NÚMERO 6

¿Cómo lo ves?

NÚMERO 6 • 3ª ÉPOCA • OUTUBRO 2003

LA REVISTA DEL PERSONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE PONTEVEDRA

XUNTA DE GALICIA

NORMAS XERAIS DE PUBLICACIÓN:

ALIMENTACIÓN

Mitos y Dietas alternativas(III)

A Revista "Cómo lo ves?" é unha publicación de periocidade cuatrimestral, órgano de expresión do persoal de Atención Primaria da Provincia de Pontevedra así como do resto de Galicia, e está aberta á publicación de traballos de autores alleos á dita organización.

A revista publicará artigos en idioma galego ou castelán.

A revista publica artigos sobre temas relacionados con Atención Primaria, Saúde Pública, Administración e Xestión, así como temas lúdicos e sociais relativos á actividade do persoal de Atención Primaria da Provincia de Pontevedra.

Os artigos que sexan publicados na revistan "¿Cómo lo ves?" poderán ser tamén publicados no futuro na versión electrónica da revista, en Internet, así como noutros formatos electrónicos (CD-ROM...) que xurdan aceptando os autores dos artigos estas e outras formas de publicación virtual ou dixital.

Os traballos deberán ser inéditos e non presentarse simultaneamente noutra publicación.

A responsabilidade das opinións e contidos do traballo cando así se solicite. A redacción non se fai responsable da perda dun manuscrito, polo que se recomenda ós autores que garden unha copia.

Os autores que desexen colaborar nalgunhas das seccións da revista poden enviar as súas achegas á redacción. O Consello de Redacción poderá rexeitar, suxerir cambios ou, chegado o momento, facer modificacións nos textos recibidos, limitándose só ó contido literario.

Presentación dos traballos:

Os traballos deberán remitirse en Din-a4, por unha soa cara cun interliñado de 1,5puntos e un tipo de letra Arial tamaño 12. Envíe copia completa (texto e ilustracións) do artigo en soporte de papel e disquete de 3,5", con ficheiro de texto de Word 6.0 preferentemente. Os gráficos deben enviarse en orixinal (fotografía ou papel) ou escaneados en un CD (alta resolución). Para o envío dos disquetes os autores deberán ten en conta:

Enviar unicamente a versión máis recente do ficheiro do artigo.

Indicar claramente o nome do ficheiro.

Adherir unha etiqueta na que figuren o formato e o nome do ficheiro.

Os traballos deberán remitirse con carta adxunta dirixida ó Consello de Redacción: ***Revista "¿Cómo lo ves"?. Xerencia de Atención Primaria, Rúa Rosalía de Castro s/n, 7ª planta. 36204 Vigo (Pontevedra)*** ou ben á dirección de correo electrónica: ***saro49@hotmail.com***, solicitando a súa publicación na revista e no resumo. Cando se empregue por primeira vez unha abreviatura, esta irá precedida do termo completo ó que corresponde, salvo se se trata dunha unidade de medida común.

Consello de REDACCIÓN

Coordinación
Cesáreo Barreiro Sorrivas

Consello de Redacción:
Susana Aldecoa Landesa
Cesáreo Barreiro Sorrivas
Luis Carregal Rañó
Javier Goberna Lorenzo
Alejandro Iglesias Díaz de Ulloa
Antonio Merino de Dios

Colaboran neste número:
Susana Aldecoa Landesa
Cesáreo Barreiro Sorrivas
Isabel Regina Castro Vázquez
María del Carmen Collazo Méndez
Marta Díez de Angulo
Alejandro Iglesias Díaz de Ulloa
Eva Otero Tenorio
Enrique Paseiro Pardal
Juan Luis Pastor Morales
Irene Pazo Manzano
Beatriz Piñeiro Lago
Ana María Rodríguez Vilariño
Joaquín San José Arango
Coro Sánchez Hernández
Pedro Vega Bastida

Imprime: Norgráfica

ISSN 1695-8721

Déposito Legal VG: 681-1995

¿Como lo ves? no se indentifica necesariamente con la opinión de sus colaboradores

NESTE NÚMERO:

A nosa portada é o novo Centro de Saúde de Casco Vello en Vigo.

Unha colaboración de nosa compañeira Eva da Unidade de Atención ó Paciente, explícanos o procedemento para tramita-las reclamacións dos usuarios na Xerencia.

No noso ámbito o "queime" profesional é mais abondoso do que parece, polo que Cesáreo Barreiro dános unha breve interpretación psico-sociolóxica.

Os estudios que se están a facer na prevención do cancro de mama producen uns resultados, que nos amosa Alejandro Iglesias nun documentado artigo.

A segunda parte do artigo sobre alimentación que Joaquín San José e Coro Sánchez nos envían xa estabamos a bota-lo en falla, pois a primeira parte fora moi interesante.

A rota de interese que propoñemos é un camiño a percorrer non só de xeito físico, senón por outro "camiño do interior". Agardamos que vos aproveite.

Sempre temos algunha nova que comunicarvos, cada vez mais; asemade agardamos que nos enviede-las vosas, respecto do voso traballo, da vosa actividade, ... pois, ás veces, enterámonos pola prensa.

As páxinas M.I.R. seguen a producir, de xeito crecente, colaboracións científicas (un traballo sobre asma e atopia), así como o relato do acontecido na despedida da promoción 2000-2003, no que resultou de forte impacto a conferencia do Xefe de Servicio de Informática do SERGAS o Sr. D. Enrique Paseiro Pardal.

Seguen as perdicións (ou eran predicción) do horror-óscopo, co seu estilo tan serio, que son seguidas con moito interese, mesmo preocupación, no resto do mundo.

Os chamados "novos virus", que non son tan novos, resultan dunha preocupante actualidade, polo que noutro artigo Alejandro Iglesias tenos clarexado todo sobre eles.

Xa non tiñámo-lo corpo acostumado a pasar sen os contos de Pedro; logo dunha pequena ausencia, voltamos a publicar novas historias súas.

Remata este número como debe ser, cas seccións de refráns, adiviñas e trabalinguas, unha pequena escolma de chistes e citas para pensar (de cando en vez hai que facelo)

¿HAI ALGUÉN AÍ AFORA?

Enviade xa as vosas colaboracións, artigos, novas ou mesmo as vosas opinións. Malia que nos traballamos de arreo na elaboración, "a verdade está aí afora".

Gracias a tódolos que nos din o que lles parece a revista; xa sabemos que estades aí.

CONTACTAR CON NÓS PARA ENVIAR CALQUERA COLABORACIÓN, ARTIGO OU OPINIÓN:
POR CORREO ELECTRÓNICO: saro49@hotmail.com NOVA DIRECCIÓN
POR CORREO: Revista "¿Cómo lo ves?".Rúa Rosalía de Castro 21-23 7ª planta 36201 VIGO - Telf.: 986 81 64 45

Indice

3 Consello de Redacción
4-6 Xestión e tram. de reclamacións dos usuarios
7-8 Estar quemado "Burn-out"
9-10 Centros de Saúde: C. S. Caldas de Reis
11-12 Resultados do programa galego de detección precoz de cancro de mama
13-14 Alimentación: Mitos y dietas alternativas II
15-16 Rotas de interese: Pedrafita do Cebreiro
17-22 Novas. Notas breves
23 Páginas MIR: Despedida promoción 00-03
24-25 Estratexias das tecnoloxías de Información no Sergas. Conferencia de E. Paseiro Pardal
26-27 Relación de la asoc. de asma bronquial con alergia y atopía en el C. S. Anafans-Poio
28 Horror-óscopo
29-30 Novos virus e Saúde Pública
31 Cuentos cortos: El principio y el fin
32 Libros recomendados
33 Refranes, trabalenguas y adivinanzas
34 Humor. ¿Citas o incitas?

Xestión e tramitación de

A lei Xeral de Sanidade 14/86, de 25 de abril, establece o dereito dos cidadáns a utiliza-las vías de reclamacións e de propostas de suxestións e a recibir resposta por escrito.

Nesta liña, a recente Lei 41/02, de 14 de novembro, Básica reguladora da autonomía do paciente e de dereitos e obrigas en materia de información e documentación clínica, dispón no artigo 12.2 "facilitarase a tódolos usuarios a información sobre as guías de participación e sobre suxestións e reclamacións".

O usuario, cada vez máis, é coñecedor deste seu dereito, que é visto non só como un dereito a "pataleta", cando algo lles aconteceu nalgún centro de saúde que merece o seu enfado, senon como un xeito de contribuir a que todo poida funcionar un pouco mellor.

As reclamacións constitúen logo, un medio de expresión e participación dos usuarios dos servicios sanitarios. Con elas dannos a coñece-las súas expectativas, necesidades, problemas cos que se atoparon, e en definitiva, amósannos o seu grao de satisfacción cos servicios prestados.

Da análise das reclamacións presentadas poderemos proporcionar unha correcta orientación dos servicios que ofrecemos e tratar de mellorar en todo o que nos sexa posible.

Fai algo máis de 2 anos, creouse nesta Xerencia de Atención Primaria á Unidade de Atención ó Paciente, que trata de canalizar tódalas reclamacións que nos chegan, dar resposta as queixas manifestadas polos reclamantes e finalmente analizar e extraer conclusións das reclamacións presentadas para a toma de decisións a fin de que aquelas situacións non volvan a producirse. Da análise das reclamacións presentadas no primeiro semestre deste ano, poidemos extraer, entre outras, as seguintes conclusións:

- Presentáronse un total de 714 reclamacións, o que supón unha media de 5,8 reclamacións diarias.
- Destas 714 reclamacións, 74 foron remitidas a centros externos a esta Xerencia, principalmente ós centros hospitalarios da nosa cidade: Hospital O Meixoeiro, Complexo Hospitalario Xeral – Cíes e Clínica Povisa.
- Os principais motivos de reclamación son por non substituír ó persoal dos centros de saúde, principalmente médicos, pediatras e matronas; pola dificultade para conseguir liña telefónica co centro para solicitar cita previa, e as demoras na entrada á consulta.
- A media de reclamacións presentadas por cada 1000 tarxetas sanitarias foi de 1,02.
- Os centros de saúde onde máis reclamacións se presentaron foron os de Coia, Tui, Cangas e Moaña.
- O tempo medio de resposta ó reclamante foi de 16 días.

Co fin de dar maior axilidade á tramitación das reclamacións e así poder na maior brevidade posible dar resposta ó usuario así como unha solución, se procede, o seu problema, esta Xerencia elaborou un Protocolo de Tramitación de Reclamacións. Nel descríbense os pasos a seguir no centro de saúde dende que o usuario presenta a súa reclamación ata a tramitación, resposta e actuacións da Xerencia.

PROTOCOLO DE TRAMITACIÓN DE RECLAMACIÓNS TRAMITACIÓN NOS CENTROS DE SAÚDE

1º. ENTREGA DE FOLLAS DE RECLAMACIÓNS ÓS USUARIOS.

O persoal do centro facilitará ós usuarios, cando así o soliciten, o modelo normalizado de folla de reclamación que corresponda segundo a correlativa numeración que aparece na marxe superior dereita das follas.

O usuario pode presentar no centro ben reclamacións que se dirixan contra o propio centro, ou ben que se dirixan contra outro centro de saúde, Hospital ...

O reclamante poderá cubrir nese momento a reclamación, ou ben pode levala con el e entregala nos días seguintes.

O persoal do centro axudará ó usuario na súa cumprimentación e mesmo escribirán a reclamación no caso de que o usuario non saiba escribir seguindo o dictado de éste.

Igualmente tramitaranse as reclamacións que sexan presentadas polos usuarios noutra folla que non sexa no modelo normalizado, grampándoselle unha folla de reclamación no modelo normalizado a fin de que a reclamación leve un número de orde.

Cada un dos modelos de follas de reclamacións consta de tres exemplares: un de cor branca, outro rosa e o outro verde. Cando o usuario presente a súa reclamación, nela poñerase o selo do centro e farase consta-la data de entrada no centro, dándoselle ó usuario o exemplar de cor verde.

En cada centro anotarán no libro de rexistro de reclamacións cada vez que un usuario solicite unha folla de reclamación, os seguintes datos : número de reclamación, nome do reclamante,

e reclamacións dos usuarios

EVA OTERO TENORIO
Atención ó paciente
X.A.P. Pontevedra - Vigo.

número de Seguridade Social e teléfono. Nos centros onde non exista este libro, deberán así mesmo levar un control das reclamacións que se presenten, do xeito que lles resulta máis operativo e cómodo, como podería ser apuntar os datos relacionados anteriormente nun folio cunha tabla na que figuren ditos datos. O centro quedarase sempre cunha fotocopia de cada unha das reclamacións presentadas.

2º.- ENVIO DAS RECLAMACIÓNS PRESENTADAS POLOS USUARIOS Á XERENCIA.

Presentada a reclamación polo usuario procederase, á maior brevidade posible, ó envio das copias branca e rosa á Xerencia acompañadas necesariamente do informe explicativo do xefe de servicio / unidade ou coordinador de servicio e, se é o caso, do persoal afectado na reclamación, debendo obrar na Xerencia no prazo máximo de 20 días. O centro quedarase cunha copia da reclamación e do informe remitidos á Xerencia.

As reclamacións presentadas no centro e que se refiran a centro alleo como poden ser os Hospitais, outros centros de saúde, Dirección Provincial ... remitiranse a esta Xerencia de Atención Primaria á maior brevidade posible e non directamente a tales centros.

3º- INCIDENCIAS

Calquera incidencia que se produza nas follas de reclamacións comunicarase así mesmo á Xerencia no modelo normalizado que aparece como Anexo I, xa se trate do seu extravío, da falta de entrega polo reclamante no prazo de 7 días dende que a levou do centro para cumprimentar na súa casa, da súa inutilización polo usuario no caso por exemplo de que cometera un erro ó cubrila e decidise volver a escribila solicitando unha nova folla, etc ...

4º.- PEDIDOS DE FOLLAS DE RECLAMACIÓNS.

O centro é o responsable de mante-lo stock de follas de reclamacións realizando os pedidos á Xerencia con suficiente antelación, de tal xeito que se garantice en todo momento a inmediata dispoñibilidade por parte do usuario, cando así o solicite, dunha folla de reclamación.

Os centros farán os seus pedidos chamando o teléfono 986.816491/44.

TRAMITACIÓN NA XERENCIA

1º.- PETICIÓN DE FOLLAS DE RECLAMACIÓNS Á DIRECCIÓN PROVINCIAL

A Xerencia é a responsable de mante-lo stock de follas de reclamacións, realizando os pedidos á Dirección Provincial con suficiente antelación, de tal xeito que se garantice en todo momento o seu envío ós distintos centros da área cando éstos o solicitan.

2º.- ENVÍO DE FOLLAS ÓS CENTROS.

Recibida unha petición de follas de reclamacións dun centro, a Xerencia procederá, a maior brevidade posible, o envío das mesmas ó centro peticionario.

Previamente ó envio das follas, a Xerencia comprobará que tódalas follas enviadas ó centro peticionario no anterior envio foron xa recibidas na Xerencia unha vez que foron cubertas polos usuarios, ou ben que se comunicou polo centro unha incidencia/s na/s folla/s, ou ben que as follas que faltan por recibir na Xerencia forman parte do stock do centro.

3º.- TRAMITACIÓN DE RECLAMACIÓNS RECIBIDAS DOS CENTROS

Recibida a reclamación na Xerencia procederase a darlle rexistro de entrada e a recoller na base de datos creada para o efecto os seguintes datos : número de reclamación, centro no que se presentou, data da reclamación, data de entrada no centro, data de entrada na Xerencia, motivo da reclamación, centro e/ou persoal implicado.

No caso de que a reclamación afectase a centro alleo a esta Xerencia de Atención Primaria, remitirase a éste de inmediato facéndoo constar na base de datos de reclamacións e comunicando o traslado por escrito ó reclamante.

Segundo o asunto de que trate a reclamación, ésta será remitida á Dirección de Xestión, Asistencial, Médica, Médica de Atención Continuada ou de Enfermería. A Dirección correspondente procederá á investigación dos feitos utilizando tódolos medios lícitos de que se dispoña para chegar a un coñecemento obxectivo de cal é o problema concreto que se denuncia, persoa/s responsable/s e medidas a adoptar, no seu caso, para eliminar ou palia-lo problema.

Se da información contida na reclamación, do informe da persoa implicada do centro e das investigacións levadas a cabo pola Dirección correspondente, poidera derivarse a esixencia de responsabilidade disciplinaria, enviarase a reclamación e a documentación correspondente ó Servicio de Inspección e Asistencia Sanitaria da Dirección Provincial do Sergas.

No prazo máximo de 30 días dende a recepción da reclamación

na Xerencia, enviarase o enderezo do usuario resposta escrita concerniente ó obxecto da súa reclamación, na que se lle comunicarán as actuacións levadas a cabo e as medidas adoptadas no seu caso.

Na base de datos de reclamacións faráse constar a data de saída da resposta ó usuario, a data de resolución da reclamación e a data de arquivo da mesma así como cantas outras observacións se considere oportuno recoller.

Resolta a reclamación, procederase o seu arquivo, ordenado éste por centros e data de presentación, grampándoselle á reclamación toda a documentación que xerou.

4º.- INFORME DE RECLAMACIÓNS

Semanalmente remitirase á Dirección Provincial do Sergas, informe-resumo das reclamacións que tiveron entrada na Xerencia na semana anterior e actuacións levadas a cabo.

Ó principio de cada mes, comunicarase por escrito á Subdirección Xeral de Inspección Sanitaria da Consellería de Sanidade e Servicios Sociais, ó número de reclamacións presentadas no mes anterior nesta Xerencia e Área así coma nos diversos centros dela dependentes.

5º.- ESTUDIO DE RECLAMACIÓNS

Cada tres meses aproximadamente, elaborarase un informe sobre as reclamacións recibidas nese periodo nesta Xerencia e Área e no que se recollerán os seguintes datos:

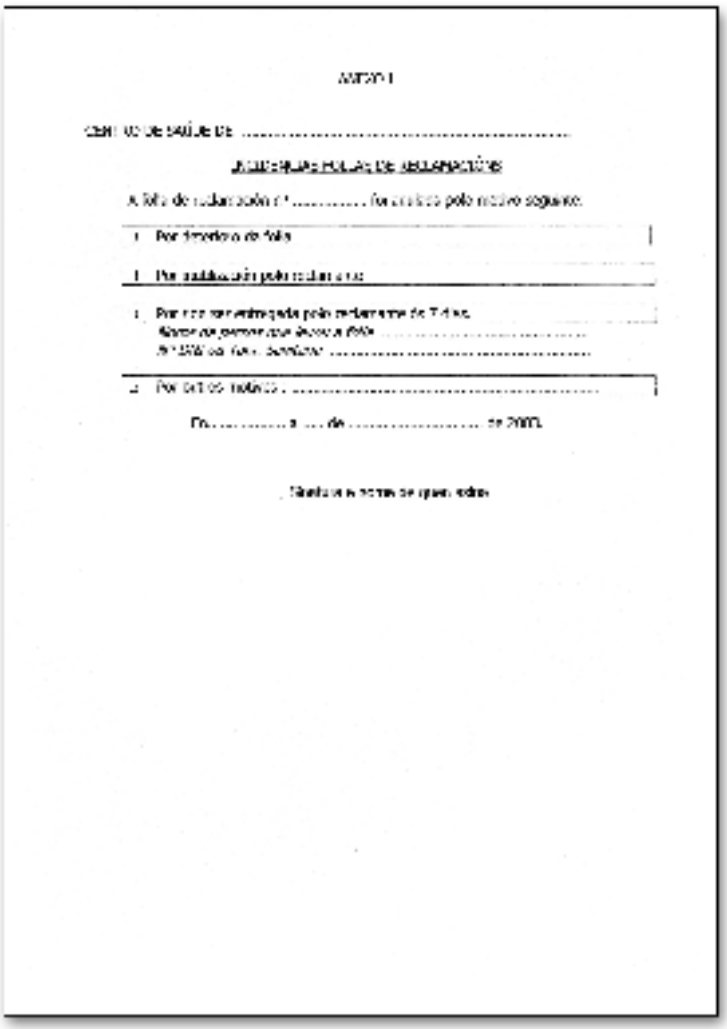
- Número de reclamacións presentadas
- Número de reclamacións remitidas a centros externos
- Número de reclamacións contestadas e pendentes de contestar
- Clasificación de reclamacións por motivos
- Clasificación de reclamacións segundo a Dirección a quen compete a súa investigación e resposta ó reclamante.
- Clasificación de reclamacións por centros afectados.
- Clasificación de reclamacións segundo o tempo de resposta ó reclamante
- Conclusións

Ó comenzo de cada ano elaborarase un informe-conclusións das reclamacións presentadas ó longo de todo o ano anterior, no que se recollerán os datos anteriormente mencionados así como outros relevantes referidos a ese período.

Do dito informe a Xerencia e en particular cada Dirección extraerá as conclusións que lle merecen e adoptarán, no seu caso, as medidas oportunas.

Algúns destes informes publicámolos na páxina desta Xerencia de Atención Primaria (http://xappovi.sergas.es) e tamén poden consultarse na Intranet do Sergas.

No mes de outubro esta Xerencia impartirá dous cursos sobre xestión e tramitación de reclamacións de pacientes en Vigo e un curso en Pontevedra, sendo destinatarios o persoal non sanitario dos centros de saúde dependentes da nosa Xerencia, por ser éstes os que reciben ó paciente na porta de entrada ó sistema, e que desta acollida vai depender, en parte, a súa percepción sobre o servicio que damos, ademais de seren eles os que recollen as reclamacións e suxestións e as tramitan tanto dentro do centro de saúde como na súa remisión á Xerencia.



Estar quemado "Burn-out"

CESAREO BARREIRO SORRIVAS.
Psicólogo X.A.P. Pontevedra-Vigo

En el ámbito laboral, entre los diversos tipos de estrés, aparece de forma harto frecuente el "queme" profesional. Así decimos de tal profesional que "está quemado" o que "se quema", del mismo modo que indicamos tal manera determinada de hacer las cosas como adecuada "para no quemarse".

Personas con un extraordinario interés por su trabajo, con iniciativa y responsabilidad, se descubren a sí mismos en un momento determinado diciendo a sus compañeros: "estoy quemado"

¿En qué consiste eso de "estar quemado" (burn-out)?

El término "burn-out" es una palabra, de importación inglesa, que significa "estar quemado" y cuya traducción más aproximada es "agotamiento". Alude a un tipo de estrés laboral e institucional que se produce generalmente en profesionales que atienden a personas, que mantienen una relación directa y constante con ellas; cuando la relación puede considerarse como "de ayuda" (profesores, médicos, enfermeros) es entonces cuando este tipo de estrés se manifiesta de forma más clara y en su mayor grado.

Los componentes más característicos de este síndrome son:

- "Cansancio emocional" que se caracteriza por una pérdida progresiva de energía, desgaste, agotamiento, fatiga, etc.
- "Despersonalización", que se manifiesta en un cambio a actitudes de tipo negativo y respuestas hacia los demás con irritabilidad y baja motivación o pérdida de interés por el trabajo.
- "Falta de realización personal" con incompetencia personal y respuestas negativas hacía sí mismo y el trabajo.

Como consecuencias más frecuentes se producen:

- Alteraciones emocionales y conductuales.
- Problemas de tipo psicosomático y social.
- Pérdida de eficacia laboral.
- Alteraciones en la vida familiar.
- Absentismo laboral.
- Consumo de psicofármacos, alcohol y otras drogas.

El quemado confía sus quejas continuamente a sus compañeros, los cuales y aún cuando sus quejas fuesen justificadas, terminan por cansarse; ello no hace sino aumentar la desgana. La ira del quemado se dirige hacia jefes y responsables, hacia compañeros y hacia uno mismo y el propio trabajo.

Ya hemos mencionado las profesiones de riesgo, que son, en general, todas las que requieran una relación de atención a personas (máxime si es de ayuda); el queme, por lo tanto, se produce entre los profesionales de la salud, distribuyéndose por todas las categorías (prácticamente todos atienden a personas), si bien pueden señalarse una incidencia ligeramente mayor en el grupo profesional de Enfermería.

¿Qué es lo que lleva al queme?.

Hay multitud de situaciones, más que incidentes determinados, que conllevan este tipo de estrés. El queme se produce en personas de edades diferentes y con diferentes períodos de antigüedad profesional; se manifiesta tras un período de sensibilización que puede durar varios meses o años, en los que se es más vulnerable (novato) pero, por el contrario, se dispone de expectativas más idealistas.

En la adecuada atención al usuario, paciente o cliente, ha de seguirse un trato humano (educado, cortés, humanitario,...), lo cual forma parte del cuerpo de creencias sobre la forma adecuada en la que se deben proveer los servicios; ése trato frecuentemente choca con el que se dispensa en el resto de la organización. Se produce una disonancia en el profesional, o contradicción entre sus creencias y sus actuaciones profesionales cara al paciente y laborales cara al resto de la organización.

La consecuencia habitualmente más importante se parece a la depresión (si no es la misma cosa), cuyo origen, en una interpretación conductual, está en alguna de las situaciones siguientes:

1. Cuando se produce una pérdida importante (de objeto, persona, radicación, trabajo) o disminución en el valor gratificante que poseía.

2. Cuando la cadena de comportamientos que conducen a la gratificación se encuentra rota en alguno de sus eslabones.

3. Cuando la persona no percibe control sobre las consecuencias de su conducta: haga lo que uno haga la consecuencia no varía.

Según esta interpretación, vemos que los profesionales están sujetos a cambios en la percepción e interpretación de su propio trabajo con el paso del tiempo, que pueden hacer perder el valor gratificante inicial (vocacional).

Determinadas, condiciones de trabajo, bastante frecuentes en nuestro medio (por ejemplo: sobrecarga, monotonía, turnicidad, dificultades en medios) suelen conducir a cambios interpretativos sobre uno mismo, su función y su valía. La autosatisfacción y el autorrefuerzo no siempre consiguen suplir la falta de gratificación (cuando no hostilidad, falta de educación o ira) de pacientes (por lo general impacientes), jefes (también) y compañeros (en ocasiones mal acompañados).

Por otra parte el profesional, inicialmente de modo idealista, busca la realización personal mediante su trabajo, que dé sen-

tido a su esfuerzo. Con bastante frecuencia se ve frustrado en obtener un reconocimiento a su labor, no puede poner en marcha alguna iniciativa o no consigue crecer dentro de la organización o en su propio puesto.

Debemos señalar que el queme no tiene su origen exclusivamente en cuestiones económicas o salariales; si bien muchos quemados en su discurso señalan estos aspectos, ello suele ser debido al fenómeno conocido como "regresión por frustración": cuando en la jerarquía de necesidades (pirámide de Maslow) se ve frustrada la satisfacción de un nivel, se produce un deseo exagerado en intentar satisfacer las necesidades de niveles anteriores.

En el ámbito de la Administración Pública es notorio el descuido de diversos aspectos gratificadores "que no cuestan dinero" (todos de eficacia probada), como el reconocimiento, el ascenso, el cambio de tareas, la asignación de responsabilidades, el estímulo de iniciativas de mejora.... Demasiado a menudo, la consecuencia de ese descuido es un terreno productor de "mala hierba" que fomenta una "cultura funcionarial" (que se perpetúa a sí misma) y cuyo resultado es el "burn-out"; por ejemplo: si una persona se incorpora a la organización y muestra alguna iniciativa, sus compañeros le dirán (al igual que les han dicho a ellos tiempo ha): "¡¿para que te matas si al final no te lo van a agradecer?!", o "¡ya aprenderás...!". En otro supuesto, si el profesional que hace cosas diferentes y adecuadas para un mejor servicio, necesita medios diferentes, se encontrará la conocida musiquilla de la "cultura de empresa": "aquí todos somos iguales; si tú tienes eso, yo también" o "¿por qué a ti sí y no a todos?". Si a pesar de las dificultades el profesional decide seguir adelante, notará que "hacer las cosas bien" significa "aumento de trabajo".

Entre las posibles actitudes por parte de los profesionales, encontramos que algunos se "adaptan" a la cultura, descubriéndose a sí mismos, al cabo del tiempo, en la tarea y afán de adoctrinar del mismo modo a otros (o repercutiendo hacia los usuarios su frustración); otros intentan automotivarse, realizando cambios, buscando apoyo en compañeros, esquivando en lo posible dicha "cultura"; otros, sencillamente, "se queman".

Estamos convencidos que, si bien unos son los "quemados", existen innegables y abundantes indicios de un elevado grado de "tueste" en los "adaptados".

¿Se puede hacer algo?

A diferencia de otros problemas de comportamiento como las adicciones, el que está quemado no se niega a reconocerlo; es más, en poco tiempo uno consigue verlo sin que se lo diga nadie; uno mismo "se lo nota", "lo sufre" y lo comunica como primera señal en busca de cierta ayuda o, cuando menos, comprensión por parte de los demás.

Existe en el queme una responsabilidad compartida por todos (al igual que en muchos otros problemas de la organización), que podríamos concretar en varias circunstancias:

De forma habitual, los profesionales dirigen sus demandas hacia gratificaciones de tipo monetario (por supuesto legítimas) olvidando, por el contrario, las motivacionales o de crecimiento, manifestando cierta frustración en la satisfacción de necesidades de otros tipos, como una "regresión por frustración".

La "cultura", que repetidamente hemos señalado, depende, por supuesto, de la Dirección, pero también del resto del personal en cuanto a su mantenimiento: lo que pensamos, decimos, hacemos y como respondemos a los otros no es algo innato, está sujeto a cambios y éstos en gran medida están bajo el control de nuestra voluntad.

Creemos que el abordaje adecuado de este problema no debe hacerse exclusivamente desde el plano estrictamente individual, pues existen elementos y factores estructurales importantes que deben ser atendidos. No debemos ver al "quemado" tan solo como a un enfermo al cual debe aplicarse un tratamiento.

El deseo de mejora profesional, tener iniciativas que busquen mayor calidad, o disponer de áreas de responsabilidad reconocidas, son conductas denostadas por la mentada "cultura de empresa"; no apreciamos en ellas, no obstante, enfermedad alguna, siendo más bien la propia "cultura", la que da muestras de decrepitud.

Sabemos que para el quemado es difícil apreciar la "realidad" como los demás, o siquiera poner en práctica determinada solución; sin embargo podríamos hacer algunas cosas cuando nos "sentimos quemados":

- Intentar "reciclarnos": buscar nuevos alicientes en nuestro trabajo y aspectos gratificadores parciales y fuera de él, cambiando alguna filosofía, poniendo en práctica aficiones olvidadas, dedicar algo más de tiempo a la familia.....
- Realizar cambios (en tareas, en el lugar de trabajo, en el grupo de compañeros)
- Mejorar nuestra formación profesional o cultural (novedades, técnicas, cursos, ..).
- Intentar hacernos menos combustibles buscando "protección ígnífuga", mejorando habilidades, tales como:

  - negociar mejor nuestras funciones, tareas y objetivos.

  - aprender a decir que "no", ante determinadas propuestas y tareas laborales que sabemos que nos desbordan.

  - mejorar nuestras relaciones y nuestro control emocional.

  Como ejercicio de reestructuración, podemos apreciar el lado positivo: el queme nos sirve para reorientar nuestra trayectoria profesional (corregir rumbo).

Cuanto antes veamos los "síntomas", antes trataremos de poner algún remedio; todo antes que "adaptarnos"..... mientras podamos evitarlo.

CENTROS DE SAÚDE

C. S. de Caldas de Reis

MARTA DÍEZ DE ANGULO
Xefa U.A.P. de Caldas de Reis.

Caldas de Reis es un municipio situado a 20 Km de Pontevedra, en dirección a Santiago de Compostela, que acoge las parroquias de Carracedo, San Andrés de Cesar, San Clemente, Saiar, Bemil, Godos, Arcos da Condesa, Stª Maria y Santo Tomás de Caldas. Entre ellas se distribuyen 9.254 habitantes en una superficie de 68,5 Km2.

Poseedora de dos puentes romanos por los que pasan las aguas de los ríos Umia y Bermaña así como calzadas del mismo origen, cuenta también con una riqueza arquitectónica románica en las diversas iglesias de su municipio. Así, tenemos la iglesia caldense de Santo Tomás, construída en parte con la piedra de la derruida Torre de Doña Urraca (que fue residencia de la madre del rey Alfonso VII), así como con dos balnearios, que hacen de Caldas una importante estación termal y descanso de peregrinos en su camino hacia Santiago.

Este municipio fué cuna de reyes y tierra de nobles familias, de afamados roscones, pan de manteca y aguardientes; cuenta con excelente paraje y jardín junto al que corre el río Umia; declarado en 1962 parque pintoresco, con frondoso y apacible bosque, a su lado se sitúa el Centro de salud de Caldas de Reis.

La historia de nuestro Centro de Salud comienza en 1981 en lo que habían sido las antiguas escuelas del municipio, en un precario edificio que en esa fecha comenzó a funcionar como ambulatorio, con 3 médicos generales, 1 pediatra, 1 matrona y 1 ATS. Seis años después, fué necesario un doble traslado (a un deteriorado piso de alquiler primero y a los antiguos juzgados después) para que pudiera realizarse una primera reforma del edificio que además de renovarse en su estructura y ganase una segunda planta, incorporó a su plantilla un ATS más y un celador.

El 16 de Diciembre de 1996 nuestro centro comenzó a funcionar como U.A.P. y como P.A.C., asumiendo nuevos pacientes de los municipios de Cuntis, Portas y Moraña, aunque pronto resultó insuficiente de nuevo, por lo que hubo que asumir una segunda reforma estructural, con traslado provisional incluído, que culminó con la inauguración del nuevo y actual C. de Salud.

La U.A.P. de Caldas pertenece por tanto al S.A.P. de Caldas que está compuesto por:

- C.de S. de Moraña: con 2 médicos generales, 1 ATS y 1 celador.
- UAP de Portas: con 2 médicos generales, 1 ATS y 1 PSX.
- UAP de Cuntis: con 3 médicos generales,1 pediatra (compartido con Moraña y Portas), 3 ATS y 1 PSX.

La UAP de Caldas dispone del personal siguiente:

5 médicos generales, 1 pediatra, 5 ATS, 1 auxiliar, 1 matrona, 3 PSX y 4 celadores. Distribuídos en horario de mañana y de tarde (1 médico, 1 ATS, 1 PSX).

Según el censo de población de 2001 (fuente INE), el PAC da cobertura a una población de 19.606 habitantes mayores de 14 años, así como a una población infantil de 2.891 niños menores de 14 años lo que representa a un total de 22.497 habitantes.

Nuestro Hospital de referencia es el CHOPO (Complexo Hospitalario de Pontevedra), distinguiéndose el Hospital Provincial, donde se derivan niños de hasta 15 años, así como patología obstétrica, embarazos y partos y el Hospital de Montecelo, que asume el resto de patologías en pacientes que superan los 15 años de edad.

Nuestro centro de derivación para consultas de segundo nivel asistencial es el Centro de Especialidades de Mollabao en Pontevedra.

Como Unidades de Apoyo contamos con Servicio de Rehabilitación y

Salud Bucodental ubicados en el municipio de Vilagarcía de Arousa, mientras que la radiología se realiza a diario y sin cita en el Hospital Provincial de Pontevedra.

Contamos con informatización tanto de la cita previa como de la cita para consultas de especialistas.

En nuestra unidad, la matrona colabora con los médicos realizando citologías en controles de salud, así como en embarazadas y en el postparto.

Existe una estrecha colaboración y comunicación con el Servicio de Hematología del Hospital Montecelo en el control de la anticoagulación oral de nuestros pacientes, realizándose la extracción sanguínea por parte del personal de Enfermería y siendo recogido el resultado y el plan terapéutico en menos de 5 horas en el mismo centro.

En relación a nuestras actividades formativas y docentes, éstas se han visto complementadas recientemente con la implantación de sesiones con el "enlace consultor": especialistas que nos acercan a las patologías más prevalentes y de mayor interés para nosotros.

En cuanto a la actividad asistencial, nuestros cupos han sido sustancialmente reducidos, y con ello suponemos mejorada la calidad asistencial de nuestros pacientes, gracias a la reciente incorporación a nuestra unidad de un nuevo médico y 1 ATS en horario de tarde, de tal forma que la asignación media de nuestros cupos es, en la actualidad, de 1600 tarjetas por médico.

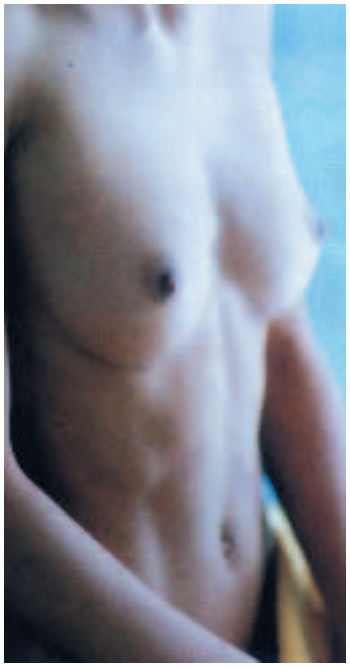
Las patologías atendidas, tanto en el centro como en los domicilios por médicos y ATS, son las propias de una población rural, frecuentadora y "suficientemente envejecida": abundante cronicidad, terminales, accidentes laborales y de tráfico (dada la ubicación del municipio y su proximidad a la autopista A-9); en verano se produce un incremento de la asistencia al peregrino y al turista de balneario.

Es la nuestra una población generosa que, a menudo, obsequia con lo que su trabajo les da: "ovos da casa", "polo de corral", "viño do país" o "augardente da casa".

Como proyectos de futuro, este mismo mes contaremos ya con la informatización de las consultas, y con el tiempo, esperamos se ubique en nuestra Unidad otras de apoyo, como Fisioterapia o Salud Bucodental, aunque para ello habrá que ir pensando en acometer una tercera reforma de ampliación del centro, mejorando espacios que ya se quedan pequeños como las salas de archivo, de espera y de reuniones.

Resultados do programa galego de detección precoz do cancro de mama na área norte de Pontevedra 1993-2001

ALEJANDRO L. IGLESIAS DÍAZ DE ULLOA
Técnico de Saúde de Atención Primaria. Área de Pontevedra.



O cancro de mama é a causa máis frecuente de cancro entre as mulleres nos países desenvolvidos, así como a primeira causa de morte por cancro nestes mesmos países [1.]

En Galicia en 1999 rexistráronse 18.27 mortes por 100.000 habitantes [2], mentres que no resto do Estado a mortalidade foi de 21.42 por 100.000 habitantes [3].

Estes datos indican que o cancro de mama segue a ser un problema prioritario ó que hai que enfocar tódolos esforzos de prevención.

É ben coñecido que este é un tipo de cancro de etioloxía multifactorial, de xeito que entre os factores de risco máis importantes atópanse a idade, os antecedentes familiares de cancro de mama, a ausencia de lactancia materna, a menarquía precoz, a menopausa tardía, a terapia estroxénica, etc., e tamén o é que o principal método para pelexar contra esta enfermidade é a prevención secundaria e dentro dela a detección precoz a través, principalmente, da proxección mamográfica (tanto estándar como dixital), xa que a supervivencia da paciente está moi ligada ó estadio da enfermidade no momento do diagnóstico.

Actualmente en Galicia dispoñemos dun moi bo programa de detección precoz do cancro de mama, que abrangue ás mulleres de 50-64 anos (como se recomenda mundialmente [4]) citadas cada dous anos, aínda que cada vez valórase máis amplia-lo rango de idade das mulleres ata os 69 anos.

O programa de detección precoz de cancro de mama na Área Norte da provincia de Pontevedra comenzou a súa andaina no ano 1993 coas consultas da Unidade Fixa, ubicada na Delegación de Sanidade da cidade de Pontevedra. En 1995 comenzou a funciona-la Unidade Móbil cunha cobertura provincial.

As lecturas das mamografías realizadas na Unidade de Exploración (ubicadas tanto nas Unidades Fixas coma nas Móbiles) lense nas Unidades de Avaliación radiolóxica que no caso da provincia de Pontevedra está ubicada no Complexo Hospitalario de Pontevedra (CHOP).

A xestión das Unidades de Exploración están centralizadas na Unidade de Coordinación Central, ubicada na Delegación de Sanidade da Coruña.

Se o resultado da lectura mamográfica presenta indicios patolóxicos, ás mulleres que lles corresponden estas mamografías son enviadas cun informe de valoración clínica adicional, para o seu diagnóstico e tratamento á Unidade de Diagnóstico e Tratamento (formada polas consultas de cirurxía e xinecoloxía) que lles corresponde polo seu concello de residencia. No caso da Área Norte estas Unidades están integradas no CHOP e no CHUS (Complexo Hospitalario Universitario de Santiago). O caso concreto do CHUS débese ó feito de que algúns concellos da Área Norte da provincia de Pontevedra (Valga, Pontecesures, A Estrada, Silleda, Lalín, Vila de Cruces, Agolada, Rodeiro e Dozón) teñen a atención especializada na Área de Santiago de Compostela.

1. Na táboa que se mostra a continuación pódense ver , por concellos da Área Norte, os seguintes datos [5] [6]:

2. O número de campañas desenvolvidas nese concello. Convén sinalar que a primeira vez que se cita ás mulleres dun concello considérase 1ª campaña. As campañas sucesivas se derivan da citación cada dous anos das mulleres dese concello. Así se se citan 4 veces serían 4 campañas.

3. A data de inicio da campaña nese concello.

4. O tipo de Unidade de Exploración empregada.

5. O nº de mulleres convidadas a participar no programa.

6. O nº de mulleres exploradas.

7. A porcentaxe de participación.

8. A porcentaxe de mulleres citadas nas Unidades de Diagnóstico e Tratamento.

9. O número de casos de cancro de mama detectados polo programa, na Área Norte, por cada 1000 mulleres exploradas (1993-2000)

* A Illa de Arousa en realidade leva 3 campañas, pero só unha como concello independente, xa que as outras dúas se fixeron cando formaba parte do concello de Vilanova de Arousa.

** En Pontevedra se está a facer a 4ª campaña, pero aínda non rematou polo que non hai datos polo de agora.

Táboa n.º 1 - Datos por concello da Área Norte 1993-2001

CONCELLO	Nº CAMPAÑAS	DATA INICIO	TIPO UNIDADE EXPLORACIÓN	MULLERES CONVIDADAS	MULLERES EXPLORADAS	% DE PARTICIPACIÓN	% CITADAS NAS UDT
Agolada	3	Xuñ-96	Móbil	1031	584	56.6	3.8
Barro	3	Dec-95	Fixa	880	692	78.6	5.5
Bueu	3	Mai-94	Fixa	3099	2491	80.3	4.5
Caldas	4	Dec-94	Fixa	2830	2190	77.3	5.3
Cambados	3	Set-95	Fixa	3172	2633	83.0	5.6
Campo Lameiro	3	Out-94	Fixa	682	578	84.7	6.1
Catoira	4	Dec-94	Fixa	1136	943	83.0	4.7
Cerdedo	3	Marz-96	Fixa-móbil	683	436	63.8	5.3
Cotobade	3	Nov-94	Fixa	1277	1052	82.3	4.2
Cuntis	4	Out-94	Fixa	2102	1627	77.4	4.1
Dozón	3	Mai-96	Móbil	584	273	46.7	3.0
Estrada (A)	3	Set-96	Móbil	5976	4820	80.6	5.2
Forcarei	3	Marz-96	Fixa-móbil	1514	1148	75.8	5.7
Grove (O)	3	Febre-96	Fixa-móbil	2190	1744	79.6	6.4
Illa de A.	1*	Xuño-00	Fixa	363	311	85.6	2.8
Lalín	3	Nov-95	Móbil	4861	2495	71.8	4.4
Lama (A)	3	Out-95	Fixa	950	515	54.2	7.3
Marín	3	Marz-94	Fixa	5612	4336	77.2	4.3
Meaño	3	Nov-95	Fixa	1396	1063	76.1	3.5
Meis	3	Febr-95	Fixa	1446	1091	75.4	5.6
Moraña		Maio-95	Fixa	1188	927	78.0	5.6
Poio	3	Set-94	Fixa	2995	2356	78.6	5.4
Ponte Caldelas	3	Set-94	Fixa	1318	933	70.8	3.6
Pontecesures	4	Out-94	Fixa	740	506	68.3	5.0
Pontevedra	3**	Set-93	Fixa	15911	11712	73.6	4.3
Portas	3	Febre-95	Fixa	965	778	80.6	6.1
Ribadumia	3	Nov-95	Fixa	1036	838	80.8	4.1
Rodeiro	3	Maio-96	Móbil	1005	711	70.7	3.7
Sanxenxo	3	Dec-95	Fixa	3747	3032	80.1	4.3
Silleda	3	Xuño-96	Móbil	2290	1659	72.4	3.9
Valga	4	Nov-94	Fixa	1970	1404	71.2	4.8
Vila de Cruces	3	Xuño-96	Móbil	2005	1273	63.4	3.5
Vilaboa	3	Xuño-94	Fixa	1376	1205	87.5	3.6
Vilagarcía	3	Febre-95	Fixa	7127	5200	72.9	5.8
Vilanova	3	Maio-95	Fixa	3390	2868	84.6	4.8
Total A. Norte				***88847***	***66424***	***74.8%***	***4.7%***

Número de casos de cancro de mama detectados polo programa, na Área Norte, por cada 1000 mulleres exploradas (1993-2000) ***3.8%***

BIBLIOGRAFÍA:

1. Ferlay J. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the European Union 1997. CancerBase nº. 4. Lyon: IARCPress; 1999.
2. Dirección Xeral de Saúde Pública. Mortalidade en Galicia 1980-1999. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade; 2002.
3. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Mortalidad por cáncer en España. 2002.
4. Instituto de Salud Carlos III. MSC. Cribado poblacional del cáncer de mama mediante mamografía. Madrid. AETS. 1995.
5. Dirección Xeral de Saúde Pública. Guías de S.P. Informe 4. 2002.
6. Unidade fixa de cancro de mama. Delegación de Sanidade. Pontevedra. 2003.

ALIMENTACIÓN

JOAQUÍN SAN JOSÉ ARANGO. UAP de Bembrive.
CORO SÁNCHEZ HERNÁNDEZ. UAP de Villagarcía.

Mitos y Dietas alternativas(II)

¿La dieta disociada adelgaza? ¿Es peligrosa la dieta vegetariana? ¿Qué son los alimentos macrobióticos?

En el anterior artículo de esta revista comentábamos algunos de las creencias erróneas sobre nutrición más difundidas. En éste abordaremos, de manera somera, las dietas alternativas utilizadas para adelgazar que tienen mayor popularidad entre el público.

Dieta vegetariana: ¿peligrosa?

La dieta vegetariana estricta (veganismo) se compone exclusivamente de alimentos de origen vegetal. La mayoría de los vegetarianos no siguen esta dieta tan restrictiva y la complementan con leche y huevos: es la llamada dieta ovo-lácteo-vegetariana. En principio los regímenes vegetarianos no se concibieron para adelgazar sino como formando parte de cierto estilo de vida. Sin embargo, algunas personas la utilizan para perder peso. En teoría, es posible igualar el aporte energético de esta dieta con el de una omnívora (dieta clásica) pero, en la práctica, esto no sucede así, ya que la densidad energética de los alimentos de origen vegetal es sensiblemente inferior a la de los alimentos procedentes de los animales. El obeso que se vuelve vegetariano estricto puede perder peso si sigue la dieta rigurosamente. No obstante, una dieta exenta de alimentos de origen animal puede provocar una carencia de hierro y vitamina B12, así como de proteínas de alto valor biológico, lo que conlleva a la larga problemas de salud como desnutrición y anemias. Por todo ello, no se puede considerar a la dieta vegetariana como la más recomendable para tratar la obesidad.

Dieta disociada: ¿ayuda a adelgazar?

Representan el perfecto ejemplo de dietas, en principio inofensivas, basadas en conceptos equivocados. Consideran que el consumo de proteínas e hidratos de carbono como los cereales, legumbres, hortalizas, etc., debe realizarse en comidas separadas, es decir, deben "disociarse". Los defensores de este tipo de dietas aducen que los carbohidratos requieren un medio de absorción básico y las proteínas uno ácido. Además, piensan que la naturaleza se encarga ya de separar las proteínas de los hidratos de carbono y las grasas pueden consumirse con cualquiera de los dos principios inmediatos ya que se consideran "neutras". Estas justificaciones son contrarias a los conocimientos actuales de la fisiología de la digestión. En primer lugar, el tubo digestivo humano está capacitado para digerir y asimilar sin problemas alimentos con las más variadas proporciones de proteínas y carbohidratos. Por lo tanto, es un error creer que el aparato digestivo tenga la menor dificultad en absorber los distintos macronutrientes en una misma ingesta.

El principio de no mezclar en una misma comida alimentos ricos en glúcidos con otros ricos en proteínas conlleva la obtención de platos poco suculentos, con lo que se consumen menos calorías. La monotonía de estas dietas puede conducir, tras una pérdida inicial de peso, a un abandono de la misma, por lo que distan mucho de ser las más idóneas para adelgazar a largo plazo.

Dieta macrobiótica: ¿qué es y en qué consiste?

Se trata, en el fondo, de una forma extrema de dieta vegetariana. Clasifica a los alimentos en dos categorías: alimentos Yin (pasivos) y alimentos Yan (activos). Una correcta alimentación se conseguiría con un equilibrado balance entre ambos tipos. El sistema macrobiótico se basa en 10 dietas secuenciales: las cinco primeras incluyen cantidades decrecientes de alimentos de origen animal y las 5 restantes son exclusivamente vegetarianas, con cantidades crecientes de vegetales. En las últimas fases se consumen alimentos exclusivamente de origen vegetal. Además, desde el inicio de la dieta se aconseja una reducción importante del consumo de agua.

Al disminuir progresivamente la cantidad de calorías ingeridas se consigue una reducción del peso corporal. Asimismo, la monotonía de esta dieta conduce a consumos menores de alimentos. Sin embargo, presentan el mismo peligro de malnutrición proteica e hipovitaminosis que las dietas vegetarianas estrictas. Otro de los problemas que pueden darse es el de producirse una deshidratación con insuficiencia renal, potencialmente mortal. Se han descrito casos de retraso del crecimiento en niños e incluso muerte por inanición. Por todo ello se desaconseja este tipo de dietas, tanto en personas con problemas de sobrepeso como en personas con normopeso.

Dietas hiperproteicas

En ellas se excluyen cualquier tipo de alimentos que contengan hidratos de carbono: patatas, pastas, arroz, verduras, frutas y azúcar. Así se produce una movilización de las reservas grasas del organismo para compensar la falta de glucosa. La utilización de esta grasa produce la formación de cuerpos cetónicos en la sangre que la persona experimenta en forma de

astenia y mareos al principio, náuseas y vómitos si persiste el déficit de glucosa y coma con riesgo de muerte al final. A simple vista no parece una forma saludable de adelgazar.

Ante un mismo consumo energético no se ha demostrado que un cambio en las proporciones de los macronutrientes (glúcidos, lípidos y proteínas) pueda provocar una disminución del peso. Es decir, lo que importa es la cantidad de calorías ingeridas más que su calidad a la hora de plantearse una dieta para adelgazar.

Conclusiones

Una pauta dietética que prescinda de algunos de los macronutrientes corre el riesgo de acabar produciendo una ingesta insuficiente de nutrientes esenciales para el organismo. Estas dietas alternativaas son, por lo tanto, desequilibradas y si se siguen durante largos periodos de tiempo pueden ser nocivas para la salud. Además, no enseñan a los pacientes a cambiar sus hábitos dietéticos ni su estilo de vida de forma permanente, tal y como debe hacerse en una enfermedad crónica como la obesidad.

Entonces, ¿qué podemos comer? ¿cuál es la mejor dieta para tratar la obesidad?

Actualmente, en una dieta sana y equilibrada, se aconseja consumir cada día:

- cereales y legumbres: 6-10 raciones
- frutas y zumos de frutas: 2-4 raciones
- verduras y hortalizas: 3-5 raciones
- carne, pescados y huevos: 2-3 raciones
- grasas y aceites: menos de 80 g
- azúcar, dulces y golosinas: con moderación.

Equivalencias:

- Una ración de cereales equivale a 40-60 g de pan, 30-40 g de bollos o galletas.
- Una ración de legumbres equivale a 100-150 g de judías, garbanzos, lentejas, etc.
- Una ración de frutas equivale a una pieza de manzana, pera, naranja, plátano, etc. o a 100-150 g de zumo.

- Una ración de verduras equivale a 200-250 g de acelgas, espinacas, lechuga, etc.
- Una ración de hortalizas equivale a 200-250 g de patatas, tomates, zanahorias, etc.
- Una ración de carne o pescado equivale a 100-150 g o a 50 g de huevo.

Esto en cuanto a cantidad y frecuencia de ingesta. En cuanto a calidad un 55-60% de las calorías ingeridas debe provenir de los hidratos de carbono, preferentemente en forma de carbohidratos complejos (cereales, patatas, arroz). Las grasas contribuirán en menos del 30% al total energético. Se aconseja que estos lípidos provengan en su mayor parte del aceite de oliva (grasas monoinsaturadas) y de los aceites de semillas y pescados azules (grasas poliinsaturadas). Es recomendable reducir el consumo de carnes rojas ricas en grasas saturadas, y alcohol. En este sentido, se considera saludable no superar la ingesta de 4 unidades de alcohol al día en los hombres (4 cañas de cerveza o 4 vasos de vino) y la mitad en mujeres.

Obesidad: ¿podemos hacer algo?

El tratamiento dietético de la obesidad es un tema complejo que debe plantearse desde un enfoque multidisciplinar que implique la participación de varios profesionales de la salud: médico de familia, enfermería, y, en casos de obesidad mórbida, de otros niveles asistenciales como el endocrinólogo o el cirujano. El paciente obeso necesita una orientación dietética especializada y un considerable esfuerzo personal. Parte de la responsabilidad de la alta tasa de fracasos en el tratamiento de la obesidad recae en el profesional al que acude el paciente obeso, que a veces no es capaz de conjugar las expectativas del paciente con la realidad de un esfuerzo continuo y a largo plazo, realmente toda la vida, por parte de los dos. Es cierto que la relación profesional-paciente hace que los resultados obtenidos al principio de la dieta sean esperanzadores. Sin embargo, con el tiempo, se enlentece la pérdida de peso y en algunos casos se invierte. La frecuente baja autoestima de estos pacientes, unida a la sensación de impotencia ante el gran esfuerzo requerido para reconducir el tratamiento conduce a un abandono del mismo. La consecuencia habitual es que los pacientes acaben por creerse cualquier propuesta milagrosa que se le ofrezca a través de los medios de comunicación o de sus amistadas o familiares, por muy increíble que parezca.

Para poder escapar a este callejón sin salida se necesita divulgar una información correcta basada en conocimientos científicos actuales. El pilar del tratamiento de la obesidad reside en reducir la ingesta de calorías mediante una dieta hipocalórica y aumentar el gasto energético a través del ejercicio físico. Una vez restablecido el peso ideal se debe instaurar una dieta isocalórica que evite al máximo los alimentos con alta densidad energética (grasas y azúcares refinados) junto con el mantenimiento de una actividad física razonable.

Bibliografía

1. Campero B, Fisac C, Zambón D, Coronas R, Ros E. Alimentación y obesidad: mitos y dietas alternativas. Medicina Integral 1998;(32)7:295-304.

2. Castillo M, León M, Naranjo JA. Creencias erróneas sobre alimentación. Medicina General 2001;33:346-350.

3. Requejo A, Ortega R. Nutriguía: manual de nutrición clínica en Atención Primaria. Madrid: Editorial Complutense, 2000.

ROTAS DE INTERESE:

Na procura do Santo Graal:

Pedrafita do Cebreiro

Grande, pequeno, maxia, natureza, prehistoria, Graal, Templarios, camiño, meta, misterio e claridade: ¿pode existir un lugar onde se mesturen todas estas cousas?. Imos botar unha ollada por outra rota de interese.

No medio das serras orientais de Galicia, entre as terras dos Ancares e as do Courel está situado o municipio de Pedrafita do Cebreiro.

Cunha altitude que vai dos 1000 ós 2000 m., Pedrafita do Cebreiro é un dos lugares máis elevados de Galicia con montañas suaves e unha paisaxe ondulada, formada por vales e montañas. O Cebreiro constitúe un paso natural; a porta de entrada en Galicia.

No Cebreiro nacen dous ríos: o Navia, que ten a súa orixe na Serra do Piornedo e finaliza no Cantábrico, e o Lor, que nace nas estribacións da Serra do Courel e leva súas augas ata o Sil do que é afluente.

O escudo de Galicia ten no medio un cáliz, que certos estudiosos din que reflicte o antigo culto dos primitivos habitantes de Galicia: os ártabros. Outros autores identifican a copa co Graal da lenda; en Pedrafita do Cebreiro a lenda cobra realidade nunha copa existente nunha igrexa (Santa María A Real), que tamén ten o seu milagre: o milagre do Santo Graal: un día de forte temporal de neve chegou á igrexa un veciño que nunca faltaba á misa; nese momento estaba oficiando un monxe de Aurillac, que xa tiña consagrada a Hostia e o Cáliz, e cando veu chega-lo paisano exclamou: 'cual viene este otro con una tan gran tempestad, y fatigado, a ver un poco de pan y vino'; e nese momento, ante os ollos do monxe de pouca fe, a hostia converteuse en carne e o viño en sangue (ambalas dúas cousas se conservan). Este suceso datado no ano 1300 tivo unha gran repercusión para o Cebreiro. Por este motivo, o santuario obtivo diversas bulas papais e privilexios reais; tamén, como consecuencia do milagre, o escudo de Galicia e o de Lugo incorporaron como símbolo o cáliz do Santo Graal.

Malia que a orixe desta reliquia dátase na Idade Media, esta copa forma parte da lenda do Santo Graal, en razón da súa localización. O mesmo nome do Cebreiro podería ter súa orixe no mítico Can Cerbero de tres cabezas que protexe a porta do Hades (inferno), o acceso á sabedoría, mesmo á propia reliquia; para poder cruza-la porta é preciso vence-lo; poñamos que o can mitolóxico representa as dificultades do camiño, da climatoloxía, ou a loita interior contra de un mesmo.

Durante o período romano discorreron por estas terras algunhas vías que co paso do tempo rematarían por se converter en parte do Camiño de Santiago e do Camiño Real. Debido ó paso do Camiño de Santiago por esta zona, construiríase, a mediados do século IX, o mesón-hospital para os peregrinos; fundado polos monxes bieitos ó lado do santuario de Santa María a Real. A historia deste municipio estivo moi relacionada co mosteiro. A Raíña de España Isabel a Católica, pregrinou ata o santuario de Sta. María (que logo pasou deste xeito a denominarse "A Real"), pois cando estaba encinta tivera problemas no embarazo da súa filla Juana, o que nos da idea da importancia que tiña o Santuario daquela. Xa no ano 1858 a desamortización obrigou ós monxes a abandonalo.

Construída no século IX, conserva no seu interior unha imaxe románica sedente da Virxe do Cebreiro (último tercio do século XII). Tamén é interesante a pía bautismal do século IX que servía para realiza-lo sacramento do bautismo por inmersión e un crucifixo pertencente ó século XII. De este enclave que tamén funcionou como hospital e hospedaría de pelegríns, e do antigo mosteiro, soamente queda a devandita igrexa, cuxo color rosado do interior recorda os dous incendios de 1450 e 1641. No interior conservanse as ábsidas prerrománicas rectangulares e as capelas de San Bieito e a do Santo Milagre que alberga a talla románica da Virxe do Cebreiro relacionada co famoso milagre

Na aldea de Temple atopamos a necesaria relación cos Cabaleiros da mesma Orden, os templarios, ós cales se atribue a busca do Graal.

Outras igrexas de interese son a do Hospital, dunha sóa nave con presbiterio de arco triunfal e bóveda de medio punto. No frontes ten unha torre ca parte inferior formando un soportal con catro piares de

mampostería e catro vanos de medio punto de xeito que adquire a tipoloxía característica das igrexas de montaña lucenses, como a de O Cebreiro, construídas a base de lousa e con escasa ornamentación exterior.

A igrexa de Lousada ten imaxes barrocas de San Pedro e San Pablo así como varias tallas de interese e dous retablos neoclásicos un ca imaxen da Virgen e o Neno do século XVI. A de Louzarela conserva unha talla do século XVI e a de Zanfoga ten tres naves, cruceiro, sancristías e no frontes un adro cuberto; no interior conserva un retablo renacentista e dous releves, unha ca imaxe de Nosa Sra. do Carme e a outra representando o inferno; destaca, así mesmo, unha cruz parroquial de prata repuxada do século XVII flordelisada, con medallóns nos brazos e alma de madeira.

Ademais do patrimonio eclesiástico, podemos facer mención ó antigo hospital de pelegríns fundado no século IX por San Giraldo de Aurillac e hoxe mesmo destinado a hospedería. Sen embargo, o máis salientable do municipio, ademais da súa riqueza natural, é a singular arquitectura popular. As pallozas son posiblemente as construccións máis antigas da península. Toda a arquitectura rural da zona destaca pola harmonía co contorno. O poboado de O Cebreiro está catalogado como "Conxunto monumental" debido a súas típicas construccións (as "pallozas"), unha das cales convertida hoxe en o Museo Etnográfico de O Cebreiro recórdanos súas antigas funcións como casa e lugar para garda-lo gando, ó tempo que amosa todo tipo de mobles, de apeiros de labranza, teares e diversos útiles de gran interese etnográfico. O illamento e as duras condicións de vida de seus habitantes ten favorecido o xurdimento dunha artesanía popular e eminentemente práctica. Utilizando a materia prima ó seu alcance, os habitantes desta comarca montañosa, conseguiron conservar unha artesanía típica, constituída por obxectos ata hai pouco imprescindibles para a vida na alta montaña: colchas e roupas tecidas nos antigos teares ou apeiros de labranza elaborados polos ferreiros. Sen dúbida, esta visita achegaranos, un pouquiño más, ás raíces da Galicia esencial. Pode ser que, cando veñamos de volta, nos decatemos de que xa non somo-los mesmos.

FESTAS:

Santo Milagre e Virxe do Cebreiro (8 e 9 de setembro); San Antón (13 de Xuño).

GASTRONOMÍA:

Dí o refrán: "Para comer Lugo". O apartado gastronómico e toda unha referencia para o visitante. A cociña destas terras de alta montaña pode calificarse como caseira e está baseada nos productos naturais, típicos da zona: derivados do porco (lacón con grelos, cabeza de porco con cachelos, touciño asado e androllas), queixos de elaboración tradicional e exquisitas sobremesas a base de castañas, noces ou mel.

XANTAR:

CASA NÚÑEZ:
Fonfría, Est. de Samos-Pedrafita Pedrafita do Cebreiro. 982 161335
MESÓN SANTA MARÍA DE POIO:
Poio, 3. Pedrafita do Cebreiro. 982 367167 / 982367091
PAZOS:
Avda. de Castela. Pedrafita do Cebreiro. 982 367085

ALOXAMENTO:

HABITACIONES FRADE
Casa Frade, 20 (O Cebreiro). Pedrafita do Cebreiro. 982 367104
HOSPEDERÍA O´PEREGRINO
Observatorio, 1. Pedrafita do Cebreiro. 982 367164
HOSTAL REBOLLAL **
Castela, 22. Pedrafita do Cebreiro. 982 367115
HOSTAL RESIDENCIA POIO *
Poio, 3. Pedrafita do Cebreiro. 982 367167
HOSTAL R. SAN GIRALDO DE AURILLAC**
O Cebreiro. Pedrafita do Cebreiro. 982 367125
CASA JAIME
Liñares. Pedrafita do Cebreiro. 27670. 982 367166.
CASA VALIÑA
Cebreiro. drafita do Cebreiro. 671. 982 367182 / 982 367125
CASA TEIXEIRO
Seixo, 26. Pedrafita do Cebreiro. 27673. 982 151362
CASA CAROLO
O Cebreiro. Pedrafita do Cebreiro. 27670. 982 367168
CASA DE GAYO
Louzarela. Pedrafita do Cebreiro. 27672. 982 161580
CASA DE RODRÍGUEZ
Sabugos - Padornelo. Pedrafita do Cebreiro. 27670. 982 367162
CASA FRADE
O Cebreiro. Pedrafita do Cebreiro. 27670. 982 367104 / 982 367198
CASA GALEGO
Fonfría do Camiño - Fonfría. Pedrafita do Cebreiro. 27671. 982 161461
CASA NÚÑEZ
Fonfría do Camiño - Fonfría. Pedrafita do Cebreiro. 27671. 982 161335
CASA RAMOS
Louzarela. Pedrafita do Cebreiro. 27672. 982 161910
CASA VILLASOL
Louzarela. Pedrafita do Cebreiro. 27672. 982 161333
VENTA CELTA
O Cebreiro, 21. Pedrafita do Cebreiro. 27671. 982 367137 / 639 305745

Novas Notas Breves

ENTERÁMONOS POLA PRENSA...

No último número da "Revista Galega de Actualidade Sanitaria" que edita FEGAS, atopamos dous artigos nos que descubrimos ó noso persoal.

O artigo que se titula "Diabetes tipo 2: epidemia del siglo XXI" está escrito polo noso compañeiro e colaborador nesta revista F.J. García Soidán, Xefe de Servicio de O Porriño e unha das persoas mais expertas en España no tema da diabete.

Noutro artigo na mesma revista co título. "Comisiones de Farmacia y Terapéutica en Estructuras de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma de Galicia" participan dous farmacéuticas: I. Rey Gómez-Serranillos do S.A.P. de Teis (Vigo) e N. Iglesias Álvarez do S.A.P. de Lérez (Pontevedra)

Esta fainos sentir boas vibracións pois, logo que xa, a revista de FEGAS comeza a amosar temas e profesionais da Atención Primaria, (ademais de nosa provincia).

ENTERÁMONOS POLA PRENSA ...

Atopamos a nosa compañeira Filo

VS Vida Social Gallega

VIPS DE GALICIA

Hace casi treinta años fundó en Vigo con otros nueve compañeros el famoso grupo musical A Roda, que ha grabado diez discos de canciones populares gallegas y ha recorrido con éxito varios países de Europa y América

Fito Domínguez y Filo Dourado

El matrimonio Domínguez Dourado, en el corredoiro Nova da Gaiz

El primer disco del grupo A Roda, el de 'O miudiño' y 'Pousa, pousa', recibió el Premio da Crítica en el año 1978

Trabajó en los astilleros vigueses de Vulcano, Barreras y Astano y hoy se dedica en exclusiva a la música

PARA GUSTOS

ARTES Y LETRAS

GASTRONOMÍA

OCIO

LUGARES

NOMBRES PROPIOS

ESTACIÓN

FRASE O REFRÁN

INFORMACIÓN DE CURSOS:

Nesta programación de cursos estase a informar a tódolos centros, mediante arquivos enviados por correo electrónico ós Xefes do Servicio, dos programas, listados e indicencias das actividades formativas.

Nas probas realizadas vése que entréganse as mensaxes a 62 destinatarios, pero no mellor dos casos (en 10 envíos) foron leídos por 20 de eles.

Como queremos mellorá-la xestión da Formación Continuada e o correo electrónico constitúe un instrumento áxil e rápido, vos pedimos (ós Xefes de Servicio), que abrade-lo correo electrónico ou enviedes un enderezo alternativo doutra persoa do voso Centro (PSX) que poda abri-los arquivos e transmiti-la información. Deste xeito evitanse moitos problemas de comunicación, como sobrecarga, retraso, ou non poder establece-lo contacto cas persoas interesadas nas actividades programadas.

Gracias pola colaboración de todos.

APERTURA DO NOVO CENTRO DE SAÚDE DO CASCO VELLO

Nestas vistas amosamo-lo aspecto do novo CS do Casco Vello en Vigo, recentemente inaugurado

ENTERÁMONOS POLA PRENSA ...

No xornal "El Correo Gallego" de 31/08/2003, atopamos unha nova sobre presentación de teses doutorais; nunha delas descubrimos á nosa compañeira no C.S. de Vilagarcía e colaboradora desta revista, Coro Sánchez Hernández na exposición de súa teses doutoral. Dende esta revista queremos felicitar á nova doctora. Parabéns.

Vida Social Gallega 5

VIDA ACADÉMICA

Nuevos doctores de la universidad

ACTISORB* Plus 25
Malla Bactericida de Carbón y Plata
"La primera malla bactericida, para el cuidado de heridas"
CON CUPÓN PRECINTO
Cód. Nal.: 491936

O CONSELLEIRO DE SANIDADE PRESIDIU A TOMA DE POSESIÓN DO DIRECTOR PROVINCIAL DO SERGAS

IRENE PAZO MANZANO. Xª de Prensa da Dirección Provincial de Pontevedra SERGAS

Vigo, 8 de setembro do 2003. O conselleiro de Sanidade, José Mª Hernández Cochón, estivo hoxe en Vigo onde presidiu a toma de posesión dos novos cargos directivos do SERGAS na provincia de Pontevedra; a do director provincial, Jesús Vázquez Almuiña, e a do xerente do Meixoeiro, Carlos Paz Miño. No transcurso do acto inaugural o conselleiro subliñou o papel da dirección provincial do SERGAS como "elemento coordinador, xa que esta provincia aglutina algunha das áreas sanitarias máis puxantes e dinámicas de Galicia".

Hernández Cochón, que estivo acompañado pola delegada de Sanidade, Dolores Pan, e por altos cargos dos servicios centrais da súa consellería, tivo palabras de eloxio para as persoas que hoxe asumían novas responsabilidades dos que dixo que "son homes ben preparados, dialogantes, capacitados e, sobre todo, ilusionados"

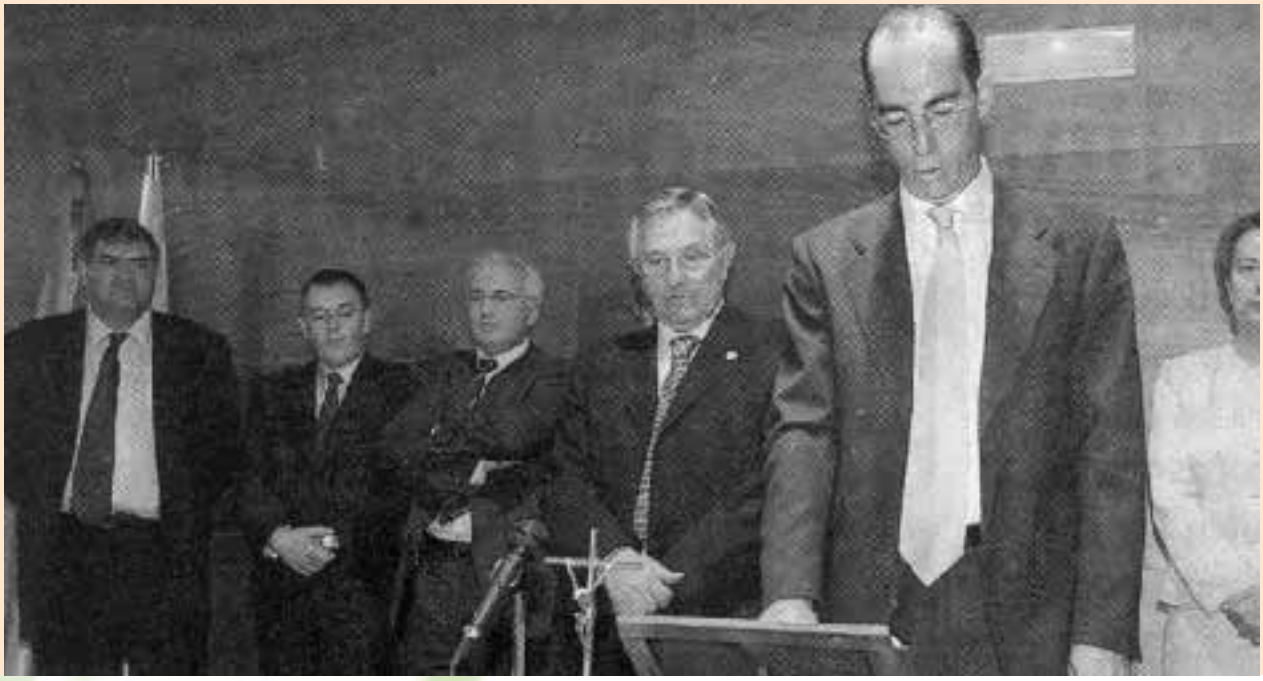
Tamén quixo o titular do departamento sanitario galego dedicar unhas palabras ó Hospital do Meixoeiro, do que subliñou as súas grandes potencialidades "sendo un hospital non só de presente, senón, sobre todo é un hospital de futuro".

En canto as súas primeiras palabras como director provincial, Jesús Vázquez Almuiña pediu a colaboración de tódolos profesionais, equipos directivos dos centros de atención primaria e especializada da provincia para "entre todos seguir traballando para dar unha reposta axeitada e de calidade ás necesidades sanitarias da poboación".

Vázquez Almuiña, de 41 anos, é natural de Baiona e residente en Vigo. Licenciado en Medicina e Cirurxía pola Universidade de Santiago de Compostela, é especialista en Medicina Familiar e Comunitaria pola Unidade Docente de Segovia. Desde xaneiro do 2001 ata actualidade o doutor Vázquez Almuiña ocupaba a Xerencia do Hospital Meixoeiro.

Con anterioridade, desenvolveu distintos postos directivos e de xestión nas institucións sanitarias. Así, ademais da realización de actividades asistenciais hospitalarias, foi xefe do Servicio de Recepción e Xestión de Pacientes do Policlínico de Vigo S.A. (POVISA) e Coordinador dos Servicios de Arquivo e Documentación Clínica e Atención ó Paciente do devandito centro(1997-98). Posteriormente foi médico e Coordinador do Servicio de Admisión, Documentación Clínica e Atención ó Paciente do Hospital Meixoeiro (1999-2001).

Ademais no seu curriculum cabe subliñar que é Máster en Dereito Sanitario pola Universidade de A Coruña e Experto Universitario en Admisión e Documentación Clínica pola Universidade Complutense de Madrid.



FARO DE VIGO 09/09/2003

Melloras nas retribucións e condicións de traballo

INCREMENTOS RETRIBUTIVOS 2004-2006 ATENCIÓN PRIMARIA

Médicos familia Pediatras, Odontólogos	3.150 €
Farmacéuticos e Técnicos saúde	3.150 €
A (ns)	1.700 €
B (s)	500 € (Complemento Acordo) 300 € (Atención Domiciliaria) Revisión da productividade variable: garantías para a súa percepción
B (ns)	1.350 €
C	1.200 €
D	1.100 €
E	1.050 €

(ns) non sanitario
(s) sanitario

- Acordo 2003 supón un crecemento retributivo maior que o Acordo do 2001. Acumulados os incrementos nos cinco anos supoñen unha suba do 22% ó 24%.

- Remuneración fixa e lineal por categoría no cálculo da productividade.

- Constituirase unha comisión de traballo para a adaptación do sistema de contaxe a TIS (tarxeta individual sanitaria) na que participarán as organizacións asinantes do acordo co fin de garantilo sistema máis beneficioso para o persoal.

ACORDO SINDICAL 2003

A División de Recursos Humanos do Sergas chegou a un acordo con CESMSAT-SE, CIG, SAE e UXT sobre mellora das retribucións e condicións de traballo dos profesionais do SERGAS, que supón un importante esforzo orzamentario.

O Acordo aplicarase no mes de xaneiro de 2004.

- As retribucións dos profesionais do SERGAS sitúanse nunha 5ª posición con respecto ós 17 servicios de saúde (unha vez aplicados tamén os seus acordos retributivos) situándose por encima de comunidades autónomas con maior carestía da vida.
- Persoal médico de familia, odontólogos e pediatras: mesma contía de incremento que para facultativos de atención especializada. Incremento en concepto fixo e distribución lineal.
- Estudiaranse fórmulas de acceso retribuídas para os profesionais de cupo ós programas de obxectivos. Manterase o sistema de contaxe actual.
- Persoal de enfermería: Incremento de 500 € en concepto fixo e lineal (productividade fixa), ademais, en tanto non se proceda a revisión da productividade variable, garantirase a percepción, cómo mínimo, das contías a conta. Prevese retribución adicional de 330 € por prestación en réxime ordinario de atención domiciliaria.
- Os auxiliares de enfermería obteñen a mellor subida sobre a media, reducindo en máis de dous tercios a diferencia que existía antes do Acordo co resto dos servicios de saúde.
- O persoal da función administrativa, no primeiro ano de execución do Acordo, acada e supera as retribucións das categorías homólogas da Administración pública de Galicia, con substanciais diferencias ó remate do Acordo, entre 1.000 e 3.000 € (grupo D e grupo A).
- O persoal del grupo E ten o maior incremento retributivo desde as transferencias situándose nun 9%.
- Regulamentación das xefaturas: provisionalidade no actual desempeño. Propostas para a súa regulación que prevexan efectos económicos.
- Acción social: dotación adicional dos fondos. Nova configuración e participación sindical no reparto.
- Antes do remate do 2006: carreira profesional para os profesionais de formación non universitaria e persoal de xestión e servicios xerais. Resto de categorías de formación universitaria: carreira profesional en desenvolvemento de normativas específicas.
- Ordenación funcional dos cadros de persoal.

A páxina web de Atención Primaria

BEATRIZ PIÑEIRO LAGO

Xa contamos con páxina web propia da Xerencia de Atención Primaria de Pontevedra-Vigo.

O enderezo de Internet para acceder a ela é

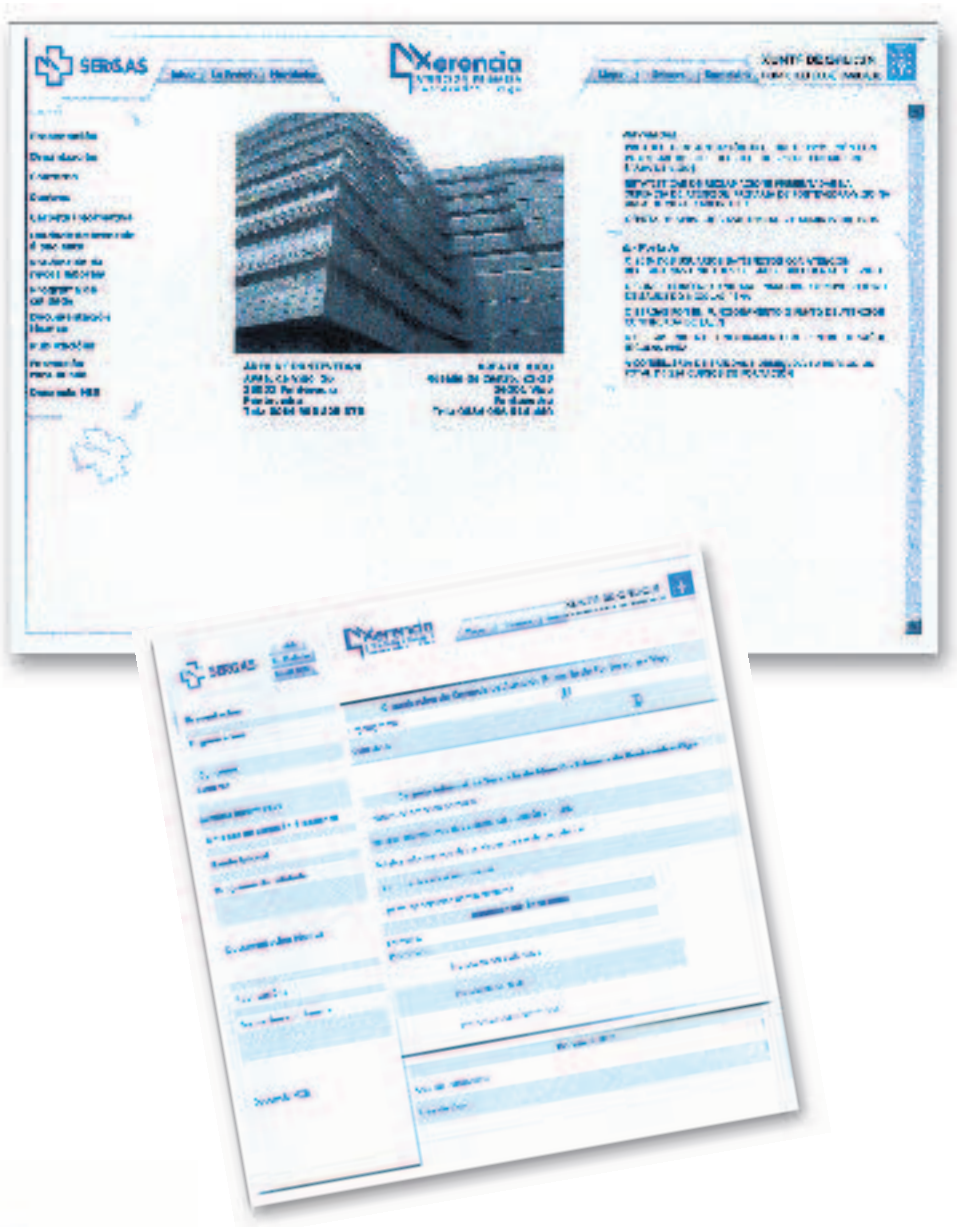
http://xappovi.sergas.es

Esta páxina web nace para mellora-la estratexia de comunicación interna da Xerencia cos seus profesionais.

Desexamos que a páxina se configure ademais como espacio aberto para o desenvolvemento de foros de discusión, salientando a súa utilidade coma canle de suxestións de profesionais e pacientes, así como de información permanente e actualizada da oferta de actividades de formación continua coordinadas pola Xerencia.

Neste mesmo soporte non pode falta-lo acceso a documentos de especial transcendencia dentro da organización, como son a memoria anual da Xerencia, o protocolo de actividade e os protocolos clínicos e administrativos entre outros.

Amosamos algúns dos contidos que podemos atopar ó navegar pola nosa web.



CORRECIÓN DE ERROS:

No número anterior, debido ós trasnos que teñen por costume facer as súas trasnadas no prelo, non figura o autor do artigo "Introducción ó índice Kappa", que non é outro que o noso colaborador e amigo o doutor D. Alejandro Iglesias Díaz de Ulloa; pedímoslle desculpas por este erro, alleo á nosa vontade.

Tamén atopamos outro erro (argallado polos mesmos trasnos, sen dúbida) na páxina 27, pois na última alínea figura a palabra "JUSTIFICACIÓN", que non ten xustificación algunha, senón que pertence á seguinte páxina, como título do primeiro párrafo. Desculpas de novo, sobre todo ós autores do traballo, alumnos de 3º da Escola de Enfermería do Meixoeiro-SERGAS.

Gracias pola vosa comprensión.

ACTISORB* Plus 25
Malla Bactericida de Carbón y Plata
"Reduce el número de bacterias en la herida y facilita la cicatrización"
CON CUPÓN PRECINTO
Cód. Nal.: 491936

Acto de despedida

da promoción 2000-2003

O día 27 de xuño deste ano a las 17:30 no Centro Cultural Helios de Bembrive (ó que queremos agradecer a cesión do local), levóuse a cabo o acto de despedida dos M.I.R. de MfeC das Unidades Docentes de Pontevedra e Vigo.

Acudiron M.I.R. da promoción 2000-2003, tutores, coordinadora da U. D. de Pontevedra, secretaria e equipo directivo.

O programa do acto foi o seguinte:

A inauguración do acto correspondeulle á coordinadora da Unidade Docente de Pontevedra Dra. Dª Susana Aldecoa Landesa, en representación das dúas U.U. D.D.

Unhas palabras de despedida, ós residentes que finalizaban seu período formativo, correron ó cargo do xerente, D. Ángel Martín Santos.

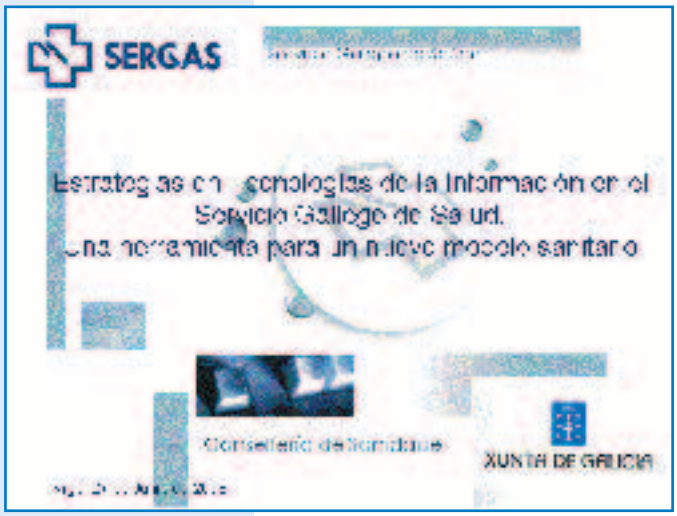
O acto central foi a conferencia que pronunciou D. Enrique Paseiro Pardal, sobre "Estratexias das Tecnoloxías da Información no Servicio Galego de Saúde", na que se amosaron as novidades que veñen no mundo informático aplicado á Sanidade. Ó remate da conferencia polo interese do tema levouse a cabo un coloquio entre o ponente e os asistentes. Nas fotografías que aparecen nesta páxina, hai distintas tomas dos asistentes ó acto.

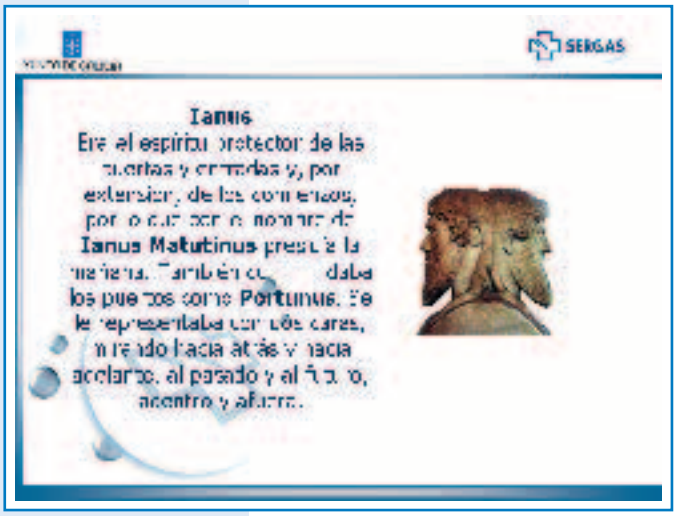
A continuación, mediante distintos membros do equipo directivo procedéuse a entrega de Certificados ós MIR.

De seguido os asistentes departiron xuntos nun pequeno acto de confraternidade no cal, por parte da Cafetería da Sociedade, servíuse un aperitivo.

Estratexias das Tecnoloxías da Información no S. Galego de Saúde

Conferencia de D. Enrique Paseiro Pardal





D. Enrique Paseiro Pardal, Xefe de Servicio de Informática do SERGAS, foi convidado pola Xerencia para o acto de clausura do fin da promoción 2000-2003 de Médicos Especialistas en Medicina Familiar e Comunitaria. A súa intervención consistiu nunha conferencia titulada: ***"Estratexias das Tecnoloxías da Información no Servicio Galego de Saúde"*** . O interese do tema e a súa importancia nas tarefas profesionais fíxose notar na posterior participación nunha rolda de preguntas comentarios e respostas, na que tamén participou o Xerente D. Ángel Martín Santos.

Logo de explicar a importancia e a evolución dos sistemas de Información e súa aplicación no eido da saúde, o Sr. Paseiro abordou o tema mais novidoso e trascendente, para o traballo dos profesionais: a Historia Clínica Informatizada.

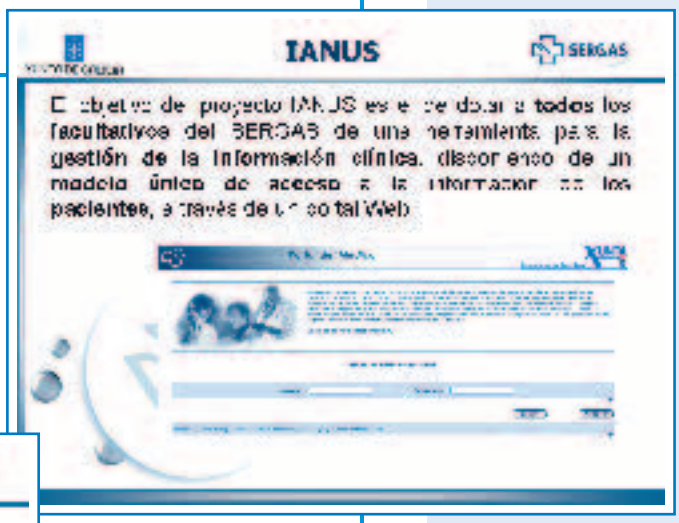
Para evita-la dependencia doutras entidades o SERGAS proponse facer un desenrolo propio para dispoñer do historial de cada paciente, incluíndo distintos soportes como imaxe, voz, textos,....

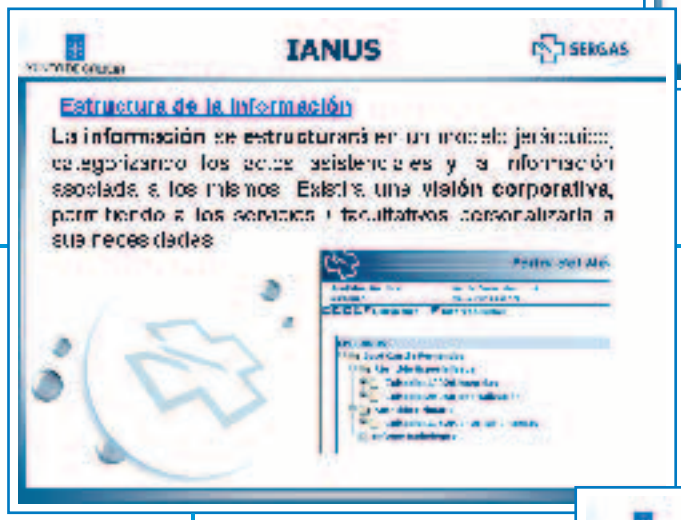
Un punto forte e importante é a accesibilidade da información por parte dos profesionais, mediante clave, que garante o acceso restrinxido e a confidencialidade.

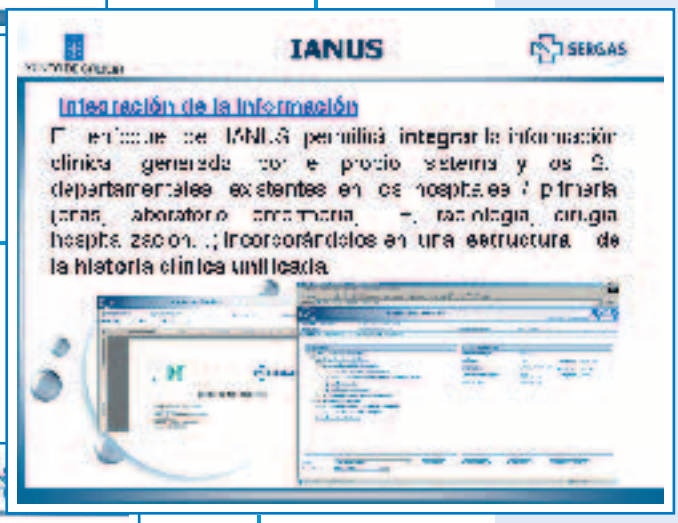
O historial clínico recolle todolos contactos mantidos polo paciente cos distintos servicios de saúde públicos.

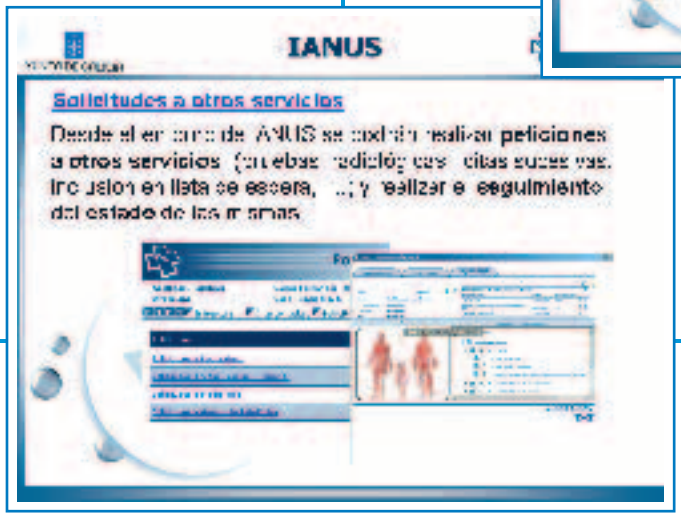
O impacto desta nova tecnoloxía non será somente económico, aforrando costes, senón que tamén incidirá nunha mellor comunicación entre niveis profesionais (tradicionalmente un dos problemas mais importantes sinalados polos médicos de Atención Primaria), polo tanto mais facilidade na sú labor, así como na calidade final dos servicios que se prestan.

A novidade chámase "IANUS", tal e como se explica nas imaxes, procedentes da presentación gráfica da conferencia, cedidas xentilmente polo conferenciante.


IANUS
SERGAS


IANUS
SERGAS
Estructura de la información


IANUS
SERGAS
Integración de la información


IANUS
Solicitudes a otros servicios

Relación de la Asociación de Asma Bronquial con alergia y atopía en la consulta pediátrica del centro de salud de Anafans-Poio Pontevedra

Mª DEL CARMEN COLLAZO MÉNDEZ
JUAN LUIS PASTOR MORALES
ISABEL REGINA CASTRO VÁZQUEZ
ANA MARÍA RODRÍGUEZ VILARIÑO

OBJETIVOS:

PRINCIPAL: Estudio descriptivo para conocer prevalencia de asma en una población pediátrica de la consulta de un centro de salud.

SECUNDARIOS: Conocer la coexistencia de asma y atopia; asma y alergia y la asociación de estas tres variables en dicha población.

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO, PERTINENCIA:

En las últimas tres décadas se ha podido constatar que el asma al igual que otras enfermedades relacionadas con ella como la rinitis alérgica y dermatitis atópica han aumentado en todo el mundo. Se ha especulado con la posibilidad de que algunos cambios introducidos en la sociedad moderna justificarían este aumento. El mismo está en relación con ciertos factores ambientales desde la contaminación a la dieta y al estilo de vida. El asma infantil está estrechamente relacionado con la exposición al humo de tabaco.

Según algunos autores, los factores genéticos pesan más que los ambientales en el desarrollo del asma infantil.

Las observaciones sobre prevalencia de asma en niños llevadas a cabo con la misma metodología han arrojado resultados diferentes según el área geográfica estudiada.

España junto con el resto de Europa occidental, América latina y sudeste asiático tiene una prevalencia media de 7 a 14%. En el área noroeste de nuestro país (Galicia, Asturias y León) se registra el mas alto índice regional de asma.

Se sabe que una gran parte de los pacientes asmáticos presentan los primeros síntomas en la infancia (mas de 60% antes de los 5 años) y solo uno de cada diez asmáticos los desarrollan en la vida adulta, aunque no están claros los motivos.

Durante la infancia las niñas tienen menor riesgo de desarrollar asma que los niños. En la adolescencia las cifras se igualan para los dos sexos.

El pronóstico sobre la evolución futura de estos niños está relacionado con la intensidad del proceso, por ello es fundamental controlarlo lo antes posible y evitar que se agrave por falta de tratamiento oportuno.

La intervención precoz en el niño asmático bien tratado contribuye a que la enfermedad se mantenga en estado leve y a que desaparezca espontáneamente en el adulto, como sucede el 60-65% de los casos.

Una estrategia que ha demostrado ser más efectiva que la convencional a la hora de reducir exacerbaciones e ingresos hospitalarios es el tratamiento de la causa subyacente del asma en lugar de tratar los síntomas.

ÁMBITO:

Población pediátrica nacida en el período comprendido entre 1/1/88 y 30/4/03 que cumple criterios clínicos de asma, controlados en una consulta del Centro de Salud de Anafans-Poio, Pontevedra.

MÉTODOS:

Variables a estudio:

Cuantitativas discretas:

- Nº historia (fecha de nacimiento)
- Edad de inicio (años)

Dicotómicas:

- Sexo (f /m)
- Vivienda (rural/urbana)
- Animales domésticos (si/no)
- Exposición humo de tabaco (si/no)
- Antecedentes familiares: asmáticos (si/no), alérgicos (si/no), atópicos (si/no)
- Antecedentes personales: edad inicio asma (0-15años), rinitis (si/no), conjuntivitis alérgica (si/no), atopia (si/no)

Cualitativas:

- Espirometría basal: (normal/obstrucctivo/no)
- Radiografía de torax: (normal/alterada/no)
- Radiografía de senos paranasales: (normal/alterado/no)
- Radiografía lateral de faringe: (normal/alterado/no)

Dicotómicas:

- Elevación de eosinófilos en sangre periférica (si/no).
- Presencia de eosinófilos en moco nasal (si/no).
- Existencia de parásitos en heces (si/no).
- Elevación de IgE total (si/no).
- Pruebas de alergia / rast:
- Epitelios (si/no)
- Ácaros (si/no)
- Pólenes (si/no)
- Mohos (si/no)

Se realizó revisión de los historiales clínicos de los pacientes catalogados como asmáticos (75 en total) de una consulta pediátrica que atiende una población de 1, 039 niños, nacidos entre el 1-1-1988 y el 30-4-2003.

En estos 75 historiales se realizó búsqueda de los datos de las variables a estudio. Con 69 de estos, se realizó una base de datos, referente a las variables a estudio (las 6 historias restantes se excluyeron por diversos problemas de disponibilidad en la documentación).

Se estudiaron:

a) la prevalencia del asma entre los pacientes de esta consulta.

b) la frecuencia de cada una de las variables a estudio en este grupo de pacientes,.

c) la asociación entre Atopia y Alergia a cada tipo de alergeno (pólenes, ácaros, epitelios y hongos)

RESULTADOS:

a) La prevalencia de Asma en nuestra población de estudio es del 7,22%.

b) La frecuencia de cada una de las variables estudiadas en el grupo de asmáticos es la siguiente:

SEXO:	**Masc: 55,1%**	**Fem: 44,9,1%**
Vivienda	Rural 82,6 %	Rural 17,4 %
Animales Domésticos	Si 60,9 %	Si 39,1 %
Exposición a humo tabaco	Si 62,3 %	Si 37,7 %

ANTECEDENTES FAMILIARES:

* de asma	No 50,7 %	Si 49,3 %
* de alergia	No 73,9 %	Si 26,1 %
* de atopia	No 94,2 %	Si 5,8 %

ANTECEDENTES PERSONALES:

* inicio sistema asma	4 años 69,4 % 5	11 años 30,2%
* rinitis	No 63,8 %	Si 36,2 %
* conjuntivitis	No 81,2 %	Si 18,8 %
* atopia	No 79,7 %	Si 20,3 %

PRUEBAS DIAGNOSTICAS:

* espirometria	Normal 29,4 %	Obstructivo 8,9 %	No 61,8 %
* rx torax	Normal 48,5 %	Neumonía 8,8 %	No 42,6 %
* rx de senos p-n	Normal 23,5 %	Sinusitis 10,3 %	No 66,2 %
* rx cavum	Normal 11,8 %	H. adenoid 30,9 %	No 57,4 %

* eosinofilia en sangre	Si 42 %	No 58%
* parásitos en heces	Si 0 %	No 100 %
* eosinifilia en moco nasal	Si 16,2 %	No 83,8 %
* elevación de IgE total	Si 39,1 %	No 60,9 %

PRUEBAS DE ALERGIA:

* ácaros	Si 37,7 %	No 62,3 %
* polenes	Si 26,1 %	No 73,9 %
* epitelios	Si 10,1 %	No 89,9 %
* hongos	Si 4,3 %	No 97,7 %

C/ Asociación entre ATOPIA y ALERGIA a:

Ácaros	3 casos
Pólenes	4 casos
Epitelios	1 caso
Hongos	1 caso

CONCLUSIONES:

- La prevalencia de asma en nuestra pablación de estudio es del 7.22%.

- La frecuencia de cada una de las variables estudiadas en el grupo de asmáticos se muestran en el abstract.

- La asociación entre asma con alergia y atopia en la muestra estudiada no aporto datos relevantes.

- Mencionar que tanto la prevalencia, edad de inicio de síntomas, exposición a humo de tabaco, antecedentes familiares de la población estudiadas se acercan a los registrados en las literaturas consultadas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Downs SH, et al. Continued increase in the prevalence of asthma in Atopy. Arch Dis child 2001, 84; 20-23.

2. Ssteerenberg PA, et al. Environmental and lifestyle factors may act in concert to increase the prevalence of respiratory allergy including asthma. Clin Exp Allergy 1999; 29: 1304-1308.

3. Asher MI, et al. Worldwide variations in prevalence of asthma symptoms: the InternationalStudy of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Eur Respir j 1998; 12: 315-335.

4. Marco R, et al. Differences incidence or reported asthma related to age in men and vomen. Am J Respir Crit Care Med 2000; 162: 68-74.

5. Pérez-Yarza. El 60% de los niños con asma no sufrirá la enfermedad en la edad adulta. Rev JANO Dic 2002.

6. M. Bosque García; y col. El humo del tabaco se asocia con un aumento en el numero de casos y con la severidad del asma en los niños. Rev Medicine Oct.1999.

7. García Moran. La prevalencia del asma infantil en España aumenta dos puntos en los últimos ocho años y se sitúa en el 10%. Rev JANO Mayo 2002.

8. C. Calvo Rey y col. La historia familiar de asma se asocia con el desarrollo de episodios de obstrucción bronquial a largo plazo. An Esp Pediatr 2001; 55: 511 – 516.

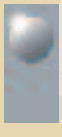
9. Lau et al. Early exposure to house-dust mite and cat alletgens and development og childhood asthma: a cohort study. Rev The Lancet Oct. 2000.

10. Platts-Mills et al. Sensitisation, asthma, and a modified Th2 response in children exposed to cat allergen: a population-based cross-sectional study. Rev. The Lancet Marzo 2001.

11. Dennis et al. Exposure to dogs and cats in the first year of life and risk of alergic sensitization at 6 to 7 years of age. Rev JAMA Ago 2002.

12. Sporik R. et al. Exposure to house dust mite allergen and the development of athsma in cheildhood. N Engl J Med 1990.

13. Skadhauge LR, et al. Genetic and environmental influence on asthma. Eur Respir J 1999.


ACTISORB* Plus 25
Malla Bactericida de Carbón y Plata
"La primera malla bactericida, para el cuidado de heridas"
CON CUPÓN PRECINTO
Cód. Nal.: 491936

Horror-óscopo

POR EL HIJO DE NOSTRADAMUS

Las predicciones que hace nuestr@ vidente, atinadas o no, tan sólo tienen como pretensión el entretenimiento constituyendo un motivo de paz y relax para todos. No se mantendrá correspondencia ni se atenderán peticiones particulares sobre el porvenir.

- Ojo al dato: La lluvia en Sevilla una maravilla (o algo así).
- Gran escándalo. ¿Será por el éxito de venta?: se publica un libro sobre un personaje relevante de un partido político español (no podemos afirmar que sea de izquierdas, pero tampoco de derechas).
- Esta es buena (creemos): Extraordinario acontecimiento relacionado con el "Año Santo Xacobeo" se producirá en Galicia, con gran contento y satisfacción de la población, que ya era hora.
- Gran Colapso en la red (ataque a Internet), traerá consigo su replanteamiento y crecimiento aunque sin abono.
- ¡Para que vamos a cortarnos!: estos últimos meses del año serán de mucha catástrofe. Terremotos, incendios, accidentes de gran envergadura y otras difíciles de precisar pero a todas ellas viene bien la palabra hecatombe.
- ¿Quién dijo que la guerra se acabó?. Habrá más guerra (y no estamos hablando de D. Alfonso). Digamoslo en plural y acertaremos mejor.
- Respecto a los signos del zodíaco, observamos en cuanto al tema económico: mal Libra (no el euro, pero a ver como se libra) y Leo bien (aunque también escribo y traduzco).

dibujo cedido por gentileza de FELIX TOJAL DEL CASERO

Novos virus e Saúde Pública

ALEJANDRO L. IGLESIAS DÍAZ DE ULLOA
Técnico de Saúde Atención Primaria Pontevedra

Hai pouco tempo coñecimos unha nova enfermidade viral, que conseguíu cambalea-la orde interna sanitaria, económica e social de moitos países e por extensión a súa orde mundial. As súas consecuencias para a saúde humana foron centos de mortos e milleiros de infectados. O inimigo, un novo virus coñecido como o virus da Pneumonía Atípica Asiática , responsable da nova enfermidade infecciosa xa coñecida mundialmente como a Síndrome Respiratoria Aguda Severa (SRAS).

Este novo virus pasa a ocupar por méritos propios a súa cadeira na Academia dos virus de infectividade a nivel mundial. Os seus compañeiros de salón máis destacados son o VIH, a Hepatite C, o Ébola, a Gripe aviar, o Nipah, o Nilo occidental, o Hantavirus e o Hendra. En resumo, unha mala compañía para calquera que se precie.

A pesar de que o mecanismo de reproducción dos virus (célula-vector) non fai pensar na posibilidade de expansión a grande escala, o seu modo de actuar deixa claro que isto non foi nin é un impedimento para a súa colonización planetaria. De xeito que xa poderiamos ir pensando que os maiores inimigos da humanidade non son, probablemente, a falta da capa do ozono, os efectos secundarios dunha guerra nuclear ou o cambio climático, senón a grande cantidade, emerxente e incontrolable dos virus deste, e quen sabe se doutros mundos.

O ser humano, que domina o planeta, que o quere ter todo baixo o seu control, parecía que tamén tiña potestade para gobernar no reino dos virus, pero, por desgracia, xa vemos que non. Aínda peor, na esfera física hai unha loita para conquista-lo poder. Loita que pode durar anos...

Nós os humanos temos erradicado algúns virus, como o da varíola, e controlado moitos outros patóxenos incluindo o virus causante da poliomielite, pero agora xorden os seus conxéneres cunha forza anovada, gañandose por méritos propios o título honorífico de "Enfermidades Infecciosas Virais Emerxentes".

Xorden pois novas enfermidades e algunhas delas con virus novos contra a saúde humana, ben a causa das manipulacións do home ou por mecanismos que fan que o virus pase do seu hóspede natural ás persoas, o que trae consigo a aparición de novos casos de infección por virus, cunha grande mortalidade e morbilidade.

Do xeito que sexa atopámonos, de súpeto e cada vez con máis frecuencia, ante novas emerxencias infecciosas víricas que non se limitan ó seu hábitat natural, e que se expanden polo planeta acadando ademais dunha gran mortalidade unha grande angustia social a nivel mundial.

Para coñecer mellor contra qué nos enfrontamos daremos unha breve descrición dos virus emerxentes menos coñecidos ou más recentes:

SÍNDROME RESPIRATORIA AGUDA SEVERA

O primeiro caso desta enfermidade coñeceuse o 26 de febreiro deste ano 2003 en Hanoi (Viet Nam), notificando a OMS o 16 de abril (gracias á colaboración de 13 laboratorios de 10 países) que o patóxeno responsable desta Síndrome pertencía á familia dos "Coronavirus". Este é un virus moi contaxioso que se transmite principalmente polo contacto directo entre as persoas. Unha das claves da facilidade coa que se transmite o virus débese a que este pode sobrevivir ata 24 horas nunha superficie sólida, ata 2 días en feces e urina e ata 4 días en feces diarreicas.

A enfermidade foi transmitida polos animais (probablemente aves ou porcos) ás persoas, e produce a morte a través do distress respiratorio ou dunha Neumonía Atípica, que a data de finais de xuño de 2003 leva matado a máis de 800 persoas e infectado a 8.500.

ÉBOLA

Este virus foi identificado no ano 1977. Aínda que se descoñece a súa orixe exacta, sábese que procede dalgún animal, transmitíndose polos fluídos corporais de persoas infectadas.

Provoca unha grande mortalidade a través dun proceso de fiebre hemorráxica, casi exclusivamente en poboacións africanas, matando tamén a unha gran cantidade de gorilas. Ata decembro do 2000 se tiña coñecemento de 1500 casos e 1000 persoas mortas.

GRIPE AVIAR

O Virus H5N1 acabou con 6 vidas de 18 infectados, en 1997. Foi transmitido polos polos de granxa en Hong Kong e supuso a constatación do que xa se supoñía; que hai axentes etiolóxicos da gripe capaces de pasar das aves ó home.

A mediados de febreiro deste ano reapareceu a mesma cepa do virus, matando a unha persoa. Outra cepa a H7N7 xa pasou á especie humana infectando a máis de 80 persoas.

HANTAVIRUS

Foi identificado en 1993: Os Hantavirus provocan unha síndrome respiratoria, principalmente no Continente Americano. O patóxeno é transmitido polos ratos, que aparentemente non enferman, a través da inhalación polas persoas de po contaminado con urina de ratos. Mata aproximadamente ó 50 % dos infectados.

HENDRA

Este virus foi identificado en 1994 en Australia, onde matou a 15 cabalos de carreiras e a 2 persoas ; unha por neumonía atípica e outra por encefalite.

Crése que, aínda que a transmisión ós seres humanos prodúcese por contacto directo con fluídos corporais equinos, o hóspede primario é algún tipo de morcego.

Este virus pertence á mesma familia que o do sarampelo e ó mesmo grupo que o virus Nipah que veremos máis adiante.

NILO OCCIDENTAL

Este patóxeno é transmitido ós seres humanos por mosquitos que se alimentan do sangue de paxaros infectados. Causa a morte por encefalite.

Foi illado en 1930 no distrito do Nilo occidental de Uganda, e en 1999 detectouse a súa presencia dende México ata Canadá, pasando polos Estados Unidos de América.

Dende agosto de 2002 leva matadas máis de 270 persoas e infectadas máis de 4000.

NIPAH

Virus descuberto en 1999 despois de infectar en Malasia, en un ano, a 265 persoas e producindo 105 mortes, comprobándose que a maioría dos afectados traballaban en granxas de porcos.

Causa a morte por encefalite e o contaxio só se produce por contacto con porcos e non de xeito interpersoal.

Crése que o hóspede orixinal, como no caso do Hendra, é algún tipo de morcego.

Despois de ter presentadas estas ameazas, podémonos preguntar os porqués da súa súpeta aparición e do seu carácter expansionista.

Así, coñecemos ben a capacidade de mutación dos virus e a súa capacidade potencial de vivir en células diferentes, tendo, deste xeito, asegurado o éxito reproductivo. E este último xeito de actuar é máis responsable destas infeccións emerxentes que a propia mutación xenética do virus, como así o demostra o mecanismo de transmisión destes 7 tipos de virus comentados anteriormente.

Entón, á parte dos determinantes virolóxicos, cambios climáticos e emerxencias virais , que sempre existiron, é lóxico pensar que o incremento na frecuencia e extensividade das aparicións virais débense, polo menos en parte, á man do home.

Dentro desta man está a deforestación salvaxe e masiva, o aumento da poboación mundial, os desprazamentos masivos de persoas, os desprazamentos rápidos de mercadorías por todo o mundo, as agresións ambientais de todo tipo e, seguramente a máis importante, a falta de salubridade na relación cos animais nas granxas do Continente Asiático (SRAS, Gripe Aviar, NIPAH),e na relación home / animal no Continente Africano (Ébola, Nilo Occidental), no Continente Americano (Hantavirus) e no Continente Oceánico (Hendra).

De xeito que só se salva (en canto a estes virus) o Continente Europeo; en teoría o mellor estructurado sanitariamente (cualitativa e cuantitativamente) como Continente.

Así pois, é doado pensar que os virus xa estaban nas aves, nos porcos e noutros animais, e só facía falta que o home modificara o medio do xeito que fora, para que estes virus pasaran do anonimato á fama mundial.

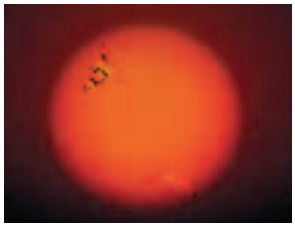
Entón ¿que se pode facer para non incrementa-la desfeita? A cuestión fundamental ha de se-la prevención, ben modificando os comportamentos humanos co medio, ben mellorando os sistemas sanitarios e a calidade de vida dos países de onde veñen a maioría dos virus emerxentes, ou ben exercendo unha activa vixilancia epidemiolóxica que nos permita identificar e controlar rapidamente os perigos que estes virus entrañan para a saúde humana.

Cabe tamén falar da esperanza que aportan os avances tecnolóxicos que facilitan a caracterización (con nome e apelidos) do xerme causante, cada vez máis rapidamente, o que lóxicamente favorece o seu control, e a probabilidade de que estes avances científicos aporten vacinas á mesma velocidade de que se move o mundo tecnolóxico e sanitario.

Nun mundo global como o que vivimos, onde todo tende á globalización total, os virus, dende a súa teórica insignificancia, reclaman a súa parte global ó seu xeito. É responsabilidade de tódolos que poboamos este belo planeta chamado terra, a través do control e mellora en tódolos ámbitos das nosas actuacións a nivel mundial, que os virus convivan con nós do mellor xeito posible ou que se convirtan probablemente no noso peor inimigo. I é que como se di por ahí "hai que ter amigos ata no inferno". Pois iso.

CUENTOS CORTOS:

El fin y el principio



PEDRO VEGA BASTIDA
Celador X. A. Vigo

I

El final del Sistema Solar ya no podía tardar mucho. El Sol había agotado casi todo su combustible y se estaba convirtiendo en una Gigante Roja que llegaba ya a la orbita de Mercurio. La Tierra, en pocos años también sería devorad por el Astro.

El Sistema Solar había sido colonizado. Había bases lunares y ciudades dentro de enormes cúpulas de plastico transparente. Marte estaba siendo habitado, pues se habían descubierto enormes masas de agua debajo de su superficie. Su atmósfera de amoníaco y metano estaba siendo transformada gracias al oxígeno de sus polos. También se había descubierto agua en Europa, uno de los satélites de Júpiter; Titán, el mayor de los satélites de Saturno, albergaba también vida humana. Pero el fin del Sol estaba próximo. El Armagedón estaba ahí. En pocos años Venus desaparecería y la Tierra sería el siguiente planeta. Una gran conmoción de dimensiones apocalíticas estaba a punto de suceder y sería muy pronto.....

II

En Clavius, un gran cráter al sur del hemisferio lunar, se había construído una gran estación espacial para largos viajes a través del Cosmos. El comandante Stanley contemplaba, desde la sala VIP de la Estación, la enorme nave Prometeo con motores antimateria que él, junto con las computadoras de a bordo, pilotaría. Se habían seleccionado trescientas personas de todos los países de la Tierra en una misión sin precedentes. El Hombre daría, por fin, el salto a las estrellas. Viajarían largos años a un planeta de la Galaxia de Andrómeda que distaba 2,2 millones de años-luz y de similares características a la Tierra. El sabía que sería su última misión. Se trataba de un viaje sin retorno y, si todo seguía el plan previsto, llegarían en unos años al sistema NG-22, una estrella amarilla de tipo medio, orbitada por media docena de planetas, entre los cuales existía uno de gran semejanza a la Tierra. Habían sido enviadas varias naves no tripuladas a ese planeta y los análisis efectuados a su superficie, temperatura y constitución así lo constataban. Era un planeta habitable.

III

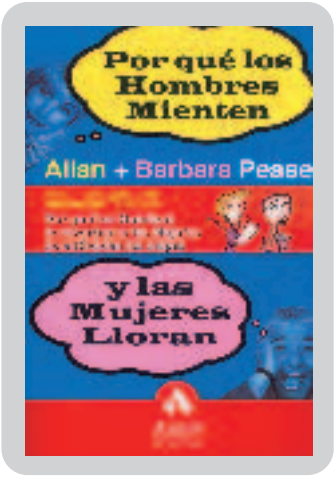
La nave Prometeo partió de la Luna según todo lo previsto y unos días después había alcanzado ya la velocidad de la luz. El comandante Stanley contemplaba por el telescopio de a bordo lo que pronto sería el fin del Sistema Solar, una enorme bola roja que enseguida se transformaría en una Enana Blanca, que se contraería sobre sí misma y desaparecería, quedando sus oscuros restos vagando por el espacio....

La vida transcurría con total normalidad a bordo de la Prometeo. Se sucedieron los años. El comandante Stanley estba escuchando una canción de John Lennon. El "Imagine" sonaba muy bien y lo veía en la televisión holográfica. Pero de repente el sonido de la canción se desvaneció y una señal luminosa le anunció el frenado de sus potentes motores. Estaban llegando a su destino. En la pantalla contempló un pequeño planeta azul que poco a poco se agrandaba. Pronto alcanzarían su órbita y se instalarían en sus proximidades. Luego, e una pequeña nave descenderían a su superficie.....

IV

El comandante Stanley, junto con dos miembros más de su tripulación descendió al nuevo planeta y conteniedo el aliento observó el Nuevo Mundo al que habían llegado. Descendieron en una llanura y pronto se dieron cuenta de que era muy parecido a la Tierra. Hacía un calor húmedo y las nubes pasaban velozmente; al fondo, en el horizonte, un volcán en activo arrojaba grandes cantidades de lava. La atmósfera del planeta era respirable. Siguieron caminando y llegaron a un pequeño bosquecillo de helechos gigantes y lovieron con claridad: un Tiranosaurus Rex los estaba mirando con cara de pocos amigos. Se escondieron detrás de un matorral y dirigieron su mirada hacia un pequeño valle, más abajo. Un grupo de homínidos, tal vez Pitecantropos, estaba devorando a un congénere. Se dieron cuenta etonces de que habían llegado a un planeta en los albores de la evolución. Hacía millones de años, en el Pleistoceno, la Tierra era un planeta semejante. Aún pasaría mucho tiempo hasta llegar al Homo Sapiens, pero el comandante y su tripulación se dieron cuenta de que tenían una importante misión que llevar a cabo. Colonizarían el Planeta y vivirían en él. Algo nuevo estaba a punto de suceder. Un nuevo planeta de infinitas posibilidades les estaba esperando.....

Libros" Recomendados



¿POR QUÉ LOS HOMBRES MIENTEN Y LAS MUJERES LLORAN?

Autor: ALLAN PEASE Y BARBARA PEASE
Editorial: AMAT EDITORIAL
Número de páginas: 314
ISBN: 8497350685

Volvemos a recomendar a estos autores en una nueva entrega de su "original" visión sobre los sexos y las relaciones entre ambos. No resulta "políticamente correcto" decir que nos parece cierto lo que aquí se escribe, pero ..... Podemos leer cosas tan sugerentes respecto a las relaciones de pareja como cuando alguno de los dos machaca continuamente. Tal vez si supiesemos cuales son las siete cosas que hacen los hombres que llevan a las mujeres por el camino de la amargura, podríamos hacer algo por evitarlo. Siempre nos han dicho que los hombres no lloran, que eso es cosa de mujeres, pero,.... ¿por qué las mujeres lloran? . Manejar las emociones de los demás tiene un precio: los peligros del chantaje emocional. ¿Quereis saber como valoran las mujeres a los hombres, las relaciones,.. ? aquí de forma muy clara se explica el sistema ultrasecreto de puntuación secreta de las mujeres. No sabemos si será cierto que leyendo este libro encontraremos la solución a los siete mayores misterios del hombre, pero vale la pena intentarlo; la vida, en general, y las relaciones entre sexos, en particular, pueden salir beneficiadas..

20 GRANDES CONSPIRACIONES DE LA HISTORIA

Autor: SANTIAGO CAMACHO HIDALGO
Editorial: LA ESFERA DE LOS LIBROS
Número de páginas: 349
ISBN: 8497340922

El autor es periodista y colabora con diversos medios de comunicación. Ha publicado más de un centenar de artículos y reportajes dedicados fundamentalmente a la teoría de la conspiración, de la que es referente obligado en nuestro país. Ha publicado: "La sombra que nos gobierna" (1997), "Pactos satánicos" y el libro que nos ocupa.

¡Ah, qué felices éramos cuando ígnorabamos todo lo que en este libro se cuenta!. Bueno, no se dice que todo sea cierto, pero tampoco que no lo sea. Frente a la "historia oficial", que nos han enseñado, apenas podemos pensar que existen otras posibilidades... pero existen, aunque en muchas ocasiones permanezcan ocultas. La "teoría de la conspiración" (los que creen en ella son denominados "conspiranoicos") recoge esas otras posibilidades, analizando críticamente la historia con preguntas que nadie osa plantearse, con el resultado de cosas como las que leemos en este libro: Conspiración en la muerte de los Kennedy (ya nos olíamos algo), que los americanos no llegaron a la luna (¿?), ... y otras 18 historias. Todo ello, al parecer fruto de la investigación, ... Quizás no nos deje indiferentes o, como consecuencia, pasaremos a engrosar el club de los "conspiranoicos".

ACTISORB* Plus 25
Malla Bactericida de Carbón y Plata
"Reduce el número de bacterias en la herida y facilita la cicatrización"
CON CUPÓN PRECINTO
Cód. Nal.: 491936

TRABALENGUAS, Refranes, y adivinanzas

REFRANEIRO

Economía

A quen ten o liño e dá a fiar, é coma a que pare e dá a criar.

Cousa que non se venda, ninguén a sementa.

Debe facerse a obra co diñeiro que sobra.

Non hai moito que abonde nin pouco que non chegue.

Educación

A estopa como é fiada; a moza, como é criada.

Bo exemplo e boas razóns gañan moitos corazóns.

Nai acendosa fai a filla preguiceira

¿Criaches e non ensinaches) Non criaches.

Paz

A paz e o pan quitan moitas penas

Dixo o burro ás coles ¡Pax vobis!

Na paz e na guerra ó que matan morto queda

Non hai paz que entre a xente nin entre as tripas do ventre.

Paxaro

A cada paxariño gustalle o seu niño

Ave de culler non fai máis que comer

Ave de pico non fai ó dono rico

Ave de pluma non deixes ningunha

TRABALENGUAS

Antes amaba a Amalia Arruza
ardorosamente
así aduje ante altares
aquel abril

Benito Banderas barbero,
barajeaba billetes
barriendo bigotes

Desde Dortmund descendió
Daniel Dagoberto Díaz, diciendo.
"Difuntos dejé derribados
dos daneses depravados"

Fingidas felonías farfulla
feligrés fonográfico,
fallero fálico,
fanfarrón.

ADIVINANZAS

La segunda encendiendo
fuego,
la tercera es la camisa
Calentita te agrado
por eso a las brasas me
condenas

Sin mi no tendrías pan,
ni pasteles ni empanada.
Nazco verde y soy dorada
por los días de San Juan

¿Qué cosa será y será?
Oleadas y no es mar,
cañas y no de pescar,
cerdas y no de lechón
y el galán que espera
dentro,
es de noble condición

Redondo soy como el mundo,
pero mucho más pequeño;
soy de ronda natural,
que sepas mi nombre
espero.

SOLUCIÓNS AS ADIVIÑANZAS DO NÚMERO ANTERIOR:
nº 1 A ÁRBORE nº 2 O ALLO nº 3 A SANDÍA nº 4 O BAMBÚ

Respostas no próximo número da revista

Humor

- Entre médicos:
  ¿qué tal ha ido la operación?
  ¡Vaya hombre!, pero... ¿no era una autopsia?

- Ya está bien, Pepe, llevamos 25 años casados y nunca me has comprado una sortija, unos pendientes, un collar o algo así...
  ¡Pero María! ¿Cómo no me habías dicho antes que vendías joyas?

- Va un tipo de compras a unos grandes almacenes, desnudo y con zapatillas deportivas. Llevaba dos carros de cosas y al llegar a la caja pregunta...
  ¿Cúanto es?
  20.000 pesetas.
  El señor sorprendido le dice:
  ¿y mi descuento?
  ¿qué descuento?
  en el periódico decía "en tenis y en pelotas 50% de descuento", o sea que...

- Va un tipo al médico y éste tras examinarlo le dice:
  Bueno, pues habrá que hacerle un análisis de orina, de semen y de heces.
  A lo que el otro le responde:
  Mire, ya le dejo aquí mis calzoncillos, que tengo prisa.

- Una mujer a su vecina:
  María, tu hijo le ha sacado la lengua al mío.
  Mujer, no pasa nada. Son cosas de críos.
  Si, pero a ver quien le para la hemorragia ahora...

- Una mujer está bañando a su hijo por el procedimiento de cogerle de las dos orejas y meterlo y sacarlo en el barreño. el pobre niño está chillando cosa mala, así que aparece el padre:
  Pero María ¡que bestia! ¿como bañas así al niño?
  ¡Pero hombre!, ¿tú que quieres? ¿que me queme las manos? ¡Pues anda que no está caliente el agua ni na!

- Una anciana iba a cruzar la calle pero se le acerca un tipo y le dice: señora, mejor no cruce la calle porque en la otra acera hay una riña.
  La señora se vuelve y le pregunta:
  ¿cómo dice, que hay una niña?
  no, no señora, una niña no; una disputa.
  Y le responde la anciana:
  ¡ah, entonces no es tan niña!.

¿Citas o incitas?

La vida es aquello que te va sucediendo mientras tú te empeñas en hacer otros planes.

Jhon Lennon

Los sabios son los que buscan la sabiduría; los necios piensan ya haberla encontrado.

Napoleón Bonaparte

Quien más sabe, más duda.

Anónimo

El que busca la verdad corre el riesgo de encontrarla.

Manuel Vicent

Muchas palabras no indican mucha sabiduría.

Tales de Mileto

La naturaleza humana cambia; he ahí lo único que se sabe de ella

Oscar Wilde

Un amigo es uno que lo sabe todo de ti y a pesar de ello te quiere.

Elbert Hubbard

El arte de dirigir consiste en saber cuándo hay que abandonar la batuta para no molestar a la orquesta.

Karajan

La mejor fuente de información son las personas que han prometido no contárselo a otros.

Marce Mart

Las ideas no duran mucho. Hay que hacer algo con ellas.

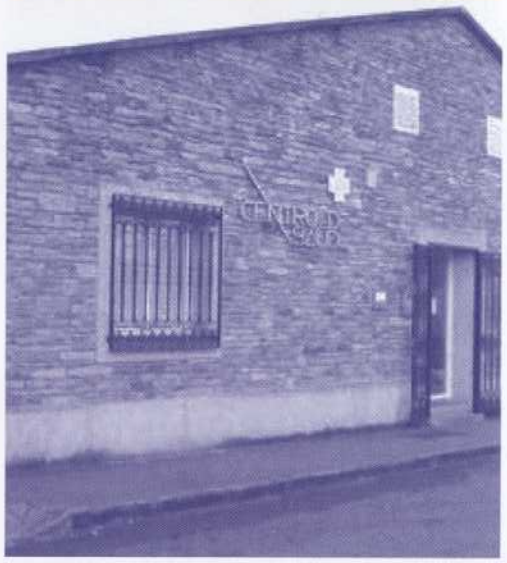
Anónimo

Las palabras son como las abejas: tienen miel y aguijón.

Proverbio suizo

CENTRO DE SAÚDE AGOLADA

UNIDADE DE ATENCION PRIMARIA DE AGOLADA. SAP LALIN



Horarios

Médicos de Familia

D. Carlos González Vicente	*10:00 - 14:00 h*
Dª Carmen Iglesias Vilar	*08:00 - 15:00 h*

Pediatra

D. Luis Antonio Antelo Anido	*09:00 - 11:00 h* Luns e Mércores

Enfermeiros

D. José María Barcala Torres	*10:30 - 13:00 h*

Matrona

Dª Oliva Simón Casal	*10:30 - 13:00 h*

Unidades de Apoio

- **Bucodental** — 8:00 - 15:00 h — *U.S.B. Lalín, Rúa nº 25 - Lalín, 986 784628*
- **Fisioterapia** — 08:00 - 15:00 h — *no Centro de Saúde de Lalín, Rúa nº 25 - Lalín, 986 78 42 68*
- **Radioloxía** — 08:00 - 15:00 h — *no Centro de Saúde de Lalín, Rúa nº 25 - Lalín, 986 78 42 68*
- **Extracción de mostras** — 08:15 - 09:45 h — *no propio Centro de Saúde, martes e xoves*

Servicios Administrativos

O persoal de servicios xerais, atenderao en relación con asuntos administrativos como os seguintes:

- **Información e atención ó usuario**
- **Cita previa**
- **Cambio de médico**
- **Tarxeta sanitaria**

Adscrición ó Centro de Saúde

Se vostede desexa te-lo seu médico neste centro só ten que acudir á área de **Admisión-Recepción** coa súa **Tarxeta Sanitaria** ou a cartilla da Seguridade Social.

Urxencias

- **Luns a Sábado** — 08:00 - 15:00 h — *no propio Centro de Saúde*
- **Luns a Sábado** — 15:00 - 08:00 h — *no PAC Lalín*
- **Domingos e Festivos** — 24 h — *no PAC Lalín*

ATENCIÓN PRIMARIA **PONTEVEDRA VIGO**

Uso Axeitado das Urxencias

1.- Cando a atención urxente non admita demora (emerxencia) poñase vostede en contacto co o 061.

2.- É un deber dos usuarios dos servicios sanitarios facer un uso axeitado desta modalidade de asistencia, debendo procurar na medida do posible que a demanda da atención efectuese no tramo horario da asistencia. Polo ben de tódolos pacientes faga unha utilización axeitada da demanda de atención de carácter- urxente.

3.- De estar impedida para acudir ó seu centro de saúde poderá reclamar a atención ó domicilio chamando por teléfono ó seu centro. Na medida en que lle sexa posible acuda mellor ó centro sanitario, a asistencia poderá ser máis axeitada e completa.

ÁREA NORTE

Hospital de referencia

> **Complexo Hospitalario Universitario Santiago**
Choupana, s/n
Santiago de Compostela
Centralita 981 95 00 00

> **Hospital Provincial**
Centralita 981 95 15 00

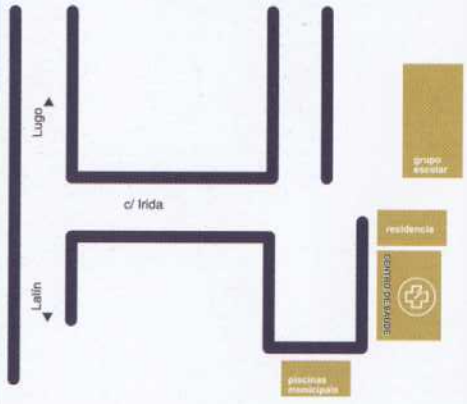
> **Hospital Gil Casares**
Centralita 981 95 60 21

SERGAS

Cita Previa

986 78 99 21

Avenida Irida, s/n
36.520 Pontevedra
Telf. - 986 788 027
Fax. - 986 788 180



Benvido ó seu Centro de Saúde

Traballamos para coida-la súa saúde un grupo de profesionais, que formamos unha **UNIDADE DE ATENCIÓN PRIMARIA.**

Desexamos que a atención que reciba neste Centro sexa do seu agrado.

Carteira de Servicios

Atención o neno

Revisións periódicas do neno san.

Vacinacions.

Consulta por enfermidade.

Atención o adulto e ancián

Consulta por enfermidade aguda.

Atención ás enfermidades crónicas ou/e factores de risco.

Actividades preventivas e de promoción da saúde: vacinacións, tabaco, alcohol,...

Atención a Muller

Planificación familiar e anticoncepción.

Seguimento do embarazo.

Atención a menopausa.

Prevención do cancro xinecolóxico.

Atención a Comunidade

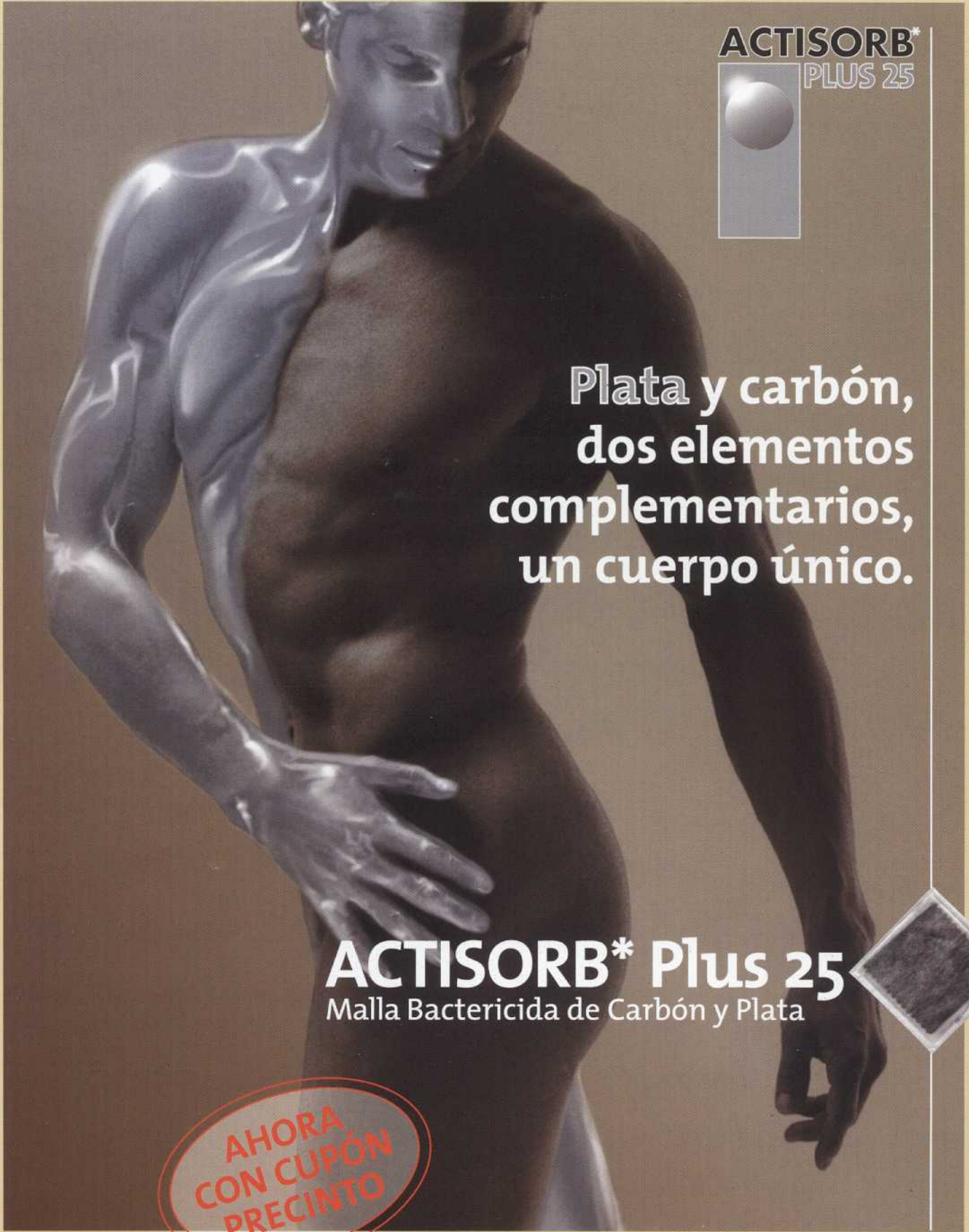
Modalidade de Atención

Consulta a demanda

Consulta programada

> no **Centro de Saúde**

> no **Domicilio**



Cód. Nal.	Producto	Presentación
491936	ACTISORB*PLUS 25 10,5 x 10,5	C/3 Udes.

Para cualquier consulta contacta con nosotros en: actisorbplus25@csces.jnj.com

Oficina CENTRAL: tel.: 91 722 83 23 • fax: 91 722 83 41
Servicio a CLIENTES: tel.: 91 722 83 09 • fax: 91 722 83 06

Johnson & Johnson
ADVANCED WOUND CARE

SERGAS

XUNTA DE GALICIA

XACOBEO Galicia 2004