



# LA SANIDAD QUE TE CURA

Andalucía | Infraestructuras

«Málaga, Huelva y Cádiz,  
tres hospitales para  
ampliar la capacidad  
sanitaria andaluza»  
P4-5



## Cuáles son las causas reales de un dolor menstrual intenso



### HOMBRES | SALUD CAPILAR

Alopecia, cuándo debes  
consultar antes de que la  
caída avance rápidamente

Detectar el tipo de pérdida capilar permite  
elegir mejor a tiempo el tratamiento y no  
perder margen de respuesta **P7**

### CÚRATE EN SALUD

El falso bronceado  
saludable que daña  
tu piel cada verano

Los mitos y las falsas creencias sobre  
la exposición al sol siguen fomentando  
el riesgo de forma preocupante **P15**

## ♥ JUVENTUD

# El vapeo te atrapa antes de lo que crees y el riesgo empieza en la primera calada

**PREVENCIÓN ANTE EL VAPEO.** Más de la mitad de los adolescentes españoles de entre 14 y 18 años ha probado ya los cigarrillos electrónicos.



### Redacción

Parece inofensivo. Tiene forma de boli, huele a gominola y cabe en el bolsillo sin llamar la atención. Pero el vapedor es, para muchos adolescentes, la puerta de entrada a la nicotina antes incluso de haber encendido un cigarrillo. Lo que cambia es el envoltorio. Lo que no cambia es la sustancia adictiva.

### Nicotina con sabor que engancha

Los datos en España son contundentes. Según el Grupo Español de Cáncer de Pulmón, más del 54 % de los escolares de entre 14 y 18 años ha vapeado alguna vez. Entre los más pequeños, uno de cada cuatro menores de 12 a 13 años ya ha probado estos dispositivos. La edad media de primer contacto con la nicotina

se sitúa en torno a los 12 años, una cifra que los especialistas califican de alarmante.

El problema no es solo que se vapee. Es que se hace sin saber qué se inhala. La mayoría de los cigarrillos electrónicos contiene nicotina, aunque muchos jóvenes lo desconocen. Algunos productos ni siquiera lo indican en el etiquetado.

### ¿SABÍAS QUE...?

- **¿Vapear sin nicotina no es seguro?**  
Exacto. Incluso los dispositivos que no contienen nicotina poseen sustancias químicas, saborizantes y partículas que son ultrafinas, capaces de dañar los pulmones cuando se inhalan.
- **¿Uno de cada cuatro menores de 13 años ya ha vapeado?**  
Sí. El contacto con la nicotina se está produciendo antes de la adolescencia, cuando el cerebro es más vulnerable a la adicción.
- **¿El vapeo puede llevar a fumar cigarrillos?**  
Sí. Los estudios muestran con números que los adolescentes que tienen el hábito de vapear desarrollan más probabilidades de consumir tabaco.

Un estudio de los CDC estadounidenses reveló que el 99 % de los dispositivos analizados contenía esta sustancia, incluidos varios que se vendían como libres de nicotina.

La nicotina actúa directamente sobre un cerebro que aún está en construcción. Hasta los 25 años siguen madurando las áreas responsables de la atención, el control de impulsos y

Vapear no es solo vapor de agua con sabor, es inhalar nicotina y sustancias tóxicas



la regulación emocional. Exponerlas a una sustancia adictiva en plena formación altera esas conexiones y aumenta el riesgo de desarrollar dependencia, no solo al vapeo, sino también al tabaco convencional y a otras sustancias.

A esto se suma el efecto de los sabores. La Organización Mundial de la Salud tiene registrados más de 16.000 saborizantes distintos para cigarrillos electrónicos. Fresa, menta, algodón de azúcar, mango. Esa variedad no es casual. Está diseñada para atraer a un público joven que asocia el sabor agradable con la ausencia de riesgo. Esas sustancias se inhalan directamente hacia los pulmones.

El aerosol que se exhala tampoco es vapor de agua. Contiene partículas ultrafinas, metales pesados como níquel o plomo, compuestos orgánicos volátiles y sustancias vinculadas al cáncer.

## Las redes sociales normalizan lo **desaconsejado**

Gran parte de la expansión del vapeo entre adolescentes se explica por un marketing que ha encontrado en las redes sociales su canal perfecto. Influencers que vapean en directo, diseños pensados para parecer un accesorio más y una estética colorida que elimina cualquier asociación con el tabaco tradicional. El resultado es una percepción de normalidad que choca con la evidencia clínica.

Los especialistas del Grupo Español de Cáncer de Pulmón advierten de que esta tendencia ya tiene consecuencias visibles. Las cifras de consumo son más altas entre los adolescentes, con un 56,8 % que reconoce haber vapeado frente al 52,5 % de los chicos. En el caso del tabaco convencional se repite el patrón: un 36,8 % de las chicas lo ha probado frente al

Si nadie te dice qué estás inhalando, quien decide por ti no eres tú, es la publicidad



30 % de los chicos. Los oncólogos relacionan esta feminización del consumo con un aumento progresivo de la incidencia de cáncer de pulmón en mujeres.

Otro dato que preocupa es el efecto puerta de entrada. Los jóvenes que vapean tienen más probabilidades de pasar al cigarrillo convencional. Pero incluso sin dar ese paso, el vapeo por sí solo supone riesgos reales para la salud, tanto pulmonar, como cardiovascular y neurológica.

Desde las sociedades médicas se reclama una regulación más estricta: limitar la publicidad encubierta en plataformas digitales, controlar la venta online y establecer restricciones claras de acceso por edad. No se trata de prohibir sin explicar, sino de que la información llegue antes que el primer vapedor al bolsillo.

La mejor protección sigue siendo la información clara y a tiempo. No se trata de demonizar ni de dar lecciones, sino de que cada joven sepa exactamente qué entra en sus pulmones cuando acepta una calada. Decidir con datos es decidir mejor, porque cuando se espera a que aparezca un problema para actuar, se corre el riesgo de llegar tarde.

### TU SALUD, TU DECISIÓN

- Que tenga sabor a fruta o gominola nunca significa que sea inofensivo. La mayoría de los vapedores tienen nicotina aunque no lo indiquen.
- La nicotina genera dependencia desde las primeras caladas. No hace falta consumir mucho para hacer que el cerebro empiece a necesitarla.
- Si ya has probado y lo que quieres es dejarlo, puedes hablar de esto con tu médico de familia. Existen recursos de ayuda adaptados a los jóvenes.
- Si alguien de tu entorno vapea y te ofrece, no necesitas justificarte para decir que no. Tu salud no se negocia.



# El dolor menstrual intenso no debería asumirse como algo normal y parte del ciclo

**DOLOR MENSTRUAL Y ENDOMETRIOSIS.** Cuando la regla te impide hacer vida normal, conviene pedir valoración médica y aclarar cuál es la causa.



## Redacción

Tener molestias durante la regla es frecuente. Tener que cancelar planes, faltar a clase, pedir bajas, vomitar, marearse o pasar varios días en la cama cada mes no debería asumirse como algo normal. El dolor menstrual puede formar parte del ciclo, pero cuando se vuelve incapacitante merece una valoración clínica y no solo más paciencia.

El problema es que muchas mujeres han aprendido a aguantar. Desde la adolescencia,

## SEÑALES QUE NO CONVIENE NORMALIZAR

- Dolor que obliga a faltar a clase, al trabajo o a cancelar planes cada mes.
- Reglas cada vez más dolorosas, sangrado muy abundante o necesidad frecuente de medicación.
- Molestias digestivas o urinarias y dolor durante las relaciones, cuando se tiene la regla.

el dolor de regla se trivializa con demasiada facilidad y se interpreta como una incomodidad inevitable. Esa normalización retrasa consultas, favorece la automedicación y hace que síntomas importantes pasen años sin estudiarse bien.

La dismenorrea puede aparecer sin una enfermedad ginecológica de base y responder a cambios hormonales propios del ciclo. En esos casos suele empezar en los primeros años tras la primera regla, aparece de forma

cíclica y mejora con medidas adecuadas. Aun así, si el dolor limita la vida diaria o exige medicación frecuente, conviene revisarlo.

Hay señales que deberían cambiar la mirada. Dolor que empeora con los años, sangrado muy abundante, molestias fuera de la menstruación, dolor con las relaciones sexuales, síntomas digestivos o urinarios coincidiendo con la regla, fatiga intensa o dificultad para quedarse embarazada no deberían desparecerse como una regla fuerte.

El objetivo no es asustar ni convertir cada dolor menstrual en una enfermedad. La clave está en diferenciar una molestia manejable de un dolor que rompe la rutina. Cuando una regla condiciona de forma repetida el estudio, el trabajo, el descanso o la vida social, lo prudente no es seguir aguantando, sino pedir una valoración.

La prevención empieza por escuchar el patrón. Anotar cuándo aparece el dolor, cuánto dura, qué intensidad tiene, si responde a la medicación y qué actividades obliga a sus-

## LO QUE AYUDA EN CONSULTA

- Llevar un registro del dolor durante varios ciclos, con la fecha, la duración y la intensidad.
- Anotar si hay sangrado abundante, vómitos, mareos, diarrea o dolor al orinar.
- Explicar qué actividades se dejan de hacer por la regla y qué medicación es la que se toma.

pendar puede ayudar mucho en consulta. A veces, poner por escrito lo que ocurre cada mes permite ver con claridad que el problema no es puntual.

También importa cómo se usa la medicación. Tomar antiinflamatorios de forma repetida sin orientación sanitaria puede parecer una solución rápida, pero no siempre resuelve el problema de fondo y puede generar riesgos si se mantiene durante mucho tiempo. Si cada ciclo exige medicarse para poder funcionar, esa información debe llegar a consulta.

La atención sanitaria permite valorar si el dolor encaja con una dismenorrea primaria, si hay factores que lo empeoran o si conviene estudiar otras causas. En algunos casos bastará con ajustar el tratamiento y mejorar el control de los síntomas. En otros, será necesario ampliar la valoración ginecológica.

Lo importante es cambiar el punto de partida. La regla puede doler, pero no debería borrar varios días del mes ni condicionar la vida como si fuera inevitable.

## No todo dolor menstrual intenso es endometriosis, pero no se debe descartar

La endometriosis es una enfermedad crónica en la que tejido similar al endometrio crece fuera del útero y puede provocar inflamación, dolor pélvico y otros síntomas. No todos los dolores de regla intensos se explican por esta causa, pero sí es una de las enfermedades que conviene tener presente cuando el dolor es fuerte, progresivo o limita la vida cotidiana.

Una de sus dificultades es que no siempre se presenta igual. Puede causar reglas muy dolorosas, dolor pélvico fuera del periodo, molestias durante o después de las relaciones sexuales, dolor al defecar u orinar durante la menstruación, hinchazón, náuseas, cansancio intenso o problemas de fertilidad.

Tampoco conviene descartarla solo porque una prueba inicial sea normal. La sospecha se construye con la historia clínica, los síntomas, la exploración y las pruebas indicadas en ca-

da caso. Si el dolor persiste, empeora o interfiere en la vida diaria, una valoración normal no debería cerrar la puerta a seguir estudiando el caso cuando la clínica lo justifica.

El diagnóstico tardío tiene consecuencias. Años de dolor normalizado pueden afectar al ánimo, al rendimiento, a las relaciones, a la sexualidad y a la calidad de vida. Por eso, consultar pronto no significa exagerar. Significa intentar entender qué ocurre antes de que el dolor se convierta en una carga.

El tratamiento debe adaptarse a cada paciente. Puede incluir analgesia pautada, tratamientos hormonales, seguimiento ginecológico, abordaje del dolor, fisioterapia especializada o cirugía en casos seleccionados. La decisión depende de los síntomas, la edad, el deseo de embarazo, la extensión de la enfermedad y el impacto real sobre la vida diaria.





# Tres hospitales para reforzar la red sanitaria andaluza

**INFRAESTRUCTURAS SANITARIAS.** Málaga, Huelva y Cádiz concentran tres proyectos relevantes en una etapa marcada por la ampliación de capacidad, la reorganización de servicios y un ciclo de inversión pública.

## Redacción

La red hospitalaria andaluza encara una nueva fase con tres actuaciones que resumen bien hacia dónde quiere crecer el sistema público de salud. El nuevo hospital de Málaga, el futuro Materno Infantil de Huelva y el proyecto del nuevo hospital de Cádiz responden a necesidades distintas, pero comparten una misma lógica. Se trata de ganar espacio asistencial, adaptar la oferta sanitaria a una demanda mayor y más compleja y preparar centros pensados para atender mejor a la población en los próximos años. La cuestión no es solo sumar metros cuadrados o levantar edificios más modernos, el trasfondo del proyecto es qué cambia para los ciudadanos cuando una comunidad incorpora más camas, más quirófanos, más consultas y más capacidad para atender a pacientes críticos, a la población pediátrica o que requiere alta especialización.

## Málaga

En Málaga, la Junta dio el 2 de febrero de 2026 el arranque oficial de las obras del nuevo Hospital Virgen de la Esperanza, una infraestructura llamada a convertirse en uno de los grandes nodos asistenciales de Andalucía. La comunicación oficial sitúa la inversión de construcción en 543 millones de euros y define un centro con 815 habitaciones, 48 quirófanos de última

generación y 158 salas para especialidades médicas, además de áreas reservadas para docencia e investigación. Visto desde la vida diaria del paciente, esa dimensión significa más margen para absorber actividad quirúrgica, más capacidad para distribuir circuitos asistenciales y una respuesta más acorde con la presión de una provincia que lleva tiempo reclamando un salto estructural en su red hospitalaria. Málaga no gana solo un edificio nuevo. Gana un hospital diseñado para sostener más actividad y para ordenar mejor una asistencia que en los grandes entornos urbanos exige cada vez más recursos y más flexibilidad.

## Huelva

El caso de Huelva tiene un valor especialmente claro para la ciudadanía porque el nuevo Materno Infantil se traduce de forma muy directa en mejor atención a mujeres, embarazos, partos, recién nacidos y niños. La Junta anunció el 12 de febrero de 2026 la firma del contrato de obra de esta infraestructura con una inversión de 82.640.649 euros, IVA incluido, y un plazo de ejecución de 34 meses. El proyecto prevé 125 camas, siete quirófanos y diez unidades de trabajo de parto, parto y recuperación. La propia información oficial añade que el centro podrá asumir más de 64.000 consultas al año, 21.000 urgencias pe-

## ¿SABÍAS QUE...?

- ■ El presupuesto sanitario andaluz supera ya los 16.200 millones de euros y el gasto por habitante ha pasado de 1.171 euros en 2018 a 1.887 euros en 2026. Son 716 euros más por persona en ocho años.
- ■ La sanidad andaluza ha pasado de tener activos un total de 101.000 profesionales en 2018 a 130.000 en 2026. Ese aumento de plantilla busca permitir que las nuevas infraestructuras puedan funcionar con mayor capacidad real de atención.
- ■ Desde 2022, la Junta ha destinado 182 millones de euros a la mejora de la tecnología sanitaria. Esa inversión incluye 67 nuevos equipos de diagnóstico avanzado por imagen y, al menos, un robot Da Vinci en cada una de las provincias.
- ■ Los nuevos hospitales de Málaga, Huelva y Cádiz forman parte de una idea más amplia, que trata de atender más, atender mejor y repartir mejor los recursos por toda Andalucía.

diátricas y 17.000 urgencias ginecológicas u obstétricas. A eso se suman mejoras concretas respecto al diseño anterior, con un 25 % más de paritorios, un 33,33% más de puestos de cuidados intensivos y un 36,6% más de capacidad de hospitalización pediátrica. Son cifras que, llevadas a un lenguaje comprensible, hablan de una atención más especializada, con más margen para responder a situaciones delicadas y con un mejor encaje de la actividad materna e infantil dentro del sistema sanitario onubense.

Huelva gana además algo que no siempre se ve a primera vista cuando se presenta una obra sanitaria y que, sin embargo, tiene mucho peso en la práctica. La puesta en marcha del Materno Infantil permitirá liberar más de 12.000 metros cuadrados en los hospitales Juan Ramón Jiménez y Vázquez Díaz. Según la Junta, ese espacio podrá destinarse a reforzar áreas como Oncología, hospitalización general, Salud Mental y Urgencias, además de facilitar nuevas prestaciones. Es decir, no solo se crea un edificio específico para la atención a madres y niños. También se reordena el mapa hospitalario de la provincia para que otros servicios dispongan de más capacidad y mejores instalaciones. Esa es una de las claves de estos proyectos de gran tamaño. Su utilidad no está únicamente en lo que construyen, sino en cómo permiten la reorganización sanitaria.

**Cádiz**

En Cádiz, el proyecto del nuevo hospital ha dado un paso relevante con su inclusión en la Unidad Aceleradora de Proyectos, según el acuerdo del Consejo de Gobierno del 25 de marzo de 2026. La nota oficial sitúa la futura infraestructura en una parcela de más de 20.450 metros cuadrados en la Zona Franca del área portuaria y la presenta como un complejo hospitalario moderno, accesible y bien comunicado. La dimensión asistencial prevista es notable. La Junta habla de 782 camas, todas en habitaciones individuales, de las que 582 corresponderán a hospitalización operativa, además de 50 camas de UCI para adultos, 33 de UCI neonatal y 17 de UCI pediátrica. El proyecto incluye también 334 consultas y 25 quirófanos, entre ellos espacios híbridos, robotizados y de urgencias. En la comunicación oficial del Consejo de Gobierno no se detalla una cifra cerrada de inversión para este hospital, pero sí queda definida la ambición del proyecto y el tipo de respuesta que se busca para la provincia. Un hospital de referencia con mayor capacidad, más especialización y una organización más ajustada a las necesidades actuales y futuras de Cádiz.

**TRES PROYECTOS QUE ATIENDEN MEJOR**

- ■ El nuevo hospital de Málaga está pensado para absorber mejor la presión asistencial de una provincia con alta demanda sanitaria. El proyecto prevé unas 815 habitaciones, 48 quirófanos y 158 salas destinadas a las distintas especialidades médicas.
- ■ El Materno Infantil de Huelva busca reforzar de una manera integral la atención a mujeres, embarazos, partos, recién nacidos y población pediátrica. Tendrá 125 camas, 7 quirófanos y 10 unidades de trabajo para el parto y la recuperación.
- ■ El nuevo hospital de Cádiz se plantea como un complejo de referencia para toda la provincia, con 782 camas en habitaciones individuales, 334 consultas y 25 quirófanos. Se plantea como una infraestructura más accesible, más humanizada y más preparada para las necesidades actuales y futuras.

Leídos en conjunto, los tres hospitales permiten entender mejor el sentido de esta etapa de infraestructuras sanitarias. Málaga refuerza capacidad hospitalaria general en una gran provincia. Huelva concentra y mejora la atención materna e infantil con efectos positivos sobre todo su sistema. Cádiz proyecta un nuevo gran complejo para una provincia que arrastra desde hace años la necesidad de un salto de escala. Son tres respuestas distintas a tres realidades distintas, pero todas se miden en algo muy concreto para el ciudadano. Más posibilidad de ingreso cuando hace falta, más circuitos quirúrgicos, más atención especializada, más espacio para pacientes críticos y más margen para que los hospitales funcionen mejor en el día a día.

La segunda lectura se sitúa en el contexto general de inversión con el que la Junta acompaña estos proyectos. El 12 de marzo de 2026, en una comparecencia oficial en el Parlamento andaluz, el consejero Antonio Sanz informó de que desde 2019 el Gobierno andaluz ha destinado 2.892 millones de euros a infraestructuras sanitarias en Andalucía. En ese balance se indica que en este periodo se han construido más de 100 nuevas infraestructuras, entre ellas 7 hospitales, 25 centros de salud, 13 hospitales de día, 19 consultorios, 7 áreas de Urgencias y 23 centros de atención infantil temprana. El dato permite enmarcar los proyectos de Málaga, Huelva y Cádiz dentro de una política más amplia de expansión y renovación de la red asistencial. No son actuaciones aisladas. Forman parte de un ciclo inversor que la Junta presenta como uno de los ejes de modernización de la sanidad pública andaluza desde 2019.

Ese mismo balance oficial añade una previsión que sirve para entender la dimensión del esfuerzo en curso. La Junta señaló que 69 nuevas infraestructuras sanitarias estarán en funcionamiento o arrancarán sus trabajos en 2026. Es un dato relevante porque no habla solo de grandes hospitales, sino de una red más extensa de centros y equipamientos repartidos por la comunidad. Cuando esa inversión se despliega en hospitales, centros de salud, áreas de Urgencias o centros de atención temprana, la mejora no se concentra en un único punto del sistema. Se reparte en varios niveles asistenciales y en varias provincias de toda la región andaluza.

# Siete años de inversión para modernizar la sanidad andaluza

**MÁS RECURSOS  
PARA HACERLO  
POSIBLE**

- ■ Desde 2019, la Junta cifra en 2.892 millones de euros la inversión en las infraestructuras destinadas a la sanidad, con más de 100 nuevas actuaciones, entre las que destacan 7 nuevos hospitales y 25 centros de salud.
- ■ En 2026 prevé 69 nuevas infraestructuras que estén ya en funcionamiento o en desarrollo, siempre dentro de ese ciclo inversor.



**INVERSIÓN EN SANIDAD.** La Junta sitúa desde 2019 uno de los mayores ciclos de crecimiento de recursos y equipamiento del sistema público de Andalucía, con más presupuesto.

**Redacción**

La construcción y el impulso de los tres grandes proyectos hospitalarios de Málaga, Huelva y Cádiz no se entienden como actuaciones aisladas. La propia Junta los integra en una etapa más amplia de inversión sanitaria que, según el balance oficial presentado por el consejero Antonio Sanz en el Parlamento andaluz el 12 de marzo de 2026, alcanza los 2.892 millones de euros en infraestructuras sanitarias desde 2019. En esa misma comparecencia, el Gobierno andaluz sostuvo que en este periodo se han construido más de 100 nuevas infraestructuras, entre ellas 7 hospitales, 25 centros de salud, 13 hospitales de día, 19 consultorios, 7 áreas de Urgencias y 23 centros de atención infantil temprana.

Ese balance permite leer los proyectos de Málaga, Huelva y Cádiz como parte de un mismo movimiento de fondo. El objetivo no pasa solo por abrir nuevos edificios, sino por ensanchar la capacidad del sistema allí donde más se nota para el ciudadano. Más espacio asistencial, más margen para ordenar circuitos, más posibilidad de absorber actividad y más recursos para sostener una atención que hoy exige hospitales mejor equipados y menos condicionados por infraestructuras que ya se habían quedado pequeñas. En esa lógica, la Junta presenta 2026 como un año especialmente

relevante, con 69 nuevas infraestructuras que estarán en funcionamiento o iniciarán sus trabajos a lo largo del ejercicio.

La Memoria Presupuestaria de 2026 refuerza esa idea y sitúa entre los proyectos emblemáticos del SAS el nuevo hospital de Málaga, el nuevo Área Materno Infantil de Huelva y el impulso al nuevo hospital de Cádiz. El documento presupuestario recoge además que en 2026 se pondrán las bases de nuevas inversiones y que seguirán ejecutándose o iniciarán su andadura numerosas actuaciones hospitalarias y de Atención Primaria en distintas provincias. El mensaje institucional que se desprende de ese texto es claro. La red de inversiones no se concentra en una sola obra ni en una sola provincia, sino que busca consolidar una modernización más extensa del sistema sanitario andaluz.

A esa inversión en obra pública se suma un refuerzo general del gasto sanitario. En otra comparecencia oficial, fechada el 25 de febrero de 2026, el consejero afirmó que el presupuesto sanitario andaluz supera los 16.200 millones de euros y representa un 61% más que en 2018. En esa misma intervención, la Junta sostuvo que el gasto sanitario por habitante ha pasado de 1.171 euros en 2018 a 1.887 euros en 2026, lo que supone 716 euros más por persona. Son cifras que el Gobierno andaluz utiliza para subrayar que la ampliación de infraestructuras se apoya también en una base presupuestaria más alta y en una financiación más sostenida del sistema público de salud.

La Junta vincula también esta etapa de inversión a un esfuerzo de modernización tecnológica. La comparecencia oficial del 25 de febrero señala que desde 2022 se han destinado más de 182 millones de euros a equipamiento de alta tecnología, para ampliar capacidad diagnóstica y repartir mejor los recursos, y así, que la calidad asistencial no dependa tanto del lugar en el que viva el paciente.

## ♥ SALUD Y ENVEJECIMIENTO



# La pérdida auditiva puede provocar aislamiento y disminuir tu autonomía

**AUDICIÓN Y SOLEDAD.** La pérdida auditiva en mayores es un problema que limita la comunicación, favorece el aislamiento y afecta a la vida diaria.

### Redacción

Cumplir años no solo cambia la vista, el equilibrio o la energía. También cambia la audición. El problema es que esa pérdida suele avanzar poco a poco y muchas veces no se percibe al principio como un problema de salud, sino como una molestia menor o una consecuencia normal de la edad. Sin embargo, oír peor no afecta solo al volumen de los sonidos. Puede dificultar conversaciones, hacer más cansados los encuentros sociales y complicar tareas tan cotidianas como seguir una llamada, entender una indicación médica o reaccionar a una alarma.

### Pérdida auditiva discapacitante

La Organización Mundial de la Salud estima que más del 25% de las personas mayores de 60 años tiene una pérdida auditiva discapacitante. En España, la SEORL sitúa las limitaciones auditivas en el 40% de los mayores de 65 años y hasta en el 60% de los mayores de 85. No es un problema raro ni secundario. Es una de las condiciones más frecuentes del envejecimiento y, además, una de las más infravaloradas.

La dificultad aparece muchas veces de forma silenciosa. La persona empieza a pedir que le repitan las cosas, sube el volumen de la

televisión, entiende peor cuando hay ruido de fondo o evita algunas conversaciones porque le resultan agotadoras. El Instituto Nacional de la Sordera y otros Trastornos de la Comunicación de Estados Unidos recuerda que esta pérdida suele ser gradual y bilateral, de modo que no siempre se identifica enseguida. Precisamente por eso, una parte del deterioro social y funcional llega antes que el diagnóstico.

Lo importante para el lector es entender qué consecuencias puede tener dejarlo pasar. La OMS advierte de que la pérdida auditiva no tratada se asocia a aislamiento social, soledad, estigma, afectación de la cognición y mayor riesgo de desarrollar demencia o de acelerar el deterioro cognitivo.

### ¿SABÍAS QUE...?

- La OMS estima que una de cada cuatro personas mayores de 60 años tiene pérdida auditiva discapacitante, y cuando no se trata, existe un mayor riesgo de deterioro cognitivo.

La SEORL añade que también puede influir en la autonomía, el equilibrio y la dependencia. Oír peor no solo complica una conversación. Puede cambiar la forma en la que una persona se relaciona con el mundo y con los demás.

Revisar la audición a tiempo es clave para protegertu bienestar social y autonomía. ♥

Por eso, cada vez más especialistas insisten en una idea muy práctica. No conviene esperar a que la pérdida auditiva sea evidente o

incapacitante para consultar. Detectarla pronto permite valorar qué tipo de problema existe y qué apoyo puede ayudar más en cada caso, desde una revisión básica hasta audífonos, implantes cocleares o medidas de rehabilitación y apoyo a la comunicación. La OMS señala que la identificación precoz y el abordaje temprano son claves para reducir su impacto.

Con el paso del tiempo, revisar la audición debería entenderse igual que revisar la vista, la tensión o la medicación. No se trata solo de oír más alto, sino de seguir participando en conversaciones, mantener la seguridad en la vida diaria y conservar la autonomía el mayor tiempo posible.

## Por qué es importante revisar tu audición con el paso de los años

A veces se piensa que la pérdida auditiva solo importa cuando ya impide mantener una conversación, pero la revisión llega mucho antes de ese punto. El NIDCD recuerda que tener dificultades para oír puede hacer más difícil seguir indicaciones médicas, responder a avisos cotidianos o disfrutar de la relación con familia y amigos. Esa suma de pequeños problemas es la que acaba afectando a la calidad de vida.

También está cambiando la mirada clínica sobre este problema. Un ensayo financiado por los NIH observó que, en personas mayores con más riesgo de deterioro cognitivo, la intervención con audífonos redujo casi un 50% la velocidad del declive cognitivo durante tres años. No significa que tratar la audición evite por sí solo todos los problemas de memoria, pero sí refuerza una idea importante. Cuidar la audición forma parte del cuidado global del envejecimiento.

### CUANDO OÍR PEOR EMPIEZA A CAMBIAR TU DÍA A DÍA

- Si notas que entiendes peor conversaciones, especialmente con ruido de fondo, ve a consulta.
- Si subes más el volumen de la televisión o del móvil, conviene que revises la audición.
- Si evitas llamadas, reuniones y conversaciones debido al cansancio o a la inseguridad, merece la pena valorarlo.
- Detectar la pérdida de audición pronto facilita elegir mejor un apoyo más útil en cada caso.

La utilidad práctica de una revisión auditiva es sencilla de entender. Permite saber si realmente existe pérdida auditiva, qué grado tiene y si conviene iniciar medidas de apoyo. La OMS incluye entre las intervenciones útiles los audífonos, los implantes y otras tecnologías de ayuda, junto con apoyo para mantener la comunicación y la participación en la vida diaria. Cuanto antes se actúe, más fácil es evitar que la persona vaya renunciando a conversaciones, planes o actividades por pura fatiga comunicativa.

Envejecer bien no depende solo de controlar la tensión, el azúcar o la medicación. También depende de seguir conectado con el entorno. Escuchar mejor no es una cuestión menor ni un asunto de comodidad. Es una forma de proteger la autonomía, mantener el vínculo con los demás y reducir un aislamiento que muchas veces empieza sin hacer ruido.

Además, revisar la audición no sirve solo para confirmar si existe una pérdida, sino también para adaptar mejor la respuesta a cada persona. No todo pasa por oír más fuerte. A veces la dificultad principal está en entender bien las palabras, seguir conversaciones en ambientes con ruido o mantener la confianza para relacionarse con normalidad. Por eso, detectar el problema a tiempo permite intervenir antes y evitar que una limitación sensorial acabe convirtiéndose en una limitación social.



¿SE PUEDE FRENAR LA CAÍDA SI SE ACTÚA A TIEMPO?

# Alopecia, cuándo conviene consultar y cómo puede ayudarte hoy **el tratamiento**

**SALUD CAPILAR Y TRATAMIENTO.** La alopecia androgenética no tiene una cura definitiva, pero hoy dispone de opciones médicas para frenar su avance.

## Redacción

Perder densidad capilar no siempre significa estar ante una alopecia que vaya a progresar. La caída diaria forma parte del ciclo normal del cabello y puede hacerse más visible en determinadas épocas del año. La clave está en cuándo deja de ser algo esperable y empieza a percibirse como una pérdida desproporcionada, con entradas que avanzan, zonas de la coronilla que clarean o menos densidad de la habitual. Ahí es cuando conviene consultar, no por estética solamente, sino porque el tiempo importa mucho en el resultado.

## Cuándo aparece y cómo progresa

La forma más frecuente en hombres es la alopecia androgenética, de base genética y hormonal. No aparece de la misma manera en todos los pacientes ni progresa al mismo ritmo, pero suele compartir un patrón bastante reconocible. El pelo se hace más fino, pierde

grosor, cada vez cubre menos y el folículo va miniaturizándose. Por eso los dermatólogos insisten en una idea muy práctica. Cuanto antes se valore, más posibilidades hay de conservar pelo útil y de responder mejor al tratamiento.

Hoy existen más opciones que hace una década. En la práctica clínica se emplean tratamientos tópicos y orales como minoxidil, finasterida o dutasterida, además de otras estrategias individualizadas según el caso. Los especialistas coinciden en que el gran cambio de estos años no está en una cura milagrosa, sino en la posibilidad de combinar herramientas y personalizar mejor la pauta en función de la edad, el tipo de alopecia, el ritmo de caída y la tolerancia del paciente.

No toda pérdida capilar es alopecia androgenética. Hay caídas reversibles ligadas a estrés, infecciones, déficits nutricionales, parto, cirugías o determinados fármacos.

También existen alopecias autoinmunes y otras formas inflamatorias o cicatriciales que requieren un enfoque distinto. Esa es otra razón por la que consultar pronto marca diferencias. No solo permite tratar antes, sino también evitar equivocarse de problema.

En esa valoración inicial, el dermatólogo no se limita a mirar el pelo. También tiene en cuenta antecedentes familiares, patrón de caída, enfermedades asociadas, medicación, ritmo de evolución y estado del cuero cabelludo.

Más allá de la medicación, también hay medidas de base que ayudan. Los expertos recuerdan que cuidar el cuero cabelludo, evitar tabaco y exceso de alcohol, mantener actividad física, dormir bien y seguir una alimentación equilibrada forman parte de un entorno más favorable para el cabello. Consultar pronto significa ganar margen para saber qué tipo de alopecia existe, si puede frenarse y qué tratamiento tiene más sentido seguir.

## CUÁNDO CONVIENE PEDIR REVISIÓN EN CONSULTA

- Si notas una pérdida más intensa de lo habitual y zonas que empiezan a clarear.
- Si tienes antecedentes familiares de calvicie y el cambio comienza a presentarse de forma temprana.
- Si la caída aparece en placas, de forma brusca o acompañada de una irritación del cuero cabelludo.
- Si quieres tratarla, no conviene esperar a que la pérdida esté en un estado avanzado.

## Qué puede cambiar en los próximos años

La investigación en alopecia sigue avanzando, pero aquí también conviene separar expectativa y evidencia. Uno de los nombres que más interés ha despertado es la clascoterona tópica, un antiandrógeno local que podría ampliar el arsenal terapéutico en alopecia androgenética. Sin embargo, los propios especialistas piden prudencia. La información difundida hasta ahora procede de resultados preliminares y no de una comparación directa con tratamientos ya asentados en la práctica real.

Esa cautela es importante porque en pelo los titulares rápidos suelen crear expectativas irreales. Los expertos recuerdan que una cifra espectacular frente a placebo no equivale automáticamente a una revolución clínica ni significa que el producto vaya a funcionar igual en todos los pacientes. El valor real de una novedad no se mide solo por un dato llamativo, sino por cómo se comporta frente a tratamientos consolidados, cuánto tarda en notarse, qué perfil de seguridad ofrece y a qué tipo de alopecia puede aplicarse.

Más información en [ABC.es](http://ABC.es)

 FAMILIAS E INFANCIA

# El sarampión repunta cuando baja la vacunación, pero puede frenarse



**VACUNACIÓN INFANTIL Y BROTES.** El sarampión sigue siendo uno de los virus más contagiosos y reaparece cuando se acumulan niños sin la pauta completa de vacunas.

#### Redacción

Durante años, muchas familias han vivido el sarampión como una enfermedad del pasado. La vacunación consiguió reducirlo de forma drástica y España mantiene desde 2016 la verificación de eliminación, pero eso no significa que el virus haya desaparecido del todo. Cuando bajan las coberturas, se retrasa alguna dosis o entra un caso importado en un grupo con menor protección, el sarampión encuentra hueco para volver a circular.

#### Un virus que importa frenar

El problema es que el sarampión no necesita mucho para propagarse. La Organización Mundial de la Salud recuerda que es una de las enfermedades infecciosas más contagiosas que existen y que se transmite por el aire y por gotículas respiratorias. Una persona infectada puede contagiar antes incluso de que el exantema haga pensar en sarampión, lo que facilita que el virus pase desapercibido al principio y llegue rápido a guarderías, aulas, salas de espera o domicilios.

La mayoría de las veces empieza como una infección que puede confundirse con otras. Fiebre alta, tos, mocos, ojos rojos y lagrimeo suelen aparecer antes de las manchas en la

piel. Después llega el exantema, que suele comenzar en la cara y extenderse hacia el resto del cuerpo. La utilidad para las familias está en no esperar a que todo el cuadro sea muy evidente. Si un niño presenta fiebre alta, síntomas respiratorios y erupción tras haber estado en contacto con un caso o haber viajado a zonas con brotes, conviene consultar cuanto antes.

La OMS calcula que en 2023 hubo 10,3 millones de casos en el mundo y más de 107.000 muertes, la mayoría en menores de cinco años. En Europa y Asia central, UNICEF y la OMS notificaron 33.998 casos en 2025. La cifra mejoró respecto a 2024, pero ambas organizaciones subrayan que el riesgo de brotes sigue existiendo mientras haya bolsas de población

Revisar en pediatría la cartilla vacunal de tu hijo evita complicaciones.



sin vacunar o con protección incompleta.

España no está en una situación de alarma general, pero sí de vigilancia. El Instituto de Salud Carlos III confirmó 217 casos en 2024, frente a solo 7 en 2023, y el propio Ministerio

#### QUÉ CONVIENE TENER CLARO SOBRE EL SARAPIÓN

- ■ No es una simple infección infantil. Este virus puede empezar como un cuadro que parece banal, con fiebre, tos, mocos y ojos rojos, pero su capacidad de contagio es alta y puede causar complicaciones importantes.
- ■ El problema no aparece solo cuando sale el exantema. Una persona puede contagiar antes de que la enfermedad se reconozca con claridad, por eso los brotes se extienden mayoritariamente en espacios como guarderías o colegios
- ■ La clave no es una sola dosis, sino la pauta completa. La primera vacuna protege mucho, pero la segunda es la que consolida esa protección.

de Sanidad recuerda que, mientras existan brotes en otros países y personas sin inmunidad, seguirán apareciendo casos importados y algunos brotes secundarios. Ahí es donde cobra sentido la prevención cotidiana. Revisar la cartilla vacunal, no dar por hecho que todo está puesto y consultar si hay dudas.

La razón por la que el sarampión reaparece no suele ser una sola. A veces influye el rechazo a las vacunas, otras veces los retrasos en la administración, las dificultades de acceso o los viajes a zonas con transmisión activa. También hay niños demasiado pequeños para haber completado su pauta y adultos que no recuerdan bien si recibieron las dos dosis. El virus aprovecha precisamente esos huecos.

#### La pauta completa sigue siendo la clave

La vacuna triple vírica sigue siendo la herramienta decisiva. El calendario común de vacunación en España establece una primera dosis a los 12 meses y una segunda entre los 3 y 4 años. El Ministerio de Sanidad recuerda que una dosis protege a la gran mayoría, pero la segunda es la que completa y consolida esa

#### ¿SABÍAS QUE...?

##### ■ ¿Una sola dosis de la vacuna ya protege frente al sarampión?

Sí. Una dosis ofrece una protección muy alta, pero la segunda es la que completa la pauta y refuerza la seguridad frente a brotes y contagios. Por eso, cuando falta esa segunda dosis, el niño puede no estar todavía tan protegido como parece y el virus encuentra facilidad para circular.

protección. Cuando muchas personas a tu alrededor tienen la pauta bien puesta, también quedan más protegidos quienes no pueden vacunarse por edad o por problemas de salud.

Esto es especialmente importante en la infancia. Los menores de un año todavía no han recibido su primera dosis y algunos niños pequeños aún no han llegado a la segunda. Ahí el llamado efecto de grupo deja de ser una idea abstracta y se convierte en protección real. Cuanta más inmunidad haya alrededor, menos posibilidades tiene el virus de llegar a quienes son más vulnerables.

Para las familias, la recomendación práctica es muy concreta. Revisar la cartilla vacunal, confirmar si están puestas las dos dosis y consultar con pediatría si hay dudas, si se ha

Tener las vacunas al día es una de las protecciones más eficaces en la infancia.



retrasado alguna o si va a hacerse un viaje a un país con brotes. En sarampión, lo más útil no es reaccionar tarde cuando el virus ya circula cerca, sino adelantarse cuando todavía todo parece estar en calma.

El problema no suele estar en que la vacuna haya dejado de proteger, sino en que el virus encuentra personas con la pauta incompleta o retrasada. Cuando eso ocurre, reaparecen cadenas de transmisión en entornos donde conviven niños pequeños, familias y profesionales sanitarios. Por eso el sarampión no vuelve porque la inmunización falle en general, sino porque aparecen huecos en la protección colectiva.

También conviene recordar que revisar la vacunación no es solo cosa de la infancia más pequeña. Si una familia no tiene clara la cartilla, si ha habido retrasos en alguna dosis o si se va a viajar a zonas con brotes activos, merece la pena consultarlo antes con pediatría o en el centro de salud. En sarampión, adelantarse sigue siendo mucho más útil que reaccionar cuando ya hay un caso cerca.

## ONCOLOGÍA

# Qué cánceres sí se pueden detectar antes con un cribado

**CRIBADO Y DETECCIÓN PRECOZ.** No existe una única prueba útil para cualquier tumor, pero sí tres programas poblacionales que permiten actuar.



### Redacción

Hablar de cribado no es hablar de una revisión cualquiera ni de una prueba que uno se hace por sí acaso. Es una estrategia organizada para personas sin síntomas, diseñada para detectar enfermedad o lesiones precursoras antes de que den la cara, y siempre dentro de un circuito que incluye confirmación diagnóstica y seguimiento cuando hace falta. Por eso no existen programas poblacionales para todos los tumores. Para que un cribado merezca la pena, no basta con que un cáncer sea frecuente o preocupante, la prueba tiene que llegar a la población adecuada y mejorar el pronóstico sin generar más daño que beneficio.

### Tres cribados para tumores diferentes

Hoy, en España, los programas poblacionales de cribado de cáncer implantados de forma organizada son tres: mama, colorrectal y cérvix. Son los que han demostrado utilidad dentro de una estrategia de prevención secundaria y los que cuentan con una población diana definida, pruebas concretas y circuitos asistenciales preparados para confirmar hallazgos y continuar el proceso cuando hace falta.

En el cáncer de mama, el objetivo es detectar tumores en fases más tempranas para facilitar tratamientos más eficaces y mejorar el pronóstico. En el cáncer de cuello uterino, el

cribado añade una ventaja especialmente valiosa, porque no solo ayuda a detectar cáncer, sino también lesiones previas que todavía pueden tratarse antes de que progresen. En el colorrectal, la prueba inicial ayuda a seleccionar mejor a quién hay que estudiar más a fondo y favorece que muchas lesiones se descubran antes de que den síntomas.

La existencia de estos tres programas también ayuda a poner límites realistas. Que un tumor sea grave no significa automáticamente que exista una prueba útil para invitar a toda la población sin síntomas. A veces faltan métodos suficientemente precisos. Otras veces, el problema está en los falsos positivos, el sobrediagnóstico o las intervenciones innecesarias que pueden derivarse de una prueba mal indicada.

También conviene entender que un programa de cribado no se mide solo por la prueba, sino por todo lo que la rodea. Importan la pe-

### ¿SABÍAS QUE...?

- ¿Un resultado positivo en un cribado significa ya que hay cáncer? No. Significa que hay que estudiar mejor ese hallazgo con pruebas de confirmación. El cribado detecta señales de alerta, no cierra por sí solo un diagnóstico.

riodicidad, la calidad de la lectura de resultados, la capacidad para citar a tiempo, la confirmación diagnóstica y el seguimiento posterior. Si ese circuito falla, el beneficio del cribado se debilita. En oncología, adelantarse solo tiene sentido cuando el sistema está preparado para responder bien a lo que encuentra.

Otra cuestión importante es que el cribado no sustituye la consulta cuando hay síntomas. Está pensado para personas que se encuentran bien, no para explicar una hemorragia, un bulto, una pérdida de peso injustificada o una alteración persistente. Cuando aparecen signos de alarma, el camino ya no es esperar a una invitación, sino consultar. Confundir prevención con demora diagnóstica puede hacer perder tiempo valioso.

Además, estos programas no solo buscan encontrar cáncer. En algunos casos, como el de cérvix o el colorrectal, también permiten localizar lesiones precursoras o pólipos con capacidad de transformarse con el tiempo. Esa diferencia explica por qué el cribado bien hecho no solo aspira a diagnosticar antes, sino también a evitar que ciertos tumores lleguen a desarrollarse o a hacerlo en fases más avanzadas.

### QUÉ CRIBADOS EXISTEN HOY

- **Mama.** Se basa en una mamografía periódica en mujeres de grupos de edad establecidos y busca detectar el tumor antes para mejorar el pronóstico.
- **Colorrectal.** Se realiza con una prueba de sangre oculta en heces en población sin síntomas y, si el resultado lo aconseja, se completa con colonoscopia.
- **Cérvix.** Se utiliza citología o prueba de VPH, para detectar lesiones antes de que progresen.

## Cuando llega la invitación al cribado por población diana, conviene saber qué significa

### QUÉ HACE QUE FUNCIONE

- El cribado no se hace porque haya síntomas o una sospecha previa. Se ofrece a personas sanas dentro de un programa organizado, con pruebas validadas, un seguimiento posterior y capacidad real para confirmar hallazgos.
- No todos los tumores pueden cribarse bien. Para que una prueba se quede implantada debe demostrar el beneficio, reducir la mortalidad o enfermedad avanzada y evitar que la existencia de los falsos positivos, el sobrediagnóstico y el sobretratamiento pesen más que el beneficio.

Estos programas no funcionan como una consulta por síntomas. Están pensados para actuar antes de que aparezcan señales claras, cuando la persona se encuentra bien y no tiene ningún motivo aparente para sospechar que algo va mal. Ahí reside precisamente su valor. No esperan a que el problema dé la cara, sino que intentan adelantarse a él dentro de una estrategia organizada.

Cada uno de estos cribados tiene su propia población diana y su propia prueba. El de cérvix se dirige a mujeres de 25 a 65 años y combina citología o prueba de VPH según la edad y la situación vacunal. El colorrectal se ofrece a hombres y mujeres de 50 a 74 años mediante prueba inmunoquímica fecal. El de mama se organiza con mamografía periódica en mujeres de los grupos de edad establecidos por los programas públicos.

También conviene recordar que un resultado positivo en cribado no equivale a un diagnóstico de cáncer. Significa que hay que estudiar mejor ese hallazgo. En unos casos hará falta repetir pruebas y, en otros, pasar a una exploración de confirmación. El cribado no cierra un diagnóstico. Señala a quién conviene valorar con más precisión.

Muchas invitaciones se aparcan, se olvidan o se dejan para más adelante porque la persona se encuentra bien y no siente urgencia. Sin embargo, el sentido del cribado está justo en ese momento, en ofrecer una oportunidad de detectar antes lo que todavía puede abordarse con más margen y con mejores resultados. En prevención oncológica, posponer no suele tener consecuencias inmediatas, pero sí puede hacer que se llegue más tarde a un proceso pensado para actuar a tiempo.

Hay, además, una condición menos visible, pero decisiva, para que un cribado funcione. No basta con que exista una prueba. Tiene que haber un circuito completo, con citación, lectura adecuada de resultados, confirmación diagnóstica y seguimiento posterior cuando hace falta. Ahí es donde una estrategia de salud pública se diferencia de una revisión aislada.



# La soledad no deseada deteriora gravemente la salud mental y la autonomía

**SOLEDAD Y ENVEJECIMIENTO.** En edades avanzadas, la falta de un vínculo social estable pesa en lo emocional, en salud mental y en el deterioro cognitivo.

## Redacción

Envejecer no significa resignarse a estar solo, pero sí obliga a mirar de frente una realidad cada vez más frecuente. La soledad no deseada y el aislamiento social no son exactamente lo mismo, aunque muchas veces se mezclen. La soledad tiene que ver con cómo se siente una persona respecto a sus relaciones. El aislamiento social, en cambio, describe la falta de contacto regular, de apoyo o de interacción cotidiana. Se puede vivir solo y no sentirse aislado, y también se puede sentir una soledad profunda aun estando rodeado de gente.

## Cuando los vínculos se reducen

Con los años, esa distancia social puede abrirse por motivos muy concretos. La jubilación, la pérdida de la pareja o de amistades cercanas, los problemas de movilidad, la falta de transporte, una audición peor o una vista más limitada hacen que salir, conversar o sostener rutinas sociales resulte más difícil. A veces el aislamiento no empieza con una gran ruptura, sino con pequeños retrocesos que se encadenan. Se deja de bajar a la calle, se acortan las llamadas, se renuncia a planes y, poco a poco, la red se estrecha.

Ese proceso no afecta solo al estado de ánimo.

La evidencia acumulada relaciona la soledad y el aislamiento social con mayor riesgo de depresión, ansiedad, deterioro cognitivo, demencia y peor salud física. También se asocian con más ingresos hospitalarios, estancias más largas y una mayor probabilidad de morir antes que quienes mantienen relaciones significativas y estables. No se trata, por tanto, de una cuestión menor o sentimental. Es un factor de salud.

En la vida diaria, el problema suele presentarse de una forma menos espectacular y más silenciosa. Cuesta más concentrarse, apetece menos salir, se reduce la actividad física, se duerme peor y se va perdiendo interés por lo que antes organizaba la semana. Esa combinación favorece un círculo difícil de romper. Cuanto menos contacto hay, menos motivos

parecen quedar para mantenerse activo. Y cuanto menos activa se vuelve la rutina, más fácil es que aumenten la apatía, el desánimo o la desorientación.

Recuperar una llamada, un paseo o una visita fija es el primer paso.



La audición merece una atención especial dentro de este problema. Oír peor complica las conversaciones, genera frustración y hace que muchas personas empiecen a evitar reuniones, llamadas o espacios con ruido. Ese alejamiento puede interpretarse desde fuera como desinterés, cuando a menudo lo que hay detrás es cansancio, vergüenza o miedo a no entender bien. La pérdida auditiva no tratada, por tanto, no solo afecta a cómo se oye, sino también a cómo se mantiene el vínculo con los demás.

También conviene no reducir la soledad a vivir solo. Hay personas que mantienen una rutina independiente y se sienten conectadas, mientras otras conservan contacto frecuente, pero sin sensación real de apoyo, pertenencia o escucha. Lo que deteriora la salud mental es percibir que faltan relaciones con sentido, continuidad y confianza. Ahí es donde la soledad deja de ser una mala racha y empieza a pesar como un factor de riesgo sostenido.

## ¿SABÍAS QUE...?

■ ¿Sentirse solo puede afectar a la salud aunque no vivas solo? Sí. La soledad puede aparecer incluso con contacto frecuente si faltan apoyo, pertenencia o relaciones.

## Mantener el vínculo protege en gran parte la salud mental

### Cómo frenar el aislamiento

La respuesta no pasa por llenar la agenda sin más, sino por recuperar conexiones que tengan continuidad y valor real para la persona. Las recomendaciones de envejecimiento saludable insisten en varias líneas que parecen sencillas, pero funcionan mejor cuando se convierten en hábito.

Mantener contacto regular con familiares, amistades o vecinos, retomar actividades que antes daban sentido a la semana, participar en grupos, clases o voluntariado y combinar el movimiento físico con espacios de conversación ayudan a sostener la salud emocional y cognitiva.

La tecnología también puede ser una aliada cuando se usa con un objetivo claro. Videollamadas, mensajes, grupos comunitarios o clases para aprender a manejar herramientas digitales pueden abrir una puerta útil para quienes tienen más difícil salir de casa o han ido perdiendo contacto. No sustituye el vínculo presencial cuando este es posible, pero sí puede evitar que la distancia se convierta en desconexión total.

## ¿SABÍAS QUE...?

■ ¿La pérdida de audición te puede empujar al aislamiento sin notarlo?

Sí. Cuando conversar cuesta, muchas personas empiezan a evitar algunas llamadas, reuniones o espacios con ruido. Ese alejamiento progresivo es el que favorece la soledad y puede empeorar el ánimo, la comunicación y la autonomía diaria.

Hay momentos en los que conviene comentarlo en consulta. Cuando la persona pasa la mayor parte del tiempo sola, ha perdido interés por salir, nota un desánimo persistente o empieza a tener más dificultades para organizar tareas cotidianas, hablarlo con el profesional sanitario puede ayudar a ordenar el problema. A veces detrás hay duelo, depresión, pérdida auditiva, insomnio o un deterioro funcional que todavía está a tiempo de abordarse mejor.

La conexión social no es un adorno de la vejez, ni una recomendación blanda. Forma parte de la salud de la misma manera que el descanso, la actividad física o la revisión de la medicación.

Cuidar esos vínculos no elimina todos los riesgos, pero sí puede frenar un deterioro que muchas veces empieza por algo tan cotidiano como dejar de hablar, dejar de salir o dejar de sentirse esperado en algún sitio.

Cuando la soledad se mantiene, pesa sobre el estado de ánimo o empieza a afectar a tareas diarias, conviene comentarlo en consulta. No porque estar solo sea una enfermedad, sino porque detrás puede haber depresión, duelo, deterioro sensorial, insomnio o una pérdida de autonomía que todavía está a tiempo de abordarse mejor. Hablar de ello con naturalidad también forma parte del cuidado.

*Información basada en materiales del National Institute on Aging sobre soledad, aislamiento social, salud mental y envejecimiento.*

## ACTUALIZACIÓN CLÍNICA



### ¿PUEDE UNA ANALÍTICA EVITAR LA QUIMIOTERAPIA?

# El ADN tumoral en sangre ajusta el tratamiento tras una cirugía de colon

**ENFERMEDAD MÍNIMA MOLECULAR.** La detección de ADN tumoral circulante tras la operación permite afinar el riesgo de recaída en pacientes con cáncer.

#### Redacción

Tras una cirugía con intención curativa en cáncer de colon, una de las decisiones más delicadas llega cuando el tumor ya se ha extirpado. Hay pacientes en los que la quimioterapia posterior reduce el riesgo de recaída. En otros, el beneficio es mucho más dudoso. Hasta ahora, esa decisión se apoyaba sobre todo en criterios anatómicos y clínicos, útiles pero imperfectos, porque no siempre reflejan qué enfermedad microscópica puede quedar realmente después de operar.

Ahí es donde entra el ADN tumoral circulante, una biopsia líquida que busca en sangre pequeños fragmentos de material genético liberados por el tumor. Si esa señal aparece tras la cirugía, sugiere que puede persistir enfermedad mínima residual aunque las pruebas de imagen no muestren nada. Si no aparece, la probabilidad de recaída suele ser menor. La idea no es sustituir todo lo anterior, sino

añadir una capa de precisión a una decisión que hasta ahora se tomaba con una incertidumbre mucho mayor.

#### Una analítica ayuda a tomar decisiones

Ese enfoque resulta especialmente valioso porque la recaída no siempre se puede anticipar bien con las pruebas habituales. Una tomografía puede salir normal y, aun así, existir una cantidad mínima de enfermedad imposible de detectar por imagen. El ctDNA no sustituye a las pruebas clásicas, pero añade una capa de información mucho más fina. No dice solo cómo era el tumor al principio, sino qué rastro puede estar dejando después del tratamiento.

La utilidad práctica de esa información es enorme. Hay pacientes que, tras la cirugía, reciben quimioterapia por precaución, aunque no todos obtienen el mismo beneficio. Si una analítica ayuda a identificar mejor quién tiene más riesgo real de recaída y quién probable-

mente no necesita más tratamiento, la decisión deja de apoyarse solo en estadísticas generales y se vuelve más ajustada a cada caso.

Eso importa también porque la quimioterapia adyuvante no es un trámite menor. Puede reducir recaídas, pero también añade cansancio, toxicidad, visitas al hospital, efectos secundarios y semanas o meses de tratamiento que no siempre compensan igual en todos los pacientes. Afinar esa decisión no solo mejora la precisión médica, también evita que algunas personas carguen con un tratamiento adicional cuando su riesgo real puede ser mucho más bajo de lo que parecía.

En ese contexto, una analítica capaz de detectar si el tumor sigue dejando huella después de la cirugía no cambia solo una prueba. Cambia el margen con el que se decide si conviene añadir tratamiento o si es más razonable evitar una quimioterapia que quizá no aporte beneficio real.

#### CUÁNDO PUEDE CAMBIAR TOTALMENTE LA DECISIÓN

- Después de una cirugía curativa, cuando queda la duda de si conviene o no añadir la quimioterapia.
- En el cáncer de colon en estadio II, donde la evidencia es hoy más sólida.
- Cuando hace falta distinguir de manera más precisa entre el riesgo teórico y la enfermedad residual real.

#### Qué cambia hoy y qué sigue pendiente

La gran aportación de esta estrategia no está en tratar más, sino en tratar mejor. Si después de la operación no se detecta ADN tumoral en sangre, el escenario puede ser más tranquilizador y permitir una decisión menos agresiva. Si esa huella sí aparece, el paciente puede entrar en un grupo en el que vigilar más de cerca o plantear tratamiento adicional tiene más sentido. La diferencia parece pequeña, pero cambia mucho la conversación clínica.

Para el público general, lo más importante es entender que esta prueba no “detecta cáncer” en el sentido habitual. No sirve como cribado para cualquiera ni reemplaza una colonoscopia, una biopsia o una prueba de imagen. Su papel aparece después, cuando el tumor ya se ha tratado y lo que se intenta averiguar es si queda una enfermedad mínima que todavía no da la cara, pero que podría anticipar una recaída.

También conviene mantener una mirada realista. No es una solución mágica ni una respuesta definitiva para todos los tumores. Hoy su mayor interés está en algunos escenarios muy concretos, sobre todo en cáncer de colon operado, donde puede ayudar a decidir mejor si la quimioterapia posterior merece la pena o no. En otros contextos, la investigación sigue avanzando y todavía hace falta más experiencia para saber exactamente cómo usarla.

Aun así, el cambio de fondo ya es relevante. Durante años, la oncología ha tomado muchas decisiones después de la cirugía con criterios sólidos, pero todavía bastante generales. El ctDNA introduce una lógica distinta. En lugar de preguntarse solo cómo era el tumor cuando se quitó, empieza a preguntarse qué está pasando ahora mismo en el cuerpo del paciente. Esa manera de afinar el riesgo encaja muy bien con la medicina de precisión.

En la práctica, esto puede traducirse en algo muy concreto y muy comprensible. Menos quimioterapia innecesaria para algunos pacientes y más capacidad para concentrar el esfuerzo terapéutico en quienes realmente lo necesitan. Ese equilibrio es, probablemente, lo más interesante de esta vía.

Más información en [gacetadesalud.com](http://gacetadesalud.com)

#### LO QUE TODAVÍA QUEDA POR RESOLVER

- No sustituye valoración oncológica completa ni funciona de la misma forma en todos los tumores.
- Su utilidad clínica está ahora más consolidada en algunos escenarios que en otros, y exige circuitos muy bien definidos para aplicarse con criterio.

## ♥ DEPENDENCIA Y CUIDADO

# Dependencia paso a paso, qué hay que pedir primero y qué errores pueden retrasar

**TRÁMITE Y AUTONOMÍA.** Cuando una persona necesita ayuda diaria, el primer paso es solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia.



### Redacción

Cuando en casa ya hace falta ayudar para vestirse, controlar la medicación, preparar la comida o supervisar tareas que antes se hacían sin apoyo, muchas familias buscan directamente una ayuda concreta. Sin embargo, en Andalucía el recorrido empieza antes. Lo primero que hay que pedir es el reconocimiento

de la situación de dependencia. Sin ese paso, no se activa después el derecho a los servicios o prestaciones que puedan corresponder.

Ese inicio exige dos documentos básicos, la solicitud y el informe sobre condiciones de salud, en el modelo oficial. Ese informe debe estar firmado por un profesional médico o de enfermería y no puede tener más de tres meses

de antigüedad en el momento de presentar la solicitud. Es un detalle pequeño en apariencia, pero decisivo. Si ese informe falta, no es el correcto o está caducado, el procedimiento se complica desde el primer día.

La tramitación puede hacerse por vía telemática o presencial. También puede presentarse con apoyo de los servicios sociales.

## Un expediente mal preparado dilata el trámite

### Los fallos que hacen perder meses

Uno de los errores más frecuentes es presentar la solicitud sin resolver bien quién representa a la persona interesada. Si quien firma no es la propia persona solicitante, esa representación debe quedar acreditada. También se retrasa el trámite cuando falta documentación básica, cuando el informe de salud no está en el modelo correcto o cuando se entrega fuera de plazo, ya que debe tener una antigüedad máxima de 3 meses.

Otra confusión habitual es no distinguir entre una solicitud inicial y una revisión del grado ya reconocido. No son lo mismo. La revisión solo procede en supuestos concretos, como empeoramiento, mejoría o error, y no suele admitirse si no ha pasado al menos un año

Empezar pronto ayuda, pero presentar bien la solicitud evita retrasos que pesan. ♥

desde la resolución anterior, salvo que ese cambio quede bien acreditado.

También se pierde tiempo cuando la familia espera demasiado para iniciar el procedimiento o llega a la visita domiciliaria sin haber ordenado bien la información.

En esa valoración importa explicar con claridad qué apoyos necesita la persona en su vida diaria, qué tareas ya no puede hacer sola y cómo está afectando esa situación a la organización de la casa. En dependencia, retrasar la

solicitud o presentar mal el caso suele traducirse en más espera cuando el cuidado ya está pesando sobre la familia.

A esto se suma un detalle práctico que muchas veces se pasa por alto. Presentar la solicitud no significa desentenderse del expediente. Conviene guardar copia de todo lo entregado, comprobar que no falta documentación y seguir el estado de la tramitación cuando sea necesario. En un proceso que condiciona tanto la autonomía y el equilibrio familiar, dejar cabos sueltos puede acabar alargando más de la cuenta una ayuda que se necesita en casa.

En dependencia, entender bien el orden del procedimiento no resuelve por sí solo el problema, pero sí evita que la burocracia añada más desgaste cuando se sostiene demasiado.

### ERRORES QUE FRENAN EL TRÁMITE DE DEPENDENCIA

- ■ Presentar el informe sanitario fuera de plazo o en un modelo que no corresponde.
- ■ No acreditar de forma correcta la representación de la persona que es solicitante.
- ■ No autorizar la consulta de datos y olvidar después la documentación que hay que aportar por esa vía.

Esto es algo especialmente útil cuando la familia tiene dudas con la documentación o no sabe qué casillas marcar. En un proceso de dependencia, rellenar bien al principio ahorra mucho más que corregir después.

El procedimiento actual está pensado para concentrar pasos. Primero se presenta la solicitud. Después llega una visita domiciliaria, en la que se valora cómo vive la persona, qué dificultades tiene en sus actividades diarias y qué apoyos necesita. A partir de ahí, se formula una propuesta de atención y, finalmente, se dicta una misma resolución en la que quedan reconocidos tanto el grado de dependencia como la prestación o prestaciones que correspondan a la persona solicitante.

Si en casa la ayuda diaria ya no es puntual, conviene iniciar bien la solicitud. ♥

Ese orden importa porque evita una confusión bastante frecuente. La dependencia no se pide explicando solo que una persona está peor o que necesita ayuda. Se pide dentro de un procedimiento reglado, con una valoración en domicilio, un baremo y una resolución administrativa. Cuanto mejor esté preparado el expediente, menos posibilidades hay de que el proceso se frene por cuestiones evitables.

En un proceso así, llegar pronto importa, pero llegar bien también. Tener claro qué documento abre el procedimiento, qué informe debe acompañarlo y cómo se organiza después la valoración evita errores que, en dependencia, no suelen ser pequeños, porque cada paso mal dado pesa sobre una situación que en casa se sostiene con dificultad.

### NO ES LO MISMO SOLICITAR QUE REVISAR

- ■ La solicitud inicial abre el proceso de reconocimiento de la dependencia y de las prestaciones que corresponden.
- ■ La revisión sirve para los cambios posteriores, como el empeoramiento, la mejoría o el error.
- ■ Si no ha pasado un año desde la última resolución, la revisión por razón de empeoramiento puede no admitirse salvo que quede bien acreditada.

### QUÉ TENER PREPARADO

- La solicitud inicial.
- El informe de condiciones de salud en modelo oficial y con la antigüedad máxima de 3 meses.
- La acreditación de representación, si quien firma no es la propia persona solicitante.

 VIDA SALUDABLE

# Poca verdura y mucha sal a diario, eleva el riesgo de infarto

**ALIMENTACIÓN Y CORAZÓN.** Ese patrón alimentario aumenta la mortalidad por cardiopatía isquémica, especialmente cuando faltan vegetales protectores.



## Redacción

La salud del corazón no depende solo de la tensión, el colesterol o el tabaco. También se juega cada día en decisiones tan habituales como llenar el carro de la compra, cocinar con más o menos sal o sustituir alimentos frescos por productos listos para consumir. Una alimentación deficiente se ha situado entre los grandes factores modificables de la cardiopatía isquémica, la enfermedad que aparece cuando las arterias coronarias no llevan sufi-

## EL PLATO QUE PROTEGE TU SALUD CARDIOVASCULAR

- ■ Los cereales integrales, verduras, frutos secos y semillas aportan fibra y grasas saludables.
- ■ No se trata de comer perfecto, sino de que estos alimentos aparezcan con frecuencia.
- ■ Cuando faltan de forma habitual, el corazón pierde gran parte de su protección diaria.

ciente sangre al corazón y que puede manifestarse como angina de pecho o infarto.

Un amplio análisis internacional realizado en 204 países, con datos de tres décadas, estima que la dieta inadecuada estuvo detrás de más de 4 millones de muertes por cardiopatía isquémica en 2023. El mismo trabajo calcula una pérdida de 97 millones de años de vida saludable atribuibles a patrones alimentarios poco protectores. La cifra es global, pero el mensaje aterriza en lo cotidiano. No se trata

solo de comer demasiado, sino de comer peor y de desplazar alimentos que protegen.

Entre los factores dietéticos señalados aparecen las dietas bajas en cereales integrales, verduras, frutos secos, semillas y ácidos grasos poliinsaturados como el omega-6, junto con una ingesta elevada de sodio. La combinación es especialmente perjudicial porque

## ¿SABÍAS QUE...?

- ■ No solo influye el exceso diario de productos poco saludables. Comer pocas verduras, cereales integrales, frutos secos y semillas reduce la presencia útil de fibra, grasas saludables y nutrientes relacionados con una mejor salud cardiovascular.

suma dos problemas. Por un lado, se reduce la presencia de fibra, minerales, grasas saludables y compuestos vegetales asociados a mejor salud cardiovascular. Por otro, aumenta el peso de alimentos con más sal, azúcares añadidos, grasas de peor calidad y baja densidad nutricional.

El corazón acusa ese desequilibrio de forma progresiva. Una dieta rica en sal favorece la hipertensión. El exceso de productos procesados suele acompañarse de más calorías, peor control del peso y mayor alteración metabólica. La falta de alimentos vegetales reduce la protección frente a inflamación, resistencia a la insulina y deterioro vascular. Con el tiempo, esos factores facilitan la aparición de placas de ateroma en las arterias, estrechan el paso de la sangre y aumentan el riesgo de eventos cardiovasculares.

El estudio también muestra diferencias importantes entre regiones. En países con menos recursos, el problema se relaciona a menudo con la falta de acceso a alimentos protectores, como frutas, verduras, cereales integrales o fuentes saludables de grasas. En países con mayor nivel de renta, el riesgo se desplaza con frecuencia hacia el consumo excesivo de carnes procesadas, bebidas azucaradas y productos ultraprocesados. En ambos escenarios, el resultado puede terminar siendo parecido, aunque el camino sea distinto.

La lectura práctica es clara. El riesgo cardiovascular no aumenta solo por un exceso puntual, sino por un patrón mantenido en el tiempo. Cuando faltan alimentos protectores y sobran productos con mucha sal, azúcar o grasas de peor calidad, el corazón pierde margen de protección. Por eso la prevención empieza en una alimentación cotidiana.

*Más información en [agenciasinc.es](https://agenciasinc.es)*

## Cómo llenar mejor el plato para proteger las arterias sin dietas extremas

### Comer para proteger el corazón

Comer mejor no exige convertir la alimentación en una lista rígida de prohibiciones. El cambio más eficaz suele empezar por aumentar la presencia de alimentos que faltan. Añadir verduras a diario, elegir pan, arroz o pasta integrales cuando sea posible, incorporar legumbres varias veces por semana y tomar frutos secos naturales en cantidades moderadas son gestos sencillos que mejoran el patrón global sin necesidad de hacer dietas extremas.

La sal merece una atención especial porque muchas veces no procede del salero. Una parte importante llega a través de alimentos preparados, embutidos, snacks, salsas, platos precocinados o productos envasados. Reducir el sodio no significa comer sin sabor. Implica cocinar más en casa, usar especias,

hierbas aromáticas, ajo, limón o vinagre, y revisar etiquetas cuando se compran productos habituales. En personas con hipertensión, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal o antecedentes cardiovasculares, este punto cobra más relevancia.

También conviene mirar el lugar que ocupan las bebidas azucaradas. No sacian igual que un alimento sólido, aportan azúcar de absorción rápida y pueden contribuir al aumento de peso y al deterioro metabólico cuando forman parte de la rutina. Sustituirlas por agua, infusiones sin azúcar o bebidas no azucaradas es una de las decisiones más simples para reducir riesgo sin alterar demasiado la vida diaria.

El mensaje de fondo es preventivo. Una mala alimentación sostenida puede aumentar el riesgo cardiovascular, y un patrón más equilibrado puede ayudar a reducirlo.

## CAMBIOS QUE TE AYUDAN A CUIDAR EL CORAZÓN

- Elegir pan, arroz o pasta integral aumenta la fibra sin cambiar por completo la dieta.
- Añadir verduras en comida y cena mejora de forma notable el patrón alimentario y ayuda a desplazar los productos menos saludables.
- Tomar frutos secos naturales, sin sal añadida, aporta grasas saludables en pequeñas cantidades.
- Reducir los embutidos, platos preparados y snacks salados ayuda a bajar el consumo de sodio oculto.
- Cambiar los refrescos azucarados por agua de forma habitual reduce las calorías líquidas y mejora el control metabólico.

## ♥ CÚRATE EN SALUD

# El calor te obliga a tener que revisar tus medicamentos

**MEDICINAS Y CALOR.** Las altas temperaturas pueden aumentar riesgos en personas mayores, pacientes crónicos o personas polimedicadas.



### Redacción

El calor no afecta solo al cansancio, al sueño o a la hidratación. También puede cambiar la forma en la que el cuerpo tolera algunos medicamentos y la manera en la que deben conservarse en casa. En verano, este detalle suele pasar desapercibido, pero puede ser importante en personas mayores, pacientes con enfermedades crónicas, personas dependientes o quienes toman varios fármacos a la vez. El problema no está en que un medicamen-

### QUÉ MEDICAMENTOS MIRAR

- Diuréticos y tratamientos que pueden favorecer la pérdida de agua o sales.
- Fármacos para la tensión, sobre todo si hay mareos, caídas o deshidratación.
- Los psicofármacos, tranquilizantes, neurolépticos y anticolinérgicos.
- Tratamientos que pueden afectar al riñón si la persona bebe poco o pierde mucho líquido.

to sea peligroso por sí mismo cuando sube la temperatura. La cuestión es más concreta. En días de calor intenso, el organismo necesita regular mejor el agua, las sales minerales, la presión arterial, la temperatura corporal y la función renal. Algunos tratamientos pueden influir en esos mecanismos o volverse más delicados si aparece deshidratación, sudoración intensa o una ingesta insuficiente de líquidos. Los diuréticos, por ejemplo, favorecen la eliminación de agua y sales. En una persona

vulnerable, una ola de calor puede aumentar el riesgo de deshidratación, bajadas de tensión o alteraciones electrolíticas. Algunos medicamentos para la tensión también requieren vigilancia especial cuando hay pérdida de líquidos, porque el equilibrio entre tratamiento, presión arterial y función renal puede modificarse. No significa suspender nada por cuenta propia, sino estar atento y consultar si aparecen mareos, debilidad intensa, confusión o empeoramiento del estado general.

También hay tratamientos que pueden afectar a la capacidad del cuerpo para regular la temperatura. Algunos psicofármacos, anticolinérgicos, neurolépticos o tranquilizantes pueden dificultar la sudoración, aumentar la somnolencia o interferir en la percepción de sed y calor. En personas con trastornos de memoria, dependencia, enfermedad neurológica o salud mental frágil, ese riesgo puede pasar más inadvertido porque quizá no expresan bien que tienen sed, que están mareadas o que se encuentran peor.

### DÓNDE NO DEJAR MEDICINAS

- Dentro del coche, aunque sea durante poco tiempo.
- Cerca de ventanas con sol directo o una fuente de calor.
- En bolsos, mochilas o maletas expuestas durante horas.
- En el baño, si hay humedad y cambios frecuentes de temperatura.

El calor también importa para conservar los medicamentos. No conviene dejarlos en el coche, cerca de una ventana, dentro de una mochila expuesta al sol ni en espacios que acumulen temperatura. La mayoría debe guardarse en un lugar fresco, seco y protegido de la luz directa, respetando siempre las condiciones del envase. Si un medicamento cambia de color, olor, textura o aspecto, no debería utilizarse sin consultar antes.

La idea central es sencilla. En verano, tomar medicación no exige miedo, pero sí más atención. Beber agua con regularidad, evitar las horas de más calor, revisar dónde se guardan los fármacos y pedir consejo si aparecen síntomas extraños puede evitar complicaciones que empiezan de forma discreta y se agravan rápido.

La prevención empieza con una idea sencilla. Si una persona toma medicación diaria, el calor no debe vivirse como un detalle menor, especialmente cuando hay edad avanzada, dependencia, enfermedad crónica o varios tratamientos a la vez.

## Qué revisar antes de que el calor pueda complicar tu medicación diaria en verano

### Antes de la ola de calor

La prevención empieza antes de que llegue una ola de calor. Las personas que toman medicación diaria deberían saber para qué sirve cada fármaco, si alguno necesita condiciones especiales de conservación y qué señales conviene vigilar cuando suben mucho las temperaturas. Esta revisión es especialmente importante en mayores que viven solos, personas con enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedad renal, trastornos neurológicos o tratamientos de salud mental.

No se trata de cambiar dosis ni suspender medicamentos sin indicación profesional. Lo prudente es consultar con el especialista cuando hay dudas, cuando se ha añadido un tratamiento nuevo o si ya han aparecido mareos, caídas, confusión, deshidratación o bajadas de tensión en veranos anteriores.

En casa, pequeños gestos ayudan mucho. Guardar los medicamentos en un lugar fresco y seco, evitar el baño por la humedad, no dejarlos en el coche y conservarlos en su envase original reduce errores y problemas de conservación. En viajes, conviene llevarlos en el equipaje de mano y comprobar si alguno necesita frío.

El calor puede hacer que algunos síntomas se confundan con cansancio normal. Debilidad intensa, somnolencia excesiva, boca seca, disminución clara de orina, desorientación, calambres o piel muy caliente son señales que deben vigilarse. En personas mayores o dependientes, preguntar si han bebido, revisar el ambiente de la casa y comprobar que toman bien su medicación puede evitar que una complicación termine en urgencias por la gravedad.



 CÚRATE EN SALUD

# El mito del bronceado saludable acaba dañando tu piel cada verano



**FOTOPROTECCIÓN Y PIEL.** Las falsas creencias sobre el bronceado, la protección solar y los días nublados siguen favoreciendo exposiciones de alto riesgo.

#### Redacción

Tomar el sol no tiene por qué convertirse en un problema, pero hacerlo mal sigue siendo una de las formas más frecuentes de dañar la piel sin darse cuenta. El riesgo no está solo en una quemadura evidente después de un día de playa. También se acumula en exposiciones repetidas, en paseos sin protección, en terrazas, en deporte al aire libre o en esos días nublados en los que muchas personas creen que la radiación no afecta.

Uno de los bulos más repetidos es que la piel puede acostumbrarse al sol si se expone poco a poco sin protección. Esa idea, conocida popularmente como “callo solar”, resulta especialmente peligrosa porque transforma el daño acumulado en una falsa sensación de adaptación. Broncearse no significa que la piel se haya vuelto más fuerte. Significa que ha reaccionado frente a una agresión de la radiación ultravioleta.

El moreno suele interpretarse como un signo de salud, descanso o buen aspecto, pero desde el punto de vista cutáneo es una señal de defensa. La piel produce más melanina para intentar protegerse, aunque esa respuesta no elimina el daño celular ni evita que la ra-

diación siga acumulando efecto con el paso de los años. Por eso, buscar quemarse “un poco” al principio del verano para después tolerar mejor el sol no es una estrategia segura.

Otro error frecuente es pensar que el protector solar permite estar más tiempo al sol sin límite. La crema ayuda, pero no convierte la exposición prolongada en inocua. La protección solar debe formar parte de una estrategia más amplia que incluya sombra, ropa, gafas de sol, sombrero y evitar las horas centrales del día. Usarla como permiso para alargar la exposición reduce parte de su utilidad y aumenta la cantidad total de radiación recibida.

También persiste la idea de que solo hay que protegerse en la playa o la piscina. Sin embargo, la piel recibe radiación en muchas si-

El bronceado no es una meta saludable, es una señal de defensa de la piel.



tuciones cotidianas, al caminar por la calle, hacer deporte, sentarse en una terraza, acudir a un festival o trabajar al aire libre. Esa exposición fragmentada parece menos intensa, pero también suma. El problema es que muchas

#### Cómo proteger realmente tu piel

La fotoprotección funciona mejor cuando se aplica con constancia y sentido común. Elegir un protector de amplio espectro, frente a radiación UVA y UVB, usar una cantidad suficiente y reaplicarlo tras el baño, el sudor o el secado con toalla marca más diferencia que confiar en productos milagro o en rutinas improvisadas. Una crema mal aplicada, en poca

#### ¿SABÍAS QUE...?

■ ¿La piel se acostumbra al sol si te expones poco a poco?

No. La piel no crea un escudo seguro por recibir sol sin protección. El bronceado es una respuesta defensiva frente a la radiación ultravioleta, no una señal de que el daño haya desaparecido.

cantidad o usada solo una vez al día puede dar una sensación de seguridad mayor que la protección real que ofrece.

La ropa también protege. Camisetas, sombreros de ala ancha, gafas homologadas y búsqueda de sombra son medidas especialmente útiles en niños, personas de piel clara, pacientes con antecedentes de cáncer cutáneo, quienes toman medicamentos fotosensibilizantes o personas que trabajan muchas horas al aire libre. En menores pequeños, la prioridad debe ser evitar la exposición directa, no compensarla con crema.

La autoexploración de la piel completa la prevención. Vigilar lunares que cambian de tamaño, forma o color, heridas que no curan,

Protegerse del sol no es dejar de salir, es evitar que la piel pague el exceso.



#### TRES GESTOS QUE PROTEGEN

- Evita las horas centrales del día, especialmente cuando la radiación es más intensa.
- Usa un protector solar de amplio espectro y reaplicalo tras darte un baño, sudar o secarte con toalla.
- Revisa tu piel y consulta si un lunar cambia, sangra, crece o tiene bordes irregulares.

#### ¿SABÍAS QUE...?

- Las nubes no eliminan el riesgo solar. Aunque el cielo esté cubierto, parte de la radiación ultravioleta puede llegar a la piel.

veces no se percibe como exposición solar real y, por tanto, no se acompaña de medidas de protección.

La prevención empieza por dejar de tratar el sol como un riesgo de verano limitado a las vacaciones. La piel tiene memoria y acumula daño a lo largo de la vida. Protegerse no consiste en evitar cualquier actividad al aire libre, sino en disfrutarla con cabeza, sin convertir el bronceado en objetivo y sin esperar a que aparezca una quemadura para reconocer que ha habido exceso.

La prevención no consiste en tener miedo al sol, sino en abandonar falsas seguridades. La piel acumula daño incluso cuando no hay una quemadura evidente, y protegerla a diario es una forma sencilla de reducir riesgos.

manchas nuevas o lesiones que sangran permite consultar antes. No todos los cambios son cáncer, pero algunos necesitan valoración dermatológica. En piel, llegar pronto puede cambiar mucho el pronóstico.

También conviene revisar la protección cuando se toman ciertos medicamentos. Algunos tratamientos pueden aumentar la sensibilidad de la piel al sol y favorecer reacciones como enrojecimiento, picor, manchas o quemaduras con exposiciones que otras veces no habrían dado problemas. Si aparece una reacción intensa tras tomar el sol, lo adecuado es consultar y no repetir la exposición sin orientación.

La prevención debe adaptarse a cada persona. No necesita la misma protección un niño pequeño, una persona de piel clara, alguien con antecedentes de cáncer cutáneo o quien trabaja muchas horas al aire libre. Cuanto mayor sea el tiempo de exposición o la vulnerabilidad de la piel, más importante resulta combinar crema, sombra, ropa y horarios seguros, ya que la mejor fotoprotección no es la más complicada, sino la que se mantiene.

# LA SANIDAD QUE TE CURA

La información publicada en este periódico tiene fines informativos y educativos y se elabora a partir de fuentes sanitarias y científicas contrastadas. No sustituye la valoración, el diagnóstico ni el tratamiento de un profesional sanitario, ni constituye consejo médico individual. Ante síntomas, dudas o cambios en tu salud, consulta con tu médico, enfermero o farmacéutico. En caso de urgencia, llame al 112.

**Edita** Grupo Publicaciones del Sur SA  
**Consejero delegado** José Antonio Mallou Díaz  
**Director General** Joaquín Ladrón de Guevara  
Parque Empresarial, Avenida de la Investigación,  
Parcela D-11. 11.407 Jerez de la Frontera  
**Publicidad** 956 30 25 26 **Centralita** 956 16 73 00



## QUÉ PUEDE VER LA IA EN LA RETINA

- Señales asociadas a la diabetes tipo 2, hipertensión y colesterol elevado, que son tres problemas que pueden avanzar sin síntomas claros.
- Patrones vinculados a la gota, la osteoporosis y las alteraciones tiroideas, casi siempre como apoyo inicial y no como un diagnóstico que queda cerrado.
- Cambios muy sutiles en vasos de la retina que pueden reflejar algunas alteraciones metabólicas o vasculares del organismo.
- Información que puede ayudar a decidir mejor qué pacientes necesitan revisión clínica o una analítica más completa.
- Una vía rápida y que no es invasiva, que podría usar y aprovechar las imágenes utilizadas en controles de salud ocular.

## CÓMO FUNCIONA TU SANIDAD

### Listas de espera y garantías que existen en Andalucía

Las listas de espera no funcionan todas igual. En Andalucía existen plazos máximos garantizados para determinados procedimientos, pero no cualquier espera sanitaria entra automáticamente en la misma categoría. Por eso conviene distinguir entre una intervención quirúrgica programada, una primera consulta de especialista y una prueba diagnóstica.

En cirugía, el sistema reconoce un plazo máximo general de 180 días para un amplio grupo de técnicas. En algunos procesos asistenciales frecuentes, ese plazo se reduce a 120 días, y en determinados procedimientos de cirugía cardiaca puede ser de 90 días. En primeras consultas de asistencia especializada derivadas desde Atención Primaria, el plazo garantizado es de 60 días. Para procedimientos diagnósticos incluidos en la normativa, el plazo es de 30 días.

La consulta individual de una lista de espera quirúrgica puede hacerse por ClicSalud+, con certificado digital, DNIE o Cl@ve. También puede preguntarse a través de Salud Responde o en la unidad de atención a la ciudadanía del hospital correspondiente. Además, el SAS publica datos generales por provincia, hospital y especialidad para consultar la situación global.

#### QUÉ PUEDES CONSULTAR

- Si tu intervención está inscrita en el registro de demanda quirúrgica, los plazos de garantía según el tipo de procedimiento y los datos generales de listas de espera por hospital o por provincia.

# La retina avisa de enfermedades

Una nueva herramienta de inteligencia artificial analiza las imágenes del fondo de ojo para detectar posibles señales asociadas a diabetes, hipertensión, colesterol alto y otros trastornos metabólicos.

#### Redacción

La retina empieza a leerse como algo más que una parte del ojo. Una fotografía del fondo ocular puede mostrar cambios vasculares, nerviosos y metabólicos que no siempre se ven en una analítica aislada o en una revisión rutinaria. Esa es la base de una nueva línea de investigación que utiliza inteligencia artificial para buscar señales de enfermedades endocrinas y metabólicas a partir de imágenes de retina.

#### Inteligencia artificial ocular

El modelo se llama Reti-Pioneer y ha sido desarrollado con más de 107.000 fotografías de fondo de ojo. Su objetivo no es sustituir al médico ni convertir una imagen ocular en un diagnóstico automático, sino ayudar a identificar patrones asociados a seis problemas de salud frecuentes, diabetes tipo 2, hipertensión, colesterol elevado, gota, osteoporosis y enfermedad tiroidea.

La idea resulta especialmente interesante porque muchas de estas enfermedades pueden avanzar durante años con síntomas discretos o directamente sin síntomas. La hipertensión puede no dar señales claras. El colesterol alto no suele notarse. La diabetes tipo 2 puede desarrollarse de forma progresiva antes de que aparezcan complicaciones. Detectar antes a personas con más riesgo permitiría orientar mejor el seguimiento y pedir las pruebas necesarias con más criterio.

El fondo de ojo ofrece una ventaja muy concreta. Permite observar vasos sanguíneos pequeños de forma directa, algo poco habitual en otras partes del cuerpo. Cuando hay alteraciones metabólicas, vasculares o inflamatorias, esos cambios pueden

dejar huella en la retina. La inteligencia artificial intenta reconocer esas señales sutiles y combinarlas con datos clínicos básicos para ofrecer una estimación más útil del riesgo.

El estudio no plantea que una fotografía ocular baste para confirmar una enfermedad. Esa sería una lectura exagerada. La aportación está en el cribado y en la orientación clínica. Si una imagen sugiere mayor probabilidad de un trastorno metabólico, el siguiente paso seguiría siendo la valoración sanitaria, con historia clínica, exploración y algunas pruebas convencionales.

También hay una lectura práctica para el sistema sanitario. Una prueba rápida, no invasiva y relativamente sencilla podría ayudar a priorizar mejor a quién conviene estudiar con más detalle. Esto tendría especial interés en Atención Primaria, revisiones preventivas, programas de salud ocular o circuitos donde ya se realizan retinografías, como ocurre en el seguimiento de personas con diabetes.

La tecnología todavía necesita más validación antes de incorporarse de forma rutinaria. Debe probarse en poblaciones más amplias, en entornos reales y con criterios claros sobre qué hacer ante cada resultado. Aun así, el avance marca una dirección relevante. La medicina no solo busca detectar enfermedades cuando ya han dado la cara, sino anticipar señales tempranas y convertir datos ya disponibles en decisiones más precisas.

*Información basada en el estudio sobre Reti-Pioneer publicado en la revista Nature Medicine*

La retina no diagnostica sola, pero puede dar pistas valiosas sobre la salud.



## PRIMEROS AUXILIOS

### El golpe de calor no espera

El golpe de calor es una urgencia vital. No empieza siempre con una pérdida de conocimiento, y ese es uno de sus peligros. Puede aparecer con temperatura corporal muy elevada, piel muy caliente, confusión, irritabilidad, dolor intenso de cabeza, mareo, náuseas, convulsiones o una elevada alteración del nivel de la conciencia.

Ante una sospecha, lo primero es llamar al 112. Mientras llega la ayuda, hay que llevar a la persona a un lugar fresco o a la sombra y empezar a bajar su temperatura con paños fríos, agua fresca o retirando ropa innecesaria. No conviene esperar a ver si mejora sola cuando hay confusión, desmayo o deterioro rápido.

Tampoco debe darse bebida a una persona inconsciente o con alteración clara del nivel de conciencia. En mayores, niños pequeños, personas dependientes, embarazadas, pacientes crónicos o personas medicadas, el margen de seguridad es menor y la actuación debe ser mucho más rápida.

#### SI SOSPECHAS UN GOLPE DE CALOR

- En caso de urgencia, llama al 112 de inmediato. Comprueba si hay síntomas de confusión, desmayo, piel caliente, convulsiones o deterioro rápido.
- Lleva a la persona a un lugar fresco, que haya sombra o ventilación, y evita que siga caminando o haciendo esfuerzo mientras llega la ayuda.
- Empieza a enfriar el cuerpo cuanto antes con paños fríos, agua fresca o retirando la ropa que sea innecesaria.
- Quédate con la persona, vigila su respiración, su nivel de conciencia y si responde cuando le hablas hasta que lleguen los servicios sanitarios.