



LA SANIDAD QUE TE CURA

Gestión Andalucía | Oncología

«Más cribados, más especialistas
y nuevos equipos para que el
cáncer se detecte y se trate antes»

P4-5

El TAC que busca detectar el cáncer de pulmón antes de que aparezcan síntomas

9-10



JÓVENES | CONSUMO

Las bebidas que prometen energía y pueden robarte horas preciadas de sueño

Casi cuatro de cada diez estudiantes las ha tomado en el último mes. Una lata grande puede aportar hasta 160 mg de cafeína. **P2**

FAMILIAS | SEGURIDAD ACUÁTICA

Una piscina segura, la que empieza antes de que un niño pueda llegar al agua

La vigilancia activa y un cerramiento completo ayudan a evitar riesgos tanto en las piscinas privadas como en las comunitarias. **P8**

PREVENCIÓN | MOSQUITO TIGRE

Eliminar el agua que se estanca en casa ayuda a cortar su ciclo

Una maceta o una regadera pueden bastar para que críe. El virus del Nilo requiere otra vigilancia. **P13**

♥ JUVENTUD

La bebida que te promete energía y te acaba robando demasiadas horas de sueño

CONSUMO, CAFEÍNA Y SUEÑO. El riesgo no está solo en el consumo de una lata de bebida energética, sino en convertirla en rutina o mezclarla con alcohol.



Redacción

Una lata antes de un examen, otra para aguantar un entrenamiento, una más en una tarde de videojuegos o antes de salir. Las bebidas energéticas se han instalado en la rutina de muchos adolescentes porque prometen algo muy concreto: estar más despierto cuando el cuerpo ya empieza a pedir descanso.

La encuesta *ESTUDES* 2025 indica que el 38,4 % de los estudiantes de 14 a 18 años había tomado bebidas energéticas durante el último mes. El consumo es más frecuente entre los chicos, con un 45,7 %, frente al 31 % de las chicas. Eso no significa que todos las beban a diario ni que cada consumo vaya a causar un problema, pero sí que se han convertido en un

producto habitual en una edad en la que el sueño, el descanso y los horarios todavía importan mucho.

El problema es que una bebida energética se toma como si fuera un refresco, pero no funciona como uno más. Su ingrediente principal no es la taurina, el ginseng o los nombres llamativos que aparecen en la etiqueta.

¿SABÍAS QUE...?

■ ¿Una bebida energética sin azúcar es menos problemática para dormir? No. Puede llevar la misma cantidad de cafeína que la versión normal. Quitar el azúcar reduce las calorías, pero no evita el efecto estimulante, ya que una sola lata puede superar los 60 mg de cafeína.

CUÁNDO CONVIENE PARAR

■ Si después de tomar alguna aparecen síntomas como palpitaciones intensas, dolor en el pecho, desmayo, dificultad para respirar, confusión o convulsiones, hay que pedir atención urgente.

■ Si el insomnio, los nervios, el temblor, las palpitaciones o la ansiedad se repiten, conviene comentarlo con algún adulto de confianza o un profesional sanitario.

Lo que marca el efecto es, sobre todo, la cafeína. Una lata habitual de 250 mililitros contiene alrededor de 80 miligramos de cafeína. En los envases grandes la cantidad puede alcanzar los 160 miligramos. Y no siempre se percibe como una dosis alta porque se bebe fría, con gas, rápido y a menudo sin pensar que durante el resto del día puede haber café, refrescos de cola, té o suplementos.

Sentirte despierto gracias a una bebida no es lo mismo que haber descansado. ♥

La cafeína puede aumentar la sensación de alerta durante un tiempo. Ese efecto existe, lo que no hace es recuperar el sueño perdido, mejorar por sí sola el aprendizaje ni sustituir el descanso que necesita el cerebro para concentrarse y regular el estado de ánimo.

Los estudios advierten de que, en adolescentes de 11 a 17 años, más de 60 miligramos de cafeína puede alterar el sueño, y una lata estándar ya puede superar esa cifra. La sensibilidad no es igual para todos, pero tomarla por la tarde, al anochecer o antes de salir puede reducir el descanso de la noche.

Ahí aparece un círculo muy fácil de reconocer. Se duerme menos porque se ha tomado cafeína tarde. Al día siguiente hay cansancio, cuesta concentrarse y parece necesario volver a tirar de otra lata para llegar. La bebida energética solo ha hecho aplazar tu descanso.

La mezcla que oculta el cansancio, pero no el alcohol

Uno de los datos que más preocupa es la combinación con alcohol. Según *ESTUDES* 2025, el 15,2 % de los estudiantes de 14 a 18 años había mezclado bebidas energéticas con alcohol en el último mes. Es una práctica frecuente en fiestas y botellones porque parece que permite aguantar más tiempo despierto, bailar más o no notar tanto el cansancio. Pero la cafeína no reduce el alcohol que hay en sangre ni mejora los reflejos, la coordinación o la capacidad para tomar decisiones. Lo que puede hacer es rebajar la sensación subjetiva de sueño, fatiga o embriaguez. Una persona puede sentirse más despejada y creer que controla mejor de lo que realmente controla, aunque el alcohol siga afectando igual a su cuerpo y a su cerebro. Esa falsa sensación de control

La mezcla con cafeína solo te pone en riesgo al hacerte dudar de tu límite real. ♥

puede facilitar que se beba más, que se tomen decisiones de riesgo, que se acepten trayectos inseguros o que se tarde más en reconocer que ya se ha cruzado un límite.

La cafeína puede tapar parte del cansancio, pero no elimina la deshidratación, la pérdida de reflejos ni la alteración que provoca el alcohol. Y cuando aparece un problema, puede hacer que se detecte más tarde. España ha abierto una consulta pública para preparar una futura norma que limite la venta de bebi-

das energéticas a menores de 16 años y que eleve la restricción hasta los 18 en los productos con más de 32 miligramos de cafeína por cada 100 mililitros. De momento, no es una prohibición vigente. El debate refleja, sin embargo, que estas bebidas han dejado de verse solo como un refresco de sabores intensos. La cuestión no es tratar una lata como si fuera un veneno ni convertir cada consumo en un drama. Es saber qué se está tomando, cuándo se toma y qué efecto puede tener sobre el cuerpo. Sentirse despierto un rato no significa haber descansado ni estar en condiciones de decidir mejor.

Información basada en la encuesta *ESTUDES* 2025, Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones

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.



MUJER

La píldora y un viaje largo, lo que conviene saber durante el verano para evitar riesgos

ANTICONCEPCIÓN Y TROMBOSIS. Los anticonceptivos con estrógeno pueden elevar ligeramente un riesgo que conviene conocer antes de viajar.



Redacción

En verano hay viajes que empiezan antes de salir de casa. El coche cargado, una parada rápida para repostar, seis horas de carretera hasta la playa o un vuelo largo que se pasa casi entero con las piernas dobladas bajo el asiento. Para muchas mujeres, en el necer va también la píldora anticonceptiva.

La escena no debería generar miedo ni llevar a suspender ningún tratamiento por cuenta propia. Pero sí merece una conversación

EN UN VIAJE DE MÁS DE CUATRO HORAS

- Levántate y camina cada una o dos horas cuando sea posible.
- En coche, incluye paradas para poder estirar y caminar. En avión, tren o autobús, mueve los tobillos y pantorrillas mientras estés sentada.
- Si tienes factores de riesgo, consulta antes sobre medias de compresión con gradación o medidas preventivas.

más clara, porque la anticoncepción hormonal combinada y la inmovilidad prolongada son dos factores que pueden sumarse.

Lo primero es no meter todos los métodos en el mismo saco. Cuando se habla del riesgo de trombosis asociado a anticonceptivos, se habla sobre todo de los métodos hormonales combinados, los que llevan estrógeno y un progestágeno. Ahí entran muchas píldoras, pero también el parche anticonceptivo y el anillo vaginal.

El riesgo existe, aunque es bajo. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios estima que, entre mujeres que no usan anticonceptivos hormonales combinados y no están embarazadas, aparecen alrededor de dos casos de tromboembolismo venoso por cada 10.000 mujeres al año. Según el tipo de progestágeno, entre quienes utilizan anticonceptivos combinados la cifra se sitúa aproximadamente entre cinco y doce casos por cada 10.000 mujeres al año.

No es una razón para dejar la píldora de golpe antes de coger un avión o subir al coche. Los anticonceptivos hormonales combinados siguen siendo métodos eficaces y sus beneficios superan los riesgos cuando están bien indicados. Lo importante es que la elección tenga en cuenta la historia clínica de cada mujer y que esos riesgos se revisen cuando cambian las circunstancias.

El primer año de uso, o el reinicio después de haber dejado el método durante al menos cuatro semanas, es uno de los momentos en

CUÁNDO CONSULTAR

- Si has tenido una trombosis venosa o una embolia pulmonar anteriormente.
- Si hay antecedentes de coágulos en familiares cercanos, una trombofilia que se conozca, una cirugía reciente, lesión con inmovilización o enfermedad grave.
- Si usas anticoncepción con estrógeno y vas a realizar un trayecto largo con otros factores de riesgo.

los que conviene prestar más atención. También importa si existen antecedentes personales de trombosis, una embolia pulmonar previa, una alteración conocida de la coagulación, antecedentes familiares cercanos, obesidad, tabaquismo, cirugía reciente, una lesión que obligue a estar inmóvil, embarazo, parto o determinados problemas de salud.

La clave no es vivir cada trayecto como una amenaza. Es saber si hay motivos para planificarlo mejor. Una mujer joven, sana, sin antecedentes y con un anticonceptivo bien pautado no necesita convertir unas vacaciones en una consulta de urgencias. Pero una mujer con un episodio previo de trombosis, una cirugía reciente, antecedentes de trombosis en familiares de primer grado a edad temprana o una inmovilización importante sí debería hablarlo antes con un especialista, su médico, matrona o ginecólogo.

Más información sobre la trombosis venosa profunda en LaVanguardia.com

Cómo viajar más segura sin convertir el trayecto en una alarma constante

La medida más sencilla es también la más importante. En un viaje largo, hay que mover las piernas con frecuencia. En coche, conviene programar paradas para caminar unos minutos. En tren, autobús o avión, ayuda levantarse cuando sea posible y mover tobillos, talones y pantorrillas mientras se está sentada. No hace falta hacer ejercicios complicados, basta con flexionar los tobillos, elevar los talones dejando las puntas apoyadas, levantar las puntas manteniendo los talones en el suelo o estirar las piernas de vez en cuando, ya que esto ayuda a no permanecer inmóvil durante horas.

Beber agua con normalidad es útil para afrontar el calor y encontrarse mejor durante el trayecto, pero no sustituye el movimiento ni debe verse como una protección frente a la trombosis. Tampoco conviene tomar aspirina, heparina u otros fármacos por iniciativa propia para “prevenir” un coágulo antes de

viajar. Son decisiones médicas y no sirven igual para todas las personas. La señal que más conviene reconocer es una hinchazón nueva y clara en una sola pierna, sobre todo si se acompaña de dolor, sensibilidad al tocar, calor localizado, enrojecimiento o un aumento visible de volumen respecto a la otra. No todo tobillo hinchado después de un día de playa significa trombosis, pero una pierna que cambia de forma llamativa no debe atribuirse sin más al calor o al cansancio. También hay que actuar con urgencia si aparece falta de aire repentina, dolor en el pecho que empeora al respirar o toser, tos con sangre, palpitaciones intensas, mareo importante o desmayo.

El mensaje final no es dejar de viajar ni desconfiar de la anticoncepción, es no asumir que una molestia nueva en una sola pierna es “cosa del verano” y no olvidar que, después de muchas horas sentada, caminar también forma parte del viaje.





Más especialistas y más equipos para atender el cáncer en Andalucía

ATENCIÓN ONCOLÓGICA. Andalucía afronta cerca de 50.000 nuevos diagnósticos de cáncer previstos para 2026 con una estrategia que refuerza la prevención, los cribados, la tecnología y el trabajo coordinado entre los profesionales.

Redacción

Una invitación para una mamografía, un test de sangre oculta en heces o una cita para completar una prueba que ha dado un resultado dudoso pueden ser el principio de un recorrido que nadie desea, pero que cambia de manera considerable cuando está correctamente organizado.

En cáncer, cada paso cuenta. No solo la cirugía, la quimioterapia o la radioterapia. También la rapidez con la que se revisa una prueba, la claridad de una llamada, la posibilidad de que varios especialistas estudien el mismo caso y el acompañamiento cuando el tratamiento termina.

Detectar antes también es empezar a cuidar antes

Andalucía estima alrededor de 50.000 nuevos diagnósticos de cáncer en 2026 y más de 18.000 fallecimientos relacionados con esta enfermedad. Es una realidad que obliga a reforzar la atención desde el primer momento: antes de que aparezca un tumor, cuando surge una sospecha y durante los años posteriores a un tratamiento.

La Estrategia de Cáncer en Andalucía, puesta en marcha en 2021, ha servido para ordenar ese trabajo en torno a varios objetivos: prevenir, detectar de forma precoz, mejorar la respuesta diagnóstica, incorporar tratamientos más precisos y acom-

pañar a las personas que conviven con la enfermedad.

La prevención empieza mucho antes de una consulta de oncología. Los programas de cribado de cáncer de mama, colon y cuello de útero están diseñados para localizar lesiones cuando todavía no producen síntomas. No son revisiones generales ni sustituyen acudir al médico cuando aparece un bulto, un sangrado anormal, una pérdida de peso sin explicación, una tos persistente o un dolor que no mejora.

Su función es otra, la de invitar a la población que puede beneficiarse de una prueba concreta y asegurar que, si aparece una alteración, exista un camino claro para confirmarla y actuar. En los últimos años se han incorporado los programas de cribado de colon y de cuello de útero, se ha ampliado el de mama y se ha puesto en marcha el acto único para los casos con alta sospecha de cáncer de mama. La idea es sencilla, aunque su aplicación exige muchos recursos para reducir desplazamientos y concentrar las pruebas necesarias para una respuesta.

El refuerzo de los cribados cuenta con una inversión de más de 101 millones de euros y 705 nuevos profesionales previstos para mejorar citaciones, pruebas, coordinación y seguimiento. El objetivo no es multiplicar las exploraciones sin criterio, sino conseguir que cada persona conozca en qué punto está y cuál será el siguiente paso.

EL REFUERZO QUE YA SE NOTA EN UN CIRCUITO MÁS ÁGIL

- ■ Andalucía ha incorporado programas de cribado de cáncer de colon y cuello de útero y ha ampliado el de mama.
- ■ El acto único busca concentrar pruebas en los casos con alta sospecha de cáncer de mama.
- ■ El plan integral de cribados moviliza más de 101 millones de euros y prevé 705 nuevos profesionales.
- ■ La plantilla de especialistas vinculados a atención oncológica ha crecido un 30 % desde 2019.
- ■ La inversión en equipos oncológicos ha aumentado, multiplicándose por seis en ese mismo periodo.
- ■ A comienzos de 2026 ya se habían incorporado 486 de los 705 profesionales previstos, el 70 % del refuerzo.

La vacunación también forma parte de esta estrategia. El virus del papiloma humano está relacionado con varios tipos de cáncer, entre ellos el de cuello de útero. En Andalucía, más de 738.000 jóvenes de entre 12 y 21 años han recibido ya esta vacuna. Es una medida preventiva que actúa años antes de que una lesión pueda aparecer. La mejora no depende solo de la tecnología. Una prueba puede ser muy avanzada, pero pierde valor si no llega acompañada de una explicación, una cita posterior y un equipo que se haga cargo del resultado. Por eso la conexión entre Atención Primaria, hospitales, radiología, anatomía patológica y oncología se ha convertido en una de las piezas centrales del este modelo asistencial.

Un médico de familia puede detectar una señal de alerta. Radiología puede aportar una imagen más precisa. Anatomía patológica confirma qué tipo de lesión existe. Oncología, cirugía, radioterapia, enfermería y otras especialidades construyen el tratamiento. Cuando estas partes comparten información y deciden en conjunto, el paciente no tiene que ir enlazando consultas sin entender qué ocurre.

El siguiente paso anunciado es incorporar también a profesionales de Atención Primaria a los subcomités de tumores. La medida busca que la coordinación no empiece en el hospital, sino desde el primer contacto con el sistema sanitario.

Más capacidad para diagnosticar y tratar mejor

Desde 2019, la inversión en equipos oncológicos se ha multiplicado por seis en Andalucía. La plantilla de profesionales especializados ha crecido un 30 %. Son cifras que se traducen en algo concreto para el paciente: más capacidad para realizar pruebas, revisar imágenes, personalizar tratamientos y mantener el seguimiento clínico durante todo el proceso.

La innovación oncológica no consiste en llenar los hospitales de máquinas. Consiste en elegir herramientas que permitan responder mejor a problemas muy concretos. Una mamografía con tomosíntesis puede ayudar a analizar determinadas lesiones con mayor precisión. Una prueba molecular puede indicar si un tumor tiene una característica que lo hace sensible a un tratamiento específico. Un comité de tumores puede evitar que una decisión dependa de una sola mirada.

Hoy, dos cánceres que empiezan en el mismo órgano pueden necesitar tratamientos distintos. En mama, pulmón, colon o próstata no basta con saber dónde está el tumor. También importa cómo se comporta, qué alteraciones presenta y qué opciones tiene cada persona según su estado general, su edad y sus tratamientos previos.

Ese cambio ha hecho que la oncología sea cada vez más multidisciplinar. El paciente puede pasar por cirugía, oncología

TRES AVANCES QUE CONVIENE ENTENDER

■ ■ Campos eléctricos contra el glioblastoma

TTFields. Ya se incorpora para determinados pacientes con glioblastoma. Utiliza campos eléctricos alternos de baja intensidad para frenar el crecimiento tumoral.

■ ■ Radiación más precisa en tumores seleccionados

Con la protonterapia, Málaga ya ha iniciado las obras de su centro y Sevilla cuenta con propuesta de adjudicación. Permitirá concentrar mejor la radiación en los casos en los que sea necesaria.

■ ■ El paso previo a nuevas terapias CAR-T

CART Andalucía. El proyecto desarrolla las nuevas opciones para cánceres hematológicos. Su segunda fase evalúa los candidatos en ensayos preclínicos.

médica, oncología radioterápica, radiología, anatomía patológica, farmacia hospitalaria, rehabilitación, psicología o enfermería. La calidad de la atención depende también de que todas esas especialidades trabajen como un mismo equipo.

En este contexto, la innovación se mide mejor por su utilidad que por su nombre. Hay tratamientos que pueden cambiar el pronóstico de grupos muy concretos de pacientes, pero ninguno sustituye el criterio clínico ni sirve para todos los tumores.

La terapia TTFields ya se ha incorporado en hospitales andaluces para el tratamiento de determinados pacientes con glioblastoma, uno de los tumores cerebrales más agresivos. Utiliza campos eléctricos alternos de baja intensidad mediante un dispositivo externo para frenar o ralentizar el crecimiento tumoral. El sistema estima que puede beneficiar a entre 50 y 60 personas cada año.

También se prepara la llegada de la protonterapia a Sevilla y Málaga. Esta modalidad de radioterapia utiliza protones para dirigir mejor la radiación en tumores seleccionados y proteger tejidos cercanos. Las propuestas de adjudicación de las obras se aprobaron este año, por lo que los centros no están todavía en funcionamiento. Su incorporación será especialmente relevante en algunos tumores pediátricos y en lesiones situadas cerca de órganos sensibles.

Las terapias CAR-T representan otra línea de avance para ciertos cánceres hematológicos, como algunos linfomas y leucemias. Andalucía ya trata pacientes con estas terapias dentro de los circuitos existentes y, además, desarrolla el proyecto CART Andalucía para avanzar en nuevos productos propios.

No es una promesa inmediata para cualquier paciente. Es investigación con objetivos concretos y con los tiempos de seguridad que exige un tratamiento tan complejo.

La investigación forma parte de ese mismo esfuerzo. Durante 2025, los centros sanitarios andaluces realizaron 4.299 estudios clínicos, incluidos proyectos en oncología y hematología. No todos son ensayos de nuevos medicamentos, pero todos contribuyen a mejorar diagnósticos, pronósticos o tratamientos y a que los profesionales participen en la evaluación.

Tras un cáncer, la recuperación necesita tiempo y un seguimiento

EMPIEZA OTRA ETAPA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

■ ■ El seguimiento busca detectar recaídas, a la vez que atender el dolor, fatiga, problemas emocionales y secuelas físicas.

■ Recuperar la movilidad, volver al trabajo o retomar la vida social puede requerir una rehabilitación y apoyo psicológico.

■ En cáncer infantil, este seguimiento incluye tanto el crecimiento como la salud mental o el aprendizaje.



LA VIDA DESPUÉS DEL CÁNCER.

El protocolo andaluz organiza las revisiones, las posibles secuelas y el paso a la Atención Primaria para que la atención no se interrumpa.

Redacción

La atención oncológica no acaba con la última sesión de quimioterapia ni con el alta tras una cirugía. Muchas personas necesitan un seguimiento adaptado a sus secuelas físicas, emocionales y sociales, en los años posteriores a la superación de un cáncer.

Cuidar también cuando el tratamiento termina

Fatiga persistente, dolor, cambios hormonales, problemas de memoria, ansiedad, dificultades para recuperar la vida laboral o miedo a una recaída forman parte de una etapa que a veces queda fuera de la conversación. El Protocolo Andaluz para Largos Supervivientes de Cáncer busca ordenar ese acompañamiento y reconocer que superar un tumor no significa volver automáticamente al punto de partida.

La principal novedad es que el seguimiento queda recogido en un plan individual antes del alta hospitalaria. Ese documento reúne los tratamientos recibidos, los posibles efectos tardíos, las revisiones previstas y las pruebas que puede necesitar cada persona. Así, el paciente no tiene que reconstruir su historia clínica cada nueva consulta.

El protocolo también organiza una transición progresiva entre el hospital y Atención Primaria. Durante los primeros

años, ambos niveles comparten el seguimiento y, en casos de menor riesgo, la atención puede pasar de forma completa al centro de salud a partir de los cinco años. La intención es evitar que el final del tratamiento se convierta en un vacío de controles o de referencias claras.

El cuidado incluye además cuestiones que no aparecen en una prueba de imagen. Recuperar fuerza, retomar el trabajo, convivir con una cicatriz, manejar el cansancio o pedir ayuda psicológica forman parte de la recuperación. El nuevo modelo incorpora bienestar emocional, apoyo social y hábitos de vida saludable como parte del seguimiento, no como asuntos secundarios.

En cáncer infantil, el reto es aún más amplio. La supervivencia en Andalucía se sitúa cerca del 83 %, una cifra que obliga a mirar más allá de la curación. Reducir secuelas, proteger el desarrollo, facilitar la escolarización, atender la salud mental y acompañar a las familias durante años son objetivos tan importantes como el tratamiento inicial.

La Red Andaluza de Atención al Cáncer Infantil y de la Adolescencia refuerza ese recorrido con unidades de referencia, protocolos comunes y coordinación con Pediatría, Atención Primaria, cuidados paliativos y atención domiciliaria. El objetivo es que un menor reciba una atención homogénea, con independencia de dónde viva, y que la transición a los servicios adultos se haga de forma planificada.

Una buena recuperación no se mide solo en las pruebas. También se nota cuando la persona vuelve a hacer planes sin que el cáncer ocupe cada conversación, como recuperar una afición, retomar relaciones, viajar o confiar de nuevo en su cuerpo. El seguimiento debe dar espacio a esas metas.

La atención al cáncer avanza cuando los tratamientos son más precisos, pero también cuando el cuidado se mantiene después, porque sobrevivir es terminar la terapia y poder recuperar la vida con un seguimiento que acompañe.

SALUD Y ENVEJECIMIENTO



El músculo que pierdes en silencio puede llevarse gran parte de tu autonomía

SARCOPENIA Y FUERZA. La pérdida de músculo puede avanzar sin dar señales claras, pero acabar afectando al equilibrio, movilidad y autonomía.

Redacción

Hay pérdidas que nadie mide hasta que empiezan a complicar la vida diaria. Se mira el azúcar, el colesterol, la tensión o la densidad de los huesos. Sin embargo, pocas personas preguntan por la fuerza que tienen en las piernas, por la facilidad para levantarse de una silla o por si siguen caminando al mismo ritmo que hace unos años.

Ahí puede estar empezando uno de los cambios más importantes del envejecimiento. La sarcopenia es la pérdida progresiva de fuerza y masa muscular que puede aparecer con la edad, pero también tras una hospitalización, una enfermedad, una caída, una fractura, un periodo prolongado de reposo o una alimentación insuficiente.

No es una cuestión estética. El músculo no sirve solo para tener brazos o piernas más firmes. Es lo que permite levantarse del sofá, subir un escalón, cargar una bolsa, abrir un tarro, mantener el equilibrio al girarse o reaccionar a tiempo antes de una caída.

Por eso la señal más importante no suele ser mirarse al espejo. Suele ser notar que tareas que antes se hacían sin pensar empiezan a exigir esfuerzo, apoyo o más tiempo. Que levantarse de una silla baja cuesta. Que se busca siempre una barandilla. Que se camina al-

go más despacio. Que las piernas fallan al final de un paseo habitual o que aparece miedo a caerse.

La fuerza que se pierde sin hacer ruido

La sarcopenia no aparece de un día para otro y tampoco afecta igual a todas las personas. La edad influye, pero no explica todo. El sedentarismo, una recuperación demasiado larga en cama, enfermedades crónicas, dolor persistente, problemas para comer, pérdida de peso involuntaria, algunos tratamientos y el aislamiento pueden acelerar el deterioro.

En muchas personas mayores, el proceso se vuelve visible después de una enfermedad

aparentemente puntual. Una gripe fuerte, una infección, una operación, una fractura o varios días de reposo pueden dejar una huella mayor de la que parece. No porque el cuerpo “se haya hecho viejo de golpe”, sino porque cada semana con menos movimiento puede restar fuerza, resistencia y confianza para volver a la rutina.

El problema es que esa pérdida se suele atribuir a la edad. “Es normal con los años” es una frase muy repetida, pero no debería cerrar la conversación. Cumplir años implica cambios, sí, pero dejar de poder levantarse sin apoyo, caminar con inseguridad o necesitar ayuda para tareas que antes se resolvían solo merece una valoración.

La relación con las caídas es especialmente importante. Una caída nunca depende de una única causa. Influyen la visión, la audición, el equilibrio, la medicación, la tensión arterial, el calzado, el entorno de casa o enfermedades neurológicas. Pero la debilidad de las piernas y la dificultad para reaccionar con rapidez aumentan la vulnerabilidad cuando aparece un tropiezo, una acera irregular o un cambio de dirección.

Conservar la fuerza es seguir pudiendo levantarte, caminar y vivir con autonomía.



¿SABÍAS QUE...?

■ La sarcopenia no se confirma solo viendo si una persona está delgada. Puede existir también en personas con sobrepeso u obesidad, porque también cuenta la fuerza, la calidad del músculo y la seguridad en el movimiento.

La fuerza también se entrena después de cumplir los 60 años

La parte más importante es que el músculo responde al uso. No siempre al mismo ritmo ni con los mismos resultados, pero responde. El entrenamiento de fuerza es la herramienta principal para frenar o mejorar la pérdida de función muscular, siempre adaptado a la edad, al estado de salud y a la capacidad de cada persona.

Caminar sigue siendo una actividad muy valiosa. Ayuda al corazón, al ánimo, a la movilidad y al mantenimiento de hábitos activos. Pero caminar por sí solo no trabaja de la misma manera la fuerza necesaria para levantarse, subir escaleras o recuperar el equilibrio tras un tropiezo.

Por eso conviene añadir ejercicios que hagan trabajar los músculos contra una resistencia. Puede ser el propio peso corporal, una banda elástica, una mancuerna ligera, una máquina supervisada o ejercicios guiados por fisioterapia.

CUÁNDO CONSULTAR

- Cuesta levantarse de una silla, del sofá o del inodoro sin apoyarse con las manos.
- Si subir escaleras o si caminar una distancia habitual exige mucho más esfuerzo que antes.
- Hay pérdida de peso involuntaria, caídas, tropiezos frecuentes o una sensación de inestabilidad.
- Se necesita cada vez más ayuda para comprar, cocinar, salir de casa o realizar tareas básicas.

Levantarse y sentarse de una silla, practicar escalones con apoyo, trabajar la estabilidad junto a una pared o hacer ejercicios de brazos con bandas pueden ser un comienzo razonable cuando se adaptan bien.

No se trata de mandar a una persona de 75 años a hacer ejercicios que no puede controlar. Se trata de que deje de pensar que ya no puede hacer nada. Cuando hay caídas previas, dolor importante, mareos, enfermedad cardíaca, osteoporosis avanzada, problemas de equilibrio o una cirugía reciente, el plan debe revisarse antes con profesionales sanitarios o de fisioterapia.

La alimentación también cuenta, pero no hay una receta única. El músculo necesita energía y proteínas para mantenerse. Comer poco, saltarse comidas o limitar mucho ciertos alimentos puede facilitar la pérdida de masa muscular, especialmente cuando coincide con poca actividad. Pescado, huevos, legumbres, carne, lácteos, yogur, queso fresco, tofu o frutos secos pueden formar parte de una dieta suficiente, según los gustos, la dentadura, la capacidad de masticar y las necesidades de cada persona.

El verano tampoco debería ser una pausa completa. El calor obliga a ajustar horarios, buscar sombra, hidratarse y evitar las horas centrales, pero no a dejar de moverse durante semanas. Una rutina breve a primera hora, ejercicios suaves en casa o paseos cuando baja la temperatura pueden ayudar a que el cuerpo no pierda aún más terreno.

Mantener músculo no es perseguir una imagen de juventud. Es conservar la capacidad de seguir haciendo la vida propia sin que cada escalón, cada silla o cada paseo se convierta en una prueba.



EL CÓLICO RENAL EMPIEZA MUCHO ANTES DEL DOLOR

El calor y beber poco pueden favorecer que una piedra obstruya el uréter

CÓLICO RENAL Y CALOR. En verano, sudar más y beber menos concentra la orina y aumenta el riesgo en personas predispuestas a un cólico renal.

Redacción

Hay dolores que obligan a moverse porque ninguna postura parece aliviarlo. Empiezan de pronto en un costado o en la zona lumbar, bajan hacia el abdomen bajo o la ingle y pueden llegar acompañados de náuseas, sudor frío, ganas continuas de orinar o sangre en la orina. Es el cólico renal, uno de los cuadros urológicos más reconocibles y uno de los motivos frecuentes de atención urgente.

Cuando el dolor no permite estar quieto

El dolor aparece cuando una piedra formada en el riñón se desplaza hacia el uréter, el conducto que lleva la orina hasta la vejiga, y dificulta su salida. La orina se acumula detrás de esa obstrucción, aumenta la presión en el riñón y el cuerpo responde con un dolor muy intenso, a menudo intermitente y difícil de controlar de manera calmada en casa.

No todas las piedras provocan síntomas. Al-

gunas permanecen en el riñón y se detectan de manera casual en una ecografía o una prueba de imagen realizada por otro motivo. El problema empieza cuando una de ellas se mueve. Entonces puede obstruir parcial o totalmente el uréter y convertir una molestia lumbar en una urgencia que obliga a descartar infección, bloqueo de la salida de orina o afectación de la función renal.

Las piedras urinarias afectan a mujeres y hombres, aunque históricamente han sido más frecuentes en varones. La diferencia se ha ido reduciendo con los años, pero la litiasis sigue teniendo un peso importante en la salud masculina, sobre todo entre quienes ya han pasado un cólico, tienen antecedentes familiares, sobrepeso, hipertensión, diabetes o determinados problemas metabólicos.

Si se acumulan las condiciones adecuadas, esos minerales pueden formar pequeños cristales y, con el tiempo, convertirse en un cálculo.

El verano no explica todos los cólicos renales, pero sí reúne situaciones que facilitan esa concentración de la orina, y el problema suele empezar antes de tener mucha sed. En una jornada de calor, el cuerpo pierde agua al sudar, respirar y orinar. Si pasan muchas horas sin beber, el riñón recibe menos margen para eliminar las sustancias que pueden formar cálculos. Por eso algunas personas llegan a casa con la boca seca, dolor de cabeza, cansancio y una orina muy oscura sin haber sido conscientes de que llevan todo el día quedándose cortas de agua.

También influye la alimentación. Una dieta muy rica en sal favorece que se elimine más calcio por la orina y puede aumentar el riesgo de algunos cálculos. Los aperitivos salados, embutidos, comidas preparadas, salsas industriales, comida rápida y productos precocinados pesan más de lo que parece en una rutina de verano.

QUÉ AYUDA A PREVENIR OTRO CÓLICO

- **Repartir el agua.** Durante todo el día y aumentar la cantidad cuando se suda en una proporción mayor.
- **Reducir** los embutidos, los aperitivos salados, las comidas ya preparadas y el exceso de sal añadida.
- **Mantener una buena alimentación variada**, sin retirar por cuenta propia el calcio de los alimentos.
- **Consultar después de haber vivido un primer episodio**, sobre todo si hay cálculos repetidos, antecedentes en la familia o pérdida de función renal.

Prevenir empieza antes de tener sed

Después de un primer cólico, lo importante es no quedarse solo con el susto. Analizar la piedra si se ha podido recoger, revisar los antecedentes y saber qué tipo de cálculo se ha formado permite prevenir mejor una repetición. No todos son iguales ni responden a las mismas recomendaciones. Algunos requieren sobre todo más hidratación y menos sal; otros pueden necesitar ajustes dietéticos, estudios metabólicos o tratamientos específicos.

Beber agua sigue siendo la medida más eficaz. La clave es repartirla durante el día para que la orina no pase demasiadas horas concentrada, sobre todo con calor, ejercicio o trabajo al aire libre. Una orina muy amarilla tras varias horas al sol puede ser una señal sencilla de que el cuerpo necesita más líquido.

La mesa también influye. Reducir la sal ayuda a disminuir la eliminación de calcio por la orina y puede bajar el riesgo de algunos cálculos. No conviene retirar los lácteos por cuenta propia ni confiar en que la cerveza "limpia" el riñón. El alcohol no sustituye al agua y puede empeorar la deshidratación en verano.

Más información en InfoSalus.com

 FAMILIAS E INFANCIA

La vigilancia cercana es decisiva para evitar el ahogamiento infantil



SEGURIDAD ACUÁTICA. El ahogamiento infantil puede ocurrir rápido, con pocos movimientos y en silencio, sin que el niño consiga pedir ayuda.

Redacción

En una piscina llena de voces, juguetes y salpicaduras, un niño que tiene problemas para mantenerse a flote puede pasar más desapercibido de lo que parece. No siempre grita. No siempre agita los brazos. No siempre produce grandes salpicaduras que hagan mirar a los adultos.

Cuando el peligro no hace ruido

A veces permanece vertical, con la boca apenas al nivel del agua, la cabeza echada hacia atrás y los brazos moviéndose de forma torpe, como si intentara apoyarse en algo invisible. Puede parecer cansado, distraído o simplemente quieto. Pero cuando el cuerpo lucha por mantener la boca fuera del agua, su prioridad es respirar. Hablar, pedir ayuda o hacer movimientos coordinados puede resultar imposible.

Ese es uno de los motivos por los que los ahogamientos infantiles siguen siendo tan difíciles de detectar a tiempo. La imagen de alguien pidiendo auxilio a gritos pertenece más al cine que a la realidad. En el agua, el silencio no siempre significa tranquilidad.

El riesgo tampoco empieza solo en el mar o en una piscina profunda. Un niño pequeño puede ahogarse en una bañera, una piscina hinchable, un estanque, una alberca portátil,

un cubo o cualquier punto donde haya agua suficiente para cubrir nariz y boca. En los menores de cinco años, la mayoría de los ahogamientos se producen en piscinas privadas o comunitarias.

Por eso el mensaje no debe ser únicamente enseñar a reconocer una emergencia. Debe ser impedir que llegue a ocurrir. La vigilancia activa es la medida más importante. No basta con que haya adultos cerca. Tiene que haber un adulto pendiente del agua y del niño, sin móvil, sin conversaciones largas y sin asumir que otra persona está vigilando.

En niños pequeños o que todavía no nadan bien, esa vigilancia debe ser todavía más cercana. El adulto debe permanecer a una distancia que le permita tocar al menor de inme-

Una piscina segura es aquella en la que un niño no pueda llegar al agua solo.



diato. No sirve observar desde la tumbona ni confiar en que el niño lleva manguitos, flotador o una colchoneta. Esos objetos ayudan a jugar, pero no sustituyen la supervisión.

También conviene evitar una situación muy

SEÑALES IMPORTANTES

- ■ La cabeza está echada hacia atrás y la boca queda apenas al nivel del agua.
- ■ El niño permanece en vertical, no avanza y mueve los brazos como si quisiera apoyarse en algo
- ■ Se queda en silencio, no responde cuando se le llama o deja de jugar de forma repentina
- ■ Parece cansado, desorientado, tiene la mirada perdida o mantiene de manera continuada los ojos cerrados.
- ■ En niños pequeños, quedarse inmóvil boca abajo en el agua o bajo la superficie siempre es una emergencia.

frecuente en vacaciones: pensar que el niño está con otro adulto. Cuando hay abuelos, hermanos mayores, primos, vecinos o amigos alrededor, la responsabilidad puede diluirse. La forma más segura de evitarlo es nombrar a una persona concreta como responsable de vigilar el agua y hacer relevo de forma explícita cuando necesite descansar.

Un niño que deja de jugar en el agua merece una comprobación inmediata. Si no responde cuando se le llama, parece agotado de repente, se queda inmóvil, se aleja del borde o mantiene la boca al nivel del agua, no hay que observar desde lejos. Hay que acercarse.

Más información en ConSalud.es

La seguridad empieza antes del baño

La vigilancia reduce el riesgo, pero no puede depender solo de que un adulto no se distraiga nunca. Por eso las piscinas necesitan también barreras físicas que impidan que un niño pueda acceder al agua sin que nadie lo vea.

¿SABÍAS QUE...?

■ ¿Un niño que sabe nadar necesita vigilancia igual que otro que no sabe? Sí. Aprender a nadar reduce riesgos, pero no protege frente al cansancio, los golpes, el pánico, las corrientes o una caída inesperada al agua. La natación es una capa más para la seguridad del infante, no un permiso para bajar la vigilancia.

Una piscina privada o comunitaria debería contar con un cerramiento completo que la separe de la vivienda o del jardín, con puerta de cierre automático y pestillo fuera del alcance de los niños. No es un detalle decorativo. Es una segunda capa de protección para los momentos en los que el menor sale de casa, se escapa durante una comida o se acerca a la piscina mientras los adultos hacen otra cosa.

Aprender a nadar también protege, pero no convierte a un niño en invulnerable. Un menor que sabe nadar puede cansarse, entrar en pánico, golpearse, sufrir un calambre o desorientarse en el mar, un río o un pantano. Las clases de natación suman seguridad, pero no sustituyen la vigilancia de un adulto ni las normas básicas del agua.

La seguridad en el agua depende de que los adultos no bajen la guardia.



Los manguitos y flotadores tampoco deben convertirse en una falsa garantía. En piscina pueden ser un juguete, pero no un dispositivo de rescate. En embarcaciones, puertos, ríos, pantanos o zonas de mar con corriente, el recurso adecuado es un chaleco salvavidas homologado, adaptado a la talla y ajustado.

El socorrista es otra figura fundamental, pero tampoco sustituye a la familia. Su trabajo es intervenir ante una emergencia y vigilar un espacio amplio con muchas personas. El adulto que acompaña al niño sigue siendo quien mejor conoce sus límites, su edad, su miedo al agua y sus necesidades.

Si un menor tiene dificultades en el agua, hay que pedir ayuda de inmediato y evitar ponerse en peligro durante el rescate. Si está cerca del borde, puede intentarse alcanzarlo desde fuera o acercarle un objeto que flote. Si no responde, ha estado sumergido o no respira con normalidad, hay que llamar al 112. Las personas formadas en reanimación deben iniciar las maniobras cuanto antes.

ONCOLOGÍA

Un TAC de baja dosis abre una nueva vía para el diagnóstico

DETECCIÓN PRECOZ. El cribado con TAC ya se estudia en personas con mayor riesgo para detectar tumores antes y ordenar mejor los resultados.

**Redacción**

Existen pruebas que muchas personas ya reconocen como parte de su vida sanitaria. Una mamografía, un test de sangre oculta en heces o una prueba para detectar el virus del papiloma humano. Todas persiguen la misma idea, la de encontrar un problema antes de que dé la cara, cuando todavía hay más margen para tratarlo.

Buscar cuando todavía no hay síntomas

El cáncer de pulmón puede abrir ahora ese mismo camino. No con una prueba para toda la población ni con revisiones indiscriminadas, sino con un TAC de baja dosis dirigido a

personas que acumulan más riesgo por su relación con el tabaco.

La necesidad se entiende al mirar las cifras. El cáncer de pulmón sigue siendo el tumor que más muertes provoca en España y, según las estimaciones de las sociedades científicas, cada año se diagnostican más de 29.000 nuevos casos. En las mujeres, además, ya ha superado al cáncer de mama como primera causa de fallecimiento por tumor.

No es un cáncer que empiece necesariamente con una señal reconocible. Puede no doler, no provocar tos llamativa al principio y no alterar la vida diaria hasta que la enfermedad ha avanzado. Cuando aparecen síntomas

CÓMO Y A QUIÉN SE DIRIGE

- El TAC de baja dosis se estudia para las **personas con riesgo elevado**, no para la población general.
- Puede detectar los **nódulos pequeños que no son cáncer** y que solo requieren vigilancia.
- Un cribado debe evitar falsos positivos, pruebas innecesarias y los tratamientos que no aporten beneficio.
- Hace falta una red de profesionales y unos protocolos para decidir con rapidez qué hacer ante cada hallazgo.

como tos persistente, sangre al toser, dolor torácico, falta de aire nueva, pérdida de peso sin explicación o un empeoramiento respiratorio, el paciente necesita una valoración dirigida, no esperar a un cribado.

El problema es que muchas veces el tumor crece sin hacer ruido. Esa es la razón por la que la detección precoz tiene un interés especial en pulmón. Encontrar una lesión pequeña puede permitir que cirugía, radioterapia u otros tratamientos se planteen en fases con más opciones de control.

La prueba que se está estudiando es un TAC de baja dosis. No es una radiografía de tórax ni una analítica. Es una exploración de imagen rápida, con menos radiación que un TAC convencional, capaz de localizar nódulos muy pequeños en el pulmón.

Los grandes ensayos realizados en Europa y Estados Unidos han mostrado que el cribado

¿SABÍAS QUE...?

■ ¿Encontrar un nódulo en un TAC siempre significa tener cáncer de pulmón?

No. Muchos nódulos pulmonares pueden ser benignos y solo requieren seguimiento. Precisamente por eso el cribado se debe realizar dentro de un circuito especializado, capaz de distinguir qué lesiones necesitan control y cuáles requieren más pruebas.

con TAC de baja dosis puede reducir la mortalidad por cáncer de pulmón. Ese resultado ha llevado a la Unión Europea a recomendar que los países exploren su aplicación de forma escalonada, prestando atención a cómo identificar bien a quienes más pueden beneficiarse.

Pero convertir una prueba eficaz en un programa de cribado exige mucho más que tener equipos de TAC disponibles. Hay que decidir a quién se invita, cómo se localiza a esas personas, qué ocurre cuando aparece un nódulo, cuánto tiempo debe vigilarse y cómo evitar angustias que no aporten beneficio.

El objetivo no es correr para hacer más pruebas, sino construir un circuito seguro, coordinado y útil para el paciente.

El cribado de pulmón no debe entenderse como una prueba aislada. Es un proceso completo. Empieza identificando a una persona con riesgo elevado, continúa con el TAC y, si aparece una lesión sospechosa, debe garantizar seguimiento, pruebas complementarias, atención especializada y una respuesta clara.

En Andalucía se está estudiando cómo aplicarlo de forma segura, con criterios homogéneos y evitando que una prueba pensada para proteger genere incertidumbre innecesaria.

Dejar de fumar sigue siendo lo más eficaz, pero el cáncer de pulmón no tiene una sola causa

CUÁNDO CONVIENE CONSULTAR SIN ESPERAR

- Tos persistente que no mejora o cambia claramente respecto a la habitual.
- Sangre al toser, dolor torácico o falta de aire de nueva aparición.
- Pérdida de peso repentino, un cansancio intenso o infecciones respiratorias repetidas.
- Ronquera persistente o empeoramiento respiratorio en una persona fumadora o una exfumadora.

El tabaco sigue siendo el principal factor de riesgo, pero hablar de prevención no equivale a culpar a quien fuma ni a pensar que una buena alimentación puede compensarlo todo. Dejarlo reduce el riesgo incluso después de muchos años de consumo. No vuelve de inmediato al nivel de quien nunca ha fumado, pero abandonarlo siempre aporta beneficio y merece apoyo profesional cuando hace falta.

El humo ajeno también importa. En casa y en el coche, evitar fumar protege a quienes conviven con la persona fumadora y reduce una exposición que no es inocua. Es una medida especialmente relevante en niños, embarazadas y personas con asma, EPOC u otras

enfermedades respiratorias, aunque beneficia a toda la familia.

Hay además un factor mucho menos conocido: el radón. Es un gas natural sin olor ni color que procede del suelo y puede acumularse en espacios cerrados, sobre todo en plantas bajas, sótanos y zonas con mayor riesgo geológico. El Ministerio de Sanidad lo considera la primera causa de cáncer de pulmón entre quienes nunca han fumado. Consultar los mapas de riesgo, medirlo cuando procede y corregir los niveles altos con soluciones técnicas puede evitar una exposición mantenida.

La alimentación y la actividad física ayudan a cuidar la salud y a reducir el riesgo de varios

cánceres, pero no existe un alimento, suplemento ni producto "detox" que proteja frente al cáncer de pulmón.

Tampoco una revisión ocasional compensa seguir fumando. La prevención más realista combina abandonar el tabaco, evitar el humo ajeno, controlar exposiciones laborales o ambientales y consultar cuando los síntomas respiratorios persisten.

Precisamente para las personas que ya acumulan más riesgo, la detección precoz con TAC de baja dosis puede abrir una oportunidad adicional antes de que aparezcan los síntomas de forma clara.

La prevención también empieza por conocer bien la propia historia de riesgo. Cuánto se ha fumado, durante cuánto tiempo, si ha habido exposición laboral a sustancias nocivas o qué enfermedades respiratorias existen permite orientar mejor cada consulta.

ONCOLOGÍA



Dos hospitales gaditanos prueban cómo detectar antes el cáncer de pulmón

CRIBADO Y PREVENCIÓN. El Hospital Universitario Puerta del Mar y el Hospital de Jerez de la Frontera participan en CASSANDRA, un proyecto que estudia cómo organizar la detección precoz del cáncer de pulmón en España, construyendo un circuito seguro para pacientes de mayor riesgo.

Redacción

Detectar antes un cáncer de pulmón no consiste en pedir una prueba de imagen y esperar un resultado. Para que un cribado funcione tiene que existir un recorrido completo: saber a quién invitar, realizar la exploración adecuada, interpretar los hallazgos con experiencia y acompañar al paciente si aparece algo que necesita control.

No es solo hacer un TAC, es saber qué ocurre después

Ese es el terreno en el que trabaja CASSANDRA, un proyecto piloto impulsado por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Andalucía participa a través de dos hospitales gaditanos, el Universitario Puerta del Mar y el Hospital de Jerez de la Frontera, integrados en una red nacional que busca obtener datos propios antes de plantear un programa de cribado más amplio.

El perfil del estudio está definido. Se dirige a personas sin síntomas, de entre 50 y 75 años, fumadoras o exfumadoras que dejaron el tabaco hace menos de quince años y que acumulan al menos 20 paquetes-año. Esa cifra equivale, por ejemplo, a haber fumado un paquete diario durante veinte años.

No es una prueba dirigida a cualquier per-

sona que haya fumado alguna vez. Tampoco sustituye la consulta médica cuando aparece tos persistente, sangre al toser, pérdida de peso sin explicación, dolor torácico o una falta de aire nueva. El cribado se plantea precisamente para quienes se encuentran bien, pero acumulan una exposición elevada al tabaco.

La primera valoración incluye una revisión de los antecedentes, una espirometría para conocer cómo funciona el pulmón y un TAC de baja dosis de radiación, realizado sin contraste. La imagen permite detectar nódulos muy pequeños que no dan síntomas y que, en algunos casos, pueden necesitar vigilancia o un mayor número de pruebas.

Un cribado aporta valor cuando, tras la imagen, hay un seguimiento claro.

Ese último paso es el que marca la diferencia. Un nódulo no equivale a un cáncer. Muchos son benignos, se mantienen estables durante años o solo requieren una nueva imagen pasado un tiempo. Por eso, el paciente debería salir de la prueba con un plan claro: qué se ha visto, cuándo se revisará y quién será el profesional responsable.

CASSANDRA también incorpora una parte esencial que no suele verse en la imagen, la ayuda para dejar de fumar. El objetivo no es presentar el TAC como una compensación del tabaco, sino aprovechar el contacto sanitario para reducir el riesgo futuro y atender otros problemas respiratorios que pueden estar pasando desapercibidos.

El proyecto estudia, además, cómo coordinar Atención Primaria, Neumología, Radiología, Cirugía Torácica y Oncología cuando aparece un hallazgo.

La experiencia de los hospitales participantes puede ayudar a responder cuestiones muy prácticas: cómo localizar a las personas que reúnen los criterios, cómo evitar retrasos y cómo hacer que un resultado dudoso no se convierta en meses de incertidumbre.

Los resultados que ya obligan a mirar más allá del tumor

Los últimos datos publicados por CASSANDRA corresponden al conjunto nacional del proyecto. En mayo de 2026 había reclutado a 1.351 voluntarios y había identificado 30 TAC con resultado positivo dentro del circuito de cribado.

Ese dato necesita una lectura cuidadosa. Un TAC positivo no significa automáticamente que haya 30 diagnósticos confirmados de cáncer de pulmón. Significa que la imagen ha encontrado una alteración que requiere una valoración posterior, pruebas complementarias o un seguimiento específico. Precisamente por eso el cribado necesita protocolos claros y equipos preparados para distinguir entre una lesión que puede vigilarse y otra que requiere actuar antes.

Los primeros resultados detallados, presentados cuando el proyecto contaba con 658 participantes, mostraron que el 77 % tenía un resultado negativo y que un 19 % presentaba hallazgos indeterminados.

¿SABÍAS QUE...?

■ ¿Un exfumador puede entrar en un programa de cribado?

Sí, siempre que se reúnan los demás criterios. En el proyecto CASSANDRA, pueden participar personas que dejaron de fumar hace menos de quince años, ya que el riesgo de cáncer de pulmón es menor tras abandonar el tabaco, pero no desaparece de inmediato.

Es decir, imágenes que no confirmaban un cáncer, pero que requerían control. En ese grupo inicial, 21 personas tuvieron hallazgos positivos compatibles con una posible lesión tumoral.

El interés del proyecto no termina en el cáncer de pulmón. En esa primera evaluación también aparecieron signos de enfisema, enfermedad pulmonar intersticial y calcificaciones coronarias. Son hallazgos que pueden ayudar a detectar de forma anticipada daños relacionados con el tabaco y a orientar mejor el seguimiento respiratorio y cardiovascular.

La prevención del tabaquismo ocupa un lugar central. En los primeros datos, la mayoría de los participantes que seguían fumando fueron incorporados a programas de deshabituación. Ese aspecto importa porque un cribado puede detectar antes, pero no sustituye la medida que más reduce el riesgo futuro: abandonar el tabaco.

Para Cádiz y Andalucía, la participación en CASSANDRA tiene un valor añadido. Los dos hospitales incluidos no solo realizan pruebas, sino que contribuyen a comprobar cómo encaja este modelo en la práctica clínica diaria, qué recursos necesita y cómo se puede garantizar que cada persona tenga una respuesta clara después del TAC.

Por ahora, el proyecto no ha publicado resultados desglosados por hospital o comunidad autónoma. No es posible saber cuántos de los TAC positivos corresponden a personas atendidas en Cádiz. Pero sí se sabe que los centros gaditanos forman parte de una experiencia que está reuniendo información decisiva para decidir cómo debería organizarse la detección precoz del cáncer de pulmón en España.

¿SABÍAS QUE...?

■ ¿Fumar medio paquete al día durante 40 años equivale a fumar uno diario durante 20?

Sí. Ambas pautas suman 20 paquetes-año, una medida que ayuda a calcular la exposición acumulada al tabaco.

ACTUALIZACIÓN CLÍNICA



El Hospital Quirónsalud Málaga reduce un 66 % la tasa de reingresos de pacientes que padecen una insuficiencia cardiaca

INSUFICIENCIA CARDIACA Y SEGUIMIENTO. Quirónsalud Málaga asegura haber reducido hasta un 66 % los reingresos tras reforzar el acompañamiento, con revisiones, educación sanitaria y coordinación entre especialidades.

Redacción

El Hospital Quirónsalud Málaga ha logrado reducir los reingresos hospitalarios de pacientes por insuficiencia cardiaca hasta en un 66%, tras la implementación de un programa, con una reorganización asistencial y apoyo interservicios, y sin un aumento del gasto sanitario.

Así lo han indicado desde Quirónsalud Málaga, que ha implantado el Programa MAIC (Modelos Asistenciales de Atención al Paciente con Insuficiencia Cardiaca), diseñado por expertos sanitarios para mejorar la atención de los pacientes con insuficiencia cardiaca, desde su ingreso al proceso de alta hospitalaria, así como para minimizar el riesgo de reingresos hospitalarios.

Según ha explicado la doctora Blanca Luque, especialista de Cardiología responsable del Programa MAIC en Quirónsalud Málaga, a través de una nota, "en España se producen

cerca de 100.000 ingresos hospitalarios por insuficiencia cardíaca cada año".

La insuficiencia cardiaca es un síndrome clínico complejo caracterizado por síntomas como fácil fatigabilidad y ahogo con el desarrollo de las actividades de la vida diaria, retención de líquidos (edema) de miembros inferiores y abdomen, causados por una anomalía estructural o funcional del corazón, lo que resulta en un gasto cardíaco insuficiente para mantener las necesidades metabólicas del organismo.

"Afecta al 1-2% de la población general, aumentando al 10% en mayores de 70 años y hasta el 20% en mayores de 85. Se trata de la primera causa de hospitalización en mayores de 65 años y supone entre el 3 y el 5% de los ingresos hospitalarios en nuestro país; con una previsión de crecimiento del 50% de la tasa de ingresos durante los próximos 25 años".

Por todo ello, "la insuficiencia cardiaca es un reto para el sistema sanitario español", ha ad-

vertido la doctora Luque. Y uno de los momentos "críticos" en el abordaje de esta patología es el alta hospitalaria, cuando el paciente presenta mayor fragilidad y se debe conseguir, entre otros aspectos, la adherencia al tratamiento y un seguimiento continuado y multidisciplinar.

La transición entre el alta hospitalaria y el inicio del seguimiento ambulatorio por parte de los especialistas "es crucial y optimizarla facilita minimizar el riesgo de reingresos hospitalarios y mejorar la calidad de vida del paciente". El objetivo principal consiste en establecer una continuidad de cuidados desde el alta hospitalaria hasta la primera revisión con el especialista, favoreciendo así la adherencia terapéutica del paciente, han indicado.

MAIC Continuum es una iniciativa de reciente creación a nivel nacional, implementada por 25 centros hospitalarios públicos y privados en España.

ENFERMERÍA PARA EVITAR DESCOMPENSACIONES:

- Durante el ingreso, el paciente y su familia reciben **pautas concretas** para controlar el peso, la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y los síntomas de alerta.
- El equipo enseña a **reconocer las señales** como más hinchazón, falta de aire, cansancio inusual o una subida rápida de peso.
- **Tras el alta**, el seguimiento precoz ayuda a resolver dudas, poder revisar la evolución y **saber cuándo consultar** antes de que la situación pueda obligar a volver a Urgencias.

Avances específicos

Esto "va a repercutir en una reducción de las visitas a Urgencias, reingresos hospitalarios y mortalidad de los pacientes con insuficiencia cardíaca, mediante un proceso multidisciplinar que nos permita llegar a la excelencia clínica", según ha explicado la cardióloga.

Para tal fin, se realizó en primer lugar una puesta en común entre los servicios implicados en el manejo de la IC, con vistas a identificar necesidades comunes y puntos de mejora en el manejo clínico de dichos pacientes, estableciendo prioridades de actuación.

Y, con todo ello, se llevó a cabo un plan de acción detallado y personalizado, estableciendo protocolos de actuación basados en evidencia científica y consenso experto, ha incidido.

Dicho plan de acción ha sido auditado en todo momento por una consultora médica externa, estableciendo el cumplimiento de los principales estándares de calidad para el desarrollo de la misma.

Entre dichas acciones, destacan la creación de un circuito hospitalario fluido en el manejo del paciente con dicha patología, el fomentar la educación sanitaria del paciente en el momento del alta, y el establecer revisiones precoces en consulta con el especialista. Al fin y al cabo, apunta la doctora Luque, "todo esto se traduce en mejoría de la calidad de vida del paciente y en una disminución de los reingresos y la mortalidad".

De hecho, según el hospital, el programa ha reducido hasta un 66 % los reingresos por insuficiencia cardíaca, tras la implementación de dicho programa, todo ello con una reorganización asistencial y apoyo interservicios, y sin un aumento del gasto sanitario.

Estos beneficios los ha sentido en primera persona Mercedes Martín, paciente de insuficiencia cardiaca que reconoce sentirse "bastante mejorada, con un poquito más de fuerza". "Antes no dormía, estaba muy cansada, no estaba al 100% nunca. Ahora me acuesto y me quedo dormida hasta el día siguiente. Le debo la vida a este equipo", ha dicho.

Otra paciente ha dicho que no ha tenido que volver, "así que con eso... Ahora tengo mejor calidad de vida"; al igual que Francisca Campos, que agradece el trato del equipo. "Yo no entiendo de cardiología, pero sí entiendo de sensaciones. La mayoría de nosotros necesitamos apoyo. Esa atención tan personalizada, tan constante. Esos momentos de apoyo, reportan tanto como la medicina misma".

DEPENDENCIA Y CUIDADO

Cuando quien cuida se ausenta, el mayor necesita una red que conozca su rutina

DEPENDENCIA Y FAMILIAS. Razones como un viaje, unos días de descanso o una hospitalización del cuidador obligan a la familia a reorganizar apoyos.



Redacción

Hay familias que renuncian a salir unos días porque no saben con quién dejar a su padre, su madre o su pareja. Otras lo resuelven a última hora con llamadas, turnos improvisados y la sensación de que todo depende de una persona. Pero cuidar bien durante una ausencia no consiste solo en que alguien pase

por casa. Consiste en preparar un relevo que permita mantener la vida cotidiana con seguridad y la mayor normalidad posible.

La primera pregunta no es cuántos años tiene la persona mayor, sino qué necesita realmente para pasar el día. Hay quien puede quedarse en casa con algunas llamadas, ayuda puntual para la compra o compañía a de-

terminadas horas. Otras personas necesitan apoyo para levantarse, asearse, preparar la comida, desplazarse, tomar correctamente la medicación o reconocer cuándo algo no va del todo bien o como debería.

Esa diferencia cambia por completo el plan. Dejar las llaves a un vecino puede ser suficiente para una persona autónoma que solo

ANTES DE SALIR, DEJA EL PLAN PREPARADO

- ■ Una lista actualizada de todos los medicamentos, horarios, dosis y alergias conocidas.
- ■ Tarjeta sanitaria, informes que son relevantes, teléfonos de contacto y centro de salud de referencia.
- ■ Información sobre la movilidad, dieta, hidratación, ayuda para el baño y uso de gafas, audífonos, prótesis o andador.

necesita una red de contacto. No lo es para alguien que se desorienta, ha sufrido caídas recientes, tiene problemas de movilidad, necesita supervisión al comer o no puede manejar por sí mismo sus tratamientos.

El relevo funciona mejor cuando no empieza el mismo día de la partida. La persona que va a cuidar debe conocer antes la casa, las rutinas, los horarios y las pequeñas cosas que no aparecen en una receta médica: dónde guarda las gafas, cómo utiliza el andador, qué alimentos tolera mejor, a qué hora suele descansar, si necesita ayuda para usar el baño o qué situación puede hacer que se incomode.

También conviene que la persona mayor participe en la decisión siempre que pueda.

Organizar un relevo no es dejar de cuidar, sino evitar que todo dependa de uno.



Saber quién va a estar, cuánto tiempo, dónde dormirá o cuándo hablará con su familia reduce la sensación de que todo cambia de golpe. En una persona con deterioro cognitivo, las explicaciones deben ser sencillas, repetidas y adaptadas a lo que puede comprender, sin crear una alarma innecesaria.

La información sanitaria debe quedar por escrito. No basta con decir «toma muchas pastillas». Una hoja clara con el nombre de los medicamentos, la dosis, el horario, las alergias conocidas, las enfermedades importantes y los teléfonos de contacto evita errores y llamadas de urgencia. is olvidada sin consultar la pauta indicada.

CUÁNDO HAY QUE ACTUAR SI NO PUEDES ACOMPAÑAR

- ■ Si ha sufrido caídas recientes, se desorienta al salir de casa o no logra reconocer bien situaciones de riesgo.
- ■ Si necesita ayuda para levantarse, caminar, asearse, comer o ir al baño.
- ■ Si no controla con seguridad la medicación o puede olvidar dosis con frecuencia.

No siempre es una buena idea cambiar de casa

Cómo puede afectar un nuevo espacio

Llevar al mayor unos días a casa de un hijo puede parecer la salida más sencilla, pero no siempre lo es. Los traslados frecuentes pueden romper rutinas, aumentar la desorientación y hacer más difícil seguir tratamientos, revisiones o hábitos básicos. Esto es especialmente importante cuando hay demencia, problemas de movilidad, incontinencia o necesidad de utilizar ayudas técnicas.

Cuando el cambio de domicilio es inevitable, ayuda reducir el número de traslados y mantener referencias conocidas. Llevar el mismo neceser, las gafas, el audífono, el bastón o determinados objetos personales puede hacer que el lugar nuevo resulte menos extraño. También es importante preparar una habi-

En Andalucía, consulta el Programa de Respiro Familiar para organizarte.



tación segura, sin alfombras que resbalen, con buena luz y con acceso sencillo al baño.

En algunos casos, la mejor alternativa es que la persona siga en su propia casa y reciba apoyo allí. Puede ser mediante turnos familiares, una persona cuidadora profesional, ayuda a domicilio o un centro de día durante las horas en que nadie puede acompañarla. La elección debe ajustarse al nivel de dependencia, a la duración de la ausencia y a lo que la persona tolere mejor.

Andalucía cuenta además con un Programa de Respiro Familiar para situaciones en las que el cuidador habitual necesita ausentarse temporalmente. Ofrece atención residencial integral durante periodos de entre 24 horas y un mes, con posibilidad de prórroga, por motivos como descanso, enfermedad, hospitalización o emergencias familiares. No es una solución para pedir de un día para otro, pero puede ser una opción útil cuando se planifica.

El respiro no significa que la familia deje de cuidar. Significa que el cuidado deja de depender de una sola persona. En una estancia temporal, el mayor puede recibir apoyo en las actividades diarias, manutención, terapia ocupacional y acompañamiento en un entorno adaptado.

¿SABÍAS QUE...?

■ ¿La teleasistencia permite que cualquier persona mayor se quede sola? No siempre.

Puede ser una gran ayuda ante una emergencia, pero nunca sustituye la supervisión cuando la persona no puede usar el dispositivo, tiene un deterioro cognitivo importante o si que necesita ayuda física para las actividades básicas del día.

PREVENCIÓN

El mosquito tigre cría en casa y el virus del Nilo se extiende

VIRUS DEL NILO Y MOSQUITO TIGRE. Andalucía suma este verano la vigilancia del mosquito tigre al control del virus del Nilo occidental para anticipar riesgos y reducir los posibles criaderos domésticos.

**Redacción**

Un plato de maceta con agua después de regar, una regadera olvidada junto a una pared, un cubo bajo el toldo o un juguete que se ha llenado con la lluvia. En verano, algunos de los lugares donde empieza el problema están mucho más cerca de casa de lo que parece.

El mosquito tigre aprovecha precisamente esos pequeños recipientes. No necesita una charca ni una piscina abandonada. Le basta poca agua, sombra y unos días sin que nadie vacíe el recipiente. Por eso patios, balcones,

EN PATIOS Y AZOTEAS

- ■ Vacía platos de macetas, cubos y regaderas que acumulen agua.
- ■ Frota las paredes de recipientes antes de volver a llenarlos.
- ■ Tapa los depósitos y bidones de riego con una cubierta o malla.
- ■ Revisa canalones, arquetas y las zonas donde se retenga agua después de la lluvia.

jardines y terrazas forman parte de la prevención ante estos casos.

Pero no todos los mosquitos se comportan igual ni transmiten los mismos virus. El mosquito tigre, *Aedes albopictus*, está asociado a dengue, chikungunya y zika. Vive muy cerca de las personas, se mueve poco desde el lugar donde nace y suele picar durante el día, sobre todo a primera hora de la mañana y al caer la tarde, aprovechando el ocaso.

El virus del Nilo occidental sigue otro recorrido. Está ligado principalmente a mosquitos

del género *Culex*, más activos al anochecer y durante la noche. El virus circula sobre todo entre aves y mosquitos; las personas y los caballos pueden infectarse, pero no mantienen esa cadena de transmisión.

La diferencia importa porque también cambia la vigilancia. Andalucía ha incorporado

¿SABÍAS QUE...?

- ■ ¿Por qué conviene frotar un plato de maceta aunque ya no tenga agua? Porque los huevos del mosquito tigre pueden quedar adheridos a las paredes, resistir estando completamente secos y eclosionar cuando el recipiente se llene.

este año ovitrampas para seguir la presencia de mosquito tigre y detectar de forma temprana una posible circulación de dengue, chikungunya o zika. En 2025 se notificaron 17 casos de dengue, 14 de chikungunya y siete sospechas de zika. Todos estaban relacionados con viajes y no correspondieron a contagios adquiridos aquí.

Al mismo tiempo, se mantiene el seguimiento del virus del Nilo con trampas repartidas por el territorio, análisis de mosquitos, aves y équidos y control de posibles casos humanos. El objetivo es detectar cualquier cambio antes de que se convierta en un problema mayor contra el que sea difícil combatir.

La vigilancia no significa que cada picadura deba preocupar. La mayoría no transmite ninguna enfermedad. Sirve para saber dónde aumenta la presencia de mosquitos, qué especies están circulando y cuándo hay que reforzar las medidas de protección.

El agua estancada, lo primero que revisar

En casa, la medida más eficaz no es esperar a que aparezcan los mosquitos adultos. Es impedir que tengan dónde criar. El mosquito tigre deposita los huevos en las paredes de recipientes con agua, justo por encima de la línea visible. Por eso vaciar un plato o un cubo ayuda, pero limpiar y frotar sus paredes antes de volver a usarlo puede ser importante.

Los huevos pueden resistir secos durante un tiempo y activarse cuando vuelve a subir el agua. Un recipiente aparentemente vacío puede convertirse en foco después de un riego, una tormenta o una limpieza rápida.

La rutina útil es sencilla, como revisar macetas, cubos, regaderas, juguetes, canalones, ceniceros de exterior, fuentes decorativas, bebederos y depósitos de agua.

Más información en [ConSalud.es](https://www.consalud.es)

En patios y terrazas, eliminar el agua estancada es la mejor forma de prevenir

El mismo verano, dos mosquitos distintos

Para estos mosquitos, hay focos que no dependen de una vivienda. Imbornales, acequias, zonas de riego, humedales o espacios con agua estancada requieren control municipal y actuaciones especializadas. Aun así, una terraza sin recipientes con agua puede evitar que el mosquito tigre encuentre un punto de cría a pocos metros de donde viven las personas.

La protección personal completa esa prevención. Frente a *Culex* conviene extremar la precaución al anochecer y durante la noche. Frente al mosquito tigre, el repelente puede ser útil también en actividades de día, especialmente en zonas con vegetación, sombra y agua cercana.

El producto debe estar autorizado para su uso sobre la piel y aplicarse según las indicaciones del envase, sobre todo en ni-

ños pequeños. La ropa ligera que cubra brazos y piernas, las mosquiteras en ventanas y dormitorios y evitar dejar puertas abiertas con luces encendidas durante muchas horas ayudan a reducir las picaduras.

Una roncha aislada suele ser solo una reacción local. Lo que merece consulta es la aparición de fiebre, malestar importante, dolor de cabeza intenso, rigidez de cuello, confusión, debilidad muscular o somnolencia marcada. Tras un viaje a una zona donde circulan dengue, chikungunya o zika, conviene informar de ese antecedente si aparecen fiebre, erupción cutánea o dolor intenso en las articulaciones.

La prevención contra los mosquitos no empieza cuando ya se oyen junto a la ventana. Empieza unos minutos antes, revisando el agua que puede haber quedado olvidada en casa.

CUÁNDO CONVIENE PEDIR VALORACIÓN

- Una picadura aislada con picor o una inflamación leve no suele requerir consulta.
- Busca atención médica si aparece fiebre junto a un dolor de cabeza intenso, rigidez de cuello, confusión o fuerte debilidad muscular.
- Consulta tras un viaje si tienes fiebre, una erupción cutánea, dolor detrás de los ojos o dolor intenso en las articulaciones.
- Explicar dónde se ha viajado y cuándo comenzaron los síntomas ayuda a orientar las pruebas.
- Las personas mayores y quienes padecen algunas enfermedades que reducen las defensas deben vigilar especialmente los síntomas intensos.

♥ INNOVACIÓN SANITARIA

El alzhéimer se estudia ahora en tejido cerebral humano vivo

INVESTIGACIÓN Y AVANCE CIENTÍFICO. Un equipo de la Universidad de Edimburgo ha logrado mantener activas en el laboratorio pequeñas muestras de corteza cerebral que han sido donadas durante cirugías.



Redacción

Durante años, buena parte de la investigación del alzhéimer ha tenido que reconstruir la enfermedad a partir de dos escenarios incompletos. Por un lado, cerebros analizados después de la muerte, cuando el daño ya está avanzado. Por otro, modelos animales y células cultivadas en laboratorio que resultan muy útiles, pero no reproducen del todo la complejidad de un cerebro humano adulto.

Ahora, un equipo de la Universidad de

POR QUÉ ES DIFERENTE

- Usa pequeñas muestras de corteza cerebral humana donadas por pacientes durante operaciones de tumor cerebral.
- El tejido utilizado no contiene tumor y normalmente se desecha.
- Las muestras se mantienen activas en el laboratorio y permiten estudiar las neuronas, sinapsis, células gliales y las proteínas presentes en tejido humano.

Edimburgo ha abierto una vía distinta. Los investigadores han trabajado con pequeños fragmentos de tejido cerebral humano que normalmente se desechan durante operaciones para extirpar tumores. Con el consentimiento de los pacientes, esas muestras se trasladan al laboratorio, se cortan en láminas muy finas y se mantienen activas durante días para estudiar cómo responden sus neuronas, sus sinapsis y otras células del cerebro.

Es cierto que la imagen puede impresionar,

pero conviene explicarla bien. No se trata de mantener “un cerebro vivo” fuera del cuerpo ni de experimentar con pacientes. Son pequeñas muestras de corteza cerebral no tumoral, extraídas durante la cirugía para poder acceder al tumor y que, con autorización expresa, se destinan a investigación.

En ellas, los científicos pueden observar procesos que antes resultaban muy difíciles de seguir en tejido humano. Cómo se comportan ciertas proteínas. Cómo se comunican las neuronas. Qué ocurre con las sinapsis cuando aparece una sustancia relacionada con el alzhéimer. Y qué posibles tratamientos podrían proteger mejor esas conexiones antes de llevarlos a ensayos clínicos.

El lugar donde la memoria comienza a romperse

El estudio se ha centrado en una proteína muy conocida en la investigación del alzhéimer, la beta-amiloide. Durante años se ha presentado como si fuera, sin más, “la proteína mala” de la enfermedad. La realidad es más compleja.

LO QUE HA OBSERVADO

- Una forma patológica de beta-amiloide puede entrar en conexiones entre neuronas humanas y asociarse a pérdida de estructuras sinápticas.
- La beta-amiloide no es una sustancia ajena completamente al cerebro. Se produce de forma natural y necesita, al parecer, un equilibrio preciso.

El cerebro produce beta-amiloide de manera natural. El problema aparece cuando determinadas formas de esa proteína se agrupan, cambian su comportamiento y empiezan a alterar el funcionamiento de las conexiones entre neuronas. Esas conexiones son los puntos donde una neurona pasa información a otra. Sin ellas no habría memoria, aprendizaje, lenguaje, orientación ni pensamiento.

El equipo de Edimburgo expuso las muestras de tejido humano vivo a extractos de cerebro de personas con alzhéimer que contenían beta-amiloide patológica. El resultado fue especialmente relevante porque observaron que esa forma alterada de la proteína entraba en la parte postsináptica de las neuronas y se asociaba a una pérdida de estructuras presinápticas, es decir, de elementos esenciales para que la comunicación entre células funcione.

Información basada en la investigación publicada en Nature Communications.

El nuevo modelo ayuda a elegir mejor los tratamientos que merecen llegar

Una herramienta para investigar mejor, no una cura

Este avance no es un nuevo fármaco, una prueba diagnóstica ni un tratamiento que vaya a llegar pronto a una consulta. Es una herramienta de investigación.

Su valor está en que puede ayudar a probar medicamentos en tejido humano antes de iniciar ensayos clínicos grandes, identificar tratamientos que no producen el efecto esperado y estudiar con más precisión qué ocurre en el cerebro cuando se alteran las proteínas relacionadas con la demencia.

Hasta ahora, muchos tratamientos prometedores en modelos animales no han conseguido el mismo resultado en pacientes. Disponer de una plataforma intermedia, basada en tejido cerebral humano vivo, puede ayudar a filtrar mejor qué líneas de investigación merecen avanzar.

También puede servir para estudiar tratamientos que inten-

ten proteger las sinapsis, reducir la toxicidad de determinadas formas de beta-amiloide o frenar la acción de tau. Pero todavía queda mucho recorrido antes de saber si esta técnica se traducirá en fármacos más eficaces.

El propio estudio tiene límites. Las muestras proceden de pacientes con tumores cerebrales y, aunque el tejido analizado no contenía tumor, la enfermedad de base, los tratamientos previos o el proceso de cultivo pueden influir en los resultados. Además, observar una reacción celular durante días en una placa de laboratorio no equivale a reproducir décadas de evolución de un alzhéimer en una persona.

Aun así, el cambio de método es importante. La investigación gana una ventana más cercana al cerebro humano real, con sus neuronas, sus sinapsis, sus células de apoyo y parte de la complejidad que se pierde en otros modelos.



Revisar la piel puede evitar que una garrapata pase desapercibida



Cómo quitarla sin empeorar la situación

Encontrar una garrapata pegada puede impresionar, pero la solución no es echarle aceite, alcohol, colonia, vaselina o gasolina. Tampoco acercar una cerilla, quemarla, aplastarla o intentar arrancarla con los dedos. Estos métodos pueden hacer que el parásito libere más fluidos sobre la piel o dejar parte de la boca dentro de la herida.

¿SABÍAS QUE...?

■ ¿Hay que poner alcohol sobre la garrapata antes de quitarla?

No. El alcohol sirve para limpiar la zona después de retirarla, no antes. Echar sustancias sobre la garrapata puede dificultar la extracción y favorecer que libere fluidos sobre la piel.

La forma correcta de retirarla es mucho más sencilla. Hay que utilizar unas pinzas finas, sujetarla lo más cerca posible de la piel, junto a la zona por la que está adherida, y tirar suavemente hacia arriba con un movimiento continuo. No conviene retorcerla ni dar tirones bruscos.

Después se lava la zona con agua y jabón y se desinfecta. También hay que lavarse bien las manos. Si no se dispone de pinzas, la garrapata está muy enganchada o queda una parte dentro de la piel, lo prudente es acudir a un centro sanitario para que la retiren correctamente.

No hace falta correr a urgencias por una picadura aislada si la persona está bien. Lo importante es observar la zona y estar pendiente de cualquier síntoma durante las semanas siguientes. Una pequeña marca local puede ser normal. Lo que ya merece consulta es la aparición de fiebre, dolor de cabeza fuerte, cansancio intenso, dolores musculares, erupción en la piel, una mancha negra en el lugar de la picadura o un enrojecimiento que se extiende y no mejora.

También conviene pedir valoración si aparecen vómitos, diarrea, malestar importante, moratones sin explicación o sangrado. En la consulta es útil decir cuándo fue la picadura, dónde se produjo y si ha habido contacto frecuente con animales o actividades en el entorno rural.

Una vez retirada, puede guardarse en un bote cerrado con un trozo de papel ligeramente húmedo y anotar la fecha y el lugar de la exposición. Si en las semanas siguientes aparece algún síntoma, esa muestra puede ayudar al profesional sanitario a orientar mejor la valoración médica.

Las garrapatas forman parte del entorno natural y no deben convertir una salida al aire libre en una preocupación constante. La diferencia está en saber que no conviene ignorarlas. Revisarse al llegar a casa, llevar unas pinzas en la mochila y retirar bien una garrapata cuando aparece son gestos sencillos que pueden evitar complicaciones.

PICADURAS Y VECTORES. La mayoría de las picaduras no pasan de una lesión local, pero una garrapata enganchada debe retirarse cuanto antes con pinzas finas y sin remedios caseros.

Redacción

Una tarde de senderismo, una ruta entre matorrales, una romería, una jornada de trabajo al aire libre o simplemente un paseo con el perro por una zona de campo. La garrapata no suele saltar ni caer de los árboles. Espera en la hierba, los arbustos o la vegetación baja hasta que encuentra una pierna, una mochila o la pata de un animal a la que engancharse.

Después busca una zona de piel donde fijarse y alimentarse. Muchas veces no duele. Puede quedarse en la nuca, detrás de una rodilla, en la ingle, bajo la cintura, en una axila o entre el pelo sin que la persona lo note. En los niños, además, conviene revisar bien orejas, cuello y cuero cabelludo.

La mayoría de las picaduras no provocan más que una pequeña marca, algo de picor o enrojecimiento local. No todas las garrapatas están infectadas, ni todas transmiten enfermedades. Pero una garrapata adherida debe retirarse bien y pronto, porque dejarla pegada durante horas o días aumenta la posibilidad de complicaciones.

En España existen enfermedades transmitidas por garrapatas como la fiebre botonosa mediterránea o la enfermedad de Lyme. Tam-

bién se vigilan otras mucho menos frecuentes, entre ellas la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo. El riesgo para la población general es bajo, pero conocer los síntomas y comunicar una picadura al profesional sanitario puede ser importante si aparecen problemas en los días posteriores.

La prevención empieza antes de salir. La ropa clara ayuda a detectar mejor cualquier garrapata que se haya quedado sobre la pierna o el pantalón. Las mangas largas, el pantalón metido dentro del calcetín y el calzado cerrado reducen la superficie de piel expuesta. Caminar por el centro de los caminos, sin rozar constantemente la vegetación, también reduce el riesgo.

Si encuentras una garrapata adherida a tu piel, no debes esperar a que «se caiga sola».



Al volver a casa, la revisión debe formar parte de la rutina, igual que quitarse las botas o sacudir la ropa. Conviene mirar la piel, revisar el pelo y comprobar que no hay ninguna ga-

CÓMO RETIRARLA

- Usa unas pinzas finas y sujétala junto a la piel, sin apretar el cuerpo.
- Tira hacia arriba de forma suave, continua y sin retorcer.
- No uses aceite, alcohol, vaselina, calor ni remedios caseros antes.
- Lava con agua y jabón la zona de la picadura y desinfectala después.
- Si no sale entera o está muy fijada, consulta para que la retiren.

DESPUÉS DE RETIRARLA

- Vigila durante unas semanas si aparece fiebre, erupción o malestar general para acudir a consulta.

rrapata en la ropa, la mochila o el coche. Una ducha ayuda a localizar las que todavía no se han fijado. Las prendas utilizadas deben lavarse cuanto antes, siempre preferiblemente con agua caliente.

Las mascotas merecen una revisión aparte. Perros y otros animales pueden traer garrapatas en el pelo después de salir al campo. Consultar al veterinario sobre el antiparasitario externo adecuado es una medida de protección para ellos y también para quienes conviven en casa.

Información basada en el artículo de El País, «¿Hay más garrapatas? Ganan territorio y hay cosas que no debes hacer si te pican.»



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 MIDE LA IA DEL ESTETOSCOPIO

- Registra durante unos segundos los sonidos del corazón con una prueba de electrocardiograma de una forma sencilla.
- Analiza patrones que están relacionados con la insuficiencia cardíaca, la fibrilación auricular y los problemas de las válvulas cardíacas.
- Este puede firmemente señalar una sospecha, pero no confirma por sí solo una enfermedad.
- Para completar alertas debe hacerlo con pruebas como electrocardiograma, ecocardiograma o análisis.
- Está pensado para apoyar la valoración de las personas con síntomas, no para sustituir las revisiones médicas.

Detectar señales cardíacas antes

Un ensayo en 205 centros de atención primaria ha evaluado un estetoscopio con IA capaz de registrar señales durante unos segundos de insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular y enfermedad valvular.

Redacción

Durante más de dos siglos, el estetoscopio ha servido para escuchar el corazón y los pulmones a través de unos auriculares. Su aspecto apenas ha cambiado, pero una nueva versión incorpora ahora algo más: la capacidad de registrar los sonidos del corazón junto a un electrocardiograma sencillo y analizar ambas señales con inteligencia artificial.

Señales que el oído no alcanza a detectar

La idea no es que el aparato diagnostique por sí solo. Su función es señalar patrones que pueden pasar desapercibidos en una consulta breve y ayudar a decidir cuándo hacen falta más pruebas. En apenas quince segundos, el dispositivo recoge el sonido cardíaco y la actividad eléctrica del corazón, y un programa compara esa información con miles de registros analizados previamente.

El sistema se ha puesto a prueba en el ensayo TRICORDER. Participaron 205 centros de atención primaria del Reino Unido y se realizaron más de 12.700 exploraciones con el estetoscopio inteligente. El objetivo era comprobar si podía ayudar a detectar antes tres problemas frecuentes y a menudo infradiagnosticados: insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular y enfermedad valvular cardíaca.

Los tres pueden empezar con señales poco precisas. Cansancio que antes no estaba, falta de aire al caminar, hinchazón de piernas, palpitaciones o una menor tolerancia al esfuerzo. Ninguno de esos síntomas confirma por sí mismo una enfermedad cardíaca, pero pueden justificar una valoración más detenida, sobre todo cuando aparecen o van a más.

El estetoscopio registra una señal eléctrica parecida a la de un electrocardiograma de una derivación y, al mismo tiempo, el sonido del flujo de sangre y de las válvulas. La inteligencia artificial devuelve una alerta cuando encuentra un patrón compatible con alguno de los problemas estudiados. A partir de ahí empieza la medicina habitual: entrevista, exploración, análisis, electrocardiograma completo, ecocardiograma o derivación al especialista.

El resultado más interesante del estudio no fue solo tecnológico. En el conjunto de los centros participantes, incorporar el dispositivo no aumentó de forma significativa el número total de diagnósticos tras un año. El motivo principal fue muy práctico, ya que muchos profesionales terminaron utilizándolo poco o dejaron de hacerlo porque no encajaba con facilidad en la rutina de consulta.

Sin embargo, al analizar a las personas que sí fueron exploradas con el aparato, los investigadores encontraron más diagnósticos de insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular y enfermedad valvular que en pacientes comparables atendidos sin él. Es un dato prometedor, aunque debe interpretarse con cautela porque quienes recibieron la prueba podían tener ya más factores de riesgo o síntomas que justificaran una exploración cardíaca.

El futuro de estos dispositivos no depende solo de que escuchen mejor. Depende de que ayuden a llegar antes a quien necesita una prueba, sin sustituir la conversación con el paciente ni el criterio del profesional.

La IA puede señalar una sospecha, pero el diagnóstico necesita pruebas y un criterio clínico.



Información basada en el ensayo TRICORDER publicado en The Lancet

CÓMO FUNCIONA TU SANIDAD

ClicSalud+ reúne las citas, pruebas e informes para consultar en casa

ClicSalud+ es la puerta digital a parte de la información sanitaria personal. Desde la web y a través de la app Salud Andalucía permite consultar citas, informes, resultados de pruebas, medicación activa, vacunas y trámites sin acudir al centro de salud.

El acceso básico se realiza con la tarjeta sanitaria o número de historia, documento de identidad y fecha de nacimiento. Con él se pueden pedir, consultar o anular las citas habituales de atención primaria y descargar justificantes de asistencia. Para acceder a información sensible es necesaria una identificación segura mediante Cl@ve de nivel avanzado, certificado digital o DNI electrónico.

Una vez dentro, la Agenda sanitaria concentra las citas disponibles. Sirve para revisar las asignadas y, cuando el servicio está habilitado, reservar, modificar o cancelar consultas de medicina de familia, enfermería, pediatría o vacunación. En el apartado Salud se encuentran analíticas, informes de alta, pruebas de imagen, tratamientos y antecedentes vacunales.

No todo se resuelve desde la pantalla. Algunas exploraciones, derivaciones y consultas hospitalarias requieren indicación previa.

PARA QUÉ SIRVE CLICSALUD+

- Sirve para consultar citas, informes, analíticas, medicación y vacunas desde casa. Con un método de identificación segura permite acceder a datos clínicos y gestionar algunas citas sin desplazarse al centro de salud.

PRIMEROS AUXILIOS

Intoxicaciones alimentarias

Vómitos, diarrea, dolor abdominal, náuseas o fiebre después de una comida pueden deberse a una infección o intoxicación alimentaria. En muchos casos el cuadro mejora solo en pocos días, pero el principal riesgo es perder demasiada agua y sales, especialmente en verano.

La prioridad es beber cantidades pequeñas y frecuentes, aunque al principio solo se toleren sorbos. Cuando hay vómitos o diarrea abundante, las soluciones de rehidratación oral de farmacia ayudan a reponer agua y electrolitos de forma más adecuada. No conviene beber mucho de golpe, forzar la comida ni recurrir a alcohol, bebidas energéticas o refrescos muy azucarados.

Cuando las náuseas bajen, se puede volver a comer poco a poco según la tolerancia. Los antibióticos no deben tomarse por cuenta propia y los antidiarreicos requieren precaución si hay fiebre, sangre en las heces o dolor abdominal importante.

CUÁNDO HAY QUE PEDIR AYUDA

- Si no se toleran líquidos ni siquiera en pequeños sorbos. Vómitos continuos pueden impedir reponer lo que se pierde y favorecer una deshidratación.
- Si aparece sangre en las heces o vómito, fiebre alta, dolor abdominal intenso o un empeoramiento rápido. Son signos que necesitan valoración porque pueden indicar una infección más intensa u otra causa que no conviene tratar solo en casa.
- Si hay poca orina, boca muy seca, una debilidad marcada, mareo, somnolencia o confusión. Pueden ser señales de deshidratación y son especialmente importantes en verano.