conducta violenta en muchas ocasiones. El miedo a que el otro sea mejor que yo, valga más, me supere,

etc. desencadena reacciones de envidia inconsciente que llevan a ese individuo a querer destruir lo que el otro tiene o, bien, destruir a quien lo tiene.

La mayoría de las veces en que surge un brote agresivo, especialmente, impulsivo, viene determinado por emociones originales de enfado, miedo o envidia. Pocas veces la agresividad surge de manera espontánea.

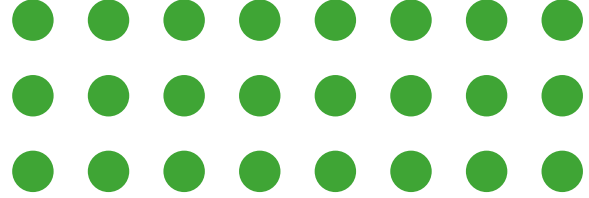
De ahí surge la reacción violenta ante una amenaza real o imaginada que desencadena impulsos en la amígdala del sistema límbico y que, si se añade un menor control emocional y en la acción, por parte de la corteza prefrontal, resultan las reacciones violentas.

No obstante, muchas sustancias adictivas provocan ese déficit en el córtex prefrontal, en el sentido de disminuir el control de los impulsos que, en estado de sobriedad, podemos ejercer.

Todo ello es hoy día demasiado frecuente y más si lo enfocamos en el tema de la violencia de género.

Es necesaria la legislación, por supuesto, pero más aún la educación en valores y la educación en igualdad. No siempre, pero sí en muchos casos, la violencia de género tiene un origen en ese miedo a la valía de la otra persona a la que se intenta someter, secuestrar emocionalmente, descalificar, para que su autoestima sea cada vez menor y no se atreva a ser ella misma.





Quiere decir que debemos actuar sobre ese miedo, a veces, inconsciente, en muchas personas que ejercen la violencia. Debemos centrarnos en la propia autoestima y confianza en sí mismo del violento, que casi siempre están mermadas. Sólo admitiendo sus limitaciones, sus heridas narcisistas en la más temprana infancia, podemos encaminar una vida donde la violencia no tenga cabida.

Socialmente, la competencia es sana, pero la competencia que anula a algunos individuos a favor de solo los más competitivos y agresivos, lo que se provoca es incrementar situaciones de violencia.

En el medio laboral, fomentar el crecimiento de todos los que componen la empresa es sano, fomentar el miedo solo genera violencia. Esto podemos extrapolarlo a la familia y a cualquier medio en el que se desenvuelva el ser humano.

Por último, señalemos las diferencias entre la agresividad impulsiva y la premeditada.

En la **agresión impulsiva** encontramos emociones primarias negativas intensas, ira, miedo, etc. Las neurociencias reflejan la posibilidad de déficit en el **neocórtex prefrontal**, involucrado en la función ejecutiva para el control de la conducta y el control emocional. Por lo que es la **sustancia subcortical**, más primitiva quien toma el mando –amígdala, sistema límbico, etc.

La agresión premeditada o instrumental no es reactiva a situaciones emocionales; se da un cálculo frío por parte del agresor, existe una finalidad y no se asocia a déficit en áreas corticales prefrontales. No se produce en respuesta a alteraciones emocionales intensas. Más bien, hay un control adecuado de los impulsos y existe claramente una manipulación a otros para alcanzar sus propias metas.





REFLEXIONES


TRISTEZAS Y MIEDOS...

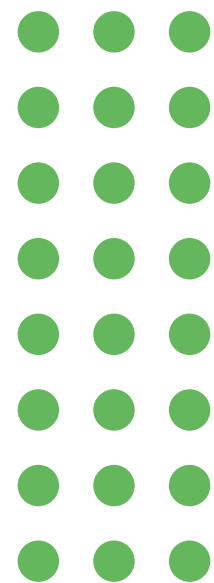
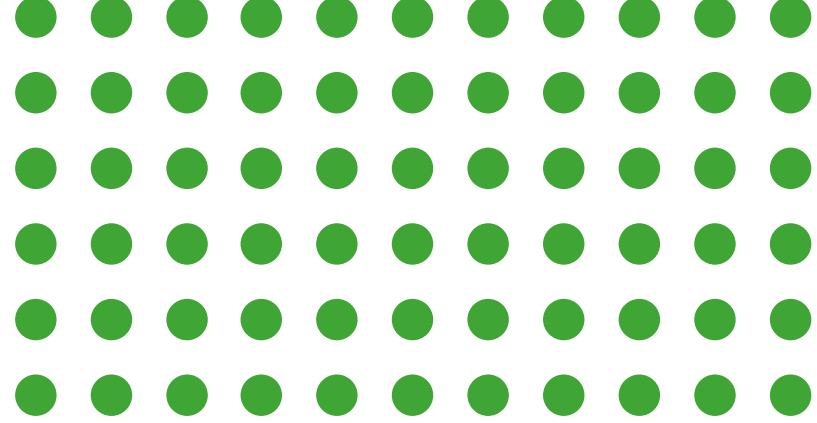
Dr. Omar Guillermo

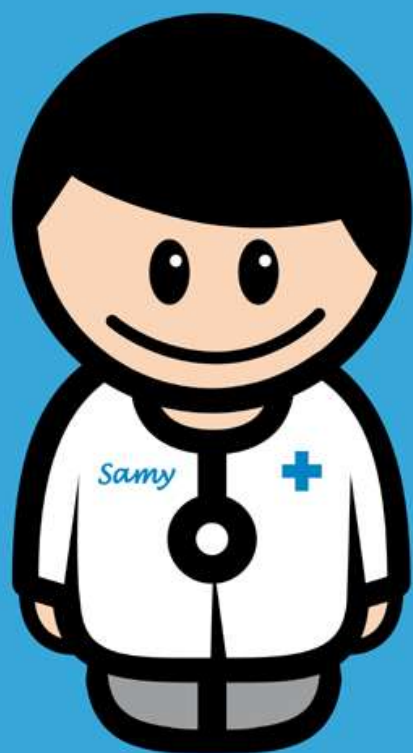
Buscando ayudar, buscando hacer el bien, buscando una alegría, muchas veces encontramos tristezas. Tristeza, ésta que la buscamos y provocamos nosotros mismos, ya sea voluntaria o involuntariamente. En ocasiones, posteriormente arrastrando un miedo que se confunde con la frustración, tal como la fábula del mono y el pez:

«Un mono vio un pez en el agua y lo sacó, pensando que le salvaba la vida. El pez murió... Qué importante es entender el mundo del otro».

Hay que conocer y entender más de la tristeza, de los miedos. Es importante saber que buscando alegrías puedes encontrar tristeza, es importante conocer y respetar el mundo de los demás...







**Ofrecemos
soluciones
sanitarias**


www.samixxi.es
info@samixxi.es
654 11 44 01



CURSOS

- TRIAJE intra y extrahospitalario.
- CUIDEMOS AL CUIDADOR.
- Sutura e Instrumentación.
- RCP.
- DESA.
- EHEcon (Control de hemorragias y patologías hemáticas).
- Primeros auxilios (básico, avanzado, remoto, cuidadores de niños).
- Electrocardiograma (simple, básico y avanzado).
- Soporte vital (básico, avanzado y avanzado-pediátrico).
- Impact (Emergencias médicas, evaluación, atención y transporte de pacientes).
- Pit Crew (RCP de alta calidad).
- PEPP (Pediatric Education for Prehospital Professionals).
- Seguridad del paciente.
- Bioseguridad profesional.
- Ley de protección de datos / manejos de información sensible.
- Coaching sanitario.





NO ENTIENDO A MI HIJO... ¿EVOLUCIÓN O PATOLOGÍA?



María Nieto Sobrino
Estudiante de Doctorado en
Neurociencias en el INCyL

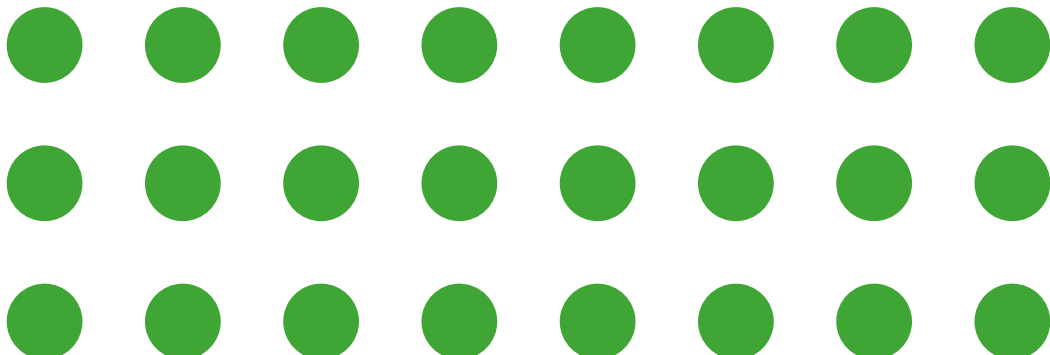
Es habitual que cuando hablamos con niños pequeños, a veces no entendemos algunas palabras de su vocabulario, pero ¿a qué edad deberíamos entender todas las palabras que dicen?

La evolución de cada infante es diferente, como regla general, se les entiende mal cuando comienzan a hablar hasta aproximadamente los 7 años, cuando ya no deberían cometer errores de pronunciación. Pero esto no siempre sucede así, existe una población infantil que presenta dificultades en la articulación del habla.

En ocasiones nos hace gracia que un niño tenga una “lengua de trapo”, nos parece muy adorable cuando los escuchamos pronunciar palabras de manera incorrecta como “guitara” en vez de “guitarra”, o “tasa” en vez de “taza”, pero este tipo de errores no son tan graciosos según qué edades, ya que las dificultades en la adquisición del habla y del lenguaje oral son las patologías más presentes en la primera infancia.

Por ello, es importante que los padres y maestros sean conocedores de las patologías del habla, para detectarlas a tiempo y de manera correcta. Para ello se presenta una tabla resumen de la clasificación de las dislalias, que autores como Perrelló Ponces y Terrasa (1990); Cano y Navarro (2003), Gallego Ortega (2000) y

Peña-Casanova (2013) han estudiado a lo largo de la historia (ver Tabla 1), que nos permitirá identificar la naturaleza de la patología y así optimizar la intervención





FONEMA IMPLICADO EN EL ERROR	NÚMERO DE ERRORES Y SU PERSISTENCIA	NIVEL LINGÜÍSTICO IMPLICADO	ETIOLOGÍA
<p>Se refiere a la articulación incorrecta de un fonema concreto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rotacismo - gammacismo 	<p>1. D. simples: solo está afectado un fonema</p> <p>2. D. múltiples: varios fonemas afectados</p>	<p>1. D. fonológicas: no está organizado el sistema fonológico</p> <p>2. D. fonéticas: dificultades en el nivel de representación y realización de los planes de articulación</p> <p>3. D. mixtas: combina problemas fonéticos y fonológicos</p>	<p>1. D. audiógenas: por deficiencias auditivas</p> <p>2. D. evolutivas: inmadurez neurológica y cognitiva propia de la edad.</p> <p>3. D. orgánicas o disglasias: por lesiones o malformaciones de los órganos articulatorios periféricos</p> <p>4. D. funcional: mal uso de los órganos de articulación, sin que estos presenten lesiones o malformaciones.</p> <p>5. D. neurológicas o disartrias: por lesiones en el sistema nervioso central</p> <p>D. labiales</p> <p>D. mandibulares</p> <p>D. dentales</p> <p>D. linguales</p> <p>D. palatinas</p> <p>D. velares o nasales</p> <p>D. flácida: lesión en la neurona motriz inferior</p> <p>D. espástica: lesión en la neurona motriz superior</p> <p>D. atáxica: lesión en el cerebelo</p> <p>Lesiones en el sistema extrapiramidal</p> <p>D. hipocinéticas: movimientos lentos</p> <p>D. hipercinéticas: movimientos rápidos o lentos</p> <p>D. mixtas: afectación de varios sistemas motóricos</p>

Tabla 1. Clasificaciones de los tipos de dislalias (D.) según el fonema implicado, el número de errores, el nivel lingüístico y la etiología (Nieto-Sobriano, 2018).



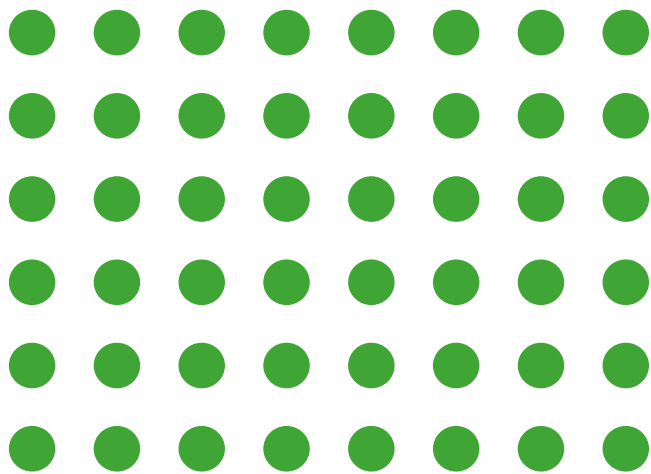
PRESIDENCIA CÁNCER BUSTELO A SEICA

El Dr. Xosé R. Bustelo, investigador del Centro de Investigación del Cáncer, ocupa la presidencia de la Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer



La Asociación Española de Investigación sobre el Cáncer (ASEICA) fue creada hace 36 años con el fin de promocionar la investigación en esta enfermedad y, al mismo tiempo, ser portavoz de la comunidad científica que trabaja en el campo de la oncología molecular tanto desde una perspectiva clínica como básica. Entre sus de fines se encuentran también el desarrollo de actividades formativas, el fomento de intercambio de técnicas e investigadores, el apoyo a la realización de proyectos y programas cooperativos así como la coordinación de actividades conjuntas con otras entidades similares de carácter internacional. Dentro de estas últimas iniciativas, la ASEICA es parte integrante de la European Association for Cancer Research, la cual representa a toda la comunidad oncológica de la Unión Europea y países asociados y que, en la actualidad, posee más de 10.000 socios. Gracias al perfil científico de la ASEICA puede asesorar e informar a organismos oficiales, así como a medios de comunicación sobre los aspectos científicos y médicos relacionados con la investigación oncológica. En la actualidad la ASEICA está integrada por medio millar de socios, entre los que se incluyen todos los investigadores líderes del país en esta patología. Para coordinar sus actividades, la ASEICA se gestiona a través de una Junta Directiva formada por un Presidente, un Vicepresidente/Presidente Electo, un Secretario, un tesorero y seis vocales. Todos los cargos que componen la Junta Directiva ejercen sus funciones de forma altruista y sin ningún tipo de remuneración asociada a las mismas. Para el próximo periodo, el Dr. Xosé R. Bustelo ha sido elegido como Presidente de la ASEICA con un 91% de los votos válidos emitidos de todos sus socios. Este puesto lo ejercerá durante el bienio 2019-2020, tras lo cual pasará a ocupar el puesto de Presidencia-Previa durante los siguientes dos años.

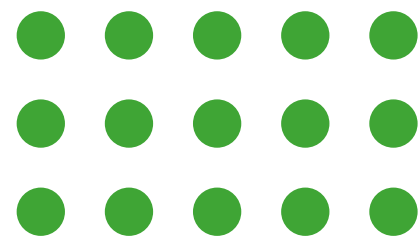
Instituto de Biología Molecular y Celular del Cáncer (IBMCC)
Centro de Investigación del Cáncer



El Dr. Bustelo es actualmente Profesor de Investigación del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y dirige su grupo de investigación en el CIC de Salamanca. Su formación previa incluye el doctorado por la Universidad de Santiago de Compostela (1990) y un periodo postdoctoral en el Bristol-Myers Squibb Pharmaceutical Research Institute (Princeton, NJ, EE.UU.) durante el periodo 1990-1996. Tras ello ocupó ya como investigador principal los puestos de Assistant Professor en el Department of Pathology de la State University of New York at Stony Brook (NY, EE.UU., 1996-2000) y de Científico Titular (1999-2004) e Investigador Científico (2004-2005) del CSIC en el CIC de Salamanca. La trayectoria científica del Dr. Bustelo hasta este momento 134 artículos científicos y seis patentes. Su trabajo ha sido galardonado en varios premios científicos nacionales e internacionales. Actualmente, combina su labor científica con la Vicedirección del CIC de Salamanca, la dirección de la Unidad de Genómica-Proteómica de este centro, la coordinador del Programa de Mecanismos Moleculares de Centro de Investigación Biomédica en Red-Oncología (CIBERONC) del Instituto de Salud Carlos III y la participación en el consejo directivo de CIBERONC y diversos comités científicos de institutos de investigación sanitaria y centros de investigación.

En opinión del Dr. Bustelo, "aparte del orgullo de haber sido reconocido por la comunidad científica del país para este puesto, creo que éste representa una nueva oportunidad para impulsar las actividades de la ASEICA, sobre todo en lo que se refiere al afianzamiento de su proyección internacional, la promoción de la investigación ante agencias gubernamentales, la interlocución con pacientes y, sobre todo, la integración en nuestra sociedad científica de los jóvenes científicos españoles que están trabajando actualmente tanto dentro como fuera del país. Creo que mi elección es también un reflejo del respeto que el Centro de Investigación del Cáncer tiene en la comunidad científica española".





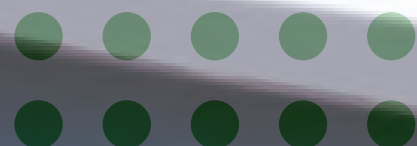
REFLEXIONES

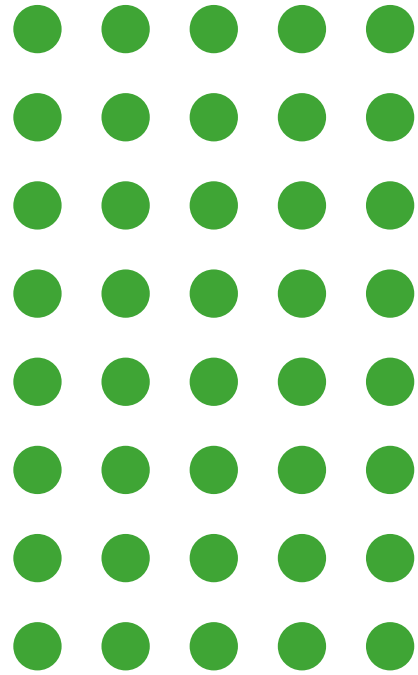
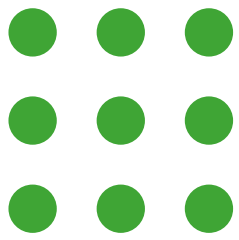
REFLEXIONA, NO RENUNCIES A ESAS COSAS TAN BONITAS:

Dr. Omar Guillermo

Cómo han cambiado los tiempos, preferimos un “me gusta”, que un abrazo, un beso por un emoticono, una caricia por un teclado, tocar tu mano por tocar el ratón, cambiamos un te quiero por un corazoncito vía clic, hemos cambiado el gesto de despedir diciendo “cuídate”, por un antivirus informático. Y a este ritmo cambiaremos también nuestros sentimientos por un disco duro o microchip.

¿Qué más estás pensando cambiar?





TRAINSPANT, GIVE ME LIFE!



Sonsoles Hernández Sánchez
Doctora en Biomedicina

Traïnspant es una empresa cuyo objetivo es constituirse como una entidad de referencia social en enfermedades crónicas, trasplante y entrenamiento a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a través del ejercicio físico.

El proyecto nace a principios de 2016 de la necesidad de conseguir un espacio donde pacientes y profesionales de la salud puedan acudir para un buen asesoramiento sobre el deporte y entrenamiento físico basado en la ciencia y aplicación práctica de las decenas de personas asesoradas hasta el momento. Actualmente, en Traïnspant disponemos de una App para hacer seguimiento de los entrenamientos de los pacientes y contamos con entrenadores especializados en varias ciudades de España y el extranjero.

El ejercicio físico en poblaciones especiales está considerado como un pilar fundamental dentro del tratamiento de enfermedades crónicas, llegando a mejorar la sintomatología y la capacidad funcional de las personas lo que redundará en una mejor calidad de vida.

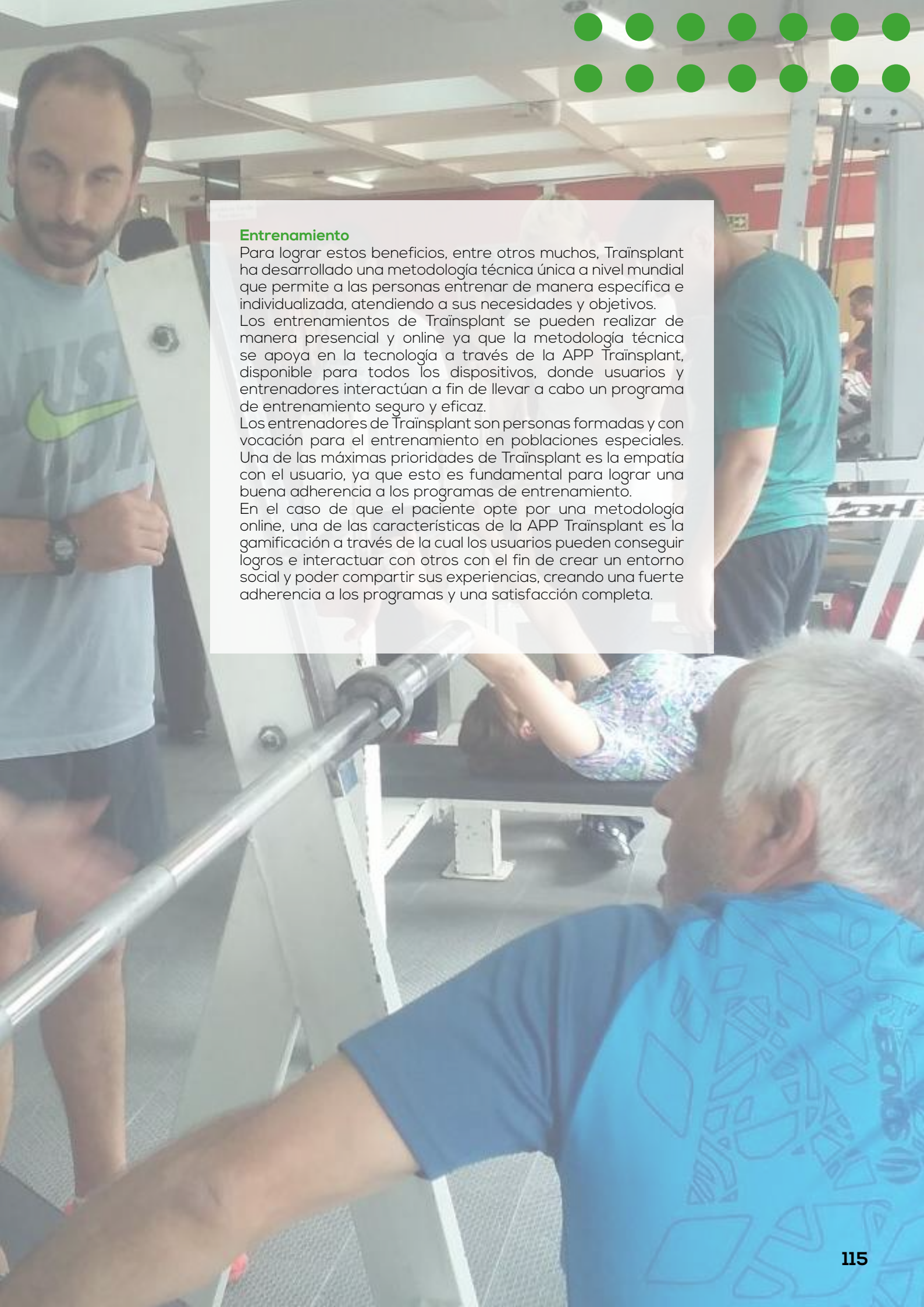
Algunos de los beneficios asociados al ejercicio físico son los siguientes:

- Mejora de la composición y la imagen corporal.
- Aumento del tono muscular y mantenimiento o aumento de la masa muscular.
- Fortalecimiento de huesos y articulaciones.
- Mejora de la capacidad funcional.
- Fortalecimiento de la autoestima y de las relaciones personales
- Disminución del riesgo de desarrollar diversos tipos de cáncer (colon, mama, próstata...)
- Menor riesgo de padecer osteoporosis y sarcopenia,
- Prevención de factores de riesgo cardiovasculares.

No obstante, la prescripción del ejercicio físico se debe realizar en un entorno multidisciplinar que incluya a médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos y preparadores físicos. En este sentido, resulta fundamental que cada uno de los profesionales asuma su rol y apoye al paciente desde su área para lograr los beneficios que el ejercicio físico le puede proporcionar.

Añadido a ello, el entrenamiento en poblaciones especiales debe llevarse a cabo de la manera más inclusiva posible. Esto es, que las personas con necesidades especiales deben ser capaces de ejercitarse en el mismo entorno que sus familiares, amigos y otras personas.

Para poder llevar a cabo los objetivos, Traïnspant ha diseñado una serie de productos con la visión de promocionar el ejercicio físico en poblaciones especiales, transmitir conocimiento y apoyar proyectos sociales y científicos que mejoren la adherencia de este grupo de población a los programas de ejercicio físico.



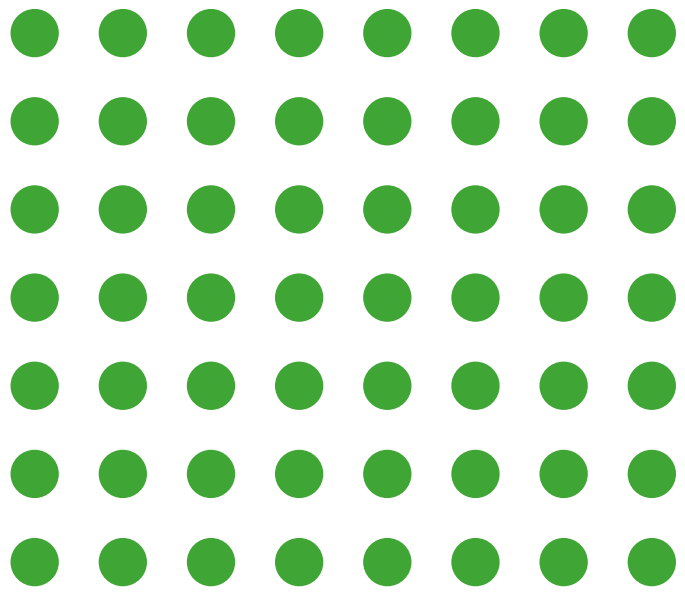
Entrenamiento

Para lograr estos beneficios, entre otros muchos, Traĩnsplant ha desarrollado una metodología técnica única a nivel mundial que permite a las personas entrenar de manera específica e individualizada, atendiendo a sus necesidades y objetivos.

Los entrenamientos de Traĩnsplant se pueden realizar de manera presencial y online ya que la metodología técnica se apoya en la tecnología a través de la APP Traĩnsplant, disponible para todos los dispositivos, donde usuarios y entrenadores interactúan a fin de llevar a cabo un programa de entrenamiento seguro y eficaz.

Los entrenadores de Traĩnsplant son personas formadas y con vocación para el entrenamiento en poblaciones especiales. Una de las máximas prioridades de Traĩnsplant es la empatía con el usuario, ya que esto es fundamental para lograr una buena adherencia a los programas de entrenamiento.

En el caso de que el paciente opte por una metodología online, una de las características de la APP Traĩnsplant es la gamificación a través de la cual los usuarios pueden conseguir logros e interactuar con otros con el fin de crear un entorno social y poder compartir sus experiencias, creando una fuerte adherencia a los programas y una satisfacción completa.



Eventos Deportivos

Los eventos de Traïnsplant tienen dos objetivos fundamentales: ejercicio físico y donación.

Para lograrlo, Traïnsplant crea eventos propios como la Transplant Bike, que se celebra para los amantes de la bicicleta, trasplantados y no trasplantados, organizada en colaboración con la Fundación Renal Jaume Arnó con el objetivo de fomentar la realización de programas de ejercicio intrahospitalario, así como la promoción de la donación de órganos.

La recaudación va destinada a financiar diversos proyectos.

En el año 2016, se disputó en Alfarrás; en 2017 en Bilbao; y en el año 2018, la carrera tuvo lugar en Almenar para apoyar un proyecto de investigación que se llevará a cabo en la Unidad de Diálisis del Hospital Comarcal de Tremp (Lleida) en que se incluye, entre otros, "Bici Intradíalisis".

Además de los eventos propios, Traïnsplant colabora asiduamente con otras iniciativas que promuevan la práctica de ejercicio físico, financien proyectos de investigación o promuevan la donación de órganos.

Formación

Una de las máximas prioridades de Traïnsplant es estar a la vanguardia de los conocimientos científicos. Por ello, todos sus preparadores físicos se reciclan periódicamente con el objetivo de mantener los estándares de calidad de los programas de entrenamiento.

Añadido a ello, Traïnsplant organiza eventos formativos de divulgación científica con el objetivo de transmitir conocimiento a todas las personas interesadas como fue el I Simposio sobre ejercicio físico, enfermedad renal y trasplante de órganos y médula.

En este Simposio se abordó el proceso de entrenamiento desde una perspectiva multidisciplinar resaltando la importancia del ejercicio físico en las poblaciones especiales.

Por otro lado, en la página web de Traïnsplant existe un blog que aborda diferentes temáticas con el objetivo de poder divulgar conocimiento sobre salud y ejercicio físico en poblaciones especiales desde una visión práctica y sencilla.





Proyectos de investigación

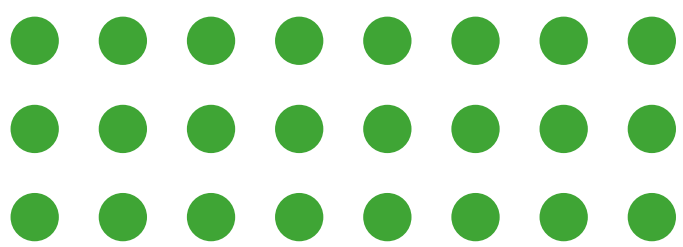
El primer proyecto de investigación sobre entrenamiento en personas trasplantadas fue realizado por la Fundadora y Directora de Trainsplant, Sonsoles Hernández. Dicha investigación expuso los beneficios que el entrenamiento de fuerza produce en personas adultas trasplantadas de riñón a nivel muscular, de condición física general y calidad de vida. Además de publicar varios artículos científicos internacionales en revistas de medicina y ciencias del deporte, el equipo Trainsplant sigue trabajando en 2 líneas de investigación: influencia del ejercicio en personas en la calidad de vida de personas con enfermedad renal y beneficios del deporte en personas trasplantadas y cómo influye la formación de los profesionales en la planificación de programas de ejercicio físico intra y extrahospitalarios.

ASOCIACIÓN EL PODER DEL CHÁNDAL

La asociación "El Poder del Chándal" es la rama social de Trainsplant donde se realizan eventos y actividades encaminadas a promocionar la donación de órganos, médula, sangre y tejidos, fomentar la práctica deportiva en toda la población pero en especial en enfermos crónicos, trasplantados y discapacitados y a realizar eventos formativos sobre ejercicio físico en poblaciones especiales.

Un ejemplo de ello fue "La Gala Solidaria" donde toda la entrada recogida sirvió para donar cinco equipamientos MiniGym para centros hospitalarios.

Añadido a ello, en la tienda online de Trainsplant se puede obtener equipación de la marca y colaborar en proyectos como el proyecto MiniGym ya que el 25% de las ventas van destinadas a sufragar los gastos derivados de la creación de gimnasios intrahospitalarios para niños enfermos.





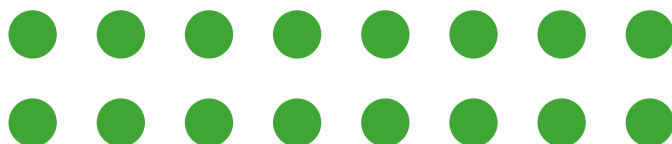
BETH MARCH Y LA MUERTE PREMATURA DE LA HERMANA DE LOUISA MAY ALCOTT

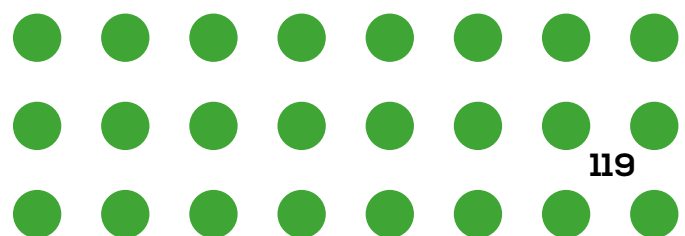
Sonsoles Sánchez-Reyes Peñamaría
Profesora de Filología Inglesa, Universidad de Salamanca

Hace ahora 150 años, la joven autora norteamericana Louisa May Alcott (1832-1888) recibía el vago encargo de su editor de escribir una novela para chicas. Aunque Alcott no se sentía atraída por el proyecto, lo aceptó movida por su afán de labrarse una reputación en el mundo literario y su necesidad de procurarse un sustento económico para sí y los suyos. Apenas tres meses después, el 30 de septiembre de 1868, veía la luz en las prensas la primera edición del que sería uno de los clásicos universales de todos los tiempos: *Mujercitas*.

Para abordar la tarea encomendada, Louisa May Alcott creó a los March inspirándose en su propia familia, y así delineó en su mundo de ficción rasgos perfectamente reconocibles de su autobiografía. El matrimonio March, como los Alcott, vive junto a sus cuatro hijas en un hogar pleno de afecto y proclive a la cultura, de grandes valores morales y educativos, en la sociedad de fin de ciclo propia de los años de la Guerra de Secesión americana. En ambos casos, la ausencia del padre lleva a la formación de una comunidad de mujeres, una suerte de gineceo que goza de independencia pero al mismo tiempo debe proveer al mantenimiento de las necesidades básicas asumiendo empleos que palián las dificultades económicas motivadas por la dejación del cabeza de familia.

Las cuatro hermanas March son el fiel reflejo de sus homólogas Alcott. Así, es usual percibir el evidente paralelismo entre la protagonista, Jo March, y la propia autora. Las dos ocupan la segunda posición en el orden de las hermanas y comparten caracteres y aficiones, señaladamente la escritura. Pero las similitudes entre las jóvenes March y Alcott se extienden a las restantes tres hermanas. Y entre ellas, destaca el caso de la hermana predilecta de la autora, la tercera hija, Elizabeth, dos años más joven que ella, que proporciona el modelo para construir el personaje de su homónima Elizabeth (familiarmente Beth), igualmente la tercera descendiente de los March, hermana preferida de Jo, la protagonista de la novela, de quien le separa idéntica diferencia de edad de dos años.







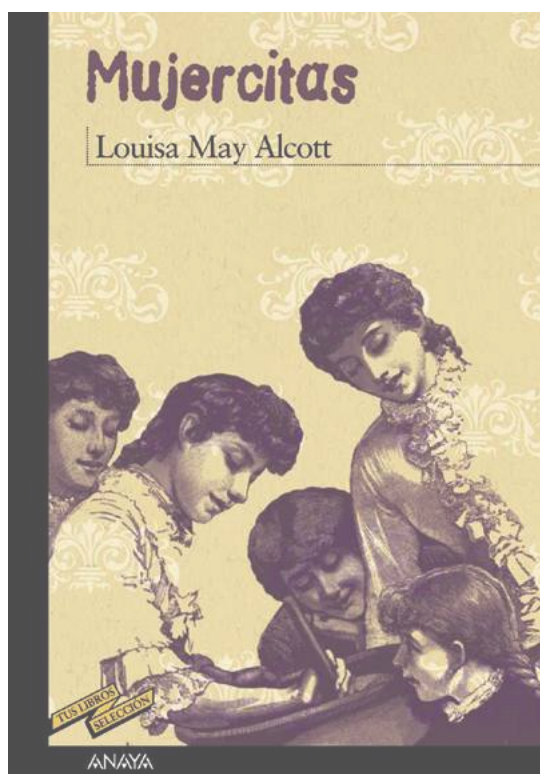
Elizabeth Alcott falleció en 1858, a la edad de 22 años. Dos años antes, había contraído la escarlatina, contagiada de una familia muy humilde de inmigrantes alemanes a los que altruistamente cuidaba junto a su madre. Su padre, Amos Bronson Alcott, estaba por entonces en un largo viaje que le había llevado hasta Cincinnati. Aunque la infección no causó a Elizabeth una muerte inmediata, su salud quedó tan debilitada que no sobrevivió más de un bienio. En febrero de 1858, decidió no tomar más su medicina y dijo a su padre: "Soy la que menos falta hace de las cuatro". El 14 de marzo, murió mientras dormía. Louisa escribió en su diario: "Mi querida Beth murió a las tres de la madrugada tras dos años de aguantar con paciencia el dolor. La semana pasada dejó su labor, diciendo que la aguja le pesaba demasiado... El sábado se quedó dormida, y a medianoche perdió la consciencia, y su respiración fue apagándose dulcemente hasta las tres; entonces, con una última mirada de sus preciosos ojos, se fue".

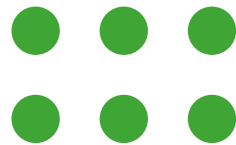
Esta dolorosa experiencia personal sería ficcionalizada una década después por la autora de Mujercitas en la figura de Beth March. Como la difunta Elizabeth Alcott, Beth es una joven tímida y silenciosa, muy aficionada a la música y a tocar el piano, a los animales, especialmente gatos, y a las muñecas. Vive volcada en el cuidado de su familia y de los necesitados, anteponiendo los demás a sí misma. En la narración, Beth contrae la escarlatina de la pobre familia Hummel, a cuyos niños pequeños va a llevar alimentos. El proceso de la enfermedad se describe minuciosamente por Louisa May Alcott, con el conocimiento de causa de quien había sido testigo presencial de la decadencia de su propia hermana. La joven Beth presenta inicialmente dolor de cabeza, de garganta y sensación de malestar general, y el tratamiento con alcanfor y belladona no logra frenar el avance de la dolencia. Guarda cama, y sufre delirios febriles alternados con estados de profundo sopor.

La descripción de Alcott es ágil y certera: "Daba lástima verla: tenía el rostro, habitualmente sonrosado, pálido y carente de expresión; las manos, siempre tan activas, débiles y delgadas; los labios, por lo general sonrientes, entreabiertos, y el cabello, siempre tan hermoso y cuidado, enredado y esparcido sobre la almohada (...) solo de vez en cuando se despertaba para pedir agua, con los labios tan resecos que casi no podía hablar". Su situación hace crisis durante una noche, en la que los lectores de la obra, con el aliento entrecortado, terminan poniendo fin a su angustia al leer que Beth reacciona "pasadas las dos" y comienza su palpable mejoría. La muerte repliega sus alas por el momento, pero sin renunciar a visitar de nuevo y prematuramente la alcoba de Beth, como se descubre en la segunda parte de la novela, *Aquellas mujercitas*, que la escritora entregaría a imprenta en un tiempo record, el 1 de enero de 1869, aprovechando la oleada de éxito cosechada por el primer volumen.

Un mes más tarde de la temprana muerte de su hermana Elizabeth, la autora norteamericana escribía en su diario: "No la echo de menos tanto como esperaba, porque me parece más cercana y más querida que antes; y estoy contenta de saber que está a salvo del dolor y de la vejez en algún mundo donde su alma inocente debe ser feliz". Esa vivencia genuina, con su aura de serena tristeza, fue traspuesta por Louisa May Alcott a las páginas de *Mujercitas*, donde lograría dotar a su hermana de vida y así exorcizar su impotencia por no haberla podido salvar en el mundo real.

Mientras tanto, Elizabeth Alcott yace en una humilde sepultura del cementerio de Sleepy Hollow, en Concord, Massachusetts, a poca distancia de sus padres y hermanas. Juntas para siempre.





MODAS CONTRA LA SALUD

David Herrero
Alambique de Oro

El otro día mi amigo Chema me invitó a una cena que organizaba en su bonita casa en un pueblecito de Segovia.

Chema siempre se reúne con gente que está a la última en todo, cultura, arte, tendencias, comida...

- ¡¡Aunque no sé si invitarte a comer o comprarte un traje!!, me dijo riéndose a carcajadas.

- Todos llevaremos algo, trae lo que tu creas, me comentaba por teléfono.

A la hora fijada me presenté en su casa.

Después del recibimiento por parte de los anfitriones, les dejé mis vinos y mi licor para que atemperaran y pasé al salón.

Todo era glamour y vanguardia, tanto en los trajes de los invitados, en la decoración, en la música...

El ambiente era frío, no nos conocíamos.

Ante esa incomodidad que me mata, me acerqué a la cocina presto a romper el hielo abriendo uno de mis vinos.

Allí encima de la mesa de la cocina estaba todo lo que los invitados habíamos traído.

Por deformación profesional me fijé que todo el packaging era espectacular, donde las palabras, Eco, Bio, Vegano, Fresh, Farm Fresh, 100% Natural, Healthy Food, saltaban a la vista como si estuvieran en 3D.

Mi cerebro recogía toda aquella amalgama de salud y bienestar y me pedía a gritos consumirla.

¿Acaso estaría yo comiendo mal?

¿Acaso desconocía la fuente de la eterna juventud?

Las dudas me invadían como a cualquier mortal que consume cosas normales.

Todos tenían un factor en común, todos eran alimentos procesados. Decidí ver qué contenían, haciendo lo que para todo el mundo debería ser una prioridad en su compra diaria, LEER LA ETIQUETA.

Todos sin excepción tenían una lista ingente de Es, aditivos químicos o sintéticos, colorantes, conservantes, antioxidantes, estabilizantes, saborizantes, edulcorantes...

Frases como:

Zero azúcares añadidos. - (añaden aspartamo o fructosas como jarabe de maíz).

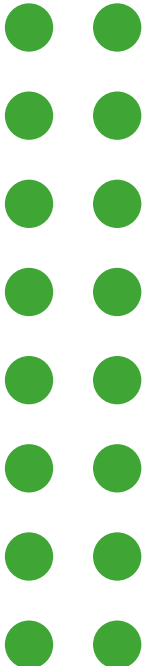
Eco. - (donde sólo uno de los muchos productos que contiene es ecológico).

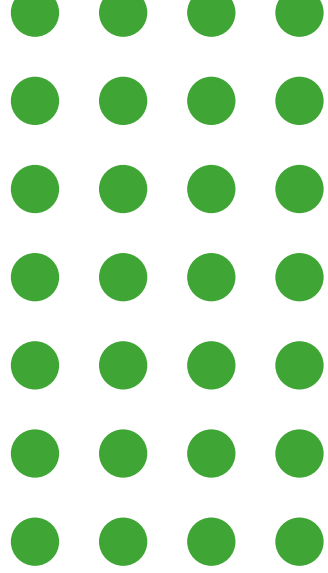
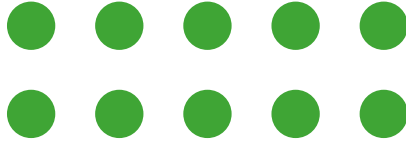
0% materia grasa. - (añaden azúcares, sales, féculas y almidones por doquier, pero sin grasa).

Bio. - (palabra prohibida por no poder demostrar que los productos son Bio por parte de las empresas).

Vegano. - (elaborados con harinas refinadas, aceite de palma y sal y azúcar por doquier).

Mezcla de mieles. - (procedentes de cualquier sitio, la mayoría no son miel, son jarabes y siropes).





Ante dicha situación no se me ocurrió otra cosa que no fuese estar a la altura, así que abrí una de mis botellas de Puro Vino. Mi ilusión y entusiasmo se desvanecieron ipso facto con frases como:

- No gracias, alcohol no.
 - No gracias, tiene muchas calorías.
 - No gracias, sólo bebo vino blanco.
 - No gracias, mi religión me lo prohíbe.
 - No gracias, estoy haciendo dieta y no se me ocurre saltármela.
- Me quedé en shock, dudaba si había traído vino o algún producto demoniaco.

Ni que decir tiene que respetaba profundamente la decisión de los allí presentes.

Menos mal que vino Chema y sin saber lo sucedido, invitó a que brindáramos:

- ¡¡Fijaros que detallista es David, nos trae su vino Ecológico y apto para Veganos!!

La cosa cambio radicalmente.

El hecho de que mi vino fuera Eco y Vegano sirvió de salvo conducto hasta con el tema de la religión.

Todos probaron y disfrutaron de Puro Vino por la moda de los etiquetados, porque estaba a la moda, no por la calidad del vino, que por supuesto es muy alta.

Conclusión:

No nos dejemos manipular ni engañar con los reclamos usados por la industria alimenticia, no les importa nuestra salud, sólo les importa nuestro dinero.

Leamos las etiquetas y valoremos seriamente lo que estamos dando

a nuestro organismo.

Cuidemos de nuestro cuerpo... sólo tenemos UNO.

¡¡Chema, yo sinceramente, prefiero que me compres un traje!!

E
PURO
ESPIRITU



I CONGRESO INTERNACIONAL DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

CIDC

vida sana | bienestar | salud

25 | 26 | 27

ENERO 2019

LIENZO NORTE,
ÁVILA

INSCRIPCIONES:

Asistencia a congreso con presentación
opcional de un póster - 60 €

Presentación de
dos pósteres sin asistencia -40 €

Presentación de
cuatro pósteres sin asistencia - 80 €

Curso pre-congreso - 100 €

Asistencia a una charla - 15€

Más información: www.samixxi.com

Información:
98 333 08 22
1cidc@bsj-marketing.es

ABIERTO PLAZO:

INSCRIPCIÓN

ENVÍO DE POSTER

www.samixxi.com

Convocatoria:

La Revista España Healthy, una revista española de colección y consulta, de edición trimestral, especializada en la divulgación científica, referente a la Vida Sana - Bienestar - Salud, con el apoyo y colaboración del comité científico de EMS Spain, una plataforma digital de divulgación sanitaria con el objetivo de mejorar la educación, la información, y la prevención sanitaria, y también con la colaboración de la Asociación de Apoyo a las Familias con Enfermedades Raras y sin Diagnosticar de Ávila, (AFERD).

Convocan a todos los por profesionales vinculados a las ciencias de la salud, a divulgadores, científicos, estudiantes e interesados en la información sanitaria, a participar en el I Congreso Internacional de Divulgación Científica; Vida Sana-Bienestar-Salud, que se llevará a cabo en la ciudad de Ávila, Castilla y León, España, los días 25, 26 y 27 de enero de 2019, en el Centro de Congresos y Exposiciones Lienzo Norte.

Introducción:

Sin entrar a discutir; que es un bien, o si es un bien o no lo es, cuando hablamos del bien máspreciado solemos escuchar decir que es la libertad, el dinero, el amor, la felicidad, los hijos, la familia, la paz, etcétera, etcétera, etcétera...

La gran mayoría de las personas coinciden en responder que el bien máspreciado es la salud, ya que sin ella cualquier otro bien no se podría disfrutar a plenitud. Cada día en las salas de espera de clínicas, hospitales, consultas, fisioterapeutas, mutuas, sociedades de prevención, etcétera, están llenas de personas que buscan prevenir enfermedades, otras buscan diagnosticar y tratar sus enfermedades y otras buscan sanar sus enfermedades.

Muchas veces hace falta perder la salud para valorar lo importante que es, vivimos en salud y no pensamos en ella, tenemos tiempo para todo y escaso tiempo o ninguno para cuidarnos y vivir una vida sana.

Vida sana implica una correcta alimentación, deportes o ejercicios físicos habituales, evitar consumo de sustancias dañinas, evitar excesos y una correcta vigilancia de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Justificación:

Nosotros entendemos que la ciencia no le pertenece como propiedad exclusiva a los científicos, la ciencia nos pertenece a la humanidad, y más aún la salud nos interesa a todos. Tal como diría Robert E. Criss: «La ciencia está tan íntimamente entretrejida con la sociedad contemporánea, forma una parte tan íntegra de cómo nos entendemos a nosotros mismos, y a nuestra relación con el mundo, que es imposible situarnos fuera de ella».

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Por todo ello es que destacamos la importancia de la divulgación científica, la cual tiene como objetivo informar, orientar, dando a conocer al público en general los avances científicos, los descubrimientos recientes, las investigaciones, los debates, las realidades científicas, etc., por lo que pretendemos motivar a los profesionales a divulgar e involucrar al gran público con la ciencia, en los tiempos que corren; tiempos de internet y del libre acceso a la información. Es por esto que la necesidad de divulgar compartir, debatir y dialogar las informaciones científicas en materia sanitaria es más necesaria que nunca.

¿Por qué es importante la divulgación científica?

La labor de la ciencia se completa con la divulgación científica y, con ello, nos trae grandes ventajas a todos, tanto a usuarios como científicos.

El equipo de organización del 1er CIDF y la Revista España Healthy, en concordancia con el ánimo y voluntad de la Declaración de la Iniciativa de Acceso Abierto de Budapest, la Carta de ECHO, la Declaración de Bethesda, la Declaración de Berlín sobre el libre acceso a la literatura científica y la Declaración de Mesina, donde más de 400 organizaciones científicas se han sumado. Del mismo modo nosotros asumimos el compromiso de divulgar, compartir el conocimiento y la información.

La información debe ser completa. Nuestra misión de difundir el conocimiento es sólo la mitad, si la información no se difunde ampliamente, si no es clara, si no es entendible y no es de fácil acceso a la sociedad, no sería completa.

La salud deja de estar solo en los centros hospitalarios, solo en los centros de atención primarias, solo en las consultas. La salud debe salir a la calle y alcanzar a la gente, por ello debemos crear puentes a través de la información sobre salud, promoción de la salud, divulgación y orientación a la comunidad, sumados del mismo modo el conocimiento científico, la investigación y la reflexión humana. Estos puentes que vinculan a profesionales y a pacientes son capaces de garantizar una mejor salud para todos.

¿De qué sirve el conocimiento estancado?, El conocimiento debe ser aprovechado y compartido. "Creemos en la filosofía del acceso libre, público y universal al conocimiento científico. La ciencia tiene un compromiso con la sociedad, tiene el compromiso de hacer público sus avances, no solo a la comunidad científica sino a la sociedad en general. Con la investigación científica y su propia divulgación, la sociedad puede obtener herramientas y conocimientos necesarios.

Si no explicamos y divulgamos, en tiempos del internet y de Google, terminarían todos influenciados por los bulos y engaños en general. Si explicamos, enseñamos, informamos y orientamos tendrán mejor adherencia al tratamiento, menos frustraciones, mejores respuestas clínicas, participarán del empoderamiento como pacientes de una

manera coherente, mejoran su salud y con ello la salud de todos.

Dice Richard Dawkins en la "Sinfonía de la Ciencia": "La ciencia es la poesía de la realidad". La divulgación científica explica, de forma sencilla, impresionantes procesos que suceden en nosotros, en nuestro alrededor y otros procesos que estudian los científicos.

Gracias a la ciencia se ha conseguido; mejoras en los tratamientos, mejores supervivencias, los niveles actuales de calidad de vida, nuestra esperanza de vida es ahora más larga y por ello también vivimos más y mejor.

Pero aun así los pacientes y usuarios de los servicios de salud, muestran desconfianza, escepticismo y la incredulidad, dando más prioridad a 5 minutos de lectura en Google que a lo que le puedo explicar y recomendar el profesional sanitario.

Las ciencias de la salud y la divulgación son complementarias; mientras la ciencia se apoya, para darle sentido a sus conceptos, en metodologías teóricas y prácticas, la divulgación se apoya en herramientas del lenguaje para explicar los conceptos de la ciencia, reproducir las imágenes, usar los modelos y rescatar el espíritu del conocimiento científico.

La divulgación científica permite acercar una información muy valiosa al conjunto de la población que, de otra forma, sería completamente inaccesible o muy difícil de entender.

Objetivo General:

Pretendemos ofrecer un congreso lleno de calidad académica, ética y gremial, por lo que lo asumimos y afrontamos con seriedad, respeto y humildad, pero también como un reto que nos permitirá crecer y aprender un poco más a todos los participantes, tantos ponentes como asistentes.

La finalidad del encuentro es compartir ideas que ilusionan, proyectos que podrán cristalizarse, conocimientos que podrán ser compartidos, experiencias que serán inolvidables. Es rendir una fiesta a la salud, a la ciencia, a la humanidad. Es crear un espacio de intercambio de conocimiento, ideas, innovaciones y reflexiones respecto a la vida sana, la salud y el bienestar. Es compartir nuestra pasión, emoción e ilusión.

¿Quiénes participan?

Se trata de un congreso que prioriza la divulgación científica en materia sanitaria, dirigido a todos los por profesionales vinculados a las ciencias de la salud, a divulgadores, científicos, estudiantes e interesados en la información sanitaria.

Información referente al programa:

Este Congreso estará dividido en 3 áreas temáticas:

- 1.- Consenso de profesionales de la divulgación sanitaria (divulgadores profesionales, editores, escritores, sanitarios que se dedican a redes sociales, blog, revistas, periódicos, etc.).
- 2.- Mesas técnico-profesional (para discusiones de interés meramente científico, con ponentes y discusiones de temas de interés sanitario y de actualidad).
- 3.- Divulgación Científica (profesionales de la salud divulgando para todo tipo de usuarios).

Todas las temáticas en un mismo horario, en un mismo centro de eventos, de manera simultáneas.

Dentro del consenso de profesionales de la divulgación sanitaria los temas presentados van relacionados con:

- Responsabilidad de divulgación sanitaria.
- Carencia de divulgación de las enfermedades raras.
- Importancia de la divulgación científica.
- Responsabilidad de divulgación científica en los tiempos del libre información.
- Los sanitarios en las redes sociales.
- ¿Cómo formar divulgadores científicos?
- La divulgación como campo profesional.
- Vida sana, bienestar y salud.

Dentro de las discusiones meramente científicas los temas presentados van relacionados con:

- Las vacunas: Aliados o enemigos.
- Nutrición y obesidad infantil.
- Manejo del paciente pediátrico con intolerancias alimenticias.
- Tetanalgesia.
- Enfermedades raras.
- Lesión medular.
- Código Ictus; abordaje actual y nuevo protocolo.
- Importancia del triage.
- Nuevas tecnologías aplicadas al RCP.
- La intimidad del paciente crítico.
- Controversia de la tabla de traslado.
- TES en la atención extrahospitalaria.
- Muerte súbita: Deportista y RCP.
- Protocolos Zero: Velando por la seguridad de nuestros pacientes.
- Canalización venosa ecoguiada: menos pinchazos innecesarios.
- Humanización en los servicios sanitarios.

- Donación de órganos.
- Atención Primaria como acceso al sistema sanitario.
- Respetando el sueño: El descanso también cura.
- El paciente desplazado.
- Sanidad pública igual para todos.
- Comparativa sistemas sanitarios europeos.
- Explotación profesional.
- Tercera edad y deporte. Envejecimiento activo.
- Deporte y maternidad.
- Deporte y trasplante.
- ¿Cómo influye la música en la salud de las personas?
- ¿Qué puede aportar el Mindfulness a nuestros pacientes?
- Beneficios para la salud del entrenamiento funcional acuático.
- Vida sana, bienestar y salud.

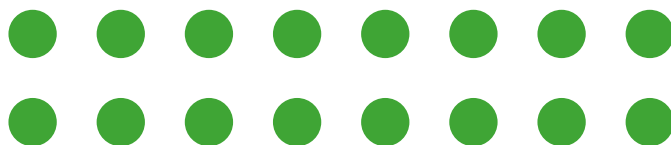
Dentro de la Divulgación Científica los temas presentados van relacionados con:

- Salud sexual en la tercera edad.
- La incomprendida Fibromialgia.
- ¿Cómo influye el Coaching en el bienestar?
- Cuando el deporte te abandona.
- Servicios Tecnológicos Digitales al servicio de la Salud y el Bienestar de las Personas.
- Bienestar en los espacios abiertos.
- Perspectiva integral de la piel.
- Diabetes y periodoncia.
- Vida sana, bienestar y salud.

Cursos y talleres precongreso:

Curso Rescate en Altura: En el entorno de la atención sanitaria extrahospitalaria el rescate de pacientes en altura precisa de unos conocimientos muy específicos que todos los sanitarios implicados deben conocer a la perfección por la seguridad del paciente y la propia, además esos conocimientos deben adquirirse bajo el contexto de la normativa que dictan las leyes vigentes en este ámbito, lo cual se incide en el curso que se presenta.

Además de la adquisición de estos conocimientos, es necesario el reciclaje y la puesta en práctica de los mismos, ya que tanto el personal que se dedica habitualmente a este tipo de rescates como el que lo hace de manera esporádica, asegura sentirse más seguro en su actividad con la actualización debidamente adquirida de las leyes vigente y con la práctica de las técnicas con materiales reales y formadores experto en el campo. Ya que los profesionales sanitarios que desempeñan esos rescates deben cumplimentar estos conocimientos con los específicamente sanitarios, consideramos que son sanitarios experimentados los que deben impartir esta formación para poder incorporarla a la valoración y al rescate del paciente accidentado.



Curso Ecografía Torácica Pediátrica:

La patología respiratoria junto con fiebre es una de las patologías más comunes a las que debe enfrentarse el pediatra en su día a día. Aparte de su exploración física, cada vez es más frecuente la necesidad de exploraciones complementarias de fácil acceso y rápidas para el diagnóstico y el seguimiento de estas patologías. Al no irradiar al paciente, tener bajo coste y su facilidad de acceso, el ecógrafo va instaurándose como un poderoso aliado del pediatra, tanto en atención primaria como en especializada, por lo que debe aprender a utilizarse de una forma correcta. Esta necesidad de aprendizaje surge con multitud de estudios científicos que la apoyan.

Curso EHECON:

La principal necesidad formativa desde la que se crea este curso es la imprescindible formación en el control de hemorragias que amenazan la vida, situaciones en las que una correcta técnica llevada a cabo por personas formadas puede modificar de manera importante el destino de la víctima. Se ha demostrado, por la gravedad de las situaciones, que dichas técnicas se deben aplicar.

Taller de Implantación de PICC (Catéter central de inserción periférica) ecoguiado:

La canalización de vías venosas es una práctica habitual en la rutina diaria de enfermería, y constituye una parte necesaria a la hora de realizar numerosos tratamientos y diagnósticos.

El hecho de realizar estas técnicas guiadas por ecografía facilita la inserción de los mismos, minimizando el número de intentos y por tanto los traumatismos al paciente, aumentando el éxito y disminuyendo el gasto del material fungible.

Por estas razones, los profesionales de enfermería demandan esta formación a nuestro centro, para poder llevarlo a la práctica en su rutina asistencial.

Curso PIT CREW, RCP de alta calidad: Las investigaciones muestran que el factor más importante para la supervivencia de un paro cardíaco es una reanimación que genera una buena presión de perfusión coronaria. Por tanto, en lugar de corregir el pH o hiperoxigenar al paciente, es importante centrarse en dar compresiones torácicas de excelente calidad.

Un equipo de reanimación que se coordina como un equipo pit crew en los boxes de las carreras de auto, optimiza recursos, tiempo, y mejora el desempeño. De esta forma, la Pit Crew Reanimation demuestra su eficacia; tiene la finalidad de producir un cambio a gran escala a través de los reanimadores profesionales quienes, con este marco de actuación, pueden llevar la RCP al máximo de calidad y salvar más vidas.

I Congreso Internacional de Divulgación Científica; vida sana-bienestar-salud. 25, 26 y 27 de enero 2019. En el Centro de Congresos y Exposiciones Lienzo Norte. Ávila, Castilla y León, España.

ORGANIZAN:

Revista España Healthy.

EMS Spain.

AFERD, la asociación de apoyo a familias con enfermedades raras y sin diagnosticar.

Web: www.samixxi.com

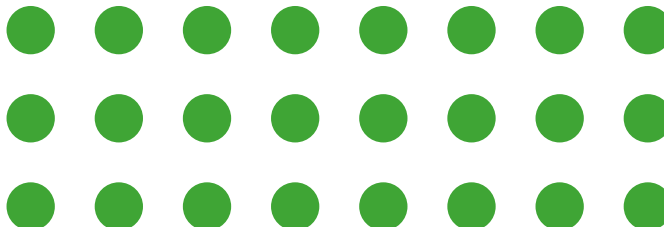
Tel. 983 330 822

Mail: lcidc@bsj-marketing.es.

#1CIDC #EmsSpain #EspañaHealthy

#VidaSana #Bienestar #Salud

#VidasanaBienestarSalud



I CONGRESO
INTERNACIONAL
DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

CIDOC

vida sana | bienestar | salud

25 | 26 | 27
ENERO 2019
LIENZO NORTE

CONTACTO:
654 114 401

www.espanahealthy.es
formacion@samixxi.es



España HEALTHY

Dr. Omar G. Guillermo Henríquez
Investigador y Divulgador Científico.
Director de la Revista España Healthy.
Presidente Fundador de The 11 Men.

Revista España Healthy
Investigación y Divulgación Científica

"Cualquier asunto científico es susceptible de ser divulgado, siempre que se inviertan el tiempo y el esfuerzo necesario para traducirlo a un lenguaje llano y presentarlo de forma clara y atractiva"

Rodriguez Hidalgo 2007.

El texto científico tiene como objetivo comunicar a la comunidad científica de manera exclusiva, usando terminología muy técnica y específica, con un lenguaje que solo los que pertenecen a dicha área específica podrían entenderlo (fórmulas, abreviaturas, palabras, tecnicismos, etc.), para informar de resultados de investigaciones o también revisiones de investigaciones. Suelen seguir estas publicaciones académicos, investigadores, especialistas, conocedores del área en cuestión.

Pero desde la Revista España Healthy entendemos que la ciencia no le pertenece como propiedad exclusiva a los científicos, la ciencia nos pertenece a todos, y más aún la salud nos interesa a todos.



¿TE INTERESA PUBLICAR EN NUESTRA REVISTA?

Siguiendo las recomendaciones del comité científico y el consejo asesor, y a la vez bajo las normas ISO 215, La Revista España Healthy admite cualquier documento en el contexto de:

01. Artículo tipo Investigaciones. *****
 02. Artículo tipo Comunicaciones. *****
 03. Artículos tipo resúmenes. ****
 04. Revisión de literatura. ****
 05. Revisión de la literatura. ****
 06. Editorial. ***
 07. Cartas al editor. ***
 08. Pósters. ***
 09. Reseña de libro. ***
 10. Revista de revistas. ***
 11. Nota técnica. **
 12. Informe. **
 13. Nota de opinión. *
 14. Obras recibidas. *
 15. Noticias del sector / área / disciplina. *
 16. Otros: Retractaciones, Instrucciones, Relatos, Historias, Convocatorias. *
- Los asteriscos (*) representa el grado de relevancia de las publicaciones.

Estamos enteramente abiertos y disponibles para recibir tu documento, enviándolo al mail: info@samixxi.es. Posteriormente será sometido al comité evaluador quienes decidirán su publicación. En el caso, de que se recomienden algunos cambios, ajustes o correcciones se contactará nuevamente al autor. Del mismo modo si no fuera aprobado.

La Revista España Healthy en concordancia con el ánimo y voluntad de la Declaración de la Iniciativa de Acceso Abierto de Budapest, la Carta de ECHO, la Declaración

de Bethesda, la Declaración de Berlín sobre el libre acceso a la literatura científica y la Declaración de Mesina, donde más de 400 organizaciones científicas se han sumado, asume el compromiso de divulgar, compartir el conocimiento y la información científica.

La información debe ser completa. Nuestra misión de difundir el conocimiento es sólo la mitad, si la información no se difunde ampliamente, si no es clara, si no es entendible y no es de fácil acceso a la sociedad, no sería completa. La salud deja de estar solo en los centros hospitalarios, solo en los centros de atención primarias, solo en las consultas.

La salud debe salir a la calle y alcanzar a la gente, por ello, debemos crear puentes a través de la información sobre salud, promoción de la salud, divulgación y orientación a la comunidad, sumados del mismo modo el conocimiento científico, la investigación y la reflexión humana. Estos puentes que vinculan a profesionales y a pacientes son capaces de garantizar una mejor salud para todos.

¿De qué sirve el conocimiento estancado?; El conocimiento debe ser aprovechado y compartido. «Creemos en la filosofía del acceso libre, público y universal al conocimiento científico. Es por esto que la Revista Ávila en Salud autoriza la reproducción parcial del contenido de la revista mencionando su procedencia, y siempre que fuera sin fines comerciales. Si existiera el interés de algún fin comercial podría ponerse en contacto con nosotros.

La Revista España Healthy no comparte necesariamente las opiniones expresadas por sus colaboradores, existe total autonomía en sus redacciones, por lo que cada autor es responsable de lo que escribe.

Avenida Santa Cruz de Tenerife No. 11.
CP. 05005, Ávila. Tel. 920 252525

REGISTRO SANITARIO
05-C24-0149

AHORA TAMBIÉN CITACIÓN ONLINE
WWW.CLINICASANTATERESA.ES

CLINICA@CLINICASANTATERESA.ES



48

años contigo...

