



LA SANIDAD QUE TE CURA

Andalucía | Modernización del SAS

"Una nueva etapa para
adaptar la sanidad
pública a las terapias
actuales" P4-5



Enfermedades raras, avances importantes en los diagnósticos

P8-9



JÓVENES | SALUD MENTAL

Cuando comer empieza
a ocupar demasiado
espacio en tu vida diaria

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) no siempre empiezan con una pérdida de peso visible, sino en los hábitos del día a día **P2, P10**

SALUD MASCULINA | UROLOGÍA

La sangre en la orina que
conviene consultar de
inmediato y no dejar pasar

Ver sangre al orinar, aunque sea una sola vez y no duela, necesita valoración médica. Es la señal más reconocible del cáncer de vejiga **P7**

ONCOLOGÍA | INNOVACIÓN

La protonterapia
apunta al tumor y
protege el tejido sano

Andalucía prepara centros públicos en Sevilla y Málaga con terapias nuevas para tumores complejos **P13**

♥ JUVENTUD

Cuando comer empieza a ocupar demasiado espacio en tu mente, puede ser TCA

COMIDA, CUERPO Y SALUD MENTAL. Saltarse comidas o contar calorías de forma rígida pueden ser una señal de una dañina relación con la comida.



Redacción

A veces empieza casi sin ruido. Un día decides comer un poco menos. Otro día evitas un plan porque habrá comida. Después llega la culpa por haber cenado más de lo previsto, la necesidad de compensar al día siguiente, la comparación constante con otros cuerpos o la sensación de que tu estado de ánimo depende

demasiado de lo que marque la báscula, de cómo te queda la ropa o de lo que has comido.

No siempre hay una alarma evidente

No todos los trastornos de la conducta alimentaria empiezan con una pérdida de peso llamativa. No todos se ven desde fuera. Y no todos encajan en la imagen que muchas per-

sonas tienen en la cabeza cuando oyen hablar de anorexia o bulimia. Un TCA puede aparecer en alguien con bajo peso, con peso normal o con sobrepeso. Puede afectar a chicas, chicos y personas de cualquier edad, aunque suele comenzar con frecuencia en la adolescencia y la juventud. Lo que cambia no es solo la forma de comer, cambia el peso mental de la comida.

¿SABÍAS QUE...?

■ ¿Hay que estar muy delgado para tener un TCA? No. Un trastorno de la conducta alimentaria no se mide solo por el peso. Puede haber sufrimiento intenso, conductas de riesgo y unos problemas físicos en personas con cuerpos muy distintos. Por eso esperar a que “se note” puede retrasar la ayuda.

ALGUNAS SEÑALES

- Evitar comidas, inventar excusas o sentir miedo cuando hay planes con comida.
- Contar calorías, pesarse o mirarse al espejo de forma muy repetida y con angustia.
- Usar el ejercicio para compensar lo comido, incluso con cansancio, lesión o malestar.

Pensar todo el día en qué comer, cuánto comer, cómo quemarlo, cuándo pesarse o cómo esconder lo que ocurre puede acabar dejando fuera el descanso, los estudios, las amistades, el deporte y los planes normales de una vida joven. La comida deja de ser una parte de la vida y empieza a organizarlo todo.

Pedir ayuda no significa perder el control, significa dejar de pelear en soledad.



Los TCA son problemas de salud mental con impacto físico, emocional y social. Pueden afectar al sueño, la concentración, el estado de ánimo, la energía, la menstruación, la digestión, el rendimiento deportivo, la relación con los demás y la autoestima. También pueden convivir con ansiedad, síntomas depresivos, aislamiento o consumo de sustancias. Por eso no conviene tratarlos como una fase, una manía o una cuestión de voluntad.

Una de las dificultades es que muchas señales pueden confundirse con hábitos aparentemente saludables. Hacer deporte, cuidar la alimentación o querer sentirse bien con el cuerpo no es un problema en sí mismo. La alerta aparece cuando todo se vuelve rígido, cuando saltarse una norma provoca angustia, cuando el ejercicio se usa para compensar o cuando la culpa aparece.

Lo que ayuda ante la preocupación es hablarlo

En adolescentes y jóvenes, la familia, los amigos, el centro educativo y los entrenadores pueden detectar cambios antes de que el propio afectado se atreva a pedir ayuda. No se trata de controlar su cuerpo ni de revisar todo lo que come, sino de observar si ha dejado de quedar, si evita comidas compartidas, si se enfada cuando se cambia un plan, si se pesa con frecuencia, si entrena aunque esté agotado o si necesita compensar cada comida.

Uno de los grandes errores con los TCA es pensar que la persona solo necesita “comer normal”. Si fuera tan sencillo, ya lo habría hecho. En muchos casos, detrás hay ansiedad, perfeccionismo, vergüenza, necesidad de control, comparación corporal, presión social, malestar emocional o una forma de ges-

Sentir culpa intensa tras la ingesta de alimentos no es algo que se pueda normalizar



tionar lo que no se sabe decir de otra manera.

El abordaje debe ser profesional y coordinado. En Andalucía, el proceso asistencial de los TCA contempla la participación de Atención Primaria, Pediatría, Salud Mental, Endocrinología y otros perfiles sanitarios, con atención a la detección, evaluación, tratamiento y seguimiento. En menores, la derivación se orienta a Salud Mental Infanto-Juvenil cuando existe sospecha clara o un diagnóstico.

La recuperación no consiste solo en cam-

biar una conducta alimentaria. También implica trabajar pensamientos, emociones, miedos, autoestima, relación con el cuerpo, hábitos, entorno familiar y posibles complicaciones físicas. En algunos casos hará falta atención médica, seguimiento nutricional, psicoterapia, trabajo familiar o tratamiento de ansiedad y depresión asociadas. En otros, el proceso puede abordarse antes de que el problema llegue a un punto grave.

Para los jóvenes, el mensaje importante es claro: no tienes que justificarlo todo ni demostrar que estás suficientemente mal para pedir ayuda. Si comer, compensar, pesarte, mirarte al espejo o compararte ocupa demasiado espacio en tu cabeza, ya hay motivo para hablarlo con profesionales y sin culpa.

CÓMO PEDIR AYUDA EN ANDALUCÍA

- **Empieza por tu centro de salud.** Pide cita con tu médico de familia, o en pediatría o enfermería. Es la puerta de entrada para valorar lo que está pasando.
- **Puedes pedir cita por varias vías.** ClicSalud+, la app Salud Responde y el teléfono **955 54 50 60**, te permiten gestionar citas de atención primaria en el Servicio Andaluz de Salud.
- **Si eres menor, no tienes que hacerlo solo.** Puedes hablar en primer lugar con tu familia, un tutor, el orientador de tu centro educativo, o un adulto en el que confíes para que te acompañe en la consulta.



La migraña hormonal sigue infradiagnosticada aunque su patrón se repite mes a mes

MIGRAÑA Y CICLO MENSTRUAL. Muchas mujeres identifican ataques más intensos, pero siguen llegando a consulta sin un diagnóstico ni tratamiento.



Redacción

La migraña no es un simple dolor de cabeza y, en mujeres, tampoco suele comportarse igual durante todo el mes. La Sociedad Española de Neurología recuerda que afecta con más frecuencia a las mujeres, una diferencia que se relaciona en buena parte con los cambios hormonales. En muchas pacientes, los ataques empeoran justo antes o durante la menstruación, cuando descienden los niveles de estrógenos.

SEÑALES CLARAS DE UN PATRÓN HORMONAL

- El dolor aparece repetido entre los 2 días previos a la regla y los primeros días del sangrado.
- Los ataques de esos días duran más, son más intensos o responden peor a la medicación habitual.
- Cada mes condicionan el trabajo, el estudio, el descanso o la vida social.

Lo llamativo es que ese patrón no parece raro ni excepcional. Una encuesta europea realizada a 5.410 mujeres de 13 países, muestra que 2 de cada 3 reconocen una relación entre sus ataques y el ciclo menstrual. Además, el 90% asegura que durante la regla el dolor es más intenso, dura más y resulta más difícil de tratar. Aun así, el 68% dice que nunca se le ha ofrecido un tratamiento individualizado y el 42% afirma que todavía no ha recibido un diagnóstico formal.

En España, el problema también tiene un matiz muy cotidiano. Según esa misma encuesta, el 24% de las mujeres que padecen migraña no se lo ha contado al médico y el 70% se automedica. Ahí hay una pista importante para entender por qué tantas siguen años con un problema mal enfocado. No siempre falta atención especializada. A veces falta reconocer que ese dolor que se repite en los mismos días del mes no es casualidad.

Esa infradetección también tiene que ver con una costumbre muy arraigada. Muchas mujeres han aprendido a convivir con dolores de cabeza alrededor de la regla como si fueran una parte más del ciclo, algo molesto pero esperable. El problema es que esa normalización retrasa la consulta, difumina la gravedad real y hace que un trastorno neurológico tratable se viva durante años como una carga.

Además, la migraña hormonal no suele afectar solo al día del dolor. Puede alterar el descanso, reducir el rendimiento laboral o

LO QUE AYUDA EN CONSULTA

- Llevar al día un diario de los ataques de migraña durante al menos 3 meses.
- Anotar cuándo empieza exactamente el dolor, cuánto dura y qué medicación se toma para paliarlo.
- Señalar si realmente coincide con la menstruación y si esos ataques son algo distintos a los demás.

académico y obligar a reorganizar rutinas cada mes. Cuando un problema se repite con ese grado de regularidad, deja de ser una molestia puntual, se convierte en una limitación que merece un enfoque clínico preciso.

El cambio empieza por dejar de normalizar un dolor que se repite cada mes y condiciona la vida diaria, obliga a cancelar planes, empeora el rendimiento o hace falta medicación frecuente para aguantar, ya no conviene tratarlo como una molestia sin más. Identificar ese patrón cambia la consulta y también cambia el tipo de ayuda propuesta.

Por eso, cuando el dolor sigue un calendario demasiado reconocible, no conviene asumir que forma parte sin más de la menstruación, sino entender que puede haber una migraña que necesita ser nombrada, diagnosticada y tratada mejor para no condicionar cada mes la vida cotidiana.

Información basada en un artículo sobre la migraña hormonal en mujeres de Cell Reports Medicine

Identificar la pauta menstrual cambia la forma de tratar la migraña hormonal

La migraña hormonal no se diagnostica con una analítica ni con una prueba de imagen. Lo más útil suele ser algo mucho más sencillo. Llevar un registro de los ataques durante varios meses, anotando en qué días aparecen, cuánto duran, qué intensidad tienen y si coinciden con la menstruación.

Eso ayuda a distinguir mejor los casos. Hay mujeres cuya migraña aparece casi exclusivamente alrededor de la regla y otras que la tienen en distintos momentos del mes, aunque empeore de forma clara en esa fase del ciclo. Esa diferencia importa porque el abordaje no siempre es igual.

Cuando el patrón está bien identificado, el tratamiento puede ajustarse mejor. En algunas pacientes basta con afinar la respuesta a las crisis y en otras puede plantearse una prevención específica en los días de más riesgo. El problema es que

muchas siguen tratándose como si todas las migrañas fueran iguales, cuando su calendario del dolor dice lo contrario.

También conviene vigilar otro punto frecuente. Cuando el dolor aprieta cada mes, la automedicación puede parecer la salida más rápida. Pero si las crisis aumentan, la necesidad de medicación es cada vez mayor o el dolor empieza a ocupar demasiados días, lo más útil no es seguir improvisando, sino revisar el enfoque con un profesional sanitario.

La migraña hormonal sigue siendo muy invisible para el impacto real que tiene, porque muchas veces se trivializa, se aguanta o se encaja dentro de la idea de que “con la regla toca encontrarse peor”. Pero si un problema neurológico se repite con un patrón claro e interfiere en la vida diaria, lo razonable no es resignarse, lo razonable es afinar el diagnóstico.



♥ GESTIÓN ANDALUCÍA



El SAS se moderniza para una Andalucía diferente

REFORMA DEL SAS. En una entrevista concedida al podcast de *La sanidad que te cura*, Antonio Sanz plantea una nueva etapa para modernizar el Servicio Andaluz de Salud, reforzar su carácter público y adaptar la atención sanitaria al envejecimiento, las nuevas terapias, las enfermedades raras, la salud digital y la cronicidad.

Redacción

La sanidad andaluza entra en una etapa de cambio porque la población a la que atiende ya no es la misma que cuando nació el Servicio Andaluz de Salud. Casi cuatro décadas después de su creación, Andalucía vive más años, convive con más enfermedades crónicas y dispone de una medicina cada vez más tecnológica, más precisa y más orientada a detectar antes, tratar mejor y acompañar durante más tiempo.

Una sanidad pública que mira hacia el futuro cercano

Ese es el punto de partida que Antonio Sanz defendió en el primer episodio del podcast *La sanidad que te cura*. El consejero de Sanidad, Presidencia y Emergencias describió un SAS de gran dimensión, con hospitales, centros de salud, consultorios, urgencias, pruebas diagnósticas, quirófanos, programas de cribado, seguimiento de pacientes crónicos y una actividad diaria que sostiene buena parte de la vida sanitaria de Andalucía. La cuestión de fondo no es solo cuánto hace el sistema, sino cómo lograr que toda esa capacidad llegue antes, se coordine mejor y resulte más sencilla para el ciudadano.

La reforma que se abre no se presenta como una ruptura, sino como una actualización del sistema público. El objetivo es reforzar lo que ya existe y adaptarlo a una demanda asistencial

distinta. Hoy hay más pacientes mayores, más personas que conviven con varias enfermedades a la vez, más familias que necesitan respuestas ante enfermedades raras, más tratamientos de alta complejidad y una ciudadanía que quiere comunicarse con la sanidad de forma más rápida, clara y directa.

La accesibilidad aparece como uno de los grandes ejes de esta nueva etapa. Para muchos pacientes, la dificultad no empieza dentro de la consulta, sino antes: al pedir una cita, esperar una prueba, renovar un tratamiento, saber qué circuito seguir o intentar que la información no se pierda entre niveles asistenciales. Por eso la modernización del SAS se juega, en buena parte, en que el ciudadano tenga menos barreras para entrar en el sistema y en que cada demanda llegue al profesional adecuado.

La atención primaria ocupa un lugar central. Es la puerta natural de la sanidad pública, el espacio donde se detectan problemas, se siguen enfermedades crónicas, se revisan tratamientos y se evita que muchas situaciones acaben en urgencias o en el hospital. La reorganización de agendas, el Plan 72 horas, el buzón de citas, el Distrito de Salud Digital y la incorporación de nuevos perfiles profesionales apuntan a una misma dirección: ordenar mejor la demanda para que la respuesta llegue antes y con más precisión.

¿SABÍAS QUE...?

- ■ El presupuesto sanitario andaluz total para 2026 asciende a 16.265,9 millones de euros, la mayor partida de las cuentas autonómicas. El gasto sanitario por habitante se sitúa en 1.887 euros, según la información oficial.
- ■ La entrevista con Antonio Sanz sitúa como uno de los grandes retos del sistema a la accesibilidad, ya que no basta con que el paciente sea atendido bien cuando llega a consulta, también debe poder asistir antes y con menos obstáculos.
- ■ La Estrategia de Salud Digital 2030 apuesta por una inversión de 316 millones de euros en los próximos cinco años para impulsar inteligencia artificial, alertas de gestión, accesibilidad, teleconsulta y mejora de los sistemas de información.
- ■ El Plan de Atención a Personas Afectadas por las Enfermedades Raras en Andalucía incorpora un total de 109 medidas para avanzar en diagnóstico, coordinación, seguimiento, investigación y acompañamiento.

También cambia la forma de atender a quienes viven con enfermedades de larga duración. Una persona con diabetes, hipertensión, enfermedad respiratoria o insuficiencia cardiaca no necesita únicamente consultas aisladas, sino seguimiento, revisión de medicación, coordinación entre profesionales y capacidad de respuesta cuando algo se descompensa. La telemonitorización, la teleconsulta entre atención primaria y hospital y la renovación de determinados tratamientos desde la farmacia son herramientas pensadas para acompañar mejor y evitar desplazamientos innecesarios.

La digitalización aparece en este contexto como una ayuda para simplificar el sistema, no como un sustituto de la atención sanitaria. La tarjeta sanitaria virtual, las alertas de gestión, las agendas inteligentes, la unificación de aplicaciones y los proyectos de inteligencia artificial pueden ayudar a ordenar información, priorizar necesidades y reducir trámites. Su valor real estará en que el paciente note menos obstáculos y el profesional disponga de más tiempo útil para atender.

La medicina que viene obliga además a organizar la sanidad de otra manera. Las terapias avanzadas, la protonterapia, la cirugía robótica, los tratamientos personalizados, la investigación biomédica y los cribados con apoyo tecnológico no encajan bien en un modelo pensado solo para responder cuando la

enfermedad ya ha aparecido. Cada vez importa más detectar antes, ajustar mejor los tratamientos, evitar complicaciones y conectar recursos que hasta hace unos años apenas formaban parte de la atención habitual.

Las enfermedades raras muestran con especial claridad esa necesidad de cambio. Muchas familias necesitan diagnóstico precoz, información genética, unidades especializadas, coordinación entre niveles y acompañamiento continuado. El nuevo plan andaluz incorpora 109 medidas y sitúa estas patologías dentro de una mirada más organizada, donde no basta con atender casos aislados, sino que hay que construir circuitos capaces de responder a situaciones complejas.

El SAS nació para una Andalucía que tenía otras necesidades. La modernización que ahora se plantea busca que siga siendo el gran soporte sanitario de la comunidad, pero preparado para una población que vive más, sabe más, espera más y necesita una sanidad capaz de llegar antes, acompañar mejor y responder con más precisión.

La entrevista con Antonio Sanz permite leer la reforma desde una idea de fondo: el sistema sanitario debe adaptarse al ciudadano, no al revés. Ese cambio de enfoque es importante

TRES CAMBIOS PARA EL PACIENTE

■ ■ Más facilidad para entrar en el sistema.

El Plan 72 horas, el buzón de citas, las agendas ahora inteligentes y el Distrito de Salud Digital buscan poder orientar mejor la demanda y evitar que el paciente dé vueltas innecesarias.

■ ■ Más seguimiento para procesos crónicos.

La telemonitorización, la teleconsulta y la renovación de determinados tratamientos ayudan a acompañar mejor a quienes necesitan control continuado, no solo consultas aisladas.

■ ■ Más coordinación en casos complejos.

Enfermedades raras, salud mental, trastornos de la conducta alimentaria, cribados y terapias avanzadas requieren circuitos más claros y coordinados entre la atención primaria, el hospital, la farmacia, las unidades especializadas y la familia de cada paciente.

porque conecta la gestión con la experiencia diaria del paciente. Una cita que se orienta mejor, una prueba que llega antes, un tratamiento crónico que se renueva con menos vueltas o una familia que sabe a qué puerta acudir son mejoras pequeñas en apariencia, pero decisivas para quien necesita atención.

Los profesionales son otra pieza central. La nueva bolsa del SAS, la oferta de empleo público, el desarrollo de la carrera profesional y las medidas para zonas de difícil cobertura buscan hacer más atractivo el sistema público y mejorar la estabilidad de los equipos. En sanidad, la tecnología puede ayudar mucho, pero la respuesta sigue dependiendo de médicos, enfermeras, técnicos, celadores, administrativos y otros perfiles capaces de sostener la actividad diaria.

El nuevo modelo de carrera profesional aprobado en abril de 2026 refuerza esa línea. Su importancia no está solo en el reconocimiento laboral, sino en la capacidad de ordenar trayectorias, motivar permanencia y ofrecer a los profesionales un horizonte más estable dentro del sistema. Para el paciente, todo eso tiene una traducción sencilla, una sanidad con equipos más consolidados puede responder mejor.

La modernización también continúa en infraestructuras y equipamiento. En el número anterior, esta doble página mostró el peso de los grandes proyectos hospitalarios de Málaga, Huelva y Cádiz. Ahora, la lectura avanza un paso más. Después de ampliar y renovar espacios, el siguiente objetivo es que esos recursos funcionen dentro de una organización más integrada, donde el centro de salud, el hospital, la farmacia, los programas de cribado, las unidades especializadas y la atención digital se conecten mejor.

Las enfermedades raras, la salud mental, los trastornos de la conducta alimentaria, la cronicidad y los nuevos tratamientos muestran que la sanidad pública ya no puede organizarse solo alrededor de episodios aislados. Muchas personas necesitan continuidad, equipos coordinados y circuitos que no dependan de que la familia tenga que reconstruir el camino en cada consulta. Ahí la reforma adquiere su sentido más ciudadano.

La dirección marcada apunta al refuerzo, la actualización y una mayor capacidad de respuesta.

Más tecnología y nuevos equipos para mejorar la sanidad pública

MÁS RECURSOS PARA HACERLO POSIBLE

- ■ La modernización del SAS se apoya en un mayor presupuesto, unos nuevos y mejorados acuerdos con los profesionales, salud digital, una renovación tecnológica y planes específicos para los ámbitos de alta complejidad.
- La reforma busca poder ordenar mejor los recursos para que la sanidad pública andaluza llegue antes a cada paciente y acompañe mejor la cronicidad.



MODERNIZACIÓN SANITARIA.

La reforma combina salud digital, accesibilidad, carrera profesional, atención primaria y nuevas terapias para reforzar un sistema público.

Redacción

La modernización del SAS empieza a tomar forma en medidas concretas. Algunas se notan en la consulta, otras en la organización interna y otras en la manera en que el ciudadano se comunica con el sistema. Todas responden a una misma idea, la idea de una sanidad pública fuerte que no solo necesita más recursos, sino que también necesita circuitos más claros, profesionales más estables y herramientas que permitan ganar tiempo.

El primer frente está en la accesibilidad. El Plan 72 horas, el buzón de citas, las agendas inteligentes y el Distrito de Salud Digital buscan que la atención primaria pueda responder mejor a una demanda creciente. No todas las consultas requieren el mismo recorrido ni la misma puerta de entrada. Ordenar bien esa demanda permite que el paciente no dé vueltas innecesarias y que los profesionales concentren mejor su tiempo en cada necesidad asistencial.

La salud digital abre otro capítulo relevante. La Estrategia de Salud Digital 2030 prevé una inversión de 316 millones de euros en cinco años y plantea proyectos de inteligencia artificial, alertas de gestión, accesibilidad, teleconsulta, telemonitorización y mejora de los sistemas de información. Bien usada, la tecnología puede reducir esperas adminis-

trativas, evitar desplazamientos, facilitar el seguimiento de pacientes crónicos y ayudar a que la información clínica viaje mejor entre niveles asistenciales.

Uno de los ejemplos más visibles está en los cribados. Andalucía ha iniciado la extensión de herramientas de inteligencia artificial al programa de cribado de cáncer de mama tras la experiencia del Hospital Reina Sofía de Córdoba, con la previsión de llevar este apoyo a las 32 unidades de mama. No se trata de reemplazar al profesional, sino de sumar capacidad de análisis, priorización y seguridad en procesos donde revisar bien y a tiempo puede marcar diferencias.

La reforma también se apoya en una idea de futuro sanitario. La Estrategia de Salud de Andalucía 2030 se articula en cuatro líneas estratégicas, 14 objetivos y 203 acciones enfocadas a una atención más accesible, innovadora y sostenible. Esa hoja de ruta permite ordenar prioridades y conectar prevención, asistencia, innovación, profesionales y organización del sistema bajo un mismo marco de trabajo.

El sentido final de la reforma se medirá en gestos concretos, como una cita mejor orientada, una prueba que llega antes, un profesional con más información disponible, una familia con una enfermedad rara menos perdida, un paciente crónico mejor acompañado y una sanidad que no obligue a empezar de cero en cada puerta.

También se verá en trámites más sencillos, en circuitos mejor conectados, en tratamientos que no se interrumpen por falta de coordinación y en una atención primaria capaz de ordenar mejor la demanda sin perder cercanía. Ahí estará la verdadera modernización del SAS, no solo en los planes aprobados ni en las herramientas digitales, sino en la experiencia diaria de quienes entran en la sanidad pública andaluza buscando una respuesta clara, una continuidad real y un sistema preparado para cuidar mejor a una Andalucía que ha cambiado.

SALUD Y ENVEJECIMIENTO



La pérdida de apetito es un síntoma que avisa de ciertos problemas físicos

HIPOREXIA Y DESNUTRICIÓN. La falta de apetito mantenida puede estar relacionada con problemas de salud, medicación, dolor, tristeza o soledad

Redacción

La señal no siempre aparece en una analítica ni en una visita al médico. A veces empieza en la mesa, con un plato que vuelve casi intacto, una cena que se sustituye por un yogur, una persona que dice que ya ha comido aunque apenas haya probado bocado o una ropa que empieza a quedar más suelta sin que nadie sepa muy bien desde cuándo.

Cuando el plato empieza a contar

En las personas mayores, comer menos puede parecer algo esperable. Con los años cambian el gusto, el olfato, la sensación de saciedad, la fuerza para cocinar, la dentadura, la movilidad y hasta las ganas de sentarse a la mesa. Pero que estos cambios sean frecuentes no significa que deban normalizarse sin mirar qué hay detrás. La hiporexia, que es la disminución del apetito, merece atención cuando se mantiene en el tiempo, reduce la cantidad de comida habitual o se acompaña de pérdida de peso, cansancio, debilidad o aislamiento.

El problema no está solo en que la persona coma menos, sino en lo que puede perder con esa reducción. Si durante días o semanas baja la ingesta, también pueden bajar las proteínas, la energía, los líquidos, las vitaminas y los minerales que necesita para conservar

fuerza, masa muscular, defensas y autonomía. En una persona mayor frágil, una pequeña pérdida de peso puede traducirse en más riesgo de caídas, peor recuperación de una infección, más cansancio, peor cicatrización o menos capacidad para levantarse, caminar y hacer su vida diaria.

La desnutrición, además, no siempre se reconoce a simple vista. Una persona puede tener un peso aparentemente normal, o incluso exceso de peso, y estar perdiendo músculo o no cubrir bien sus necesidades nutricionales. Por eso no basta con fijarse en si alguien está “muy delgado”. Conviene observar si ha cambiado la cantidad que come, si deja grupos de alimentos, si bebe poco, si se cansa más, si ha perdido fuerza o si necesita

más ayuda para tareas que antes hacía solo.

Las causas suelen mezclarse. Puede haber dolor dental, prótesis mal ajustadas, sequedad de boca, dificultad para tragar, estreñimiento, náuseas, pérdida de olfato, infecciones, enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, depresión, duelo, dolor persistente o efectos secundarios de algunos medicamentos. También influyen

factores menos clínicos, pero igual de importantes, como vivir solo, no poder ir a comprar, cansarse al cocinar, tener pocos recursos, comer siempre sin compañía o haber perdido la rutina de preparar platos variados.

A veces la falta de apetito no habla solo del estómago. Puede hablar del ánimo. Hay personas mayores que no dicen “estoy triste”, “me siento sola” o “ya no tengo ganas de nada”, pero empiezan a abandonar comidas, rechazan invitaciones familiares o pierden interés por alimentos que antes disfrutaban. En esos casos, insistir únicamente en que coma más puede quedarse corto si nadie pregunta qué le ocurre, qué le duele, qué ha cambiado o cómo se siente.

Comer menos puede ser la primera forma de decir que algo necesita atención.



¿SABÍAS QUE...?

■ Una persona con sobrepeso también puede estar desnutrida.

Se puede mantener la grasa corporal y, al mismo tiempo, perder el músculo, la fuerza o nutrientes esenciales.

Ayudar a comer mejor sin convertir la mesa en una pelea constante

Cuando una persona mayor pierde el apetito, la reacción habitual de la familia suele ser poner más comida en el plato. La intención es buena, pero muchas veces consigue el efecto contrario. Un plato demasiado lleno puede agobiar, aumentar el rechazo o convertir cada comida en una negociación incómoda. En estos casos, suele funcionar mejor ofrecer raciones pequeñas, más frecuentes, fáciles de comer y con más valor nutricional.

Comer mejor no siempre significa comer más cantidad. Significa que cada bocado aporte algo. Un puré puede enriquecerse con aceite de oliva, huevo, legumbres trituradas o lácteos. Un yogur puede completarse con fruta blanda o frutos secos molidos si no hay problemas para tragarlos. Un plato de pescado, una tortilla, unas lentejas bien preparadas, un queso fresco, una crema de verduras o una carne tierna pueden ayudar más que insistir en grandes platos.

CUÁNDO CONSULTAR

- Si hay debilidad, caídas, mareos, cansancio intenso o pérdida clara de la fuerza.
- Si ha perdido peso sin quererlo.
- Si come menos durante más de una o dos semanas.
- Si aparecen vómitos, fiebre, dolor persistente, diarrea, sangre en las heces o dificultad para tragar.

La hidratación también necesita vigilancia. Algunas personas mayores beben poco porque no tienen sed, porque se olvidan, porque les cuesta levantarse o porque temen ir muchas veces al baño. Pequeños vasos repartidos durante el día, sopas, cremas, leche, infusiones, frutas con alto contenido en agua o gelatinas pueden ayudar, siempre que no haya una restricción médica de líquidos por enfermedad renal, cardíaca u otra situación clínica.

La revisión de la medicación es otro paso importante. Algunos tratamientos pueden causar náuseas, sequedad de boca, estreñimiento, cambios en el gusto o menor apetito. No deben suspenderse por cuenta propia, pero sí conviene comentarlo en consulta, sobre todo si la falta de apetito empezó después de iniciar un fármaco, cambiar una dosis o acumular varios tratamientos.

El entorno puede mejorar o empeorar la alimentación. Comer acompañado, mantener horarios reconocibles, cuidar la presentación del plato, respetar gustos de toda la vida y evitar discusiones constantes ayuda más que convertir la mesa en un examen. La comida no es solo nutrición, es rutina, placer, autonomía y relación con los demás.

Cuando la familia tiene dudas, un registro sencillo puede ser muy útil: qué come, qué bebe, cuánto peso ha perdido, desde cuándo, si hay dolor, si tose al tragar, si está más triste, si se cae más, si se cansa antes o si ha cambiado alguna medicación. Llevar esa información a medicina de familia o enfermería permite valorar mejor el riesgo y decidir si hacen falta análisis, revisión nutricional, valoración de deglución, ajuste de tratamientos o derivación. Consultar no es exagerar, es evitar que se convierta en fragilidad.



LA SANGRE EN LA ORINA QUE NO CONVIENE DEJAR PASAR

El cáncer de vejiga afecta mucho más a hombres y suele avisar con una señal

HEMATURIA Y CÁNCER DE VEJIGA. Ver sangre al orinar, aunque sea una sola vez y no duela, no debe asumirse como algo pasajero y se debe consultar.

Redacción

Hay señales que el cuerpo da de una forma tan directa que precisamente por eso pueden confundirse con algo sin importancia. Un día la orina aparece rojiza, marrón, rosada o con pequeños coágulos. No duele, no hay fiebre, no vuelve a repetirse o desaparece al cabo de unas horas. La tentación es esperar, beber más agua y pensar que ya se ha pasado. Con la sangre en la orina nunca conviene hacer eso.

Cuando la orina cambia de color

La hematuria, que es el nombre médico de la presencia de sangre en la orina, puede tener causas muy distintas. Puede aparecer por una infección urinaria, un cálculo, una inflamación, un esfuerzo físico intenso, problemas de próstata, lesiones en la vía urinaria o algunos tratamientos. Pero también puede ser el primer aviso de un tumor en la vejiga, especialmente cuando aparece sin dolor.

El cáncer de vejiga no siempre da síntomas llamativos al principio. Muchas veces no empieza con dolor fuerte, pérdida de peso ni malestar general. Su señal más reconocible es precisamente esa sangre que aparece al orinar y que a veces se presenta de forma intermitente. Puede verse a simple vista o detectarse solo en un análisis de orina. En ambos casos merece una valoración médica, porque la desaparición del sangrado no garantiza que la causa haya desaparecido.

En España, el cáncer de vejiga es uno de los tumores más frecuentes. Las estimaciones para 2026 calculan cerca de 24.000 nuevos diagnósticos, con una diferencia muy marcada entre hombres y mujeres. En varones se estiman casi 19.500 casos, frente a algo más de 4.400 en mujeres. Esa distancia convierte la salud urológica masculina en un terreno donde la prevención y la consulta temprana siguen siendo claves.

La pregunta no es solo por qué aparece más en hombres, sino por qué sigue teniendo tanto peso. La edad influye, porque el riesgo aumenta con los años y la población vive más. También pesan exposiciones acumuladas durante décadas. El tabaco es el principal factor de riesgo modificable. Las sustancias carcinógenas del humo pasan a la sangre, se filtran por el riñón y se concentran en la orina, donde permanecen en contacto con la pared de la vejiga.

A ese riesgo se suman determinadas exposiciones laborales, sobre todo en trabajos relacionados históricamente con tintes, pinturas, caucho, cuero, metales, hidrocarburos o algunas sustancias químicas. La mejora de la protección laboral ha reducido riesgos, pero la vejiga puede reflejar exposiciones mantenidas durante muchos años. Por eso es importante que el médico conozca no solo los síntomas actuales, sino también el contexto.

DÓNDE PEDIR AYUDA EN ANDALUCÍA

- **Centro de salud.** Es la puerta de entrada si aparece sangre en la orina y la persona se encuentra estable.
- **Medicina de familia.** Puede iniciar la valoración, pedir análisis y decidir si hace falta derivación a Urología.
- **Urgencias.** Conviene acudir si hay coágulos, imposibilidad para orinar, dolor intenso, fiebre, una debilidad marcada o sangrado abundante.
- **No esperes a que se repita.** Que la sangre desaparezca no descarta que necesite estudio.

Consultar pronto cambia el recorrido

El mensaje debe ser claro, pero no alarmista. Ver sangre en la orina no significa automáticamente tener cáncer. La mayoría de las personas necesitarán pruebas para aclarar la causa y muchas veces el origen será benigno. Lo que no conviene es decidirlo en casa. La hematuria debe estudiarse porque, si detrás hay un tumor, detectarlo antes puede cambiar el tratamiento y el pronóstico.

El diagnóstico de un problema urológico no empieza necesariamente con una prueba compleja. Empieza contando bien lo que ha pasado: cuándo apareció la sangre, si era visible, si había coágulos, si dolía al orinar, si había fiebre, si aumentó la frecuencia urinaria, si existe dolor lumbar, si se toman anticoagulantes, si se fuma o si hay antecedentes de cálculos, infecciones o tumores urinarios.

A partir de ahí, el profesional puede indicar un análisis de orina, una analítica de sangre, una ecografía, una citología urinaria, una prueba de imagen o una derivación a Urología. En algunos casos, la cistoscopia permite ver directamente el interior de la vejiga.

 FAMILIAS E INFANCIA

La prueba del talón, el análisis que puede cambiar toda una vida



CRIBADO NEONATAL. Un pequeño pinchazo en el talón del recién nacido puede adelantar el diagnóstico de enfermedades poco frecuentes, pero tratables.

Redacción

En la vida de un recién nacido hay pruebas que pasan casi desapercibidas y, sin embargo, pueden marcarlo todo. La prueba del talón dura apenas unos segundos, pero la información que ofrece puede adelantarse a enfermedades que todavía no dan ninguna señal visible. Mientras el bebé parece sano, duerme, come y empieza a adaptarse a sus primeros días, unas gotas de sangre permiten buscar alteraciones que, detectadas a tiempo, pueden cambiar el pronóstico, el tratamiento y el futuro de toda una familia.

Un pinchazo con una información enorme

Ese es el valor del programa de cribado neonatal. La prueba no se hace porque el bebé parezca enfermo ni porque exista una sospecha concreta, sino porque algunas enfermedades congénitas pueden estar presentes desde el nacimiento sin dar síntomas al principio. Detectarlas antes de que aparezcan las primeras complicaciones permite iniciar controles, tratamientos o medidas preventivas cuando todavía hay margen para proteger mejor el desarrollo del niño.

Para muchas familias, la prueba del talón puede parecer un trámite más dentro de las re-

visiones del recién nacido. No lo es. Forma parte de un programa de prevención que busca ganar tiempo frente a enfermedades poco frecuentes, pero capaces de causar daño importante si no se identifican pronto. En algunas, una dieta específica, un tratamiento hormonal, una medida frente a infecciones o un seguimiento especializado iniciado a tiempo puede cambiar el pronóstico.

La sencillez de la prueba contrasta con la importancia del circuito que activa. La muestra se obtiene con un pequeño pinchazo en el talón, se recoge en una tarjeta especial y se envía al laboratorio para su análisis. Después, el sistema sanitario debe garantizar que el resultado se comunique correctamente y que, si aparece alguna alteración, el bebé pueda ser

Una gota de sangre en los primeros días puede dar años de salud por delante.



citado para repetir la muestra, completar el estudio o recibir valoración especializada.

Un resultado alterado no equivale necesariamente a un diagnóstico. Esa idea es importante para no convertir la espera en miedo. El

QUÉ DETECTA LA PRUEBA

- ■ Algunas enfermedades congénitas que pueden estar presentes desde que nace el bebé, aunque parezca sano.
- ■ Alteraciones endocrinas, genéticas, metabólicas o hematológicas incluidas en el programa de cribado
- ■ Problemas poco frecuentes, pero con posibilidad de tratamiento, control y prevención de complicaciones graves o seguimiento especializado.
- ■ Señales de alerta en la sangre antes de que aparezcan síntomas visibles.
- ■ Casos que necesitan nuevas pruebas para confirmar o descartar enfermedad.

cribado sirve para localizar qué recién nacidos necesitan más pruebas, no para confirmar por sí solo una enfermedad. A veces la muestra no ha sido suficiente, se ha tomado demasiado pronto o necesita una comprobación. Otras veces sí puede haber una sospecha que exige actuar rápido. En ambos casos, acudir a la cita indicada ayuda a proteger al bebé.

Andalucía ofrece la prueba del talón dentro de su programa de cribado neonatal y ha ido ampliando progresivamente las enfermedades incluidas. Esa ampliación refleja una forma distinta de entender la prevención en los primeros días de vida, no se espera a que el síntoma aparezca, se intenta llegar antes, cuando el recién nacido todavía parece sano.

Detectar pronto permite empezar antes

El cribado neonatal funciona porque conecta varias piezas que deben ir bien encajadas. Primero está la toma de la muestra, que se realiza mediante un pequeño pinchazo en el talón del bebé. Después, esa sangre se recoge en un papel especial y se envía al laboratorio. Allí se analizan marcadores relacionados con las

¿SABÍAS QUE...?

■ ¿Un resultado alterado significa que el bebé tiene una enfermedad?

No. La prueba del talón es un cribado. Eso significa que sirve para seleccionar qué bebés necesitan más estudio, pero no siempre confirma una enfermedad. Si aparece una alteración, el siguiente paso es repetir o completar las pruebas para aclarar el diagnóstico cuanto antes.

enfermedades incluidas en el programa. Si aparece una alteración, se activa el circuito para repetir, confirmar o derivar al bebé a una unidad especializada.

Para las familias, lo habitual es que no haya ninguna llamada si el resultado es normal o que se comunique según el procedimiento establecido por el sistema sanitario. En cambio, si hay una alteración, la rapidez es importante. No porque todas las alertas sean diagnósticos confirmados, sino porque algunas enfermedades necesitan actuar en días o semanas para evitar complicaciones.

La prueba se ofrece a todos los recién nacidos en Andalucía, con independencia de si han nacido en un centro público o privado. Esa universalidad es una de sus grandes fortalezas, porque permite que la detección no dependa del lugar de nacimiento, de la capacidad económica de la familia ni de que exista una sospecha previa.

Detectar antes no evita todas las enfermedades, pero cambia la historia.



lezas, porque permite que la detección no dependa del lugar de nacimiento, de la capacidad económica de la familia ni de que exista una sospecha previa.

También es importante entender que el cribado neonatal no sustituye las revisiones pediátricas. La prueba del talón busca un grupo concreto de enfermedades, pero el seguimiento del bebé sigue siendo fundamental para valorar alimentación, peso, ictericia, audición, desarrollo, vacunación, sueño, vínculo, señales de alarma y dudas de la familia. El cribado es una puerta de prevención, no toda la vigilancia de salud infantil.

La ampliación de enfermedades detectables abre además una conversación más amplia sobre las enfermedades raras. Muchas de ellas son difíciles de reconocer porque afectan a pocos pacientes, tienen síntomas inespecíficos o se parecen a otros problemas más frecuentes. Cuando el cribado permite detectarlas antes de que aparezcan síntomas graves, no solo cambia el tratamiento, cambia también la experiencia de la familia.

♥ ENFERMEDADES RARAS

Un diagnóstico que muchas familias esperan durante años

ENFERMEDADES RARAS. Muchas empiezan con síntomas difíciles de encajar, visitas a especialistas y años de dudas hasta ponerles nombre.

**Redacción**

Hay familias que no esperan una cura inmediata. Primero esperan una palabra. Un diagnóstico. Un nombre que explique por qué un niño pierde capacidades, por qué aparece un dolor que nadie sabe interpretar, por qué se repiten pruebas sin respuesta clara o por qué cada especialista mira una parte distinta de un problema que no termina de encajar.

Ese tiempo de espera es una de las caras más duras de las enfermedades raras. No siempre empiezan con una señal evidente ni siguen el recorrido habitual de otras patologías. A veces los síntomas son inespecíficos, se parecen a problemas más frecuentes o afectan

a varios órganos a la vez. Por eso muchas familias entran en un camino largo de consultas, derivaciones, sospechas y pruebas.

Cuando poner nombre ya cambia la vida

En la entrevista concedida al podcast *La sanidad que te cura*, el consejero Antonio Sanz situó las enfermedades raras como uno de los grandes retos de la sanidad andaluza actual. No solo por su complejidad clínica, sino porque obligan al sistema a trabajar de otra manera. No basta con una consulta aislada, hace falta diagnóstico precoz, genética, unidades de referencia, coordinación entre especialidades y una atención primaria bien conectada.

QUÉ CAMBIA CON ESTE PLAN

- **Más diagnóstico precoz.** Un refuerzo de cribados, genética, sospecha clínica y herramientas digitales.
- **Más coordinación.** Con unidades ahora multidisciplinarias y comisiones provinciales para ordenar casos complejos.
- **Más información.** Un sistema de datos y registros para conocer mejor cuáles son las enfermedades y los recursos disponibles.
- **Más atención integral.** Apoyo sanitario, psicosocial, educativo y familiar cuando la enfermedad afecta a la vida diaria.

Andalucía cuenta con cerca de medio millón de personas afectadas por enfermedades raras o de baja prevalencia, una cifra que equivale aproximadamente a uno de cada 17 andaluces. Detrás de ese dato hay realidades muy distintas. Algunas patologías aparecen desde el nacimiento, otras tardan años en dar señales claras. Algunas tienen tratamiento específico y otras solo permiten aliviar síntomas, prevenir complicaciones o mejorar la calidad de vida.

El nuevo Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras en Andalucía, conocido como PAPER, nace para ordenar mejor esa respuesta. Contempla 109 medidas, una inversión de 8,7 millones de euros y siete líneas estratégicas orientadas a mejorar la atención sanitaria, el diagnóstico, la coordinación, la investigación, la formación y el acompañamiento a pacientes y familias.

¿SABÍAS QUE...?**■ ¿Puede ayudar a las familias ordenar la información antes de cada consulta?**

Guardar informes, anotar las fechas de los síntomas, preguntar por la posibilidad de una causa genética, acudir a asociaciones fiables y pedir apoyo psicológico permite que el camino sea menos confuso y solitario.

El diagnóstico es el primer gran objetivo. Los datos recogidos por entidades especializadas en enfermedades raras muestran que muchas personas siguen esperando años hasta saber qué tienen. Ese retraso no es solo una demora médica. Es tiempo de incertidumbre, pruebas repetidas, tratamientos que no siempre encajan, decisiones familiares aplazadas y desgaste emocional. Llegar antes permite ordenar el seguimiento, activar apoyos y evitar complicaciones cuando existen opciones de tratamiento o prevención.

La genética tiene aquí un papel cada vez más importante. La mejora del diagnóstico genético, la integración de la información clínica, la secuenciación de nueva generación y el asesoramiento especializado son herramientas decisivas cuando los síntomas no encajan en una enfermedad frecuente. Para muchas familias, una prueba genética puede ser la diferencia entre seguir buscando durante años o empezar a entender qué ocurre.

Andalucía cuenta con 34 patologías incluidas en su programa y prevé incorporar cinco más: déficit de biotinidasa, hiperplasia suprarrenal congénita, inmunodeficiencia combinada grave, atrofia muscular espinal y adrenoleucodistrofia ligada al cromosoma X.

Un plan para que la espera se acorte y poder acompañar antes y mejor a las familias afectadas

CUANDO EL SISTEMA ACOMPAÑA DE VERDAD

- Las enfermedades raras siguen siendo complejas y muchas familias continuarán necesitando un acompañamiento prolongado. Sin embargo, la sanidad está cambiando. La genética, los cribados, los registros, las unidades de referencia, la coordinación y los nuevos tratamientos permiten llegar antes y cuidar mejor. No eliminan todos los problemas, pero reducen una parte del camino que antes se hacía demasiado solo.

El valor del nuevo plan andaluz está en reconocer que una enfermedad rara no afecta solo al cuerpo. Afecta a la escuela, al trabajo, al descanso, a la economía familiar, a la salud mental, a los cuidados y a la forma en la que una familia organiza su vida. Muchas veces, el diagnóstico no termina el problema, pero sí cambia la manera de afrontarlo.

El PAPER intenta ordenar ese recorrido desde varios frentes. Sus medidas apuntan a mejorar la sospecha clínica, reforzar el diagnóstico precoz, integrar mejor la genética, actualizar protocolos, impulsar la formación de profesionales, mejorar los sistemas de información y facilitar una atención más coordina-

da. La idea de fondo es que el paciente no dependa de recorridos fragmentados cuando su enfermedad, quizás, necesita justamente lo contrario.

La atención integral ocupa un lugar central. Las enfermedades raras pueden requerir pediatría, neurología, genética, rehabilitación, neumología, digestivo, salud mental, trabajo social, atención temprana, cuidados paliativos o apoyo educativo. Cuando cada pieza funciona por separado, la familia acaba actuando como enlace entre consultas, informes y decisiones. El objetivo es que el sistema construya circuitos más claros y acompañe mejor los casos complejos.

El cribado neonatal es una de las formas más visibles de llegar antes. No detecta todas las enfermedades raras, pero en las que sí están incluidas puede cambiar mucho el recorrido. Si una alteración se identifica en los primeros días de vida, el sistema puede iniciar controles, tratamientos o medidas preventivas antes de que aparezca el daño. En algunas patologías, esa diferencia de tiempo puede ser totalmente decisiva.

La investigación es otro eje imprescindible. Muchas enfermedades raras siguen sin tratamiento curativo y otras dependen de terapias muy específicas, medicamentos huérfanos, ensayos clínicos o avances en medicina personalizada. Por eso invertir en investigación no es una idea abstracta para estas familias. Es la posibilidad de encontrar respuestas donde durante años solamente hubo una gran incertidumbre.



Lo que la familia suele notar antes de que el TCA se reconozca por su nombre

FAMILIA, ENTORNO Y DETECCIÓN TEMPRANA. Un trastorno de la conducta alimentaria no siempre lo reconoce primero la persona que lo vive. Saber qué observar, cómo hablarlo y cuándo acompañar a pedir ayuda puede cambiar el recorrido del problema antes de que sea grave.

Redacción

Hay una paradoja frecuente en los trastornos de la conducta alimentaria. Muchas veces, la persona que los vive es la última en reconocer que algo va mal. No porque mienta ni porque no quiera mejorar, sino porque lo que desde fuera preocupa, desde dentro puede sentirse como control, disciplina o esfuerzo. Por eso la familia, las amistades, el profesorado o los entrenadores pueden notar antes que algo está cambiando.

Primeras señales

Lo primero no siempre es una pérdida de peso llamativa. A veces es una adolescente que deja de apuntarse a las cenas, un chico que empieza a entrenar aunque esté agotado, alguien que se enfada si se cambia el menú, que evita planes donde habrá comida, que se pesa muchas veces o que va al baño después de comer. Son señales que pueden parecer pequeñas si se miran aisladas, pero que empiezan a tener peso cuando se repiten y alteran la vida diaria.

El problema de los TCA es que muchas conductas pueden esconderse detrás de hábitos que parecen saludables. Comer mejor, hacer deporte o querer cuidarse no es una señal de alarma por sí mismo. La alerta aparece cuan-

do todo se vuelve rígido, cuando saltarse una norma provoca angustia, cuando descansar genera culpa o cuando la comida deja de formar parte de la vida y empieza a ordenar horarios, planes, humor y relaciones.

El peso tampoco basta para valorar el problema. Puede haber un TCA en personas con bajo peso, con peso aparentemente normal o con sobrepeso. También puede existir sufrimiento intenso sin cambios físicos visibles. Esperar a que el cuerpo lo muestre puede retrasar una ayuda que resulta más eficaz cuando el problema todavía no se ha consolidado.

Las señales no aparecen solo en el plato. También pueden verse en el ánimo, el aislamiento, la irritabilidad antes de las comidas, la necesidad de controlar todo lo que se come,

la comparación constante con otros cuerpos, los atracones en secreto o la dificultad para concentrarse porque la mente vuelve una y otra vez a la comida. Cuando el entorno observa varios cambios a la vez, conviene no reducirlo a una fase, una manía o una preocupación estética.

Detectar no significa vigilar cada bocado ni convertir la mesa en un interrogatorio. Significa observar si la comida ha empezado a cerrar planes, provocar culpa, generar miedo o alterar la convivencia. En muchas familias, el primer impulso es discutir, insistir o controlar, pero esa reacción suele aumentar la resistencia y el secretismo. Hablarlo bien importa casi tanto como verlo pronto.

Tampoco ayuda centrar la conversación solo en el cuerpo. Los comentarios sobre si alguien está más delgado, más fuerte, más hinchado o con mejor aspecto pueden reforzar justo aquello que el trastorno ya está ocupando demasiado. Es más útil hablar de preocupación, de cambios en la rutina, de angustia, de aislamiento o de cómo la comida parece estar quitando espacio a otras partes de la vida.

El primer paso es pedir orientación para saber cómo acompañar bien.



¿SABÍAS QUE...?

■ ¿Un TCA puede empezar aunque la persona parezca estar bien?

Sí. Muchas señales no se perciben en el cuerpo, sino en el sufrimiento y en la conducta que rodean a la comida.

Pedir ayuda pronto cambia por completo el recorrido de un TCA

Hablar antes para ayudar mejor

Uno de los errores más frecuentes es esperar a que haya un ingreso, una desnutrición severa o un deterioro físico evidente para tomar en serio un trastorno alimentario. Esa mirada llega tarde. Antes de los casos graves suele haber semanas o meses de señales más discretas, como normas cada vez más estrictas, miedo a determinados alimentos, ejercicio usado como castigo, aislamiento o discusiones repetidas alrededor de la comida.

En Atención Primaria, la detección puede empezar con preguntas sencillas y una escucha cuidadosa. No basta con pesar o medir. También importa conocer el patrón de comidas, la presencia de atracones, los vómitos, el uso de laxantes o diuréticos, el ejercicio compulsivo, la menstruación, el sueño, el estado de ánimo, la ansiedad, la relación con el cuerpo y el impacto en los estudios, el trabajo o la vida social.

¿SABÍAS QUE...?

■ ¿En los TCA, actuar pronto significa etiquetar o convertir cada dieta en una enfermedad?

No. Significa no esperar a que el cuerpo esté al límite para reconocer que algo está dañando la relación con la comida, con el cuerpo y con la vida cotidiana. La gravedad no empieza cuando todo se ve desde fuera, empieza antes, cuando la persona ya no hace vida normal.

En Andalucía, el Proceso Asistencial Integrado de Trastornos de la Conducta Alimentaria contempla la detección, evaluación, tratamiento y seguimiento, con participación de Atención Primaria, Salud Mental, Pediatría, Endocrinología, Enfermería y otros perfiles según cada caso. La coordinación es importante porque el problema no se limita a una conducta alimentaria. Afecta al cuerpo, a la mente, a la familia y al funcionamiento diario.

La recuperación no consiste solo en recuperar peso o comer de otra manera. También implica trabajar el miedo, la culpa, la imagen corporal, las reglas rígidas, los pensamientos obsesivos, la autoestima, el entorno familiar y las posibles complicaciones físicas. Algunas personas necesitarán psicoterapia, seguimiento médico, intervención nutricional, trabajo familiar o atención intensiva. En otras, el apoyo temprano puede evitar que el problema llegue a una fase más grave.

La familia también necesita orientación. No siempre sabe cuándo insistir, cuándo esperar, qué decir, qué no comentar o cómo sostener comidas que se han vuelto difíciles. Pedir ayuda para el entorno no significa desplazar el foco de la persona afectada. Significa cuidar mejor el contexto en el que esa persona intenta recuperarse.

Hablar pronto no agranda el problema. Lo que puede hacerlo crecer es no decir nada, convertir cada comida en una pelea o esperar a que la situación sea imposible de ocultar. Cuando la comida, el cuerpo o la culpa empiezan a ocupar la casa entera, pedir ayuda ya tiene sentido, aunque todavía no haya una alarma visible desde fuera.

 ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

Quirónsalud Málaga consolida su compromiso por la investigación con un aumento del 25% para los ensayos clínicos activos

INVESTIGACIÓN CLÍNICA Y ONCOLOGÍA. España volvió a liderar en 2025 la investigación clínica europea, y en Málaga, ya se prueba una vacuna individualizada de ARN mensajero para pacientes con cáncer de pulmón.

Redacción

El Hospital Quirónsalud Málaga refuerza su compromiso por la investigación, la calidad asistencial y la innovación con un aumento continuado en el número de ensayos clínicos activos en los últimos años, pasando de 27 en 2023, a 39 en 2024, a 49 en el 2025; lo que supone un incremento del 25% en el último año.

La apuesta por la investigación se traduce en una producción investigadora creciente en volumen y calidad de los servicios médicos del Hospital Quirónsalud Málaga, que han participado en 74 estudios clínicos durante todo el año 2025, de los cuales 49 son ensayos clínicos.

Entre los equipos con más actividad investigadora en los ensayos clínicos del Hospital, destacan los servicios de Oncología Médica, Obstetricia y Ginecología, Endocrinología y Nutrición, Neurología, Alergología, Pediatría, Hematología y Cirugía General y Digestiva.

El área que más ensayos clínicos tiene en marcha es la de Oncología, sobre todo en estudios para pacientes con cáncer de pulmón, cáncer de mama y tumores digestivos

Una vacuna diseñada para el tumor

Uno de los ensayos clínicos más prometedores y en fase de reclutamiento de pacientes es el ensayo clínico con “vacunas” personalizadas en pacientes con cáncer de pulmón intervenidos, con las que “se prevé evitar la recurrencia del tumor y mejorar la oportunidad de curación de estos pacientes”, avanza el doctor Manuel Cobo, oncólogo y codirector de la Unidad de Investigación del Servicio de Oncología Integral del Hospital Quirónsalud Málaga.

RNm-4157 (V940), nombre de esta “vacuna” en ensayo, es una nueva terapia de neoantígeno individualizada basada en ARN mensajero, combinada con inmunoterapia. “Ya hay datos en pacientes con melanoma de alto riesgo rese-

cado en los que se ha observado el impacto en la mejoría la supervivencia libre de recurrencia y la supervivencia libre de metástasis a distancia”, apunta el oncólogo.

El desarrollo de esta innovación terapéutica en cáncer de pulmón se está llevando a cabo actualmente en 19 países, incluyendo Estados Unidos, Japón y España. Concretamente en España, se está desarrollando en seis hospitales: Hospital Quirónsalud Málaga, Hospital Quirónsalud Madrid, Hospital Puerta de Hierro, Hospital Universitario Vall d’Hebron, Institut Català d’Oncologia y Hospital Virgen del Rocío.

Estas vacunas son un tratamiento de inmunoterapia que se adapta al tipo de tumor de cada persona, a fin de evitar la propagación de las células cancerosas. “A pesar de que el paciente se haya sometido a una intervención exitosa de extirpación del cáncer de pulmón, las células cancerosas tratan de mantenerse

LAS CLAVES DEL ENSAYO CLÍNICO DE LA VACUNA:

- La vacuna RNm-4157 (V940) se fabrica a medida para cada paciente, adaptada a las mutaciones concretas de su tumor. No hay dos iguales.
- Está diseñada para **pacientes con cáncer de pulmón ya operados**, con el propósito y objetivo de evitar que las células cancerosas que sobreviven a la cirugía provoquen una recaída.
- En España, solo participan seis hospitales. **En Andalucía, el único es el Quirónsalud Málaga.** El ensayo está actualmente activo en 19 países.

Objetivos de la vacuna

Mediante esta vacuna experimental individualizada se trata de evitar que esto ocurra ejercitando al sistema inmunológico para que pueda reconocer estas células malignas y evitar su proliferación, de manera que se sortee una recaída con este tratamiento post quirúrgico”, explica el doctor Cobo.

Desde la Unidad de Investigación del Hospital Quirónsalud Málaga se quiere facilitar el acceso de los pacientes a estas vacunas que, aun estando en fase de ensayo clínico, suponen ya un gran avance pionero a nivel de investigación.

La Unidad de investigación del Servicio Integral de Oncología del Hospital Quirónsalud Málaga ofrece a todos los pacientes con tumores de pulmón operados participar en este innovador ensayo de terapias personalizadas que amplifican la respuesta inmune contra el cáncer y que supone un paso más en la lucha contra esta enfermedad.

Para obtener más información y para participar en este y otros ensayos clínicos de la Unidad de Investigación de Oncología del Hospital Quirónsalud Málaga, puede hacerse de forma directa a través de la dirección mail oncologia.mlg@quironsalud.es

Desde sus inicios, Quirónsalud ha apostado por la investigación y la innovación como medio para poner a disposición de los pacientes una asistencia sanitaria personalizada y de excelencia. Este compromiso con la investigación y la innovación se materializa poniendo a disposición de sus profesionales los recursos y tecnologías necesarios que permitan a sus centros estar a la vanguardia de los avances médicos y atraer y retener talento. Además de con la puesta en marcha de diferentes iniciativas que tienen como objetivo apoyar e impulsar la excelencia científica.

Todo ello fortalece el marcado carácter de excelencia en la calidad asistencial del Hospital Quirónsalud Málaga. Y es que cabe recordar que en 2025 Quirónsalud Málaga se convirtió en el primer y único Hospital, tanto de ámbito público como privado, con Certificación Excelente por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA); el máximo reconocimiento otorgado por esta organización pública de evaluación y certificación.

La acreditación Excelente de la ACSA certifica que el hospital cumple con los estándares más exigentes en materia de seguridad del paciente, liderazgo y organización, gestión por procesos, derechos del paciente, continuidad asistencial, calidad científico-técnica, innovación, investigación, tecnología y humanización en la atención sanitaria.

DEPENDENCIA Y CUIDADO

Demencia y cuidados, lo que empieza a romperse en casa antes del diagnóstico

DETERIORO COGNITIVO Y AUTONOMÍA. La demencia no suele empezar con una gran señal, sino con pequeños fallos que alteran la organización del hogar.



Redacción

Al principio, muchas familias no piensan en la demencia. Piensan en despistes, en la edad, en una mala racha o en el cansancio. Sin embargo, cuando los fallos dejan de ser puntuales y empiezan a interferir en la vida diaria, la situación cambia. Ya no se trata solo de olvidar un nombre o una fecha, sino de no-

tar que tareas que antes salían solas empiezan a necesitar ayuda, supervisión o corrección.

Ese es uno de los puntos que mejor separa el envejecimiento habitual de un deterioro que merece estudio. La diferencia no está solo en la memoria, sino en la autonomía. Cuando una persona empieza a manejar peor el dinero, a confundirse con la medicación, a dejar la

comida al fuego, a repetir compras, a perderse en trayectos conocidos o a no saber organizar gestiones sencillas, lo que se altera no es un detalle aislado. Se altera la capacidad de sostener la vida cotidiana con normalidad.

La demencia tampoco empieza siempre con un olvido muy llamativo. A veces lo primero que se nota es que la casa se desordena más,

SEÑALES QUE CAMBIAN LA VIDA EN CASA

- ■ Repetir medicación, perderse en trayectos conocidos o dejar las tareas a medias ya no son solo despistes cuando se repiten y obligan a supervisar.
- ■ La demencia suele afectar antes a tareas como cocinar, comprar, manejar dinero, organizar citas o tomar bien la medicación.
- ■ Los cambios de ánimo, la apatía, la irritabilidad o el aislamiento también pueden desordenar la rutina familiar.

que se pagan mal los recibos, que cuesta seguir una conversación o que aparecen cambios de carácter que no encajan con la forma habitual de ser. En otras ocasiones, lo que llama la atención es la apatía, el retraimiento, el insomnio o una irritabilidad que va a más.

También conviene recordar que no toda queja de memoria significa demencia. La ansiedad, la depresión, el mal descanso, algunos fármacos o problemas físicos tratables pueden influir en la atención, la concentración y la memoria. Por eso, cuando aparece una sospecha, lo importante no es sacar conclusiones rápidas, sino valorar si esos cambios se acompañan de una pérdida real de la funcionalidad.

Cuando cuidar empieza antes del diagnóstico, pedir ayuda debe empezar antes.



En la práctica, lo que suele romperse primero en casa son las actividades instrumentales de la vida diaria, que son justo las que sostienen la independencia. Cuando empiezan a fallar, la familia entra en una fase nueva, porque alguien tiene que revisar, acompañar, corregir o asumir funciones.

Ese cambio pesa mucho porque obliga a reorganizar la vida doméstica sin haberla nombrado todavía como cuidado. Al principio parece una ayuda puntual. Luego se convierte en vigilancia, en recordatorios constantes, en llamadas para comprobar que todo está bien o en visitas más frecuentes para una revisión.

APOYOS QUE CONVIENE ACTIVAR ANTES

- ■ Llevar ejemplos concretos a una consulta ayuda a valorar mejor qué está cambiando y desde cuándo.
- ■ Revisar visión, audición, sueño, medicación y estado de ánimo puede aclarar si hay problemas tratables que empeoran la memoria.
- ■ Simplificar rutinas, ordenar los pastilleros, retirar riesgos y mantener horarios estables reduce conflictos.

¿SABÍAS QUE...?

- ¿La diferencia entre un despiste y una demencia está muchas veces en la autonomía? Sí. Lo que más orienta no es solo el olvido, sino que ese cambio empiece a interferir en tareas cotidianas y que obligue a supervisar actividades que antes la persona hacía sola.

Cuando cuidar empieza antes que el diagnóstico

La reorganización integral del hogar

Una de las cosas más útiles es no esperar a que la situación sea muy evidente para consultar. Cuando la familia detecta ejemplos concretos, como errores con la medicación, dificultades para asearse, cambios bruscos de conducta, pérdidas fuera de casa o problemas para llevar tareas básicas del hogar, conviene contarlos con detalle en la consulta. Llevar casos concretos ayuda más que decir solo que "está más despistado".

También ayuda entender que el abordaje no termina en el diagnóstico. En demencia, el problema afecta a la persona, pero también a quien empieza a sostener el día a día. Las necesidades no son solo sanitarias. A medida que avanza la enfermedad, aparecen cuestio-

Si la familia ha empezado a corregir, vigilar o asumir tareas, pide una valoración.



nes de conciliación, descanso, apoyo económico, adaptación de la vivienda, supervisión y organización legal. El cuidado acaba ocupando espacios que antes pertenecían al trabajo, al descanso o a la vida social.

Muchas familias tardan en reconocerse como cuidadoras porque creen que solo están ayudando un poco más de lo habitual. Sin embargo, cuando una persona deja de poder sostener sola su rutina, el entorno empieza a asumir una carga progresiva que puede afectar al

sueño, al empleo, al ánimo y a la salud física de quien cuida.

Pedir ayuda pronto cambia mucho las cosas. Revisar visión y audición, ordenar la medicación, adaptar rutinas, simplificar tareas, valorar apoyos para la autonomía y activar orientación social o comunitaria puede retrasar problemas mayores y evitar crisis más bruscas. La intervención temprana no cura la demencia, pero sí puede aliviar el impacto diario, proteger mejor a la persona afectada y dar más margen a quienes conviven con ella.

La demencia sigue siendo una enfermedad sin cura definitiva, pero eso no significa que no haya nada que hacer. Detectar antes, organizar mejor la vida diaria y reconocer pronto la sobrecarga familiar, cambia cómo se vive.

ONCOLOGÍA

La protonterapia apunta al tumor y protege el tejido sano

PROTONTERAPIA Y CÁNCER. Andalucía prepara dos centros públicos en Sevilla y Málaga para incorporar una radioterapia de alta precisión indicada especialmente en tumores infantiles y lesiones próximas a órganos sensibles.

**Redacción**

Cuando a un niño se le diagnostica un tumor cerebral, el equipo médico no solo piensa en destruir el cáncer. También piensa en todo lo que hay alrededor. Cerebro sano, médula, hipófisis, vías visuales, crecimiento, aprendizaje y una vida entera por delante. En oncología, algunas decisiones no se miden solo por la dosis necesaria para tratar el tumor, sino por la cantidad de tejido sano que conviene proteger para evitar secuelas años después.

QUÉ ES LA PROTONTERAPIA

- ■ Es una forma muy avanzada de radioterapia que utiliza protones para irradiar el tumor con alta precisión.
- ■ Su principal ventaja está en cómo distribuye la dosis, porque puede reducir la radiación que reciben los tejidos sanos.
- ■ No sustituye a los tratamientos oncológicos en su totalidad ni puede estar indicada para todos los tumores.

Esa es una de las razones por las que la protonterapia se ha convertido en una de las grandes apuestas de la radioterapia oncológica avanzada. No sustituye a todos los tratamientos ni está indicada para todos los cánceres, pero puede aportar una ventaja importante en casos muy seleccionados. Su valor está en dirigir la radiación con gran precisión y reducir la exposición de estructuras sanas cuando el tumor está cerca de órganos especialmente delicados.

La radioterapia convencional utiliza fotones, que atraviesan el cuerpo y depositan dosis antes, durante y después de alcanzar el tumor. Los protones se comportan de otra manera. Liberan la mayor parte de su energía en una profundidad concreta, justo donde se planifica el tratamiento, y después la dosis cae de forma muy marcada.

¿SABÍAS QUE...?

- ■ Esta es una forma de avanzar en oncología distinta. No siempre se trata de que sea más fuerte o invasivo, a veces resulta esencial tratar con más precisión, reducir al máximo el daño alrededor del tumor y proteger mejor la calidad de vida.

La diferencia puede ser especialmente relevante en tumores pediátricos, porque el organismo aún está en desarrollo y los efectos secundarios de la radiación pueden aparecer años más tarde. También puede tener interés en tumores de base de cráneo, sistema nervioso central, cabeza, lesiones cerca de la médula, ojos o el tronco cerebral, y casos en los que una zona ya ha recibido radioterapia previa.

La protonterapia no debe presentarse como una cura milagrosa. La mayoría de pacientes con cáncer seguirá tratándose con cirugía, quimioterapia, inmunoterapia, radioterapia convencional u otras técnicas ya consolidadas. Lo importante es disponer de esta herramienta cuando el comité clínico considera que puede mejorar la planificación, reducir toxicidad o proteger mejor las estructuras.

Hasta ahora, el acceso a este tratamiento en España ha sido limitado y muchos pacientes con indicación han tenido que desplazarse fuera de su entorno. La incorporación de equipos de protonterapia al sistema público busca cambiar ese escenario. Andalucía contará con dos centros, uno en Sevilla y otro en Málaga, dentro del programa nacional impulsado con la donación de la Fundación Amancio Ortega para instalar diez aceleradores de protones en hospitales públicos españoles.

El centro de Sevilla está proyectado en el complejo hospitalario del Hospital Doctor Muñoz Cariñanos y el de Málaga se ubicará en el entorno del Hospital Materno Infantil. La Junta ha situado ambos proyectos dentro de la modernización de la oncología pública andaluza, con inversiones específicas para adaptar edificios, espacios clínicos, áreas técnicas y circuitos asistenciales a una tecnología que exige alta especialización.

Más información en GacetaDeSalud.com

Una tecnología que tiene la exigencia de elegir adecuadamente a cada paciente

Precisión, criterio y acceso

La llegada de la protonterapia a Andalucía no significa que todos los pacientes con cáncer vayan a necesitarla. Su incorporación al sistema público tiene sentido precisamente porque permite seleccionar mejor los casos en los que la precisión añade un beneficio real. La pregunta no es si la técnica es más moderna, sino si en ese tumor concreto puede reducir secuelas, mejorar la seguridad del tratamiento o permitir una irradiación que con otras técnicas resultaría más difícil.

Esa decisión no se toma de forma aislada. La indicación de protonterapia requiere equipos de oncología radioterápica, física médica, oncología médica, cirugía, radiología, enfermería y otros especialistas según el caso. También necesita comparar planes de tratamiento, valorar riesgos, estudiar la localización

del tumor y tener en cuenta la edad, los tratamientos previos y la situación clínica del paciente.

En los tumores infantiles, esta valoración es especialmente sensible. Cuando el paciente es un niño, proteger tejido sano puede significar proteger crecimiento, desarrollo neurológico, visión, audición, función hormonal o capacidad cognitiva. No todos los tumores pediátricos necesitarán protones, pero cuando la indicación es clara, reducir dosis innecesaria alrededor del tumor puede tener consecuencias importantes.

También puede ser relevante en adultos con tumores situados junto a estructuras críticas. En una lesión cerca del tronco cerebral, la médula, los nervios ópticos, el corazón o el pulmón, la planificación debe buscar el equilibrio más preciso posible entre controlar el tumor y evitar toxicidad.

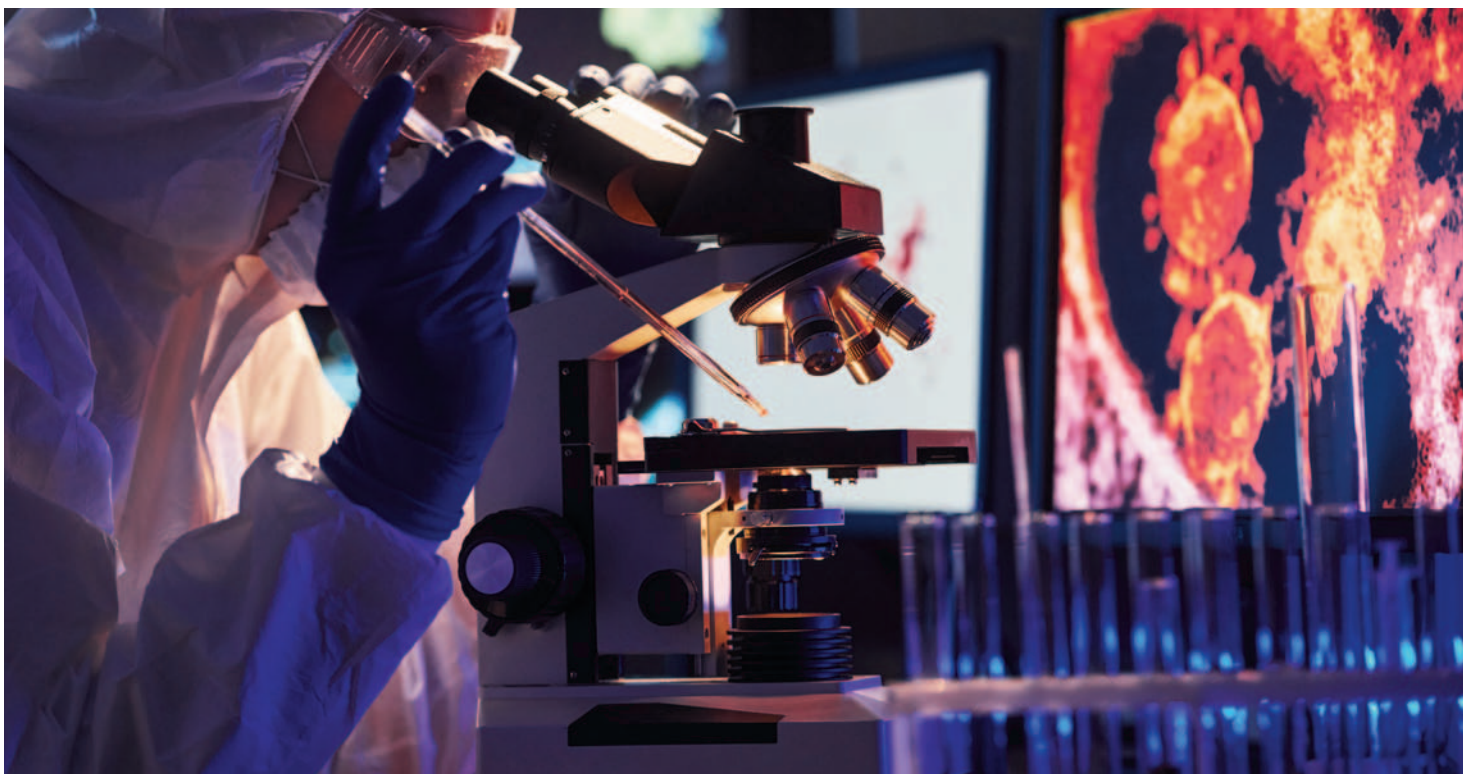
LO QUE CAMBIA EN ANDALUCÍA

- Sevilla contará con un futuro centro de protonterapia en el complejo del Hospital Doctor Muñoz Cariñanos.
- Málaga prepara otro centro en el entorno del Hospital Materno Infantil, con espacios diseñados para unos tratamientos oncológicos de alta precisión.
- La incorporación de estos recursos busca reducir en gran medida los desplazamientos fuera de Andalucía cuando el tratamiento esté indicado.
- El SAS ha licitado un acuerdo marco para ordenar el acceso a protonterapia en los centros autorizados mientras no haya disponibilidad de medios propios.
- Los nuevos centros exigirán equipos formados, unos protocolos de derivación y coordinación entre hospitales.

 CÚRATE EN SALUD

Hantavirus, cuál es el riesgo real y qué bulos hay que evitar

HANTAVIRUS Y DESINFORMACIÓN. Las autoridades sanitarias han insistido en que el hantavirus puede causar enfermedad grave, pero su transmisión no es igual que la de los virus respiratorios habituales.



Redacción

El nombre apareció de golpe en conversaciones, informativos y redes sociales. Hantavirus. Un término poco familiar para la mayoría de la población, asociado en mayo de 2026 al brote detectado en el crucero de expedición MV Hondius, con pasajeros de distintas nacionalidades, varios casos confirmados y tres fallecimientos. La combinación de un barco aislado, una enfermedad grave y protocolos de cuarentena hizo que el episodio se viviera

CUÁNDO SÍ HAY RIESGO

- En limpieza de almacenes, cobertizos, graneros o corrales con restos de roedores.
- Manipulando nidos, excrementos o polvo acumulado, también en materiales contaminados sin ventilación previa.
- Trabajando o durmiendo en espacios rurales con presencia de roedores.
- De viaje a zonas endémicas de América del Sur y con posible contacto.

con una intensidad muy superior al riesgo real para la población general.

El hantavirus no es un virus nuevo. Es un grupo de virus conocidos desde hace décadas, con variantes distribuidas en distintas zonas del mundo y con reservorios animales específicos. La vía habitual de transmisión no empieza en otra persona, sino en determinados roedores. El virus puede eliminarse por la orina, las heces o la saliva de animales infectados, y una persona puede contagiarse al inha-

lar partículas contaminadas, al tocar superficies sucias y llevarse las manos a la boca, la nariz o los ojos, o, de forma menos frecuente, por mordedura.

Ese detalle cambia por completo la lectura del riesgo. No hablamos de un virus que circule fácilmente por la calle, en el transporte público o en una conversación casual. La exposición típica se produce en contextos concretos, como la limpieza de espacios cerrados y poco ventilados con presencia de roedores, almacenes, graneros, cobertizos, corrales, refugios o entornos rurales donde hay contacto con excrementos, nidos o material acumulado.

El caso del MV Hondius fue especial porque la variante identificada pertenece al virus Andes, asociado a Sudamérica y conocido por ser la excepción dentro de los hantavirus. A diferencia de los hantavirus europeos, que no se transmiten entre personas, el virus Andes sí tiene documentada transmisión de persona a persona en situaciones poco frecuentes, normalmente vinculadas a contacto estrecho

QUÉ NO ES VÍA DE CONTAGIO

- Contacto social o casual con personas que hayan estado expuestas.
- Tocar a alguien que haya viajado a una zona con casos.
- Estar en el mismo espacio cerrado que una persona infectada.
- El agua corriente, alimentos preparados o el aire del domicilio habitual.

y prolongado. Esa característica explica la prudencia de las cuarentenas, pero no justifica pensar en una expansión comunitaria amplia.

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades ha subrayado que el virus Andes no se transmite como la COVID y que la transmisión entre personas es rara y requiere contacto cercano y sostenido. También recuerda que el reservorio natural del virus no está presente en Europa, lo que hace improbable una transmisión mantenida.

La enfermedad, cuando se produce, sí puede ser grave. Algunos hantavirus pueden causar síndromes pulmonares o renales que requieren atención hospitalaria. Por eso no conviene banalizar el virus. La clave está en separar gravedad individual y riesgo colectivo. Una infección puede ser seria para quien la padece, pero eso no significa que tenga capacidad para extenderse fácilmente entre toda la población.

Más información en [AgenciaSinc.com](https://www.agenciasinc.com)

Qué bulos se han extendido y cuáles son los datos que permiten explicar el riesgo

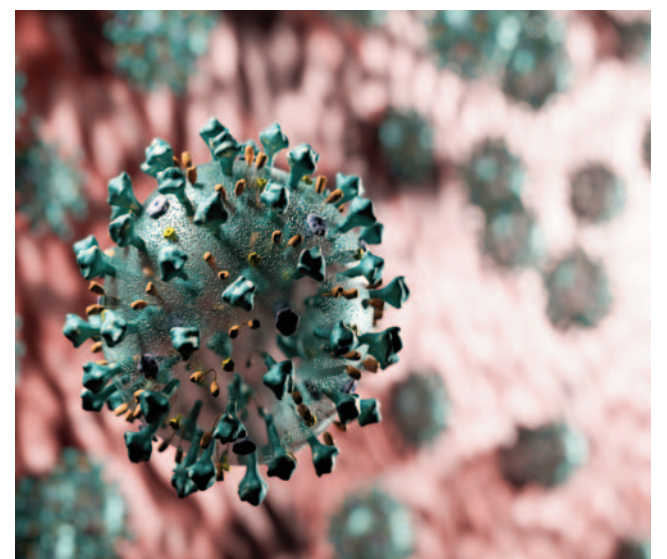
Los bulos con los que conviene acabar

El brote del MV Hondius mostró cómo una enfermedad poco conocida puede llenarse de ruido en pocas horas. Las imágenes del operativo, el aislamiento de pasajeros y la palabra hantavirus bastaron para que circularan mensajes que hablaban de pandemia, exageraban la facilidad de contagio o convertían una alerta controlada en un riesgo general.

El primer error fue presentarlo como un virus nuevo. No lo es. Los hantavirus se conocen desde hace décadas y se han descrito en distintas zonas del mundo. Lo llamativo de este episodio fue el contexto, un crucero internacional, y la variante implicada, el virus Andes, que puede transmitirse entre personas, aunque de forma poco frecuente y con contacto estrecho y prolongado. El segundo bulo fue compararlo con la COVID.

Tampoco es correcto. El hantavirus no se transmite fácilmente en una conversación, en el transporte público o por compartir un espacio de forma casual. La vía habitual de infección está relacionada con la exposición a orina, heces o saliva de roedores infectados, sobre todo al limpiar espacios cerrados.

También circuló la idea de que España podía estar ante un riesgo amplio de contagio. La información disponible no apunta a ese escenario. España no es zona endémica de virus Andes y el seguimiento sanitario se centró en contactos concretos del brote. La prevención útil no consiste en tener miedo, sino en evitar prácticas de riesgo y consultar si hay síntomas tras una exposición real. Ventilar, no barrer en seco y usar protección cuando haya restos de roedores son medidas sencillas, mucho más útiles que compartir alarmas sin confirmar innecesarias.



Pasear te ayuda a suavizar la glucosa después de cada comida



GLUCOSA Y VIDA DIARIA. Caminar después de comer no es una moda ni una solución mágica, pero puede ayudar a reducir los picos de glucosa tras las comidas.

Redacción

Después de comer, el cuerpo empieza a digerir los alimentos y parte de los hidratos de carbono se transforma en glucosa, que pasa a la sangre. Esa subida es normal. El problema aparece cuando los picos son muy altos, se repiten con frecuencia o el organismo tiene dificultades para regularlos, como ocurre en la diabetes tipo 2, la prediabetes o la resistencia a la insulina.

Caminar después de una comida puede ayudar precisamente en ese momento. No hace falta correr, sudar ni convertir el paseo en un entrenamiento. El simple hecho de mover los músculos activa una vía de consumo de glucosa que no depende solo de la insulina. Al caminar, las piernas necesitan energía y utilizan parte de esa glucosa que acaba de entrar en la sangre. Por eso un paseo suave, hecho poco después de comer, puede reducir la intensidad del pico posprandial.

La idea es sencilla, pero tiene una base fisiológica importante. La glucosa no se queda circulando sin destino. Si el cuerpo se mueve, el músculo trabaja como un tejido capaz de captar parte de ese azúcar para producir energía. En personas con resistencia a la insulina,

este gesto puede resultar especialmente útil, porque añade una herramienta cotidiana a otras medidas de control como la alimentación, la medicación, el peso, el descanso y la actividad física regular.

La diferencia entre moverse y quedarse sentado es real y medible. Un metaanálisis publicado en *Sports Medicine*, que analizó siete estudios agudos, observó que interrumpir el sedentarismo con caminatas ligeras reducía la glucosa posprandial un 17 % frente a permanecer sentado. Quedarse de pie también ayudaba, aunque menos, con una reducción del 9,5 %. El dato no convierte el paseo en tratamiento único, pero sí muestra que el movimiento breve tiene un efecto metabólico muy concreto.

Después de comer, moverse es esencial para suavizar la subida potencial de glucosa



El momento también importa. La evidencia disponible indica que caminar cuanto antes después de la comida tiene más efecto sobre la glucosa que hacerlo mucho más tarde, cuando el pico ya se ha producido. No se trata de

No es solo caminar, es cuándo hacerlo

Caminar después de comer ayuda más cuando se convierte en una costumbre posible, no en una norma rígida. Para muchas personas, el mejor punto de partida es salir unos minutos después de la comida principal y mantener un ritmo cómodo, suficiente para notar que el cuerpo se mueve, pero sin llegar al esfuerzo intenso. La regularidad importa más que la perfección.

¿SABÍAS QUE...?

■ ¿Caminar cinco o diez minutos después de comer puede servir?

Sí. Los datos respaldan que interrumpir el sedentarismo tras las comidas ayuda a reducir la glucosa posprandial. Un estudio observó que diez minutos caminados justo después de la ingesta redujo el pico de glucosa frente al reposo.

Un estudio publicado en *Scientific Reports* añade un dato útil para la vida diaria. En adultos jóvenes, una caminata de diez minutos inmediatamente después de ingerir glucosa redujo de forma significativa el pico de glucosa frente al reposo. En cambio, caminar treinta minutos después de un periodo de descanso no mostró la misma diferencia significativa frente al control. No se trata solo de cuánto tiempo se camina, sino de cuándo se empieza.

El paseo puede ser especialmente útil tras comidas con pan, pasta, arroz, patata, fruta, postre o bebidas azucaradas, porque son alimentos que pueden elevar más la glucosa según la cantidad, la combinación y la respuesta de cada persona. También cuenta lo que ocurre el resto del día. Pasar muchas horas sentado empeora la sensibilidad a la insulina y favorece que los picos de glucosa sean más marcados. Levantarse, caminar, subir escaleras o moverse unos minutos después de comer puede ser una forma sencilla de romper el sedentarismo. No sustituye los minutos semanales de actividad física recomendados, pero puede sumar para este beneficio de forma concreta.

En personas con diabetes tratadas con insulina o fármacos que puedan provocar hipoglucemias, conviene tener más cuidado. El ejercicio puede bajar la glucosa y, en algunos casos, será necesario ajustar horarios, medir antes o después, llevar hidratos de carbono de rescate o consultar con el equipo sanitario. Caminar es una actividad segura para la mayoría, pero las situaciones clínicas no son iguales.

La clave está en no convertir una recomendación útil en un mensaje culpabilizador. Lo importante es entender que el cuerpo no está diseñado para quedarse inmóvil justo después de cada comida. Moverse un poco puede ayudar a que la glucosa suba menos, a sentirse menos pesado y a recuperar una relación más activa con la rutina diaria.

Información basada en los análisis de *Sports Medicine* y *Scientific Reports*

CUÁNDO AYUDA MÁS

- Después de comidas que son ricas en hidratos de carbono, como arroz, pan, pasta, patata o postres.
- En personas con diabetes tipo 2, prediabetes, resistencia a la insulina o síndrome metabólico.
- Cuando el día obliga a pasar muchas horas sentado.

CÓMO EMPEZAR

- Sal después de haber comido, cuando empieza la subida de glucosa, y empieza con cinco o diez minutos si no tienes ya un hábito.

salir de la mesa a toda prisa, sino de evitar encadenar comida, sofá y horas de sedentarismo. Un paseo de diez o quince minutos, o incluso varios minutos de movimiento ligero, puede bastar para romper esa inercia.

El beneficio no se limita a personas con diabetes. También puede ayudar a quienes tienen glucosa en el límite, antecedentes familiares, síndrome metabólico, exceso de sedentarismo o comidas especialmente ricas en hidratos de carbono. En todos esos casos, el paseo posterior no compensa una alimentación desordenada, pero puede formar parte de una rutina más inteligente para cuidar el metabolismo. En salud, algunas mejoras no llegan de grandes gestos, sino de repetir pequeños movimientos en el momento adecuado.

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 LEER LA IA EN EL SUEÑO

- Señales de actividad cerebral, el ritmo cardíaco, respiración, flujo de aire, movimientos musculares y movimientos oculares, si se recogen durante una polisomnografía.
- Patrones relacionados con algunas enfermedades neurológicas, del corazón, algunos tipos de cánceres, complicaciones durante el embarazo y la salud mental.
- Cambios sutiles que no sirven por sí solos para el diagnóstico, pero que podrían ayudar a estimar el riesgo futuro.
- Información que está ya presente en pruebas del sueño que hasta ahora se utilizaba de una forma más limitada.
- Una posible vía tanto de cribado como de posible seguimiento.

CÓMO FUNCIONA TU SANIDAD

Qué es y cómo se accede a la consulta de acogida en Andalucía

Cuando una persona acude al centro de salud sin cita por un problema que no puede esperar, pero que tampoco es una urgencia vital o muy grave, puede ser atendida en la consulta de acogida. En Andalucía, este recurso lo realiza enfermería de Atención Primaria y sirve para hacer una primera valoración, orientar la demanda y decidir la respuesta adecuada.

No sustituye al médico de familia ni a las urgencias. Su función es ordenar mejor la entrada al sistema. La enfermera valora síntomas, antecedentes y situación clínica, resuelve los casos que entran dentro de sus competencias y, cuando es necesario, deriva al médico, al circuito de urgencias del centro o al recurso que corresponda.

La consulta de acogida puede ser útil en problemas leves o moderados que necesitan valoración presencial, como heridas, quemaduras pequeñas, dolor lumbar, picaduras, vómitos, diarrea o dudas clínicas que no conviene dejar pasar. También ayuda a evitar esperas innecesarias y a que cada paciente llegue al profesional adecuado.

Si hay dolor torácico, dificultad para respirar, pérdida de conciencia, signos de ictus, sangrado importante o empeoramiento rápido, no es consulta de acogida. Siempre hay que pedir atención urgente.

CUÁNDO USAR ESTA CONSULTA

- Sirve para problemas que no pueden esperar, pero no son urgencias graves. Enfermería valora, orienta y deriva si hace falta al médico, urgencias o al recurso adecuado del centro sanitario.

PRIMEROS AUXILIOS

Las quemaduras solares graves

Una quemadura solar grave no es solo piel roja después de la playa. Puede aparecer horas después de la exposición, con dolor intenso, ampollas, hinchazón, escalofríos, fiebre, náuseas, mareo o sensación de debilidad.

En esos casos conviene salir del sol de inmediato, buscar un lugar fresco y empezar a enfriar la piel con duchas templadas, paños húmedos o agua fresca, sin aplicar hielo directamente.

También es importante beber agua en pequeños sorbos si la persona está consciente y puede tragar bien. No se deben reventar las ampollas, porque aumentan el riesgo de infección, ni aplicar alcohol, pasta de dientes, aceites o remedios caseros irritantes.

Si hay ampollas extensas, fiebre, confusión, vómitos, dolor que empeora, signos de deshidratación, afectación de ojos o quemadura en un bebé o niño pequeño, hay que consultar con urgencia.

SI SOSPECHAS UN GOLPE DE CALOR

- **Retira a la persona del sol cuanto antes.** La piel quemada sigue acumulando daño si se mantiene en exposición, aunque no parezca que el sol sea intenso.
- **Enfría la zona con agua fresca o unos paños que estén húmedos.** El objetivo es aliviar el dolor y bajar la temperatura de la piel, pero sin usar hielo de forma directa porque puede irritarla más.
- **No reventes las ampollas.** Funcionan como una protección natural de la piel dañada. Abrirlas puede aumentar el riesgo de infección y retrasa mucho la recuperación.
- **Consulta si aparecen fiebre, escalofríos, vómitos, mareo, confusión, ampollas extensas o signos de deshidratación.**

El sueño habla de enfermedades

Una novedosa inteligencia artificial analiza señales fisiológicas registradas durante la noche para estimar el riesgo futuro de algunas enfermedades neurológicas, cardiovasculares o algunos tipos de cáncer.

Redacción

Dormir no es solo descansar. Durante la noche, el cuerpo registra cambios constantes en la actividad cerebral, el ritmo cardíaco, la respiración, los movimientos musculares, los ojos y el nivel de oxígeno. Hasta ahora, buena parte de esa información se utilizaba sobre todo para estudiar trastornos del sueño, como la apnea. Una nueva línea de investigación empieza a mirar esos datos como algo más amplio: una ventana al funcionamiento del organismo.

La importancia de este nuevo modelo

El modelo se llama *SleepFM* y ha sido desarrollado por investigadores de Stanford Medicine y otras instituciones internacionales. Es una herramienta de inteligencia artificial entrenada con casi 600.000 horas de estudios de sueño, procedentes de unas 65.000 personas. La base de datos se construyó con polisomnografías, que son pruebas realizadas durante toda la noche con sensores que registran múltiples señales fisiológicas.

La idea no es que una mala noche permita diagnosticar una enfermedad. Esa sería una lectura exagerada. El avance está en que el sueño contiene patrones biológicos que pueden relacionarse con problemas de salud que aparecen años después. El modelo analizó más de mil categorías de enfermedad y mostró capacidad predictiva en 130, especialmente en trastornos neurológicos, enfermedades cardiovasculares, algunos cánceres, complicaciones del embarazo y problemas de salud mental.

El interés sanitario está en la posibilidad de aprovechar da-

tos que ya existen. En una polisomnografía convencional se recoge mucha más información de la que suele utilizarse en la práctica diaria. La inteligencia artificial intenta leer relaciones entre señales que para el ojo humano pueden pasar desapercibidas: cambios en el sueño profundo, alteraciones del ritmo cardíaco, patrones respiratorios o variaciones en la actividad cerebral que, combinadas, pueden dibujar un perfil de riesgo.

En enfermedades como el párkinson, la demencia o algunos trastornos cardiovasculares, los cambios pueden empezar mucho antes de los síntomas visibles. Por eso el sueño resulta especialmente atractivo para la investigación. No porque sustituya a una analítica, una resonancia o una valoración clínica, sino porque podría ayudar a orientar antes qué personas necesitan seguimiento más estrecho.

El estudio todavía tiene límites importantes. La población analizada procede en gran parte de personas estudiadas en clínicas del sueño, por lo que no representa por completo a la población general. Además, los investigadores deben aclarar mejor qué señales concretas utiliza el modelo para hacer cada

predicción y cómo se integraría una herramienta así en consultas reales sin generar falsas alarmas.

Aun así, el avance marca una dirección relevante. La medicina no solo busca diagnosticar cuando la enfermedad ya ha dado la cara. También intenta aprovechar información cotidiana o ya disponible para anticipar riesgos, ordenar mejor el seguimiento y tomar decisiones con más precisión. El sueño no diagnostica solo, pero puede guardar pistas que la tecnología empieza a aprender a leer.

Dormir también deja señales, pero simplemente leerlas no equivale a diagnosticar.

