



DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y
SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

FEBRERO - MARZO

2025

BÓTOX ILEGAL

LA CARA MÁS SUCIA DE LA BELLEZA

CLÍNICAS CLANDESTINAS Y BÓTOX FALSO EN TERRIBLES CONDICIONES DE SALUBRIDAD. LA TRASTIENDA DE LA MEDICINA ESTÉTICA ESCONDE UNA PELÍCULA DE TERROR, CON GRAVES SECUELAS PARA SUS VÍCTIMAS. DESCUBRIMOS CÓMO FUNCIONA EL LADO MÁS OSCURO DE LA BELLEZA TRAS LA DESARTICULACIÓN DE LA MAYOR RED CRIMINAL DE TRÁFICO DE SUSTANCIAS ILEGALES RELACIONADAS CON ESTA INDUSTRIA EN NUESTRO PAÍS.

POR
RAQUEL PELÁEZ /

IMAGEN:
MEKAKUSHI

CUANDO la actriz Demi Moore entra en un local clandestino y lleno de mugre para recoger su 'kit de belleza y juventud' en la película *La sustancia*, abre la puerta a un mundo de obsesión visceral por la estética que el espectador sabe que jamás podrá terminar bien. «Una simple inyección que liberará la mejor versión de ti misma», le dice una voz al otro lado del teléfono para venderle el dichoso producto mágico. «Más joven, más guapa, más perfecta». El resultado es una historia de terror.

Y, aunque la experiencia de Demi Moore podría resultar esperpéntica, en la vida real esa misma puerta la abren cada día miles de personas

que al final hace que entres en el sótano, cojas la sustancia y te la inyectes», explica uno de los investigadores de la Sección de Salud Pública y Dopaje de la UCO que ha participado en la desarticulación de la mayor red criminal dedicada al tráfico de productos sanitarios relacionados con la medicina estética procedentes de Corea del Sur. La operación se ha saldado con cuatro detenidos y más de 24 clínicas dedicadas a la realización de estos de tratamientos desmanteladas, «algunas legales y otras clandestinas, que se ofertaban a través de redes sociales o páginas web», continúa el agente. De hecho, entre los lugares donde se han detectado estos procedimientos se incluyen desde



al exponerse a retoques sin supervisión médica e incluso adquirir productos médico-estéticos de forma ilegal en el mercado negro.

Viales de bótox o ácido hialurónico almacenados en cajas a la intemperie durante días en un puerto, en el maletero de un coche a 40 grados, tirados en un sótano junto a jeringuillas reutilizadas al lado de la basura o en la nevera de un domicilio particular. «Eso que vemos en la película no está tan lejos de la realidad. En esta era de la desinformación, la presión social por cumplir con los cánones de belleza es tanta

«PAGUÉ UN DINERAL POR RELLENOS DE CARA Y AHORA PAREZCO UNA GARGOLA»

«Vivo una pesadilla todos los días», asegura Andrea, una mujer británica de 60 años que ha visto como su cara se desfiguraba tras ponerse en manos de un tatuador que se hacía pasar por médico en Yorkshire (Inglaterra). Según una investigación de la BBC, la mujer sufrió una infección tras un relleno facial de ácido hialurónico y, a pesar de vender joyas y pedir prestado para pagar los tratamientos, la reacción empeoró y tuvo que acabar yendo a urgencias.

lavabos de cafeterías y trastiendas de zapaterías hasta una clínica de alto *standing* que tuvieron que clausurar en Marbella, donde mezclaban el producto legal con el que conseguían en el mercado negro para bajar su costo, manteniendo los precios para sus clientes. «Pero, salvo esta excepción, lo que más nos hemos encontrado son locales donde igual que te pintan las uñas o te arreglan las cejas te pueden pinchar bótox», explica el investigador de la UCO.

Todo ello sin la trazabilidad, la calidad y la conservación exigidas para los productos sanitarios y, por tanto, sin la seguridad de que el contenido sea el que figura en las etiquetas, ya que llegaban a España de manera clandestina por vía aérea o marítima, sin respetar las condiciones de temperatura. Y es que, a pesar de que los integrantes de la organización criminal lo compraban en farmacias de Corea, ese material no cumplía con los estándares de la Unión Europea y, por tanto, podía contener impurezas, lo que aumenta el riesgo de efectos secundarios.

«El problema es que, si tú no sabes lo que te has inyectado y tiene secuelas, es muy difícil saber cómo tratarlo», aclara la doctora Petra Vega, portavoz de la Sociedad Española de Medicina Estética (SEME). «La banalización de este sector ha hecho que le perdamos el miedo a las inyecciones porque pensamos que todo se reabsorbe, pero, por ejemplo, si el producto no cumple con la cadena del frío y no se mantiene en las condiciones de temperatura que el fabricante exige, sus características cambian tan radicalmente que puede ser que el cuerpo no lo deshaga», continúa la experta. «Un ácido hialurónico si no se conserva entre los 8 y los 25 grados y te lo pinchas después de haber estado en un maletero a 40 grados al sol puede cambiar tanto que acaba convertido en una goma dentro del cuerpo. Yo he atendido muchos casos así y no he tenido más remedio que derivarlos a un cirujano para que se lo extirpe», asegura la doctora Vega.

Según los últimos datos de la SEME, el 47 por ciento de la población española se ha sometido a alguna técnica médico-estética. Una industria, la legal, que mueve al año más de 3500 millones de euros en nuestro país. Mujeres y hombres que, en muchos casos, ya ven en las 'gangas' una salida a un gasto que puede resultar desmesurado. ¿Lo increíble? Que un público acostumbrado a mirar las etiquetas de todo lo que compra para ver hasta el más mínimo detalle sea capaz de inyectarse una sustancia cuyo origen desconoce. De hecho, el submundo de este sector llega tan lejos que, según datos de la SEME, el 65 por ciento de los tratamientos médico-estéticos —>

¿QUÉ ES LO LEGAL?

REGISTRO SANITARIO

Todos los centros de medicina estética tienen la obligación de poner a disposición del paciente su número de registro sanitario, donde se indica si la clínica tiene la licencia sanitaria U.48, y un médico responsable con la cualificación debidamente acreditada.

TÉCNICAS PROFESIONALES

La ley establece que los médicos son los únicos profesionales sanitarios capacitados para ejercer la medicina estética. Las técnicas que solo estos profesionales pueden realizar van desde la infiltración de toxina botulínica, ácido hialurónico y plasma rico en plaquetas hasta tecnología médica como radiofrecuencia, láser o ultrasonidos. También hilos tensores, procedimientos vasculares (varices, arañas vasculares y telangiectasias) o mesoterapia y carboxiterapia.

INYECCIONES ILEGALES

El fenómeno conocido como bótox *fake* está extendido a nivel internacional. El pasado año, las autoridades sanitarias de Estados Unidos alertaron sobre inyecciones ilegales que acabaron con varias personas en el hospital. En el Reino Unido llevan años persiguiendo un mercado negro con falsos médicos que han dejado decenas de pacientes con secuelas.

"LA BANALIZACIÓN DE LA MEDICINA ESTÉTICA HA HECHO QUE LE PERDAMOS EL MIEDO A LAS INYECCIONES, PERO SI EL PRODUCTO NO CUMPLE CON LA CADENA DE FRÍO CAMBIA TANTO QUE EL CUERPO NO LO DESHACE Y HAY QUE INTERVENIR"



LA EXPERTA
Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Barcelona, la doctora Petra Vega, además de realizar su actividad asistencial, participa activamente en la regulación y actualización de la medicina estética en España.

en nuestro país los realizan profesionales no cualificados, y los resultados pueden ser demoledores para la salud: necrosis de la piel, asimetrías faciales, quemaduras severas, infecciones o reacciones alérgicas que pueden desencadenar un shock anafiláctico. «Está tan extendido que el 15 por ciento de las primeras visitas que acuden a mi consulta lo hacen porque han tenido secuelas después de someterse a alguno de estos tratamientos en centros ilegales o haberse pinchado un producto que han conseguido a través de Internet», cuenta la doctora Vega. «Una intolerancia o una alergia graves pueden acabar siendo mortales. Además, a largo plazo, tiene un riesgo mucho más importante que es el desarrollo de alguna enfermedad autoinmune como el lupus, ya que esos productos pueden no reabsorberse y el cuerpo reacciona defendiéndose».

Mensajes en Instagram que ofrecen rellenos de labios a precios de saldo o citas a través de TikTok para celebrar *botox party*, fiestas donde los participantes reciben inyecciones por 50 euros, cuando en una clínica legal les podrían costar 400. Estas son algunas de las prácticas que la

SEME ha detectado en los últimos años. «Hemos visto desde supuestos enfermeros que te pinchan bótox a domicilio hasta cuentas en redes sociales en las que solo se permite concertar una cita por WhatsApp y te avisan del lugar y la hora del tratamiento con 24 horas de antelación», declara la experta. Se trata de un nuevo tipo de delincuencia que se basa en la desinformación: «El 22 por ciento de la población española no sabe qué es la medicina estética y solo un 7 por ciento es consciente de que procedimientos como

la infiltración de neuromoduladores o los láseres son de uso exclusivamente médico», continúa. «Por eso, cada vez recibimos más llamadas para preguntarnos cuánto cobramos por un tratamiento con ácido hialurónico, por ejemplo. Y, cuando les decimos el precio, contestan: 'Pero el producto ya lo tengo, es solo para pinchar'».

Explican desde la UCO que la colaboración entre los médicos y los investigadores es fundamental para detener las redes criminales. «El problema es que las personas que han sufrido las secuelas sienten una enorme carga de culpabilidad y vergüenza, y les cuesta admitir que se han inyectado en una peluquería», mantiene Vega. Y convencerlas para que denuncien no siempre es fácil. «Muchas veces pensamos que los clientes que acuden a estas prácticas son de un perfil socioeconómico bajo, pero no siempre es así. Está claro que los precios influyen, pero yo he tenido pacientes casadas con médicos que me han pedido por favor que su caso no trascienda para que su marido no se entere». También hay quien va a estos sitios porque en las consultas médicas se niegan a hacerle algo porque está contraindicado. «A veces solo quieren emular patrones estéticos. Sentir que pertenecen al grupo», concluye.

En este sentido, la psiquiatra del Centro de Estudios y Aplicación del Psicoanálisis (CEAP) Remedios Gutiérrez destaca el peligroso avance de la midorexia o pavor a envejecer, un trastorno mental grave que, según los últimos índices epidemiológicos, podría afectar al 2,4 por ciento de la población general y a aproximadamente un 53 por ciento de los pacientes clínicos de la medicina y la cirugía estéticas. «Son personas que sienten un terror irracional a los cambios externos producidos por el paso del tiempo y que tratan de disimularlos a toda costa a base de procedimientos estéticos, ejercicio o dietas». Esto, sumado al actual bombardeo sobre el hecho de mantener la juventud como logro supremo, mercantilizándola como un bien de consumo más, ha hecho que la tasa de incidencia de la midorexia (asociada a los 40 y los 50 años) ya alcanzó a jóvenes de 30 e incluso 20 años, que recurren a procedimientos antiedad. Y alerta sobre sus peligros: «Esta necesidad de retocarse



ya desde tan pronto suele entrañar algún problema más hondo de autoestima e incluso de dismorfia corporal. Las señales de alerta hacia una futura obsesión o adicción son claras; entre ellas, que nunca les parece suficiente y, cuando se arreglan una parte del cuerpo o la cara, siempre encuentran otro punto defectuoso que tratar».

¿Su conclusión? «Intentar no caer en esa trampa que asocia belleza y éxito, lo que se ha bautizado como *beauty privilege*: un sesgo según el cual las personas más atractivas tienen mayores posibilidades de acceso y ascenso laboral, de éxito social o amoroso, y que está en la base de este creciente problema de salud mental».

Y termina: «Hace poco leí una entrevista de Demi Moore en la que decía que había aprendido a abrazar sus arrugas, pero no menciona ninguno de los procedimientos estéticos evidentes a los que se había sometido. '¿Qué arrugas?', me pregunté. Creo que a nivel social y educativo es mejor ser franca y decir que te has puesto bótox antes que fingir que eres así genéticamente, porque quien se lo crea puede sentirse mal por comparación con algo tan irreal». ■

CONSECUENCIAS DE LAS SUSTANCIAS 'FAKE'

INFECCIONES

Los productos no regulados suelen ser fabricados en condiciones insalubres, lo que aumenta el riesgo de infecciones bacterianas o abscesos en el área tratada. La falta de control en las condiciones de almacenamiento y aplicación también eleva el riesgo de que la toxina se contamine.

ASIMETRÍAS FACIALES

Parálisis transitoria del músculo por una infiltración inadecuada de toxina botulínica. El resultado suele ser la caída del párpado.

NECROSIS

Una inyección inadecuada de algún relleno puede obstruir vasos sanguíneos, provocar muerte de tejido y desembocar en pérdida de funcionalidad, a no ser que se actúe de forma inmediata con medicaciones que solo pueden ser administradas por médicos en pocos minutos.

REACCIONES ALÉRGICAS

Las infiltraciones pueden provocar reacciones alérgicas e incluso *shock* anafiláctico, algo que aumenta cuando son materiales no autorizados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Si no se resuelve en minutos, puede provocar graves consecuencias.

REACCIONES AUTOINMUNES

El desconocimiento del material que se infiltra cuando no es comprado por los canales autorizados y no se conoce en qué condiciones ha sido conservado puede provocar reacciones inmediatas a cuerpo extraño (bultos, inflamación) o diferidas en forma de reacciones autoinmunes.



OPERACIÓN KALOPSIA

La Guardia Civil, en una operación conjunta con la Agencia Tributaria, ha desarticulado una organización criminal dedicada a la importación, almacenamiento y distribución de medicamentos y productos sanitarios ilegales relacionados con la medicina estética. Se trata de la primera operación de este calibre llevada a cabo hasta ahora en nuestro país.

LA MIDOREXIA O MIEDO A
ENVEJECER, CONSIDERADO COMO UN
TRASTORNO MENTAL GRAVE,
AFECTA AL 53 POR CIENTO DE LOS
PACIENTES CLÍNICOS DE LA MEDICINA Y
LA CIRUGÍA ESTÉTICA

PAPEL | SALUD



LA INCUBADORA 'LOW COST' QUE SALVA VIDAS DE CAMERÚN HASTA NEPAL

Ciencia. El ingeniero Pablo Sánchez lidera el proyecto In3bator, las cunas neonatales para hospitales sin recursos

Por Gerard Melgar

Ya han pasado más de dos años, pero el ingeniero navarro Pablo Sánchez Bergasa todavía se emociona al recordar el momento en que conoció en persona, en brazos de su madre, a Zoe, un bebé camerunés nacido con prematuridad extrema en 2021. Este joven emprendedor social, fundador y director de la ONG Medicina Abierta al Mundo, había viajado hasta el país africano para trasladar al Hospital de Ebomé un lote de incubadoras como la que permitió al pequeño agarrarse a la vida pese a haber nacido con solo 500 gramos de peso.

Galardonado con el Premio Princesa de Girona Social 2025, Pablo es la cara más visible del proyecto In3bator, las cunas

neonatales de bajo coste y código abierto que desde España han partido hasta los países con menos recursos del África subsahariana, Latinoamérica o incluso a Ucrania y Nepal.

Si la lectura de una noticia fue lo que lo llevó en 2017, cuando tenía 24 años, a involucrarse en esta iniciativa solidaria, ahora confía en que la difusión de este reciente reconocimiento permita que el proyecto que lidera «dé un salto cualitativo». Tanto que confiesa que acaba de dejar su trabajo en una empresa electrónica para dedicarse en exclusiva a la fabricación y distribución de estos simuladores de úteros maternos, cuyo primer prototipo fue creado en 2015 por el ingeniero biomédico Alejandro Escario. «Vi que aquel proyecto se caía porque, debido a circunstancias personales o profesionales, algunos de los impulsores se habían desvinculado y me pareció que era algo demasiado bonito como para dejarlo escapar», rememora.

Los primeros ejemplares de In3bator (pronunciado en inglés (*incubator*), por el número tres como símbolo matemático de cubo) salieron rumbo a hospitales africanos hace siete años, aunque sin asomo entonces del engranaje voluntario que hoy hace posible la producción de unas 70 cunas climáticas al año.

Unos inicios en los que recurrió a cuanta colaboración cercana fue posible: «Tuve que contar con mi padre, que es abogado, para fundar la ONG, con mi hermana, que tiene una asesoría, para hacer las cuentas, y mi madre era quien tejía los colchones de las incubadoras».

La prematuridad es la primera causa de mortalidad en niños

menores de cinco años. Un informe elaborado por agencias de la ONU como la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que solo uno de cada diez bebés extremadamente prematuros (nacidos con menos de 28 semanas de gestación) sobrevive en países pobres, mientras que en las naciones ricas lo consiguen al menos nueve. En hospitales sin recursos, como los que Pablo había visto hace años en Sierra Leona, los métodos de incubación podían ir desde una botella de agua caliente cubierta con una toalla hasta una cobertura de papel de aluminio o una simple caja de zapatos.



La iniciativa de Medicina Abierta al Mundo ha sido reconocida con el Premio Princesa de Girona

Si las incubadoras tienen un coste medio en España de unos 35.000 euros, las de Medicina Abierta al Mundo reducen su precio hasta 350 euros, es decir, 100

veces menos. «Fabricamos a coste, con materiales más sencillos y en colaboración con centros educativos». Salesianos Pamplona abrió esa vía al integrar en sus grados de Formación Profesional la elaboración de las incubadoras. «En vez de montar unas piezas de ajedrez que después acaban en la chatarra, aprenden haciendo algo que es muy ilusionante porque, después del trabajo, allí habrá un bebé», expone.

Otro nombre propio en este proyecto es el de Ayuda Contenedores, una ONG que colabora con otras organizaciones sin ánimo de lucro que necesitan enviar materiales a zonas del planeta en vías de desarrollo. Su logística ha permitido que unas 200 cunas *low cost* de Medicina Abierta al Mundo hayan llegado ya a una treintena de países. Varias decenas están en Ucrania, donde la guerra iniciada hace tres años, con la invasión rusa, ha disparado el número de partos prematuros y, en consecuencia, la necesidad de incubadoras.

El hecho de que las máquinas hospitalarias de esta ONG sean plegables permitió a unos *sherpas* de Nepal cargarlas hasta una localidad montañosa. «Allí acudían vecinos de otras poblaciones, nos enteramos de dónde venían la mayoría de ellos y enviamos otra a esa zona», explica Pablo.

Una de las asignaturas pendientes, reconoce, es Palestina. «Todos vimos las imágenes de niños prematuros en un hospital de Gaza sin las condiciones mínimas para sobrevivir». Cuenta que trataron «por todos los medios» de hacer un envío, pero «la ayuda humanitaria estaba tan bloqueada que fue imposible». «Lo estamos volviendo a intentar», apunta.

A Latinoamérica ha llegado, incluso, una partida de incubadoras

fabricadas por un grupo de ingenieros de Cantabria, ya que los planos de In3bator están publicados en internet para poder ser replicados. «La idea del código abierto es que se pueda reproducir en destino, igual que la accesibilidad para un mantenimiento autónomo».

El próximo mes de julio, Pablo recogerá el Premio Princesa de Girona Social en el Gran Teatre del Liceu de Barcelona. Una imagen que espera que contribuya a atraer «un apoyo externo» que permita que el proyecto de Medicina Abierta al Mundo siga reduciendo la cifra de más de un

millón de bebés que fallecen cada año en el mundo por no disponer de una incubadora. «Necesitamos ayuda para llegar a más hospitales», reclama.

Pablo Sánchez, arriba, en un hospital de Ucrania con su incubadora. G. LOINAZ/ARABA

PROVINCIA

Sanidad adjudica por 5,8M€ el Centro de Salud de El Burgo

● La oferta de Imesapi, la más valorada por la mesa de contratación de las nueve empresas que se presentaron a la licitación, que salió en septiembre en 6,3 millones

ILLY. SORIA

La Gerencia Regional de Salud de la Junta ha adjudicado a la empresa Imesapi SA las obras de construcción del centro de salud de El Burgo de Osma por un importe de 5,83 millones de euros, IVA incluido, y un plazo de ejecución de 20 meses, de un total de nueve empresas que se presentaron a la licitación, que salió el pasado mes de septiembre por 6,3 millones de euros, incluidos impuestos.

La Consejería de Sanidad, no obstante, le había requerido a la licitadora en enero un informe sobre la justificación de la oferta anormalmente baja, que «justificó y desglosó detalladamente el bajo nivel de la oferta económica», para, a continuación, remitirlo al Servicio de Infraestructuras, que, a su vez, emitió un informe favorable porque «justifica adecuadamente la viabilidad económica de su oferta y el consiguiente beneficio industrial que estima obtener, que resulta de detracer al presupuesto de licitación el importe del coste de ejecución del estudio por él elaborado y el importe de la baja ofertada», según indica el documento de la plataforma de contratación.

Así, con una puntuación de 9,5 sobre 10 la empresa Imesapi SA ha sido la oferta más valorada por la mesa de contratación para la adjudicación de las obras del centro de salud burguense de un total de nueve firmas que se presentaron a la licitación, que arrancó en septiembre y cuyo plazo se cerró el 14 de octubre.

En el informe de valoración la mesa señala que «la empresa ofrece una información genérica del edificio, y



Centro de salud de El Burgo de Osma. HDS

realiza el análisis de la implantación de la obra, analizando todas las características físicas del estado actual del solar, accesos y movilidad, las afecciones sobre el entorno próximo, las acometidas provisionales de obra, la disposición y descripción de los medios auxiliares a emplear y la descripción de las actividades a realizar previamente a la implantación de la obra». Además, añade que «si toda la documentación aportada hasta aquí se considera muy pertinente, culmina todo

ello con una muy definida documentación gráfica descriptiva de la organización del campamento de obra».

También considera «perfectamente elaborada y explicada» la documentación sobre la descripción del proceso constructivo, optando por un relato temporal del desarrollo del mismo, «explicado mes a mes durante cada uno de los 20 meses en que se programa la obra, los trabajos a efectuar y los equipos de obra a intervenir, así como los detalles de las posibles dificultades a solventar».

El «alto nivel de la oferta» se mantiene con el estudio de la programación de la obra, añade la mesa en el informe. Además, se efectúa la agrupación de las unidades de obra a programar, con sus mediciones, rendimientos, coeficientes correctores en función de los distintos condicionantes que intervienen y número de equipos a emplear, si bien constata que no se alude a la composición de estos. Con todo ello se elabora la programación con señalamiento del camino crítico. Se especifica incluso

una programación de los pedidos de suministros, con su organización temporal y las tareas a las que afecta. Se recoge la programación económica que se prevé y se pasa a analizar en detalle, por grupos homogéneos de obra, el camino crítico de la programación, indicando las medidas correctoras concretas a adoptar en cada caso ante los posibles retrasos. Se incluye el compromiso de adoptar esas medidas correctoras en caso de retraso superior a diez días hábiles. «La programación en su conjunto y la presentación de la misma se considera que está muy bien desarrollada», concluye la mesa.

Una vez que se formalice el contrato la empresa adjudicataria tiene un plazo de 20 meses para hacer las obras. El nuevo centro de salud estará ubicado en una parcela de 4.946 metros cuadrados, en la calle Lavaderos, con una superficie útil de 2.130 metros cuadrados. Dispondrá de nueve consultas de medicina de familia, ocho de enfermería, una consulta de pediatría, otra de enfermería pediátrica y una consulta polivalente.

Contará además con un área de radiodiagnóstico; una unidad de rehabilitación con consulta de fisioterapia y sala de cinesiterapia; consulta de psicoprofilaxis obstétrica con consulta de matrona; unidad de salud bucodental con consulta de estomatología y el servicio oficial veterinario y farmacéutico.

El centro tendrá también las instalaciones correspondientes para la atención de las urgencias, el Punto de Atención Continuada (PAC) y la Unidad de Soporte Vital Básico. Las instalaciones del PAC dispondrán de una sala de emergencias polivalente, una sala de observación, otra de curas y seis dormitorios.

El centro mejorará la atención a 5.700 personas en los 15 municipios y 42 localidades de la zona básica de salud de El Burgo de Osma.

La tramitación para este nuevo centro de salud arrancó en 2009 y que se ha visto ralentizada pero se interrumpió en varias ocasiones. Ahora su construcción está más próxima al salir a licitación.

Encontrada en la localidad de Borobia una nueva estela hispanorromana

El Ayuntamiento solicitará ayuda para hacer un estudio con georradar en La Cerrada a propuesta del equipo arqueológico

SORIA

El Ayuntamiento de Borobia solicitará ayuda para hacer un estudio con georradar en el paraje La Cerrada, a propuesta del equipo arqueológico que está realizando el estudio en la zona. Recientemente se ha dado a conocer la existencia de una nueva estela hispanorromana procedente del citado paraje, según informó el Consistorio.

La estela apareció en una pieza de cultivo en los años 70, permanecía olvidada en una nave agrícola del pueblo y fue redescubierta reciente-

mente por un equipo de arqueólogos e investigadores, que informaron cumplidamente del hallazgo a patrimonio de Castilla y León y al Museo Numantino. Como resultado de estas gestiones, el pasado día 29 de enero personal del Museo acudió a Borobia para recoger la estela y depositarla en él, cedida por el propietario.

Se da la circunstancia de que el Museo Numantino conserva entre sus fondos otras tres estelas procedentes de la misma finca, dos de las cuales son en realidad, partes incom-

pletas. Pues bien, se trata de la parte que falta a una de las estelas expuestas permanentemente en el Museo, con la que coincide exactamente. La parte recuperada se encuentra en muy buen estado de conservación y, además, es de una calidad excepcional.

Según explica el equipo de arqueólogos, se trata de una pieza epigráfica (escrita por ambas caras) que aporta elementos novedosos para la interpretación del proceso de romanización de la Celtiberia, tanto por su forma como por su cronología.



ENTREGA DE LOS GERARDO DIEGO Y LEONOR. Miguel Martínez López y Mario Ramos Obregón recibieron en la tarde de ayer sus respectivos premios Leonor y Gerardo Diego de poesía, durante una velada que acogió el Espacio Valdeavellano.

HDS

Por
**Luigi
Benedicto Borges**

«Nunca se rendirá mientras haya un rayo de esperanza». En el Beijing Guoan Football Club mantienen la fe. Confían en que Guo Jiaxuan, uno de sus mayores talentos, un robusto central de 18 años que llegó a formar parte de la cantera del Bayern de Múnich, supere la «muerte cerebral» que padece tras recibir el rodillazo de un jugador del primer equipo del RC Alcobendas. Ambos disputaban un balón en un amistoso que tuvo lugar en Madrid el pasado jueves 6 de febrero.

Los presentes captaron la gravedad del impacto desde un primer momento. El personal médico de ambos equipos se apresuró en saltar al campo para tratar al futbolista y se llamó rápidamente a una ambulancia, aunque el joven finalmente fue trasladado en helicóptero al Hospital 12 de Octubre, donde ingresó a las 11:34 horas. Presentaba un traumatismo craneoencefálico grave y una lesión vascular de los troncos supraaórticos. A las 13:55 horas se emitió el primer informe. Guo padecía una «hemorragia subaracnoidea masiva» que ponía en jaque todas las funciones del sistema nervioso central. La temida muerte cerebral.

Sin apenas tiempo para digerir la noticia, la familia inició una cruzada que arrancó con la reclamación de un avión que llevara al joven de vuelta a China y continúa con la búsqueda de imágenes del partido que permitan esclarecer lo sucedido y conocer el tratamiento médico que recibió Guo tras resultar herido.

Después de vivir una semana plagada de sobresaltos, el 13 de febrero a las 8:53 horas Guo ingresaba en el avión medicalizado que minutos después despejaba de Madrid rumbo a Pekín. Pero las noticias no mejoraron tras el aterrizaje. «No tenemos claro qué ha sucedido», declaró el hermano de Guo entonces. Atendía a los medios en el Hospital Tiantan, que con sus 2.000 camas repartidas en 350.000 m² es el más grande China, donde destaca por poseer un departamento de Neurocirugía de prestigio internacional.

El futbolista había recorrido 15.911 kilómetros en busca de un diagnóstico más favorable, pero el informe de los médicos chinos no difiere del de los especialistas españoles. «La condición de Guo Jiaxuan no nos permite ser optimistas. Todos los indicadores fisiológicos son extremadamente inestables», fue la conclusión de los facultativos del gigante asiático.

El altavoz elegido por la familia del joven para manifestarse ha sido la popular red social china Xiaohongshu. Allí exigieron, en un primer momento, que la Asociación de Fútbol de Pekín (BFA) se hiciera cargo de los gastos médicos del jugador, incluyendo el traslado a China. Esta era la institución encargada de organizar las giras de los juveniles por Europa durante la pretemporada de la

Superliga china, que comienza en el mes de marzo.

«La BFA nos dijo que teníamos que aceptar la situación porque el trabajo de Guo conlleva peligros de alto riesgo. Los médicos españoles nos dicen que hay muy pocas esperanzas de que sobreviva, que está clínicamente muerto como resultado de una falta de oxígeno en el cerebro, y que llevan a quitar los tubos», llegó a clamar el hermano de Guo en sus

redes sociales en los momentos más críticos de su hermano en el hospital madrileño.

La noticia del accidente de Guo se viralizó y la presión en redes surtió efecto. Personal de la embajada de China en Madrid se presentó en el 12 de Octubre para informarse de la evolución del paciente. Al recibir los resultados, comenzaron a coordinar la búsqueda de un vuelo charter. Horas después, la BFA informaba de

que había instado al hospital a que el tratamiento de Guo «no fuera interrumpido» y que «no escatimara esfuerzos para tratarlo, coordinando a los expertos neurólogos nacionales y a los médicos asistentes occidentales». El 12 de febrero se aprobó la ruta del avión y se completaron los procedimientos para un traslado médico internacional.

Guo debutó en las categorías inferiores de la Selección

China Sub-17 en diciembre de 2022 y en junio de 2023 fue el único jugador chino escogido por el FC Bayern World Squad, un programa de captación destinado a descubrir a los mejores jugadores jóvenes del mundo. Diestro cerrado, su paso por Europa le había consolidado en las categorías inferiores del Beijing Guoan, el mismo que en diciembre fichó a Quique Setién como entrenador. Es el tercer técnico español que dirige al equipo, campeón de la liga en 2009, después de Gregorio Manzano y el que fuera su segundo, José González.

UN LÍDER EN EL CAMPO

«Mi hijo es un líder entre sus compañeros. Y nunca lo he tenido fácil en su carrera. Me es difícil aceptar que le haya ocurrido algo así», lamentaba el padre del joven a los medios asiáticos. «Guo Jiaxuan ha sido miembro del equipo juvenil del Beijing Guoan desde que tenía 13 años y siempre ha sido un miembro valioso de la gran familia del club. Su lesión no sólo es extremadamente triste, sino también un duro golpe para el club», ha reiterado el club chino.

El RC Alcobendas, por su parte, hizo llegar una bufanda al Hospital 12 de Octubre, que fue colocada sobre el cabezal de la cama de Guo.

También manifestó su sentir en un escrito:

«Queremos expresar nuestra profunda preocupación por el jugador que sufrió un accidente durante el amistoso contra el primer equipo. Desearnos de corazón su pronta recuperación».

Los familiares de Guo no quieren hablar en estos momentos de «compensaciones y responsabilidades» pero sí han indicado que desean que «se esclarezca lo que sucedió, la verdad del incidente». El hermano del futbolista ha informado de que las condiciones de Guo «no han mejorado» en la última semana y que «poco a poco», sus allegados y él han ido «aceptando la realidad».

En lo que no desisten en su intención de conocer «la cronología exacta» de lo ocurrido. Dado que la causa principal de la muerte cerebral se debe a la falta de oxígeno en el cerebro, consideran que «los cuidados que recibió antes del traslado al hospital son cruciales». Serán las imágenes del partido las que revelen si ocurrió algo que ahora se desconoce, de la misma manera que nadie ha informado aún si se contrató un seguro para cubrir los posibles incidentes que tuvieran lugar en el amistoso.

@LuigiBBorges



Guo Jiaxuan, en el Hospital 12 de Octubre y durante su estancia en la cantera del Bayern de Múnich. CRÓNICA

DE ALCOBENDAS A PEKÍN

15.911 kilómetros (con hemorragia subaracnoidea masiva) en busca del milagro: “Nunca se rendirá mientras haya un rayo de esperanza”

Guo Jiaxuan vino a España para jugar un partido amistoso contra el RC Alcobendas. Un paso más en su prometedora carrera, truncada ahora por un rodillazo que le ha provocado la muerte cerebral. Su familia lucha por conseguir imágenes del encuentro

CASTILLA Y LEÓN



Concentración convocada por OncoBierzo en Valladolid frente a las Cortes de Castilla y León. J.M. LOSTAU

El Bierzo lleva su defensa de «una sanidad pública digna» a las calles de Valladolid

Alrededor de 2.000 personas participan en una concentración de OncoBierzo por la falta de especialistas en el hospital berciano

VALLADOLID El colectivo OncoBierzo movilizó ayer en Valladolid a más de 2.000 personas para reclamar a la Junta una sanidad pública digna y que se ponga fin a la falta de especialista que viene sufriendo de forma sistemática el hospital de Ponferrada.

Con mensajes como: 'Que tu código postal no decida tu esperanza de vida. Menos promesas. Más inversiones. Algún día es mucho tiempo. Tu salud se merece otra cosa', o 'La sanidad no se vende, se defiende', los manifestantes se concentraron en la plaza de la Cortes de Castilla y León para desde allí, dirigirse hasta la sede de la Consejería de Sanidad, en el Paseo de Zorrilla, detrás de una gran pancarta en la que se podía leer: 'El Bierzo, la Cabrera y Laciana, agonizan. La Consejería de Sanidad nos ignora. El cáncer no entiende de tiempo', informó Ical.

José Miguel Abraila, uno de los portavoces de OncoBierzo, explicó que los 120.000 vecinos de la comarca llevan mucho tiempo padeciendo falta de oncólogos, cardiólogos y otros especialistas médicos, situación que ha provocado que desde hace menos de una década se reivindica que el hospital de Ponferrada cuente con los medios necesarios. «Hasta ahora no se nos ha hecho caso. Nuestras protestas han sido a nivel local, pero ahora ha llegado el momento de venir a Valladolid para que se nos oiga y para, que de una vez por todas, se ponga solución a un grave problema con el que se pone en juego la salud de miles de personas», afirmó.

Ante los argumentos de la Junta que alega problemas para encontrar profesionales que quieran trabajar en El



Pancarta para reclamar mejoras en el Hospital del Bierzo. ICAI

Bierzo, Abraila aseguró que OncoBierzo «busca lo mismo que el Consejero de Sanidad», aunque recaló que por parte de la Junta no se están haciendo los esfuerzos suficientes. En este sentido, criticó que aunque la Consejería de Sanidad siempre habla de falta de oncólogos, «la realidad es que en el hospital del Bierzo hay muchas otras carencias que no se están abordando como la falta de cardiólogos, anestesiólogos, radiólogos o de equipos». Además, también lamentó que desde hace años se viene reclamando una unidad de radioterapia, petición que tampoco ha sido atendida, aunque desde hace unos meses la Junta ofrece la posibilidad de que el tratamiento de radioterapia se puede dar en un hospital privado de Ponferrada.

En este sentido, Mari Paz Prada, enferma de cáncer, recordó el «calvario» que suponía la radioterapia en León y explicó que su realidad diaria cada vez

que va a consulta es encontrarse con un oncólogo diferente que desconoce su historial.

Por otra parte, Abraila también lamentó que a pesar de las reiteradas peticiones, nunca han podido mantener un diálogo directo con el consejero de Sanidad, dado que siempre son derivados a la Gerencia del Hospital del Bierzo. Así, explicó que hace unos dos meses se anunció desde la Junta un plan especial de asistencia para El Bierzo dotado con 14 millones y también que se declararía el hospital de El Bierzo como zona de difícil cobertura, «pero, por ahora, no hay nada».

Por último, recaló que desde OncoBierzo está dispuesto a seguir con las movilizaciones hasta lograr que se dé una solución y adelantó que estarán presentes el próximo 15 de marzo en la manifestación que se ha convocado en Valladolid en favor de la sanidad pública de la Comunidad.



Imagen del acto celebrado en León. ICAI

LEÓN

LA ACADEMIA DE AIRE Y MINERVA Y VERA CRUZ SE DAN LA MANO

La Academia Básica del Aire y del Espacio, con sede en La Virgen del Camino, y la Real Cofradía del Santísimo Sacramento de Minerva y la Santa Vera Cruz de León se dieron la mano este sábado para celebrar el 80 aniversario del paso de 'El Descendimiento' que recorrió en procesión las calles del centro de la ciudad a hombros de unos doscientos militares y los hermanos de la cofradía. La procesión, que partió a las diez de la mañana del Museo Diocesano y de la Semana Santa, tuvo su acto central en la plaza de Regla, a los pies de la Catedral de León, donde llegó portada por los 'papeones', que cedieron el paso-obra del imaginero Víctor de los Ríos-a los hombros de los militares. En el transcurso del acto, se procedió al intercambio de bandas entre el coronel directos de la Academia Básica del Aire, Ignacio de Dompablo Fernández, y el abad de la Cofradía, Alejandro Garía. /ICAI



Lince ibérico liberado en el Cerrato Palentino. NATURALEZA CYL

PALENCIA

VIRGO Y VUELVEPIEDRAS SE ADAPTAN CON ÉXITO AL MONTE PALENTINO

Virgo y Vuelvepiedras, los dos linces ibéricos que convirtieron El Cerrato y Palencia en el centro de la naturaleza por excelencia de Castilla y León desde que fueron liberados el pasado lunes, ya presumen de éxito en su regreso a la naturaleza. Reintroducida esta especie en las tierras palentinas, su movilidad, destreza de caza y alimentación son las adecuadas, lo que hace indicar que todo marcha según lo previsto. Esas últimas afirmaciones son las que proporciona el servicio de Naturaleza de la Consejería de Medio Ambiente de la Junta, que este sábado ofrece imágenes térmicas de Virgo y Vuelvepiedras tras su liberación en las proximidades de la localidad palentina de Astudillo. Una «exitosa» adaptación, como presumió Alfonso Fernández Mañueco, que realizó el «hito» que supone conservar esta especie tras llevar más de 50 años desaparecida en Palencia y Castilla y León.



Hace ocho años, José Ramón empezó con algunas molestias en la espalda. «No le di importancia», reconoce. Entonces este policía municipal patrullaba en Móstoles, jugaba al baloncesto, entre otros deportes, y llevaba una «vida sana y activa». «Podía tener algunos dolores lumbares, pero nada fuera de lo normal», cuenta. Algo se gestaba en su organismo: una enfermedad en la médula ósea. En concreto, sus células plasmáticas alteraban sus funciones y mandaban señales al exterior. Sus linfocitos B, parte de su ejército de glóbulos blancos que producen anticuerpos y ayudan al cuerpo a combatir infecciones y enfermedades, ahora se multiplicaban sin control en su médula ósea. De ahí sus dolores en la columna vertebral, costillas y caderas. Fue a finales de 2016 cuando el tumor dio la cara de forma fortuita. «Tuve un accidente, muy tonto, al intentar meter unas bolsas en el coche. Me di un golpe en la cabeza al entrar y me dio un tirón en el cuello», recuerda Joserra, como le llaman sus compañeros. «Al poco tiempo me salió un bulto, que

EL POLICÍA QUE VOLVIÓ A LA CALLE GRACIAS A LA CAR-T: «AHORA YA NO TOMO NINGUNA PASTILLA»

CAR-T. José Ramón recibió en el Hospital 12 de Octubre la primera la terapia comercial contra el mieloma múltiple en España

Por Pilar Pérez. Fotografía de Javier Barbancho

fue creciendo, y ya sí fui al médico». Entonces fue cuando se encontró con el responsable de sus molestias: mieloma múltiple. «Sí fue un momento crítico, pero me puse en manos del equipo de Joaquín [Martínez López es el jefe de servicio de Hematología y Hemoterapia del Hospital 12 de Octubre de Madrid]. Y hasta hoy».

Cada año más de 3.000 personas reciben la misma mala noticia que José Ramón. Y llegan a formar un colectivo de unos 6.000 en total, según las cifras de la Asociación Española Contra el Cáncer. Siendo el segundo cáncer hematológico más frecuente con cinco casos nuevos por cada 100.000 habitantes al año, «a veces cuesta dar con ello por la heterogeneidad de su presentación», cuenta Martínez.

Este oncohematólogo alerta de que, «en general, estamos ante un proceso que produce bastante afectación del estado general del paciente. En un 80% de los casos afecta a los huesos: no los destruye pero sí provoca mucho dolor». Un síntoma con el que sí se identifica José Ramón, pero no con la anemia y los efectos en el riñón que sufre un 50% de los casos. «Una analítica normal serviría para dar con el mieloma, pero tienes que pensar en ello. Porque luego hay que pedir una serie de marcadores

específicos para confirmar la sospecha», sostiene Martínez.

En el caso que nos atañe, «era muy joven para que considerara el mieloma entre las posibles causas de sus dolores», añade. La edad media suele superar la década de los 60 años, aunque se dan casos en adultos jóvenes por encima de los 40. Se diagnostica con mayor frecuencia en personas de entre 65 a 75. Este tumor hematológico representa el 10% de todos los cánceres de la sangre.

Hoy este agente está en remisión y puede presumir de ser el primer paciente con mieloma múltiple en recibir una terapia CAR-T fuera del ámbito de los ensayos clínicos en España. «Al mes sabemos si va a ir bien o mal», apunta Martínez. «Las respuestas son muy rápidas, si no responde en ese tiempo sabemos que va a ir mal». No fue el caso de José Ramón. «Estuve ingresado como una semana, en teoría deben ser dos para vigilarte esos primeros días, que son los chungos. Y no tuve ninguna reacción adversa. A los pocos días desapareció la fiebre. Estaba perfecto», cuenta.

La terapia celular que extrae a los ejércitos de células T del paciente y se las devuelve con las instrucciones necesarias para acabar con el tumor tiene hasta un 80% de efectividad. ¿Lo elimina para siempre? «Aún no podemos decir esto», lamenta el oncohematólogo. «En otras indicaciones tenemos pacientes que fueron tratados hace más de cinco años. Algunos han recaído, otros siguen en remisión. No hablamos de curación sino de remisión prolongada». Martínez puntualiza que en esta opción terapéutica la tasa de respuesta es muy alta, superando el 50%.

Esta semana se daba a conocer un caso único de una mujer que recibió de niña un CART contra un neuroblastoma, un tumor muy agresivo del sistema nervioso, y que 18 años después sigue en remisión. Ha sido madre, con dos hijos sanos. Esta primera generación de la terapia celular ha mantenido a raya al

cáncer. ¿Está curada? Después de casi dos décadas sin rastro de la enfermedad, los médicos siguen considerando que es una remisión.

Este es el objetivo de las terapias que no curan: mantener el tumor arrinconado en el organismo de los pacientes el mayor tiempo posible. En el hospital madrileño ya han recibido esta terapia celular avanzada seis pacientes con el mismo tumor de la sangre y otros dos están a la espera. Desde 2019, este centro ha tratado a más de 140 personas con diferentes neoplasias hematológicas y este año las previsiones estiman que podrán beneficiarse unas 80.

Un número alto debido a que el paraguas del uso de estas terapias en la sanidad pública se ha ampliado en el último año: leucemia linfoblástica aguda de células B, linfoma B difuso de células grandes, linfoma de células del manto, linfoma B de alto grado (segunda línea), linfoma folicular y mieloma múltiple refractario y en recaída. En casi todos los casos, se emplea como última opción o «de rescate cuando todo lo demás ha fallado». «Se trata de una alternativa para los que no tenían otras opciones terapéuticas e iban a ver recortada su esperanza de vida», subraya Martínez.

José Ramón llegó en el momento preciso en el que la Administración daba luz verde a la financiación de



MIELOMA. Es un tipo de cáncer de las células de la sangre que se origina en la médula ósea.

INCIDENCIA. En Europa, se diagnostican casi 40 nuevos casos por cada millón de habitantes/año.

ORIGEN. No existe ningún factor conocido que sea causa directa de la aparición.

SÍNTOMAS. El dolor óseo, en la columna vertebral, costillas y caderas; y anemia.

DETECCIÓN. Con análisis completo de proteínas en sangre y en orina, y mielograma.

PRONÓSTICO. Solo un 10% responde bien a los primeros tratamientos. Otro 10-15% se vuelve resistente y tiene periodos en remisión.

idecabtagén vicleucel contra el mieloma múltiple.

Martínez apunta que «fue crucial, porque José Ramón tenía ya pocas opciones». Sin embargo, en Europa esta terapia celular avanzada estaba aprobada desde el 15 de diciembre de 2023.

Este lapso temporal entre el visto bueno de la UE y España lleva a «buscar otras opciones para nuestros pacientes, no solo con ensayos clínicos», comenta Martínez. Al tiempo, subraya que no se usan de forma general y que este paso supuso un gran esfuerzo porque las indicaciones de las terapias CAR-T son escasas y para tumores concretos. Una gran proporción de los pacientes consigue acceder a ellas a través de uso compasivo. En el caso del mieloma múltiple, el centro madrileño ha conseguido la autorización para emplear la CAR-T ya fuera del entorno de investigación.

Uno de los escollos de las terapias celulares es su financiación, ya que superan los 300.000 euros. José Ramón lo sabe y duda si poner una cifra total a todo el montante de las terapias que le permiten dar seguridad a sus vecinos mostoleños o simplemente disfrutar de la vida con su mujer y dos hijos, «ya mayores». Pero sí quiere reivindicar que «en España es una pasada lo que tenemos en sanidad».

«Nuestro sistema nacional de salud me ha dado la vida. Si yo hubiera vivido en otro país, estaría muerto. No podría haberme endeudado tanto. Esto es una cosa bárbara. Tenemos que ser conscientes de que tenemos una sanidad que te cura casi de todo». José Ramón, con ese espíritu positivo que impregna todo a su alrededor, es consciente de las abultadas listas de espera, de la situación de los profesionales sanitarios... «pero es que, con todo, estamos mucho mejor que en otros países», afirma.

Llegar a la terapia celular no es sencillo. De hecho, este cartucho, por las mencionadas cuestiones de eficiencia, se reserva como última opción. El oncohematólogo del centro madrileño desgana las opciones del botiquín que han de usar antes de recurrir al entrenamiento de las propias células del paciente. «Son varias líneas, en total tres antes de llegar a la terapia celular», apunta Martínez. «En primera y segunda línea generalmente se usan en grupo la inmunoterapia con anticuerpos monoclonales, los inhibidores de proteasomas que se llaman inmunomoduladores que son derivados de la talidomida. Son en total como cuatro fármacos».

Si eso no funciona, hay una tercera opción de rescate. «El trasplante autólogo de progenitores de médula ósea que es mejor si los enfermos son jóvenes [menos de 70 años]», describe Martínez, que ya señala que en el mieloma múltiple ya estamos en uno de los momentos críticos.

«Lo cierto es que sabes que ninguno de los tratamientos te va a curar», asume con mucha tranquilidad José Ramón. «Lo importante, y te lo dicen, es el tiempo que vas a pasar en remisión [con el tumor a raya] entre una opción y la siguiente», incide.

José Ramón no cumple con el perfil tipo de paciente con mieloma múltiple: ni por edad ni por su situación clínica. Siendo una excepción, también lo es cómo encara desde hace ocho años la enfermedad.

No se considera un enfermo al uso. «No he dejado de trabajar, me he mantenido activo. He podido seguir con mi vida», argumenta. En la RAE se describe paciente como «persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica». En su caso, resta importancia a ese sufrimiento físico. «Tengo dolores en la rodilla que

El mieloma múltiple pasa desapercibido: «En un 80% de los casos causa mucho dolor óseo y en un 50% provoca daños en el riñón»

La financiación de la terapia: «Nuestro sistema nacional de salud me ha dado la vida. Si yo hubiera vivido en otro país, estaría muerto»

me preocupan más», dice, y todavía ha de someterse a controles para ver la evolución del tumor, aunque no requiere ningún tratamiento extra. «Ahora mismo no tomo nada. He pasado de tomar un montón de fármacos a no tomar ninguno».

Huye de darle importancia al tumor, de que cobre protagonismo. «Sí que intento ayudar a otros que pasan por lo mismo. Unos te aceptan los consejos, a otros le va mejor. Pero es una situación que cada uno afrontamos de distinta forma», asegura el policía.

Si ha de poner un pero a estos ocho años lidiando con el mieloma múltiple son los efectos de una medicación que limitó sus opciones de patricular por las calles mostoleñas. «Los fármacos derivados de la talidomida me obligaban a tener un baño cerca», lamenta. «Por eso tuve que pedir quedarme en oficina, y he pasado tiempo en el ayuntamiento». «Creo que ya puedo volver a salir a la calle, que es lo me gusta», dice con entusiasmo.

Otro mal trago fueron las semanas aislado para el doble trasplante de médula ósea en enero y mayo de 2018. «Me resultaron pesadas porque estás solo y has de tener mucho cuidado para no resultar infectado de ninguna manera, te dejan sin anticuerpos», recuerda.

Ese doble trasplante «fue un cartucho que usaron para asegurarse de que funcionaba», apunta. Y funcionó. Y mucho. «Frente a otras personas, el efecto de esta terapia me ha durado cinco años». José Ramón es consciente de su «suerte» o de que sus condiciones previas al tumor le han servido de red de seguridad para afrontar cada una de las etapas terapéuticas. «He vuelto al boxeo, he seguido haciendo alguna actividad física... Estaba sano antes del tumor, no he fumado nunca...».

Su actitud también es parte de esa red de seguridad. Y también la confianza en la sanidad. «Llegué de casualidad a la terapia CART. Me lo contó Joaquín y le dije que sí», dice. Si no hubiera llegado la aprobación del mieloma múltiple, «habla otra opción». En este caso, serían los biospecíficos, una combinación de fármacos capaz de actuar en dos dianas celulares.

Esa esperanza asegura que no la perdió en ningún momento del proceso. «Cada uno es diferente, y yo hablo por mí, pero siempre veo lo positivo de todo». No todo ha sido maravilloso, ha tenido sus momentos, «he pasado situaciones complicadas, pero he buscado afrontarlas lo mejor posibles. Creo que mi carácter ha sido importante». Aunque reconoce que aquí también ha tenido ayuda.

«Pero ¿necesité apoyo psicológico en algún momento?»

«Sí, durante algún tiempo. Estuve yendo al principio. Sobre todo, porque te ayuda a afrontar las situaciones y ver la vida cómo es. Al principio la palabra cáncer te deja un poco atorado. Pero luego te das cuenta de que no todos los tumores son iguales.

Incluso en eso ve cierto privilegio. «Los hay peores y hay gente con más efectos secundarios, más afectados», contextualiza. Y en eso ha tenido que ver que «no estoy todo el día con el tema». José Ramón no ha ocultado su tumor, «es cierto que se cuenta más, hay menos estigma, pero tampoco lo haces con todo el mundo».

«Ahora, se van a enterar muchos más de los previstos...»

«No me importa. La idea es que la gente sepa que hay otros como ellos, que hay terapias y que hay que cuidar nuestra sanidad y también a todos sus profesionales».

SALUD Rober Sánchez, educador del movimiento, sostiene que la causa principal del sedentarismo es la forma en la que nos ejercitamos: lineal, pobre y robótica

El entrenador que aboga por “salir de la jaula del fitness y del deporte” para tener un cuerpo ágil, fuerte, flexible e inteligente

Por Gema García Marcos

Proclamar que el ejercicio físico es una gran mentira, así, de primeras, no suena demasiado bien. Sobre todo, si se tiene en cuenta que la pandemia de sedentarismo que asola este planeta nos está matando. Esta semana, sin ir más lejos, se ha advertido de que, según los datos de una investigación publicada en *The Lancet Public Health*, la esperanza de vida se está ralentizando en la mayoría de los países de Europa desde 2011 por culpa de nuestros malos hábitos de vida, y a pesar de los extraordinarios avances de la medicina. Tampoco cuadra demasiado animar, a una sociedad que no mueve el trasero ni para subir un par de escalones, a «salir de la jaula del fitness y del deporte». Pues por eso es, precisamente, por lo que aboga Rober Sánchez, divulgador y educador del movimiento en adultos, que en su libro *NO HAGAS EJERCICIO ¡Puedes moverte!*, nos sugiere y propone una práctica de movimiento basada en la curiosidad y la alegría, donde el cuerpo se convierte en un instrumento ágil, fuerte, flexible e inteligente. Es decir, básicamente, recuperar nuestros cuerpos para lo que están diseñados, para moverse en libertad, en lugar de someterlos a la cadena perpetua de estar pegados a una silla y limitar su actividad a momentos puntuales y planificados de forma robótica y artificial que, en lugar de hacernos sentir bien —que de eso se trata—, nos provoca rechazo, pereza y hastío.

P. Antes de poner en práctica tu propuesta, nos invitas a arrancar por observar nuestro cuerpo con una

“Nos ejercitamos a base de disciplina, como si fuéramos autómatas, no seres humanos”

“Estamos cansados de deberes, de que nos digan lo que tenemos que hacer”

“Con ir al gimnasio tres días a la semana no basta si no nos movemos en la vida cotidiana”

mirada «apreciativa, coherente y respetuosa» para ver... ¿Qué? ¿Qué se supone, exactamente, que deberíamos ver en esa autocontemplación que nos animas a llevar a cabo?

R. Algo tan básico como que la vida nos da un cuerpo que puede moverse. Mejor dicho, nos lo regala (sin misticismos ni Mr. Wonderful). Bueno, o mejor dicho todavía, nos lo presta por un tiempo limitado. Y que, como mucho, lo ejercitamos lineal, pobre

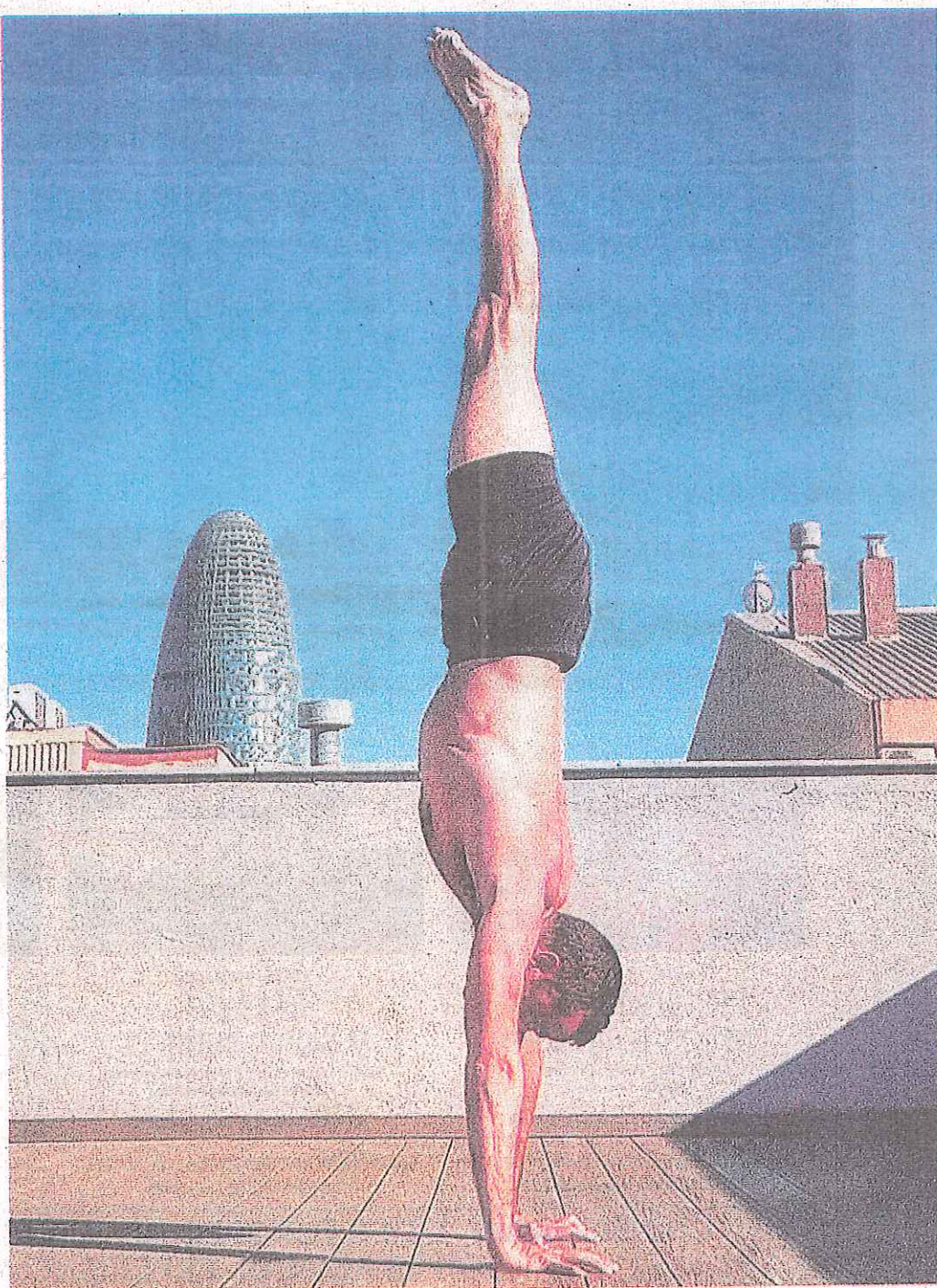
y robóticamente, siguiendo programas y a base de disciplina, como si fuéramos autómatas, y no seres humanos.

P. Nos pasamos el día sentados. Apenas caminamos. No subimos escaleras (ni las bajamos). Usamos el correo electrónico o el teléfono para comunicarnos con compañeros de trabajo que se sientan a pocos metros de nosotros. Parece que nos hemos condenado a movernos de forma encorsetada, contando series,

Sánchez aboga por volver a movernos de una forma natural y divertida.

repeticiones... Y claro, eso no nos gusta, nos da pereza, nos aburre... R. ¿Lo parece? Tristemente, esa es la realidad de la mayoría. No se trata de negar la utilidad del ejercicio físico como herramienta esporádica. Consiste en ampliar la mirada, contemplar la infinidad de posibilidades que tenemos a nuestra disposición y nutrir el cuerpo de diversidad, variabilidad y riqueza motriz, tanto física como mentalmente.

P. ¿En qué momento se nos olvidó



YO DONA

disfrutar de un cuerpo versátil, eficaz y humano?

R. En el momento en el que dividimos al ser humano en mente y cuerpo y, en consecuencia, concebimos este último como algo separado de nosotros mismos, de lo que *debemos* ocuparnos en un gimnasio tres días a la semana, siguiendo pautas y normas, persiguiendo objetivos y resultados dictaminados y estandarizados por alguien ajeno a nosotros, por lo general, un experto o académico del campo del deporte o la salud.

P. ¿Qué tiene que ver este sedentarismo que nos mata con el hecho de que prácticamente hayamos limitado nuestro movimiento al ejercicio reglado en el gimnasio?

R. Todo. No digo que sea imposible que alguien consiga adherirse a este tipo de actividad física, pero, por lo general, esto ocurre durante un tiempo limitado y a cambio de una gran dosis de fuerza de voluntad. Es muy complicado y poco habitual que una persona se enganche a largo plazo a algo que, en el fondo, no tiene un sentido directo de movimiento, algo intrínseco a sí mismo; podríamos decir algo que sale de dentro. Los académicos ya no saben cómo abordar la falta de adherencia al ejercicio físico y llegan a culpabilizar a la gente por poner excusas, de falta de responsabilidad y de compromiso.

¿Y si es la propuesta convencional la que está fallando por ser artificial y restrictiva? ¿Y si el individuo está cansado de que le pongan deberes, de que le digan todo el rato lo que tiene que hacer? Por otro lado, y como está mostrando la evidencia científica, una persona que va al gimnasio tres días a la semana puede seguir sufriendo los perjuicios del sedentarismo si no se mueve regularmente en su día a día. Algunos proponen reglar la vida cotidiana más todavía con alarmas para moverse, rutinas matinales, rutinas de tarde, *snacks* de ejercicio... Más pautas, más deberes, más instrucciones. Más fracaso.

P. ¿Qué nos ha pasado? ¿En qué momento convertimos algo tan natural como es movernos en una especie de tortura y por qué?

R. Es evidente que el desarrollo industrial y tecnológico y la migración masiva a las ciudades ha tenido un gran peso en esta transformación. La vida ya no requiere del movimiento de antaño; la supervivencia de la especie ya no lo implica. Biológicamente, necesitamos seguir en movimiento, pero, en nuestro contexto cotidiano, ya no. Todo esto lo que produce es un gran cortocircuito. Verlo como una obligación, como un deber, puede funcionar durante un tiempo, pero, a la larga, no es sostenible. De ahí

“Biológicamente, necesitamos seguir en movimiento, pero, en nuestro contexto cotidiano, no”

“Ver el movimiento como una obligación y como un deber más no es sostenible a la larga”

“Puedes tener un cuerpo con un aspecto maravilloso y que de funcionalidad ande justito”

que invite a ser muy consciente, a darse cuenta con el cuerpo (no racionalmente) de la posibilidad de movimiento. A decirnos: «¿Has visto que puedes moverte? ¿Lo has visto de verdad? ¿Qué narices estás haciendo?».

P. Por desgracia, todavía hay quien piensa que esto de moverse es más por narcisismo que por salud... ¿Qué les dirías a los que conciben el ejercicio como la herramienta para tener un *six pack*?

R. La estética, en algunas ocasiones, funciona como vía de entrada. De nuevo, sugeriría ampliar la mirada, en este caso, para extenderla en el tiempo. A largo plazo, una motivación tan banal dejará de servir. Si uno pretende seguir en movimiento, el motor tiene que venir de otro lugar. Por otro lado, ejercitarse por razones estéticas es un claro ejemplo de ingeniería inversa fallida. Puedes tener un cuerpo con un aspecto maravilloso y que, en realidad, de movimiento y de funcionalidad ande muy justito.

P. Dentro de nada, por cierto, estaremos otra vez con la odiosa operación bikini...

R. Y, aparte de ejercicio apresurado, otra vez a dieta. Fíjate en este detalle: cualquier nutricionista o experto con dos dedos de frente ya sabe que hacer dieta no



funciona. El 95% de las personas que se pone a dieta, fracasa. Los académicos defienden, acertadamente, que una dieta no es más que una herramienta, y proponen que lo realmente eficaz es educarse nutricionalmente, aprender a comer saludablemente, hacer la compra, cocinar tus propias comidas... Y yo me pregunto, si hacer dieta no funciona, ¿por qué siguen recomendando hacer ejercicio en lugar de moverse? P. Luego también están los que han convertido el ejercicio en una hazaña épica, los apóstoles del *impossible is nothing*...

R. A estas personas, sin ánimo de juicio ni paternalismo, les preguntaría de qué están huyendo o tratan de evadirse, qué malestar están intentando tapar. A mayor sufrimiento, más dosis de épica van a

necesitar. Y más conforme pase el tiempo y su cuerpo se adapte hasta alcanzar los límites fisiológicos que todos tenemos, por supuesto. Es un perfil muy lucrativo para los fisioterapeutas.

P. Entonces, ¿por qué no hay que hacer ejercicio, según tu filosofía? R. Porque es una visión reduccionista y simplista del asunto. Puede tener su cabida en contextos y momentos concretos como una posibilidad más, pero no como un deber o una necesidad. Eso, por no hablar de que, a la larga, es una estrategia limitada, restringida, superficial y vacía. Practicar movimiento es lo más completo, coherente y respetuoso que se puede hacer por nosotros mismos, porque moverse y vivir es lo mismo. Es lo natural.

P. Busquemos el origen de todo esto. ¿Qué tiene que ver la evolución del ser humano con el hecho de que nos hayamos convertido en una especie de autómatas de gimnasio en lugar de movernos en el día a día?

R. Para entenderlo, solo hace falta echar la vista atrás. Llevamos una mochila evolutiva de millones de años como seres vivos que se pueden mover, cerca de 300.000 como *homo sapiens* que estimulaban motrizmente su cuerpo todos los días a base de



BUSCA

Moverte en tu día a día. Concebir el movimiento como algo natural.

EVITA

Ejercitarte de forma pobre, lineal, monótona y maquinista, porque así no cubres ni una centésima parte de tus necesidades.

caminar, correr, saltar, lanzar, equilibrarse, arrastrarse, eargar, trepar, etc. Un ejercicio pobre, lineal, monótono y maquinista, como el que llevamos a cabo en la actualidad, no cubre ni una centésima parte de nuestras necesidades reales, de lo que el cuerpo espera, tanto a nivel puramente físico como también cognitivo. ¿Cuándo fue la última vez que tuviste que resolver una tarea, un desafío, un acertijo corporal, no solo con tu cuerpo, sino, sobre todo, con tu cabeza? P. ¿Qué sentido tiene que, en nuestra vida cotidiana, usemos siempre el ascensor y que, luego, nos pasemos media hora haciendo *step* en el gimnasio?

R. Tiene menos sentido que una película de Charles Chaplin con subtítulos.

P. ¿Cuál es tu propuesta, entonces? ¿Nos borramos del gimnasio? ¿Dejamos de entrenar? No parece que eso sea demasiado recomendable, sobre todo, teniendo en cuenta el estilo de vida tan sedentario que llevamos...

R. En absoluto. Algunos espacios y materiales del gimnasio (muy pocos) pueden utilizarse como escenarios y herramientas muy útiles de movimientos. En mi opinión, no se trata tanto del qué y, en este caso, del dónde, sino del

cómo y de la intención que se le da al movimiento. ¿Qué estás tratando de desarrollar en un momento dado? ¿Qué consecuencias estás promoviendo en tu cuerpo (y en tu mente) realizando tal o cual ejercicio, patrón, movimiento? ¿Tiene un sentido profundo para ti, una conexión directa contigo? ¿O lo haces, simplemente, porque crees que debes hacerlo, o porque has leído o te han contado que es bueno para las mitocondrias, para la microbiota, para quemar calorías, para la hipertrofia muscular o para la longevidad? ¿Cuál es mi propuesta? No te muevas para conseguir un objetivo concreto. Muévete por moverte, de la forma más natural, rica y diversa posible, y deja que el cuerpo se encargue de sí mismo, que sabe hacerlo mejor que tú y todos los expertos. P. Recapitemos. ¿Qué hacemos, entonces, para tener un cuerpo sano, fuerte y funcional, sobre todo, a partir de cierta edad? R. Parar. Parar para mirar. Mirar para ver. Y, cuando veamos todo lo que hay de verdad, sin esoterismos chungos, la claridad y la nitidez de los hechos nos ponen en marcha, nos mueven. Sigamos la estela.



“NO TE FROTES LOS OJOS”: ¿POR QUÉ ESTE MAL HÁBITO DAÑARÁ TU CÓRNEA A LARGO PLAZO?

Queratocono. Esta enfermedad ocular es poco frecuente, surge en la infancia y se caracteriza por un frotamiento compulsivo y una graduación cambiantes

Por Pilar Pérez

Restregarse los ojos cada vez más fuerte. El uso de pantallas rutinario, ambientes secos... el ojo pierde humedad y empieza a molestar. Y ahí va el puño contra el párpado, una y otra vez. «Las conjuntivitis alérgicas y vernaes que cursan con intenso picor de ojos son especialmente propensas a que los niños tiendan a frotarse los ojos en exceso», apunta Miguel Naveiras Torres-Quiroga, especialista del departamento de Oftalmología de la Universidad de Navarra. «El frotamiento ocular empeora el ciclo inflamatorio en la superficie y es relevante si hay una predisposición patológica en la estructura de colágeno de la córnea», añade.

Un picor de ojos puede ser una señal de una enfermedad incipiente, como el queratocono. Luis Fernández-Vega Cueto-Felgueroso, del Instituto Oftalmológico Fernández-Vega, enumera que, entre los signos de alerta de esta enfermedad inflamatoria y progresiva de la córnea, «se encuentran la pérdida paulatina de la vista, la visión borrosa, la distorsión de imágenes, la irritación, el dolor ocular y un aumento de la sensibilidad a la luz brillante y al resplandor».

En un 25% de los casos se hereda y, como aclara este especialista en córnea y cristalino, «suele aparecer en la infancia o adolescencia y se detecta por la necesidad frecuente de cambio de la graduación de

las lentes y el frotamiento ocular compulsivo». Naveiras subraya que esta acción continuada debilita mucho esa estructura y «es el factor de progresión a queratocono más importante».

Aunque el oftalmólogo de Navarra añade que, en poblaciones predispuestas, como es la mediterránea, «se pueden unir factores genéticos y de inflamación local en la superficie ocular que debilitan la estructura de láminas de colágeno de la córnea».

Una vez en la consulta, el especialista realiza una exploración completa mediante una topografía corneal y exploración microscópica en lámpara de hendidura. Además de las señales mencionadas, hay pistas que pueden ser detectadas en la óptica, durante una retinoscopia. Además del ajuste de graduación de gafa, los expertos prescriben métodos para evitar llevarse las manos a los ojos: gotas de antihistamínicos y lágrimas artificiales que disminuyan el estímulo.

Ambos insisten en que los padres juegan un papel decisivo en niños pequeños para instruirlos de que es imprescindible evitar frotarse los ojos. «El juego tradicional de nuestros abuelos que nos decían que “los ojos se frotan solo con los codos”, sigue siendo útil en esas edades», comenta Naveiras.

Si bien es cierto que la prevalencia del queratocono es «afortunadamente poco frecuente», apunta Naveiras, «se estima que afecta al 0,05% de la población general». «Está en el límite de ser una enfermedad minoritaria», añade Fernández-Vega. Una detección temprana ayuda a reducir el número de pacientes que llegan a las fases más avanzadas, «que suele ser lo habitual», dice el oftalmólogo ovetense.

Una vez que se diagnostica el queratocono, se evalúa cada seis meses para conocer si es estable o progresivo. En caso de ser progresivo, los especialistas enumeran un abanico de opciones terapéuticas como el implante de segmentos intracorneales, *crosslinking* o en casos muy avanzados (afortunadamente ya menos frecuentes) con trasplante corneal laminar (DALI). «El objetivo es ralentizar la progresión de la enfermedad», aseguran. «Uno de los tratamientos quirúrgicos más frecuentes del queratocono es el implante de segmentos intracorneales, unos anillos transparentes de polimetilmetacrilato (PMMA), material inerte totalmente biocompatible, que se colocan en el espesor de la córnea mediante el uso del láser de femtosegundo para reforzarla, cambiar su geometría y devolver el tejido a su forma original», remacha Fernández-Vega.

SALUD



ENFERMERA SATURADA

SNUS, EL PELIGROSO TABACO SIN HUMO QUE LLEGA DE SUECIA

Arrasa en jóvenes. El consumo de una bolsita supone el equivalente a fumar seis cigarrillos. Las redes sociales sirven de escaparate a esta nueva forma de nicotina en las nuevas generaciones

Vapear ya no está de moda. Si creía que los cigarrillos electrónicos de usar y tirar, con multitud de olores y sabores, eran la preocupante puerta al consumo de tabaco por parte de los jóvenes, esto ya no es así. Una vez más la industria tabaquera ha buscado nuevas fórmulas que atraigan a más consumidores ante el descenso en la venta de vapeadores de sabores y sus regulaciones. Ahora lo que arrasa es el snus.

¿Qué es el snus?

Unas pequeñas bolsas con forma rectangular y color blanco o marrón que contienen nicotina sintética. Se comercializan almacenadas en cajetillas pequeñas, normalmente redondas y metálicas, con llamativos colores. En Suecia llevan años siendo populares entre los jóvenes, y desde hace unos meses se extienden con gran éxito por el resto de Europa.

¿Cómo se consume?

Cada caja contiene un número determinado de pequeñas bolsas de nicotina, de un tamaño no mayor que el de un sobre de edulcorante para el café. Se retira una de ellas y se coloca durante una media hora en el espacio existente entre el labio superior y la encía, sin ingerirla. Pasado el

tiempo deseado, se tira a la basura. La nicotina se va liberando y llega a la sangre tras absorberse a través de las mucosas de la boca.

¿A cuántos cigarrillos tradicionales equivale?

No es fácil dar una cifra porque el contenido de nicotina varía mucho de unas marcas a otras, encontrando en el mercado concentraciones que van desde los dos miligramos hasta casi 50. Pero la mayor parte del snus que se comercializa en España se sitúa entre los 10 y los 20 miligramos. Una cifra superior a la que encontramos en un cigarro tradicional, que contiene unos ocho miligramos de nicotina.

¿Se puede vender a menores de edad?

Se puede y se hace, tanto en canales de venta digital como en estancos, ya que al no contener tabaco logra esquivar todas las regulaciones del Ministerio de Sanidad, incluidos sus impuestos especiales.

¿Qué daños provoca?

Los primeros en la boca: recesión de encías, manchas en los dientes, halitosis, lesiones precancerosas. Pero también un aumento de la frecuencia cardíaca y de la posibilidad de arritmias. Además, de la adicción.





Fieles rezan por la salud del Papa, ayer, en el exterior del hospital Gemelli de Roma, donde se agolpan las velas, las flores y hasta los globos con el rostro de Francisco. EUROPA PRESS

Una insuficiencia renal leve se suma al cuadro clínico del Papa

Sigue con administración de oxígeno pero no sufrió ayer nuevas crisis respiratorias

MANUEL TORI ROMA

El Papa Francisco sigue en estado crítico, aunque ayer no sufrió nuevas crisis respiratorias. Algunos análisis de sangre mostraron, eso sí, una insuficiencia renal inicial leve, actualmente bajo control, según el parte médico difundido por el Vaticano a última hora de la tarde. La complejidad del cuadro clínico y la espera necesaria para que las terapias farmacológicas den alguna respuesta exigen que el pronóstico permanezca reservado.

Desde que el Papa ingresó en el hospital Gemelli de Roma hace dos viernes, los comunicados cortos de la Santa Sede han coincidido con informaciones relativas a su esta-

bilidad médica mientras que los largos han servido para detallar las complicaciones. La Santa Sede informó a primera hora del domingo de que Francisco había «descansado» y pasado una noche «tranquila». Un mensaje que animaba a la calma tras conocerse a última hora del sábado un agravamiento causado por una crisis respiratoria. El obispo de Roma siguió recibiendo ayer altos flujos de oxígeno a través de un tubo nasal para respirar.

El clima en Roma ahora mismo es de preocupación. Tras el ingreso del Papa por una bronquitis, fruto de un resfriado que había ido a más, el pasado martes se dio el primer punto

de inflexión crítico cuando el Vaticano divulgó que padecía una «neumonía bilateral». Después, el viernes, los médicos de Francisco —el del hospital Gemelli de Roma, Sergio Alfieri y el que lo sigue en el Vaticano, Luigi Carbone— protagonizaron una rueda de prensa multitudinaria en la que aseguraron que «no está en riesgo de muerte, pero tampoco fuera de peligro». Un día después se conocía su crisis respiratoria y la necesidad de que le hicieran una transfusión de sangre al detectar anemia.

Desde una óptica religiosa, en Roma había interés acerca de qué decisión habría tomado el Papa, como líder de los católicos de todo el mundo, en relación con el Ángelus. Por segunda vez consecutiva, Jorge Mario Bergoglio no pudo protagonizar el domingo ni desde el Palacio Apostólico frente a la plaza de San Pedro en el Vaticano ni tampoco asomado desde la décima planta del hospital Gemelli de Roma. La Santa Sede se vio obligada a divulgar el texto del Ángelus a modo de carta abierta de Francisco. El Pontífice transmitió a los fieles que permanece «confiado» y siguiendo los «tratamientos necesarios». También hizo hincapié en la importancia del «descanso» como una «parte de la terapia», empleando en el texto los signos de exclamación.

Y es que el comentario del Pontífice tiene relevancia —a medio camino entre el consejo y la entrañable auto-

REZOS EN ARGENTINA

FILELES. Las iglesias de Argentina se llenaron ayer de fieles que no dudaron en acercarse a rezar por la recuperación del Papa, nacido en el país andino. El obispo de Buenos Aires proyecta estos días la frase: «Francisco, la ciudad reza por vos», informa AP.

SU PATRIA, EN VILO.

En Buenos Aires, sacerdotes y católicos que conocieron a Francisco o tuvieron algún contacto con él destacaban que fue quien puso a la Iglesia Católica a la orden de los más desposeídos. Algunos fieles también se sentían decepcionados porque el Papa argentino no ha visitado su país natal desde su elección.

crítica—, ya que es bien conocido el espíritu incansable de Jorge Mario Bergoglio. Incluso sus propios médicos temen darle el alta de forma prematura ante el riesgo de que vuelva a su ritmo habitual de trabajo. Su médico en el Vaticano admitió el viernes an-

te los medios que el Papa, en los días previos a su hospitalización, había dado prioridad «a la Iglesia». Se entendió, claro, que respecto a su propio descanso y a su salud.

«Agradezco de corazón a los médicos y al resto de sanitarios de este hospital por la atención que estoy recibiendo y por la entrega con la que desarrollan su servicio con las personas enfermas» aseguró el Santo Padre ayer por escrito a los católicos de todo el mundo. El jefe del Estado de la Ciudad del Vaticano también quiso subrayar que hoy se cumplirán tres años del inicio de la invasión a gran escala rusa de Ucrania, un aniversario «doloroso y vergonzoso para toda la humanidad». Y, siguiendo su costumbre, no perdió la ocasión para recordar a «las víctimas de todos los conflictos armados», entre ellas las de Palestina, Israel, Oriente Próximo, Myanmar o Sudán.

Ahora mismo el mundo entero está conmocionado por el estado de salud del Papa, quien también quiso agradecer públicamente los «mensajes de afecto» de los últimos días, haciendo especial hincapié en «las cartas y los dibujos de los niños» recibidos. «Gracias por esta cercanía y por los rezos de ánimo que he recibido desde todas las partes del mundo», afirmó, por último, Bergoglio, quien, como desde el primer día de su pontificado, pidió a todos que re-
cen por él.

"La rinoplastia es la cirugía más apasionante de la cirugía facial"

DR. MACÍA CIRUJANO MAXILOFACIAL



"La rinoplastia ultrasónica permite obtener resultados más naturales y armónicos, con una recuperación más rápida y cómoda para el paciente"

El Dr. Macía lleva más de 20 años especializado en el campo de la cirugía oral y maxilofacial. Hablamos con él para conocer las últimas técnicas que aplica en Icifacial, el centro que dirige.

¿Qué le llevó a especializarse en rinoplastia y cirugía de feminización facial?

La rinoplastia es una de las cirugías más apasionantes y difíciles dentro de la cirugía facial. Existen múltiples maneras de abordar-

la y cada cirujano desarrolla su propio enfoque tras años de experiencia. Dedicarse casi en exclusiva a esta cirugía es clave para alcanzar un alto nivel de precisión y excelencia.

Siempre recomiendo que los pacientes elijan un cirujano con amplia experiencia, alguien que realice varias rinoplastias a la semana. La clave no es solo conseguir buenos resultados, sino minimizar la necesidad de reintervenciones, ya que estas son más complejas. En Icifacial nos esforzamos para que cada cirugía sea definitiva y satisfactoria.

¿Y la cirugía de feminización facial?

Mi interés comenzó hace unos 13 años,

cuando asistí a una conferencia sobre frontoplastia de feminización. Me impresionó el impacto positivo en la vida de los pacientes. Desde entonces, me he dedicado a perfeccionar mis técnicas para ayudar a las personas a sentirse más alineadas con su identidad.

Son pioneros en rinoplastia ultrasónica en España. ¿En qué consiste esta técnica y cuáles son sus ventajas?

La rinoplastia ultrasónica emplea un dispositivo piezoeléctrico que realiza cortes precisos en los huesos nasales mediante vibraciones ultrasónicas. A diferencia de la rinoplastia tradicional, que usa escoplos y martillos, esta tecnología permite esculpir el hueso de manera más controlada, minimizando el daño a los tejidos blandos. Sus principales ventajas son la precisión milimétrica, que facilita resultados más naturales, y una menor invasión, lo que reduce el trauma y permite una recuperación más rápida y cómoda.

¿Por qué apostó por esta técnica?

Mi interés surgió al enfrentar dificultades con las osteotomías tradicionales. Tras asistir a congresos internacionales, descubrí el uso de ultrasonidos para cortar el hueso. En 2016 incorporé esta tecnología para realizar rinoplastias menos invasivas y más precisas.

¿Cómo personalizan los tratamientos?

Contamos con un equipo de cirujanos maxilofaciales, anestesiólogos, enfermeras y personal auxiliar que trabajan en conjunto para ofrecer una atención integral y personalizada. Tener clínica y quirófanos propios nos permite mantener un control riguroso de los procesos y garantizar la seguridad y comodidad de los pacientes. Este enfoque asegura tratamientos altamente personalizados y resultados óptimos.

¿Cuáles son los planes de futuro de Icifacial?

La rinoplastia es una de las cirugías más complejas, lo que nos motiva a seguir investigando y formándonos. Participamos en congresos internacionales para compartir conocimientos y aprender de otros especialistas. Nuestro objetivo es mantenernos a la vanguardia y ofrecer siempre lo mejor a nuestros pacientes.

icifacial.com
IG: @drmacia.icifacial

EL TABACO, DETRÁS DE LOS ICTUS SIN ORIGEN CONOCIDO EN JÓVENES

Neurología. El consumo intensivo en hombres entre 45 y 49 años multiplica el riesgo de accidente cerebrovascular entre cinco y siete veces. En España, entre un 25-50% de los infartos cerebrales no tiene una causa asociada

Por Pilar Pérez (Madrid)

El tabaquismo, en particular el consumo excesivo, está relacionado con algunos ictus de origen desconocido en adultos jóvenes, principalmente en hombres y en personas de entre 45 y 49 años, según un estudio publicado en el último número de la revista *Neurology*.

Un accidente cerebrovascular de causa desconocida, denominado ictus criptogénico, es un tipo de infarto cerebral isquémico causado por una obstrucción del flujo sanguíneo, donde no está claro qué ha provocado el tapón. Los síntomas son debilidad, dificultad para hablar y problemas de visión. Los ictus pueden ser mortales y la mayoría se producen después de los 65 años.

nas jóvenes que sufren estos ictus inexplicables, por lo que es importante evaluar cualquier posible relación. Nuestro estudio descubrió que fumar sería un factor clave».

En nuestro país cada año entre 110.000 y 120.000 personas lo sufren un accidente cerebrovascular. Cada seis o siete minutos se está produciendo un ictus en España. Según el documento Ictus: Plan de actuación en Europa 2018-2030, de la Alianza de Ictus para Europa (SAFE, por sus siglas en inglés), hasta 2035 se espera en Europa un incremento en el número de ictus (un 34%), en las muertes por ictus (45%) y en los supervivientes con discapacidad (25%).

Un 25% de los ictus en pacientes españoles responde a la situación del trabajo. Un porcentaje que sube al 50% en el caso de los jóvenes,

menos de 50 años. «Hay que recalcar que es una patología que puede afectar en cualquier edad de la vida, incluso a los niños».

El tabaco mata casi a 54.000 personas al año en España y el 27,5% de esas muertes (más de 14.000 en números absolutos) se deben a enfermedades cardiovasculares, incluida la diabetes, según datos de la Sociedad Española de Cardiología (SEC).

En nuestro país, pese a la reducción del consumo de tabaco que se observa en el último análisis de Sanidad, Estudios, a día de hoy fuma a diario uno de cada cuatro españoles, eso solo supone una reducción del riesgo. En 2024, el 25,8% de los españoles entre 15 y 64 años manifiesta fumar a diario frente al 35,1% que lo hacía en 2001. Pese al crecimiento del consumo en mujeres, aún es superior en hombres, 40,9% frente al 32,7%. Y más aún en la franja que señala el estudio: 31,9% y 26,9%. Y siete de cada diez aún echa mano de los cigarrillos tradicionales.

Para el estudio, los investigadores analizaron a 546 personas de entre 18 y 49 años que habían sufrido un ictus de origen desconocido. Se emparejaron por edad y sexo con otras tantas personas que no habían sufrido un ictus.

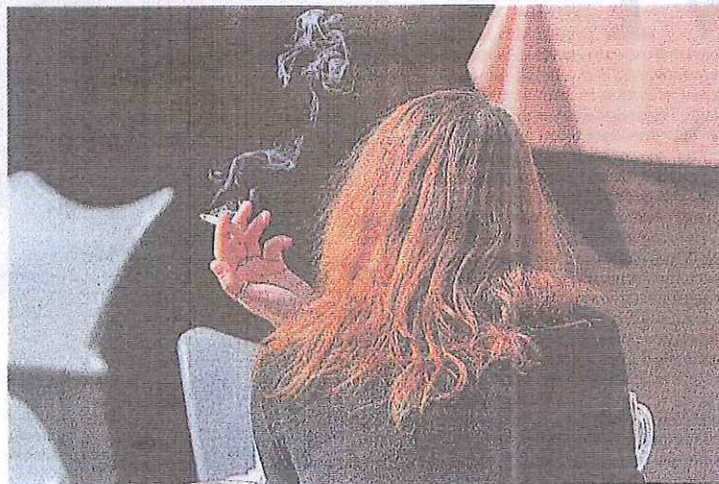
Los participantes respondieron a preguntas sobre sus hábitos de tabaquismo, consumo de alcohol, nivel educativo, inactividad física y otros problemas de salud. Los investigadores revisaron las respuestas para determinar qué

factores podían estar relacionados con el ictus inexplicable. En este sentido, descubrieron que las personas que habían sufrido un ictus inexplicable eran más propensas a fumar. De los que habían sufrido un ictus criptogénico, el 33% fumaba, frente al 15% de los que no lo habían sufrido.

Tras ajustar los factores que podrían afectar al riesgo de ictus, como el nivel de estudios, el consumo de alcohol y la tensión arterial, los investigadores observaron que los fumadores tenían más del doble de riesgo de sufrir un ictus inexplicable en comparación con los que no tenían el hábito. Asimismo, hallaron que los riesgos

eran mayores en los participantes varones, que tenían más del triple de probabilidades, y entre los 45 a 49 años, con casi el cuádruple.

La intensidad del consumo de tabaco, es decir, cuántos cigarrillos fumaba una persona al día también fue un factor clave: el equivalente a más de 20 paquetes al año supone un riesgo más de cuatro veces superior de sufrir un ictus inexplicable en comparación con las que no.



Una fumadora en una terraza de Madrid. ANTONIO HEREDIA

«Aunque el tabaquismo se ha relacionado desde hace tiempo con el ictus isquémico, se sabe poco sobre cómo afecta a los menores de 50 años, especialmente en los que sufren un accidente cerebrovascular inexplicable», afirma Phillip Ferdinand, de la Universidad de Keele (Reino Unido) y miembro de la Academia Americana de Neurología. «Una serie de investigaciones recientes han puesto de manifiesto un aumento del número de perso-

por lo que son necesarios estudios más exhaustivos, ya que las causas son muy heterogéneas, como recoge el documento de Sanidad Estrategia en Ictus del SNS.

Pablo Irimia, consultor del Departamento de Neurología de la Clínica Universidad de Navarra (CUN), comentaba en este medio que, aunque es cierto que está muy asociado a la edad —y cada vez somos más longevos—, en torno a un 15-20% de los pacientes tienen



Digitalizar el seguimiento de los pacientes

Plaisens propone la creación de una plataforma de la que puedan disponer los socios sanitarios para el diagnóstico precoz y evaluación de pacientes, especialmente de la población infanto-juvenil, con discapacidades motrices y/o alteraciones posturales

La Feria Internacional de Innovación y Tecnología al Servicio de los Cuidados (Fitecu) acogió en su última edición, celebrada en Zamora, el proyecto Plaisens, la 'Plataforma inteligente Sensorizada: Investigación de la aplicación de tecnologías de sensorización e IA para la detección y evaluación de alteraciones posturales y discapacidad motriz'. Esta iniciativa propone la creación de una plataforma de la que puedan disponer los socios sanitarios para el diagnóstico precoz y evaluación de pacientes, especialmente de la población infanto-juvenil, con discapacidades motrices y/o alteraciones posturales.

Esta iniciativa pretende explorar una solución tecnológica basada en el uso conjunto de impresión electrónica, sensorica e inteligencia artificial como demostrador de las capacidades de la tecnología. Coordinada por el Clúster Soluciones Innovadoras para la Vida Independiente (SI-

VI), cuentan con la participación de Aspace Salamanca, asociación de padres de personas con parálisis cerebral y encefalopatías afines de Salamanca; Ceteo, una ortopedia expertos en accesibilidad, órtesis, prótesis y productos a medida; ICSCYL, Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla y León; Centro Stirling, unidad de I+D+i de Mondragón Componentes; Nufesa Electronics, una empresa pionera en el suministro de productos y accesorios en el mercado de electrónica y microelectrónica y Funcional Print Cluster, asociación clúster de impresión funcional y aditiva.

«Se comenzó a trabajar en 2023 y en la actualidad las investigaciones continúan, gracias al soporte de la financiación del Ministerio de Industria y Turismo a través de las ayudas a las Agrupaciones Empresariales Innovadoras», explica Silvia Zabalá, doctora en Química sosteni- ble de formación y responsable

del Área de Impresión Funcional de MC3 (Centro de competencias de Mondragón Componentes), una de las entidades que participa en el proyecto.

«Plaisens investiga para aportar una herramienta fiable para evaluar la eficacia y efecto de actuaciones terapéuticas concretas en momentos determinados, sobre la base de conseguir incrementar las simetrías en los apoyos para mejorar la situación de los pacientes. Se están estudiando la aplicación de tecnologías basadas en sensores capacitivos y resistivos, que se imprimirán mediante tecnologías de impresión electrónica con el objetivo de permitir en un futuro fabricar dispositivos de manera sencilla y barata para poder desplegar el uso de estos dispositivos en el entorno sociosanitario».

«Además, la herramienta pretende apoyar a los profesionales en la evaluación de los efectos de las terapias en el pacien-

te. Para ello se analizará la implementación de un sistema de comparación de datos mediante diversas herramientas como el big data, machine learning, redes neuronales, etc. generando los algoritmos que permitan proporcionar los servicios deseados y que en un futuro posibiliten la implantación de una IA», añade.

La primera fase del proyecto se centró en la investigación para adquirir los conocimientos y aptitudes necesarias para el posterior desarrollo de esta plataforma sensorizada de detección de presión del cuerpo de la persona en decúbito ventral y dorsal, así como en sedestación, asociada a la generación de un software que recoja estos datos para su evaluación y apoyo a la decisión del profesional sanitario.

En esta fase se centraron en facilitar mediante este estudio «una mayor objetividad a esos datos para aportar una herra-

amienta fiable para evaluar el riesgo de desarrollo de alteraciones posturales y retraso psicomotor, la evolución de estas alteraciones en el contexto de la maduración del sistema nervioso central (SNC) y la eficacia y efecto de actuaciones terapéuticas concretas en momentos determinados, sobre la base de conseguir incrementar las simetrías en los apoyos para mejorar la situación postural y ortopédica de los pacientes».

Así, se investigó «la aplicación de tecnologías basadas en sensores capacitivos y resistivos, que se imprimirán mediante tecnologías de impresión electrónica con el objetivo de permitir en un futuro fabricar dispositivos de manera sencilla y barata para poder desplegar el uso de estos dispositivos en el entorno sociosanitario».

El proyecto afronta en 2025 su segundo año de desarrollo, siguiendo la planificación planteada. Durante este año Plai-



Participación del proyecto Plaisens en la Feria Internacional de Innovación y Tecnología al Servicio de los Cuidados (Fitecu).
/REPORTAJE GRÁFICO DE FITECU



El equipo detrás de esta 'Plataforma Inteligente Sensorizada'



Muestra de la plataforma.

sens proseguirá investigando la aplicación de nuevas tecnologías para el desarrollo de la plataforma sensorizada que permita al personal sanitario el diagnóstico precoz, evaluación y seguimiento de pacientes con discapacidades motrices y/o alteraciones posturales.

«Actualmente, nos encontramos en la segunda fase en la que se pretende abordar retos tanto tecnológicos como clínicos. El objetivo es investigar y desarrollar una solución tecnológica sobre superficies 3D basada en el uso conjunto de tecnologías 4.0 de impresión electrónica, sensorica e inteligencia artificial como demostrador de las capacidades de la tecnología», asegura.

«Esto estará enfocado a extraer datos objetivos relativos a

la postura de la persona en ambos decúbitos, para detectar el riesgo de padecer alteraciones del desarrollo en el primer año de vida, así como asociar los datos de la postura en ambos decúbitos con el desarrollo o evolución de deformidades en la población con patología neuromusculo-esquelética en edad infanto-juvenil y analizar los condicionantes ético legales necesarios para implementar la solución tecnológica en la práctica clínica».

Para ello están llevando a cabo la validación de la plataforma en diferentes grupos de población y se están analizando las necesidades del personal sanitario para su implementación en entornos

clínicos.

La iniciativa para esta Plataforma Inteligente Sensorizada «surge por las necesidades detectadas por los sanitarios, es-

pecialmente el equipo de ASPACE Salamanca, que trabajan con pacientes con necesidades asistenciales específicas en fisioterapia y otras especialidades sanitarias», incide Silvia Zabala. Para ello quieren conseguir hacer un seguimiento de la evolución de estos pacientes a través de la manta sensorizada.

Con esta investigación buscan que Plaisens sea una herramienta a disposición de los profesionales de la salud que les ayude a identificar de forma temprana las alteraciones posturales en niños y jóvenes con discapacidades. Además, les ayudará a realizar evaluaciones precisas y objetivas de la evolución de cada paciente.

A esto se suma la posibilidad de monitorizar la efectividad de

las terapias y ajustarlas según sea necesario como efecto añadido, su uso podría mejorar la eficiencia en la prestación de servicios de rehabilitación.

Para ello se apoyan en ciertas herramientas tecnológicas. Por un lado, la impresión 3D permite la fabricación de estos sensores flexibles y personalizados a bajo coste. La sensorica será la encargada de capturar datos precisos sobre la presión y la postura del cuerpo y por último, la IA o inteligencia artificial se centrará en el análisis de los datos para poder generar informes personalizados de cada paciente.

Todos estos aspectos suponen beneficios tanto para los pacientes, que podrán recibir un tratamiento más efectivo que contribuirá a que tengan una mayor autonomía y calidad de vida, como para los profesionales de la salud, que podrán llevar un mejor seguimiento de sus pacientes, tendrán una mayor eficiencia en sus servicios y contarán con un apoyo en forma de datos para la toma de decisiones. Por ello, la plataforma se convierte en un hito significativo en el sector de la rehabilitación.

En cuanto a su paso por la Feria Internacional de Innovación y Tecnología al Servicio de los Cuidados la doctora en Química sostenible de formación y responsable del Área de Impresión Funcional de MC3 apunta que esta entidad a la que pertenece es parte del Clúster de Soluciones innovadoras para la vida independiente y «colabora habitualmente en las actividades que realizan». Por ello no podían faltar a la cita celebrada en IFEZA, el recinto ferial de Zamora.

En esta cita, impulsado por la Junta de Castilla y León, «además de presentar el proyecto en curso Plaisens, estamos exponiendo en un stand de Mondragon Health las capacidades en salud de las empresas del Grupo Mondragon», incide.

Con esta participación buscan «detectar el feedback del sector ante los nuevos desarrollos en los que estamos trabajando, identificar aplicaciones posibles para la tecnología que estamos desarrollando, networking, contrastar con los especialistas y potenciales usuarios la validez y aspectos de mejora de nuestras soluciones tecnológicas».

Una oportunidad esencial, ya que «es un sector importante que requiere de soluciones específicas y no existen a nivel nacional foros equivalentes en los que pueda surgir la colaboración entre usuarios potenciales y tecnólogos y empresas. La llamada 'Silver Economy' es un mercado creciente, en paralelo a las necesidades de la sociedad actual», concluye.

Derivan a Burgos operaciones de otorrino por la falta de médicos

El PSOE denuncia que sólo hay dos profesionales de una plantilla de cinco

MILAGROS HERVADA SORIA

La falta de profesionales de otorrinolaringología en el Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria está obligando a derivar las operaciones de laringectomizados a Burgos, según denuncia el PSOE de Soria, como consecuencia de que sólo dos médicos están activos en el servicio de los cinco que contempla la plantilla orgánica. «Es una operación muy importante, que salva vidas en los enfermos de cáncer de garganta, pero es imposible realizarla en Soria ya que hacen falta tres médicos», señaló la procuradora socialista soriana, Judith Villar, enfatizando el «trastorno» que supone para el enfermo y su familia, además del coste económico añadido durante la estancia fuera de la provincia.

Puso de manifiesto que el hecho de que sólo sean dos los otorrinos en activo, «porque no los han suplido», están llevando al «colapso» al servicio, por la «sobrecarga» de trabajo que sufren, «casi hasta la extenuación», lo que trae como consecuencia una mayor demora de atención a los pacientes y restricciones en las operaciones quirúrgicas. Según los últimos datos de la Consejería de Sanidad, se ha doblado el número de pacientes aguardando (1.017) y los días de demora (107).

«La actividad quirúrgica se ha reducido al 50% porque si se realizaban 28 operaciones al mes, ahora son 14, y no operaciones importantes», apuntó Villar, quien criticó a la Junta de Castilla y León como responsable, ya que esta situación con sólo dos médicos es conocida desde «hace un año».

La socialista aseguró que los profesionales de otorrinolaringología realizan hasta 16 guardias cada uno, «y luego van a quirófano a operar». «Son maltratados», puntualizó, reclamando que se supla a los profesionales que por bajas laborales y motivos sindicales no prestan el servicio. Según dijo, «el día 6 de febrero se avisó a la Dirección del hospital de que una guardia quedaba sin cubrir, y al final los profesionales no lo permitieron, porque son excepcionales».

Actualmente son otorrinos procedentes de Ávila y Burgos los que acuden a Soria, «de manera puntual», para cubrir las guardias, «mejor pagados que los de aquí», rectificó Villar. «Les están llevando a la extenuación y les pagan menos que a los que vienen de fuera, pero a los que hay que cuidar es a los que tienen aquí», manifestó.

«Los otorrinos no pueden más, de puro agotamiento», indicó la procuradora socialista, criticando que la Junta no dé respuesta, por lo que reclamó una nueva ley de incentivos que motive a los profesionales médicos a buscar destino en Soria.

«Si hay dos médicos que atienden como cinco, qué pasa si enferman, cogen vacaciones o tienen una vida», cuestionó Villar pidiendo soluciones.

JUNTA

Por su parte, la delegada territorial de la Junta, Yolanda de Gregorio, puso de relieve la falta de médicos que



Hospital Santa Bárbara de Soria. MARIO TEJEDOR

existe en toda España y afirmó que «no hay ninguna guardia que no esté asegurada y garantizada» porque Sanidad trabaja en un sistema de red en Castilla y León y las cubren profesionales de Ávila y Burgos, que además pasan consulta durante los fines de semana, puntualizó.

Respecto a las derivaciones de la-

ringectomizados a Burgos, apuntó que «han sido muy ocasionales», «aproximadamente tres a lo largo de 2024. No asustemos a la ciudadanía».

Reiteró la petición que hace el Consejo de Sanidad al Ministerio de «más especialistas»: «Que abran más plazas de MIR».

Las soluciones que aplica la Junta en Soria llegan a través de la cobertura de profesionales procedentes de otras provincias, «ofreciéndoles incluso condiciones económicas más favorables para que vengán, pero esa falta en esta especialidad es común en toda España», concluyó.

2

OPINIÓN

HERALDO-DIARIO DE SORIA. Viernes 28 de febrero 2025

Sanidad de Castilla y León: la realidad de los pacientes frente política inútil

OTRO DÍA en el que la ruina y el apocalipsis no arrasa la sanidad de Castilla y León. Otro día en el que los discursos ideológicos e ideologizados sin más aspiración que parasitar la política improductiva e inútil no concilian con la realidad. La sanidad de Castilla y León sigue mejorando y es la segunda mejor valorada de España por pacientes y usuarios. Y esto lo dice el Barómetro del Ministerio de Sanidad del gobierno del PSOE y Sumar, con una ministra que no es sospechosa de remar a favor del consejero Alejandro Vázquez, que es el principal artífice que ha obrado la mejora del modelo, a decir de los pacientes, no de los artífices de sermones y homilias irreales. Sólo Asturias, una comunidad uniprovincial y con el 80% de la población, que no llega al millón de habitantes, concentrada en un triángulo de poco más de 60 kilómetros, supera en este barómetro a Castilla y León. La tercera es Cantabria, con una peculiaridades similares a las de Asturias.

La valoración de la sanidad en Castilla y León es de 6,72 en una escala del 1 al 10, frente a una media nacional del 6,28. Pero es que hay unas dificultades añadidas en nuestra comunidad. La dispersión, la amplitud del territorio, el envejecimiento y hasta la orografía ejerce una dificultad añadida a la prestación de los servicios sanitarios, que llegan a todos los rincones de Castilla y León. La per-

cepción ha ido mejorando desde el desembarco de Alejandro Vázquez y su humildad en un departamento que antes estaba regido por la arrogancia y el desprecio hacia la sanidad rural y las necesidades de los pacientes. El 2022, cuando fue desalojada de la consejería Verónica Casado y del gobierno, Igea, la valoración era de 6,27. Con Vázquez esa percepción ha ido mejorando año tras año hasta los 6,72 de calificación actual.

Es cierto que, seguramente, en un análisis más pormenorizado, aflorarían los desequilibrios que existen incluso en esa percepción. Y esa es la tarea que tiene que ocupar al consejero, que no es dado ni a la autocomplacencia y ni al alimento del ego de su predecesora. El Hospital del Bierzo sigue siendo, sin duda, la Cenicienta de la sanidad autonómica, esperando que los rectores de la consejería conviertan si no en carrozas, por lo menos en carros, las calabazas sobre las que se asienta la gestión del hospital berciano. Y no estaría de más que el gerente, que ya no es tan nuevo, Juan Ortiz de Saracho, copiara del consejero y se empleara más en el trabajo y en el esfuerzo por mejorar las cosas que en las absurdas, cínicas e ineficaces campañas de imagen en las que anda inmerso. Los mejores embajadores de la imagen de la sanidad son los pacientes. Con Saracho la paciencia empieza a agotarse.

CASTILLA Y LEÓN

Los pacientes puntúan al Sacyl con la segunda nota más alta del país

Los ciudadanos de Castilla y León otorgan un 6,68 a su sanidad pública en 2024 en el barómetro sanitario del Ministerio y solo es superada por Asturias

VALLADOLID

Los castellanos y leoneses otorgan un 6,68 de media al funcionamiento de la sanidad pública de Castilla y León durante el pasado año, lo que supone la segunda nota más alta del país, sólo por detrás de Asturias (6,72), y bastante superior a la media nacional (6,28). Además, el sistema mejoró su calificación respecto a 2022 y 2023, cuando era de un 6,27 y un 6,4, si bien todavía no ha alcanzado la más elevada, que fue un 7,07 en 2017. Así lo recoge el Barómetro Sanitario global del año 2024, publicado ayer por el Ministerio de Sanidad.

Asimismo, el informe indica que el nivel de satisfacción con el sistema sanitario público de Castilla y León (se haya utilizado o no) ha mejorado unas décimas, mientras en el conjunto del país español se mantiene estable en 2024, con una puntuación de 6,28 sobre diez. Tras Asturias y Castilla y León, figuran a poca distancia Cantabria (6,67) y Aragón (6,56). A la cola figuran las ciudades autónomas de Ceuta (5,56) y Melilla (5,53), así como Andalucía (5,72), informa Ical.

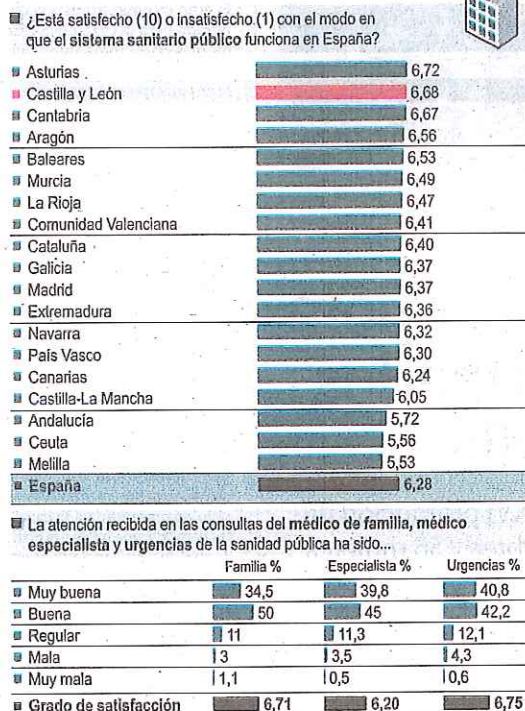
Igualmente, los ciudadanos de Castilla y León continúan mostrando una clara preferencia por los centros públicos en las cuatro áreas asistenciales analizadas: médico de cabecera (72,3), consulta de especialistas (62,5), ingreso en hospital (82,7) y urgencias (79,3), superando en todas ellas las medias nacionales.

Respecto a la atención primaria, los ciudadanos encuestados por el Barómetro Sanitario otorgan un 6,71 a este servicio en la Comunidad, frente al 6,29 de media en todo el país, por encima del 6,2 dado a las consultas de los especialistas -5,87 en España-, pero por detrás del 6,75 de las urgencias hospitalarias -6,17 en España-. Además, el 1-1-2 recibe un 7,78; las urgencias de Primaria, un 6,8, y los ingresos en los hospitales, un 7,47 en Castilla y León.

En ese sentido, el informe del Ministerio señala que más de un 80% acudió a una consulta de medicina de familia o general, ya sea en la sanidad pública (60,3%) o la privada (8,4), mientras en ambas fueron tratados un 17,2%. Además, en la pública, un 53% asegura que cuando ha tenido un problema ha podido consultar con su facultativo, si bien un 17,9% indica que alguna vez no lo ha conseguido. Entre estos últimos, un 41,3% no pudo ver a su médico porque le dieron cita "para muchos días después", por lo que se fue a urgencias, y un 32,6%, cuando llegó la fecha, ya no era necesaria la consulta.

Al respecto, un 62,3% de los en-

Barómetro Sanitario en Castilla y León 2024



Ficha técnica: 420 entrevistas telefónicas asistidas por ordenador realizadas a castellanos y leoneses de 18 años y más entre el 29 de abril y el 31 de octubre de 2024, con error de muestreo del $\pm 1,1\%$ para un nivel de confianza de 95,5% y $P=Q$, en el supuesto de muestreo aleatorio simple.

FUENTE: Ministerio de Sanidad

FS/ICAL

cuestados en Castilla y León apuntó que pasó más de un día hasta que le atendió el médico de familia porque no había cita antes y un 39,9% tuvo que esperar entre tres y cuatro días. Además, un 32% aseguró que la espera fue superior a la semana. En conjunto, la Atención Primaria los que tuvieron que esperar por una consulta lo hicieron de media 5,27 días, muy por debajo de los 8,67 que se registra en todo el país. Además, un 61,5% ha tenido una consulta telefónica en el último año, con una satisfacción elevada.

Asimismo, las esperas en urgencias fueron en la Comunidad, de acuerdo al Barómetro Sanitario, de una a cuatro horas para un 49,5%, si bien un 29,1% fue atendido en menos de una hora. A pesar de ello, para un 83% la atención recibida fue buena o muy buena. Además, de uno a tres meses esperó un 40,9% desde que lo derivó el médico de Atención Primaria hasta que lo vio el especialista y un 34,2%, más de tres meses, si bien para un 45% la atención recibida fue buena y para un

39,8, muy buena.

Por otra parte, un 85,5% de los encuestados aseguró que en los últimos 12 meses no había acudido a un profesional sanitario por problema de salud mental, por encima de la media nacional del 81,7. Los que lo hicieron, en su mayoría acudieron inicialmente a la sanidad pública (59%) y también lo trataron después (47,3%). Principalmente fueron atendidos por el médico de familia (34,6%), el psicólogo (33,4) y el psiquiatra (28,9).

Respecto a las listas de espera, para un 52,1% siguen igual en la Comunidad y para un 32% han empeorado, mientras sólo un 7,1 cree que han mejorado. Además, sobre los ingresos hospitalarios, los castellanos y leoneses valoran con un 6,95 el número de enfermos por habitación, frente al 8,76 y el 8,29 que otorgan al equipamiento y la tecnología o la información recibida durante la evolución del problema de salud.

Finalmente, un 88,5% de los castellanos y leoneses está asegurado en la sanidad pública, frente a un



El consejero Alejandro Vázquez. ICAL

92,2% de media en España, y un 18,6% tiene un seguro médico privado, frente a un 23,2% en el conjunto de las comunidades. Además, un 54,5% cree que se financia con los impuestos de todos y un 28,1% considera que lo hace a través de las cotizaciones de los trabajadores.

PERSPECTIVA NACIONAL

En lo que se refiere al funcionamiento del sistema público de España, el 55% de la población opina que, en general, 'funciona bastante bien' o que 'funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios' (12,2% y 42,8% respectivamente). Se mantiene, muy atenuado, el cambio de tendencia observado en 2022, cuando la valoración positiva disminuyó en 15 puntos porcentuales (pp) respecto a 2019 (en los años pandémicos intermedios no hubo Barómetro). En 2024, el descenso ha sido de 1,7 pp respecto al año previo.

Se mantiene, muy atenuado, el cambio de tendencia observado en 2022, cuando la valoración positiva disminuyó en 15 puntos porcentuales (pp) respecto a 2019 (en los años pandémicos intermedios no hubo Barómetro). En 2024, el descenso ha sido de 1,7 puntos porcentuales respecto al año previo.

El porcentaje de personas que opinan que 'necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan' se sitúa en el 28,7%, sin apenas variación respecto a 2023.

Las personas que opinan que el sistema sanitario 'funciona mal y necesita cambios profundos' son el 15,6% en 2024 y constituye la cifra más alta de la serie estudiada.

En un desglose de la opinión de los castellanos y leoneses, el 14,7% de los ciudadanos encuestados opina que, en general, 'funciona bastante bien', cifra que se eleva hasta el 44% al responder que 'funciona bien, aunque son necesarios algunos cambios'. Otro 25,9% considera que necesita cambios fundamentales y un 14,6% cree que deben ser cambios profundos al funcionar mal.

Castilla y León convoca el Bono Nacimiento para el cuidado de hijos

VALLADOLID

La Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades convocó ayer el Bono Nacimiento para el cuidado de hijos en Castilla y León de este año, que cuenta con un crédito asignado de 19,6 millones de euros, según publicó el Boletín Oficial de la Comunidad (Bocyl). El pasado año se concedieron 7.326 bonos, 224 más que en el ejercicio anterior.

El plazo para la presentación de la solicitud será de tres meses desde la fecha de nacimiento o adopción, o desde la publicación del extracto en el Bocyl en el caso de los nacidos entre el 1 de enero de 2025 y este 27 de febrero, informó Ical.

Serán beneficiarias las familias cuyos progenitores o el único responsable familiar, tengan hijas o hijos nacidos, o menores adoptados, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2025.

La cuantía del bono oscila entre los 500 euros por el primer hijo de una familia de renta más alta y los 2.500 a partir del tercero en una de renta más baja.

Miriam Andrés y Antidio Fagúndez serán secretarios generales del PSOE

VALLADOLID

Miriam Andrés volverá a ser elegida como secretaria general del PSOE en Palencia en el congreso provincial que tendrá lugar el próximo 5 de abril en la localidad palentina de Barruelo de Santullán, al ser la única candidata para dirigir el partido.

La alcaldesa de Palencia señaló que el hecho de que sólo exista una candidatura a dirigir el partido a nivel provincial significa que el proceso de unidad está «más que consolidado» en la provincia, informa Ical.

Junto a ella, pero en el ámbito de Zamora, Antonio Fagúndez ya fue proclamado secretario general del PSOE después de que la Comisión de Ética y Garantías validara su precandidatura, presentada en tiempo y forma ante los órganos socialistas zamoranos.

El político expresó su «compromiso con la unidad y la renovación» del PSOE de Zamora, además de destacar la «importancia de trabajar de manera cercana a la ciudadanía y en colaboración con todos los miembros del partido».

COLEGIO DE DENTISTAS DE SORIA

La salud bucodental, al cuidado del Colegio de Dentistas de Soria

La Junta provincial de Soria, presidida por Camilo Sainz, cuenta con 44 colegiados dedicados a ofrecer el mejor servicio odontológico a los ciudadanos

El Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región, que aglutina a los colegiados de las provincias de Burgos, Palencia, Soria, Valladolid y Zamora, se encarga de velar por la salud bucodental de los ciudadanos. En concreto, en la provincia de Soria están colegiados 44 profesionales y hay 22 clínicas dentales en toda la provincia. Su misión es, principalmente, mantener el nivel de la odontología para ofrecer el mejor servicio a la sociedad, garantizando la buena práctica profesional y la formación continuada para alcanzar un ejercicio profesional científico y actualizado.

Camilo Sainz es el presidente de la Junta Provincial de Soria quien, tras más de 30 años como colegial, ha visto cómo la profesión organizada ha contribuido, junto con la administración, a desarrollar temas de salud bucodental. Una de las principales batallas del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región es regular la Ley de Publicidad Sanitaria para proteger al ciudadano del consumo de productos que no tienen fines sanitarios y que pueden perjudicar seriamente a su salud. «Es una petición de todos los colegios profesionales sanitarios de España y esperamos que pronto se lleve a cabo».

Para ello, se han puesto en marcha diferentes campañas, como 'No hay fórmulas mágicas, la salud oral es cosa de profesionales', donde hicieron hincapié en los peligros que conlleva adquirir tratamientos dentales sin el debido control y sin la



Camilo Sainz, Presidente de la Junta Provincial de Soria.

supervisión de un dentista colegiado, como la pérdida de piezas dentales, dolores crónicos y problemas al hablar.

Otro de sus objetivos es promover la salud oral. Para ello se creó la campaña 'Cuida tu boca, construye un futuro saludable', donde se explica la importancia de una correcta salud bucodental, acudiendo al dentista a las más mínima dolencia y tener revisiones periódicas al menos una

vez al año para prevenir y diagnosticar de manera temprana patologías más frecuentes, como las caries y las enfermedades periodontales.

El próximo 20 de marzo se celebrará el Día Mundial de la Salud Bucodental, «con la que pretendemos motivar a la población sobre la necesidad de cuidar la salud oral, ya que está estrechamente ligada con la salud general y descuidarla puede generar problemas cardiovasculares,

diabetes, demencias, embarazos prematuros y un largo etcétera».

Todo esto se completa a lo largo del año con diversas campañas sanitarias a nivel nacional, en las que se informa a los ciudadanos de diversos temas de interés, como el cáncer oral, la salud oral en personas diabéticas, adolescentes y tercera edad, entre otros.

Además, el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la VIII Región es un nexo de unión entre los propios colegiados, que reciben formación actualizada y continuada con numerosos cursos públicos en las provincias de Burgos, Palencia, Soria, Valladolid y Zamora. Se completa con actividades sociales para compartir experiencias entre los colegiados, como la celebración de Santa Apolonia, que tuvo lugar el pasado 9 de febrero.

Su web www.colegiodedentistas.com es otra gran fuente de información, tanto para los colegiados, con intranet propia, como para los ciudadanos, con noticias que interesan a su salud bucodental. En breve, los colegiados contarán con una APP, en la que conocerán de manera más rápida todas las novedades, formaciones y noticias sobre el mundo de la odontología.

En la actualidad, los colegios profesionales se encuentran realizando un estudio epidemiológico, con metodología de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para conocer las tendencias de la salud oral en España. En esta ocasión, también se incorpora a los niños de 3 a 4 años para contar con datos que sirvan para planificar tratamientos y planificar la formación de recursos humanos.

COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DENTISTAS COLEGIADOS EN SORIA

COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS

code

BURGOS PALENCIA SORIA VALLADOLID ZAMORA

Abdul-Razzak Capintero, Fátima
Aguilera Rodrigo, Alberto
Aguilera Rodrigo, Dafén
Alonso Sánchez, M^a de los Mercedes
Andrés Ramírez, Eva
Argüelles Suárez, Sandra
Delgado Gil, Lucía
García Paniagua, Laura María
García Pérez, Cristina
García Yáñez, Cristina
Golvano Tarancón, Cristina
Gómez García, José Antonio
Gómez Ruiz, Ricardo
Gómez Serrano, Alberto
Gómez Serrano, Alejandro

Hernández Pérez, Paula
Hernández Villanueva, M^aximo
Jiménez Aslasiulizama, Nagore
Jiménez Cascaño, Julián
Jiménez Madroga, Luz Marina
Jiménez Ruiz, Sheila
Lloret Segura, Osvaldo Francisco
Martínez Rodríguez, Laura
Moreno Torcal, José
Moreno Torcal, Mercedes
Muñoz Benito, Alfredo
Núñez Pérez, Mónica
Olave Calzán, Adrián
Oñoro Sampedro, Cindy Liliana
Ortega Álvarez, Vanessa

Palacios Beltrán, María Concepción
Pascual Guillén, Andrés
Peñufoles Calvo, Rafael José
Poza Barrera, José Antonio
Rodrigo Ortega, Milián
Rodrigo Ortega, Sonia
Ruiz González, Verónica
Ruiz Miranda, María
Ruiz Ruiz, Pablo
Sáinz Castro, Álvaro
Sáinz Ruiz, Camilo
Sanz Martínez, Virginia
Yagüe Cortázar, Aitziber

SORIA

El TSJ revoca la condena y absuelve a un acusado de agresión sexual

El Tribunal señala que la denunciante confesó la existencia de otro contacto sexual previo y evidenció «insatisfacción al no haber colmado sus expectativas y apetencias»

MILAGROS HERVADA SORIA
El Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León revoca una sentencia de la Audiencia Provincial de Soria que condenó a cinco años de cárcel y una indemnización de 35.000 euros a un acusado de agresión sexual y le absuelve por entender que la única prueba inculminatoria que existe es la versión de la denunciante, «contradicha de modo contundente y creíble por la del acusado», mientras que la de la mujer «ya hemos visto que resulta endeble y contradictoria», según señala la sentencia del TSJ.

Los hechos que se juzgaron ocurrieron en enero de 2023, cuando el acusado acudió a casa de la denunciante, previa llamada telefónica, y ésta le dijo que acudiría pero no para mantener relaciones sexuales, como en ocasiones anteriores, sino únicamente para hablar. Cuando él llegó, la relación sexual se culminó en la habitación de ella, después de retirar el edredón de la cama, como la mujer le había pedido, y en un determinado momento le dijo que parara porque la estaba haciendo daño y no le satisfacía.

A tenor de las declaraciones en el



El TSJ revoca la sentencia emitida por la Audiencia Provincial. M.T.

juicio celebrado en la Audiencia Provincial de Soria, el TSJ recoge en el fallo de absolución que «la denunciante confesó la existencia de otro contacto sexual con el acusado, que tuvo lugar en su propia casa el día 23 de diciembre, y que fue plenamente consentido por ella. Pero evidenció en varias ocasiones su insatisfacción al no haber colmado sus expectativas y sus apen-

tento no fue hacia la relación sexual como tal, sino ante el modo en el que acusado las entendía y las materializaba».

Seguidamente, el fallo añade que «las frases 'no es no' o 'sólo para hablar' que se destacan en los whasapps acreditan de modo palmario un rechazo a mantener nuevamente una relación de tipo sexual o, al menos, nos hagan entender que el rechazo no era sus-

ceptible de desvanecerse al encontrarse con aquél».

El TSJ considera como hechos probados que la denunciante, que tiene movilidad reducida y está diagnosticada de parálisis cerebral leve, y el acusado habían tenido una relación sexual consentida previa y que el día de los hechos, el procesado fue a su domicilio donde comenzó a besar y le propuso mantener relaciones sexuales en la cocina. Ella manifestó su negativa a realizar el acto sexual allí mismo por lo que el acusado la cogió «a caballito» y la llevó a su dormitorio, y una vez allí la echó encima de la cama, no sin antes retirar la colcha, tal y como le pidió la mujer, con objeto de no mancharla.

Tras colocarse ella encima de él, realizaron el acto sexual por vía vaginal y anal, momento en el que ella manifestó su negativa a que prosiguiera. La denunciante se enfadó con él, que padece eyaculación precoz, según señala la sentencia, y le dijo que se marchara, lo que éste hizo tras vestirse.

El ponente fue el hasta ahora presidente del Tribunal, José Luis Concepción.

Los 10 juzgados de la provincia se agruparán en 3 Tribunales de Instancia

SORIA
La directora general para el Servicio Público de Justicia, Verónica Ollé, informó a los representantes del sector jurídico de la provincia sobre la implementación de la nueva Ley de Eficiencia de Justicia que en Soria supondrá que los 10 juzgados unipersonales de la provincia quedarán agrupados en tres Tribunales de Instancia, uno por cada partido judicial, Soria, El Burgo y Almazán, «lo que favorecerá su especialización, permitirá distribuir adecuadamente las cargas de trabajo y optimizará los recursos», según el comunicado del Ministerio de la Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes. Este cambio supondrá la desaparición como tal de los juzgados ya que ahora serán los magistrados quienes estén integrados en el Tribunal de Instancia, y se pondrá en marcha la esperada Oficina Judicial que modifica la organización actual. Si bien, el administrador no notará la diferencia. La ley también crea las Oficinas de Justicia en el Municipio, en las que se podrán realizar actos y trámites procesales de manera telemática, evitando los desplazamientos.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SORIA

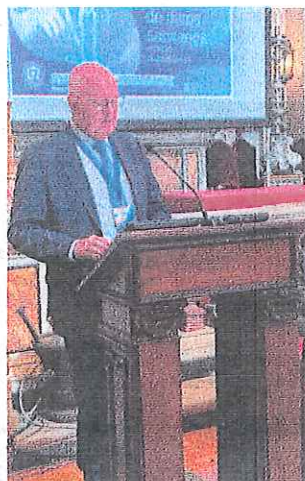
La igualdad de oportunidades para los pacientes de Soria, principal preocupación del Colegio de Médicos

La falta de especialistas se agrava con su irregular distribución a lo largo de la geografía autonómica y estatal

El Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Soria sigue trabajando incansablemente en la mejora de la Sanidad en nuestra provincia, en medio de una actualidad que cada vez presenta más problemas y complicaciones para consumir una asistencia de garantías en provincias como Soria, que se convierte en zona de difícil cobertura.

En el caso de Castilla y León, se dan ejemplos claros de este desequilibrio. La última noticia aparecida en los medios de comunicación sobre la falta de especialistas en otorrinolaringología pone de manifiesto esta situación irregular y deja claro que tanto en esta comunidad como en el resto hay que cambiar una serie de normativas para que los médicos tengan que cumplir su trayectoria profesional en la provincia en la que consiguieron la plaza.

Es urgente que la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León se ponga en marcha para tratar de corregir esta desigualdad entre provincias de la pro-



José Ramón Huerta. Presidente Colegio de Médicos de Soria.

pia comunidad autónoma. Se debe trabajar intensamente para paliar el problema de déficit de profesionales que afecta a todo el territorio nacional y, por supuesto, a Castilla y León y a Soria. Nece-



Junta Directiva Colegio Médicos de Soria.

sitamos soluciones urgentes que nos faciliten la igualdad de oportunidades, la equidad.

Una de las soluciones para recortar estas diferencias pasaría por poner en marcha medidas incentivadoras, que pueden tener un efecto muy positivo para atraer talento y fidelizar a los profesionales de nuestro sistema sanitario. Además, tienen que habilitarse fórmulas para que los médicos especialistas ocupen las plazas para las que estaban destinados y no puedan renunciar a su destino.

Otro de los grandes problemas a los que se enfrenta la sanidad en esta provincia es la jubilación de muchos médicos. El último informe de demografía

médica publicado por el Consejo de Colegios Médicos de Castilla y León no dejaba lugar a dudas sobre la crítica situación que nos espera en los próximos años. Este informe señalaba de forma muy clara que esta provincia perderá el treinta por ciento de sus médicos en los próximos cinco años. Una situación que se complicará aún más en lo referente a la Atención Primaria.

Por otra parte, como advierte la OMS, se vienen encima grandes desafíos para la medicina, graves amenazas, como nuevas y posibles pandemias por enfermedades transmisibles, el problema de la resistencia microbiológica a los antimicrobianos, los problemas derivados de la alteración del medio ambiente y el cambio climático y su impacto en la salud o los problemas para los sistemas sanitarios derivados del impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles o los desafíos para adaptarse a nuevas tecnologías y formas de abordar la medicina y la enfermedad que constituyen un reto para nuestra sanidad. Soria no puede perder ese tren de la modernidad y del futuro.

Descartado un nuevo coronavirus

El Centro Europeo para el Control de Enfermedades asegura que no hay pruebas de que el nuevo coronavirus identificado en murciélagos en China pueda transmitirse a los humanos. Según el estudio publicado en *Cell*, un equipo de investigadores ha aislado e investigado un nuevo virus de la familia pero no hay pruebas de que se transmita a personas.



2

DOS MILLONES DE NIÑOS carecen de pediatra en Atención Primaria, donde faltan 2.130 facultativos, según denuncian los propios especialistas. Igualmente claman porque esta situación, como si fuera una enfermedad, se ha convertido en crónica.

PREVENCIÓN | UNA TAREA QUE NO CESA CON EL TIEMPO



Todo un hito

La presidenta de la Conferencia de las Partes (COP), la doctora Reina Roa, asevera que el Convenio para el Control del Tabaco es «uno de los mayores logros en la Historia de la salud pública», y que desde su creación ha proporcionado las «herramientas necesarias» para proteger a su población de la «devastadora epidemia del tabaco».

«El proceso negociador, el camino a la ratificación y la entrada en vigor del convenio fue complejo, lleno de dificultades. Las presiones comerciales y de la industria tabacalera fueron persistentes y feroces. Tras desacuerdos y desencuentros, prevaleció el interés común por la salud pública, por el derecho a la salud y a la vida», recordó.

20 AÑOS CON 118 MILLONES DE FUMADORES MENOS

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco cumple dos décadas con un saldo más que positivo, puesto que ha proporcionado ayuda a unos 5.600 millones de personas

EUROPA PRESS

El Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el Control del Tabaco (CMCT) cumple esta semana 20 años con 118 millones de fumadores adultos menos que en aquel entonces, y ha proporcionado políticas de control a unos 5.600 millones de personas, lo que ha llevado a salvar «millones de vidas» en todo el mundo.

«El tabaco es una plaga para la humanidad: la principal causa de muerte y enfermedad evitables a nivel mundial. En las dos últimas décadas, desde la entrada en vigor del CMCT de la OMS y del paquete técnico MPOWER que lo respalda, la prevalencia mundial de su consumo se ha reducido en un tercio. El CMCT de la OMS ha ayudado a salvar millones de vidas mediante el fortalecimiento de las medidas de control del tabaco en todo el mundo. El Convenio marca un hito

en la salud pública y el derecho internacional», indicó hace unos días el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus.

Tras ello, el dirigente del organismo instó a los 177 países firmantes a que continúen «reforzando» e «implementando» medidas, e insistió a los países no firmantes a que se adhieran al tratado, que proporciona un marco jurídico y un paquete integral de medidas de control basadas en «evidencias» y «respaldadas» por el Derecho Internacional, incluidas grandes advertencias sanitarias gráficas en los paquetes de cigarrillos, leyes de ambientes libres de humo y mayores impuestos a los productos de tabaco, entre otras.

Por su parte, la jefa de la Secretaría del CMCT, Adriana Blanco Marquizo, resaltó que, desde la entrada en vigor del tratado y del paquete técnico de la OMS que lo respalda, la prevalencia mundial del consumo de tabaco se ha reducido

en un tercio, y se estima que hay 118 millones menos de consumidores adultos de tabaco.

Asimismo, subrayó que este documento ha proporcionado al menos una política de control para 5.600 millones de personas, y hasta 138 países exigen advertencias sanitarias gráficas en los productos de tabaco, mientras que 66 han aplicado prohibiciones a la publicidad, promoción y patrocinio de los cigarrillos, que incluyen prohibiciones a la publicidad del tabaco en los medios de comunicación y a los acuerdos de patrocinio, aunque «es fundamental que más países hagan lo mismo».

«ES UNA INDUSTRIA MORTAL». Marquizo acusó a la «agresiva» industria tabacalera de gastar «decenas de miles de millones de dólares» en promocionar sus productos y «socavar» activamente los esfuerzos para evitar esta adicción, incluida la aplicación del propio

80

MILLONES

Es la cantidad de toneladas de dióxido de carbono que acaban en el aire cada año debido a la producción y consumo de cigarrillos, lo que contribuye en gran medida al calentamiento global.

CMCT que proporciona un conjunto integral de medidas para proteger a las poblaciones de las tácticas en «constante evolución» de la industria, diseñadas para «obtener ganancias a costa de las vidas de las personas y de la salud del planeta», por lo que instó a permanecer «en alerta» ante las «prácticas depredadoras» de estas empresas.

«La industria tabacalera es una industria mortal detrás de la epidemia del tabaco, que ahora intenta posicionarse como parte de la solución al tiempo que descarrila activamente los esfuerzos de control del tabaco que podrían salvar millones de vidas más», añadió.

Además, Marquizo subrayó que una de las herramientas más eficaces para reducir su consumo es el aumento de los impuestos sobre los productos de tabaco para reducir su asequibilidad, y que además pueden aumentar los ingresos gubernamentales destinados al control del tabaco y a la financiación de la salud.

«Si bien en las dos últimas décadas se han logrado grandes avances, todavía queda mucho por hacer. Se calcula que 1.300 millones de personas siguen utilizando productos de tabaco en todo el mundo y el consumo es uno de los principales factores de las enfermedades no transmisibles, como las patologías cardíacas, los accidentes cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes y el cáncer», concluyó la jefa de la Secretaría del CMCT.

LOS PROBLEMAS DE SUMINISTRO DE FÁRMACOS BAJAN POR PRIMERA VEZ DESDE LA PANDEMIA

Por primera vez desde la pandemia, los problemas de suministro de fármacos bajaron en 2024 un 12,7 por ciento respecto a 2023, y aquellos que causan un mayor impacto por no tener una alternativa terapéutica cayeron un 31, unas incidencias que en su mayoría lograron solventarse antes de tres meses. Así se desprende del informe presentado por la directora de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps), María Jesús La-



mas, en la jornada «pasado, presente y futuro de una lucha coordinada frente a los problemas de suministro». Las incidencias afectaron a 1.159 presentaciones de medicamentos (un mismo fármaco se presenta en distintos formatos, como por ejemplo comprimidos, sobres, jarabe o cápsula) de las 33.012 que se autorizaron, lo que supone un 3,51 por ciento. La inmensa mayoría (93,3 por ciento) fueron notificados por los titulares de autorización de comercialización de medicamentos (TAC) y seis de cada 10 eran medicamentos con receta, mientras un 26,7 por ciento eran fármacos hospitalarios.

ASISTENCIA | 110 EXPEDIENTES EN LO QUE VA DE AÑO

AGENCIAS

El aumento de los casos de sarampión respecto al año pasado ha hecho que se enciendan todas las alertas: 110 expedientes en lo que va de 2025, mientras que en todo 2024 hubo 217. Pese al impacto que pueda causar este repunte de una enfermedad que se considera erradicada, los expertos en patologías infecciosas y vacunas quieren mandar un mensaje de tranquilidad. La investigadora Noemí López, del Centro Nacional de Epidemiología-Instituto de Salud Carlos III (CNE-ISCIII), precisa que se trata de una situación «esperable en un contexto de post-eliminación» del virus.

Según explica López, este incremento no implica la pérdida de la «situación de eliminación» que la Organización Mundial de la Salud (OMS) otorgó a España en 2016 después de acreditar que no había existido una transmisión endémica del patógeno en el país en los dos años anteriores, algo que no ha cambiado hasta la actualidad.

La investigadora apunta que 41 de los 110 casos confirmados tienen su origen en un brote en el País Vasco, que se ha producido entre la comunidad y ha impactado también en un hospital, un entorno donde se tiende a amplificarse la difusión de la transmisión. Asimismo, indica que estos contagios, de forma habitual, se están desarrollando en personas adultas.

«Realmente es raro que tengamos casos, como sucede en países de nuestro entorno donde las coberturas de vacunación son más bajas y los más afectados son los pequeños porque las vacunaciones son peores que las nuestras. Nosotros ahora mismo estamos atendiendo a un sarampión que es el esperable en un contexto de post-eliminación. Está afectando generalmente a los grupos etarios rela-

CALMA ANTE EL PICO DE SARAMPIÓN

Los expertos apuntan que, pese al alza de los casos, son normales en un proceso de post-eliminación del virus

tivamente susceptibles que no pudieron tener el sarampión porque no había circulación de este y tampoco había coberturas vacunales suficientemente altas como para poderles proteger», detalla.

López concreta que estos grupos susceptibles debido a la baja protección comprenden aquellas personas nacidas entre 1978 y 1987, según refleja el 2º Estudio de Seroprevalencia publicado en 2020. «Antes se manejaban datos de que los nacidos en 1971 y posteriores eran los más susceptibles (...), pero los datos del estudio han demostrado que las cohortes entre 1968 y 1977 muestran una seroprotección de más del 98 por ciento y es a partir de los nacidos entre el 78 y el 87 los que tienen unas coberturas un poquito más bajas. Esos son los susceptibles», destaca. A este respecto, añade que «no es de esperar» que el sarampión se transmita en niños pequeños debido a que es un grupo «bien» vacunado. En caso de que se produzca esta situación, se debería a problemas de acceso al sistema sanitario o problemas de reticencia vacunal, un factor que se ha observado de forma puntual en niños que proceden de otro país y no han estado dentro del sistema de salud.

Por su parte, el pediatra, portavoz y vocal sénior de la Asociación Española de Vacunología (AEV), Fernando Moraga-Llop, señala que, aunque el porcentaje medio de administración de la primera dosis de la vacuna en España en 2023, últimos datos disponibles, alcance el 97,8 por ciento, hay cuatro comunidades que se sitúan en el 95 por ciento, mientras que en la segunda dosis hay en total 11 autonomías por debajo de este 95.

TRAS SIETE MESES

El primer español con mieloma tratado con CAR-T comercial, libre de enfermedad

AGENCIAS

El primer paciente español con mieloma múltiple al que se le ha aplicado un tratamiento con células CAR-T comercial en el Hospital Universitario 12 de Octubre de la Comunidad de Madrid está libre de enfermedad tan solo siete meses después de haber recibido esta terapia avanzada, después de ser autorizada de forma oficial fuera de un ensayo clínico.

José Ramón, de 57 años y agente de la Policía Municipal, fue diagnosticado de mieloma múltiple hace ahora ocho años y medio. A pesar de ser sometido a varios tratamientos, incluido un trasplante de progenitores hematopoyéticos, tuvo varias recaídas, la última el pasado año. El equipo del servicio de Hematología del 12 de Octubre valoró la opción de tratamiento mediante CAR-T y pidió su administración fuera de un ensayo clínico. Tras ser autorizado de forma oficial, José Ramón recibió la terapia.

«El tratamiento fue corto, la verdad. Estuve ingresado ocho días, en principio iba a ser algo más, pero el tratamiento funcionó muy rápido y muy bien, me dieron de alta pronto y me reincorporé a mi trabajo, yo soy policía municipal. Sigo trabajando, sigo haciendo deporte, sigo en mi día a día, como si no tuviera nada», explica.

El tratamiento mediante CAR-T es individualizado, de una única administración y está destinado a pacientes con tumores hematológicos que no tienen otras opciones terapéuticas y que presentan una tasa de supervivencia muy baja en la mayoría de los casos.

«José Ramón es un paciente con mieloma múltiple, refractario, que no tiene opciones de tratamiento adecuadas y ha sido el primer paciente en España tratado con una terapia CAR-T de uso comercial. Actualmente está en remisión completa, sin enfermedad, tras siete meses de iniciar el tratamiento», apuntó Joaquín Martínez, jefe de Servicio de Hematología.

EL APUNTE

Pacientes de hipoparatiroidismo lamentan la falta de un tratamiento y el desconocimiento entre profesionales

La presidenta de la Asociación de Cáncer de Tiroides, Arantxa Sáez, quien es paciente de hipoparatiroidismo, lamenta las limitaciones que tiene el manejo de los afectados por esta enfermedad rara debido a la falta de un tratamiento efectivo y al desconocimiento que persiste entre los profesionales de Urgencias y Atención Primaria. «Por un lado, tomamos muchísimas pastillas todos los días, en diferentes momentos y de por vida, a veces quieres tirar la toalla porque eso no garantiza que suframos descompensaciones», lamenta.

ALIMENTACIÓN

COMER UVAS

Un estudio revela que el consumo de uva a largo plazo influye significativamente en la salud muscular, con notables beneficios en ambos sexos. La investigación sugiere que una dieta que incluya esta fruta puede modificar la expresión génica en el músculo, ofreciendo potencialmente una nueva estrategia nutricional para mantener la masa y la función musculares.





Quantic
nanotech

on 

Alivio
del dolor
articular

-  Vibración
-  Calor seco
-  Conector magnético

Tratamiento ambulatorio en la comodidad de tu casa

Los Guantes Electrónicos QUANTIC NANOTECH® han demostrado científicamente el alivio eficaz de la rigidez y el dolor articular de manos.

La Rodillera QUANTIC NANOTECH® actúa de forma profunda en la articulación o tendones de tu rodilla.

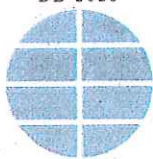


www.qnanotech.es | 916 32 70 20

Q/ Vidrieros, 9. Parque Empresarial Prado del Espino, 28660 Boadilla del Monte (Madrid).

extra

28 DE
FEBRERO
DE 2025



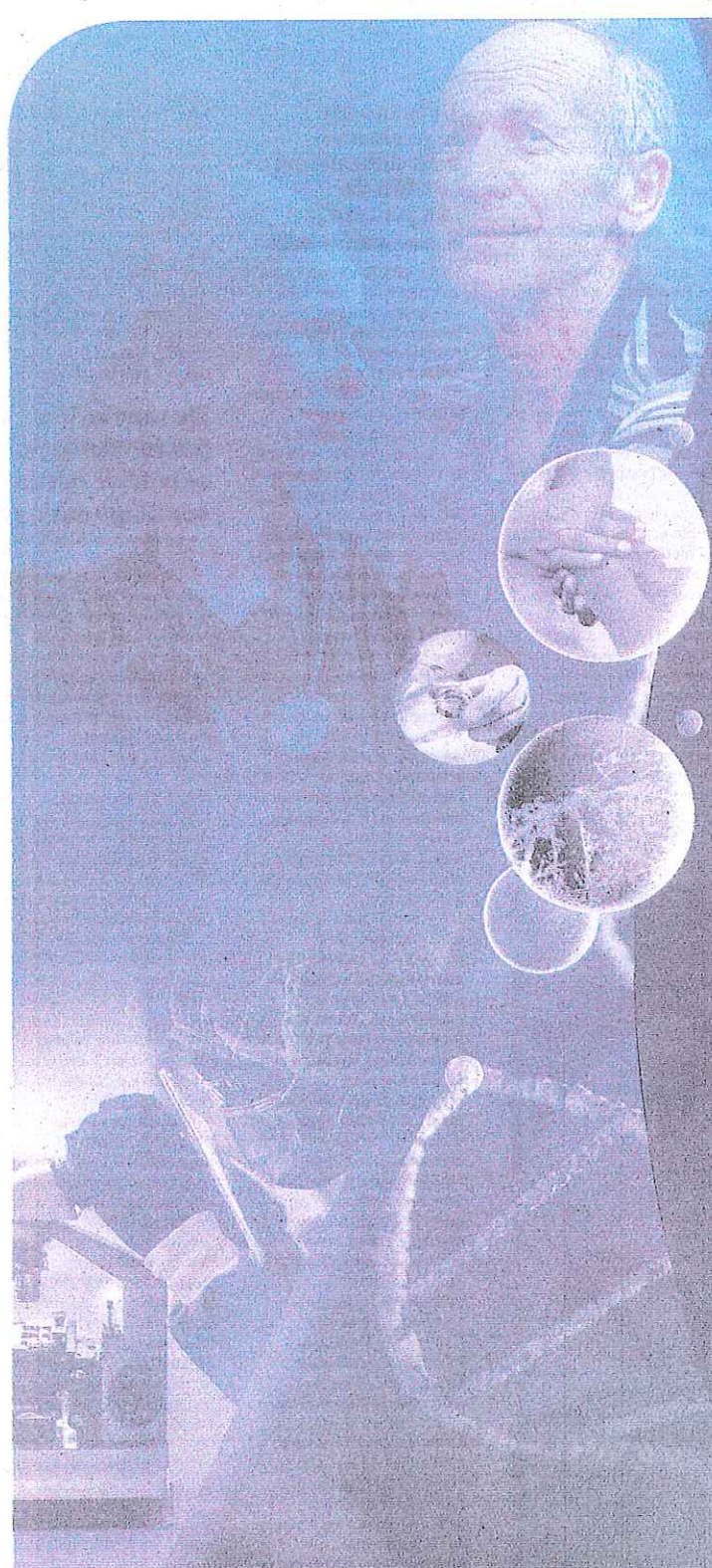
EL MUNDO
VIERNES



ILLUSTRACIÓN

Día Mundial de las Enfermedades Raras

Los afectados por patologías poco frecuentes, más de 300 millones de personas en todo el mundo y alrededor de tres millones en España, reclaman mayores inversiones en investigación, así como igualdad y agilidad en el acceso a los nuevos tratamientos



El presente de la medicina del futuro

Nos basamos en nuestro profundo conocimiento de la ciencia para luchar contra las enfermedades más graves, aprovechando lo mejor de la biología y la tecnología para hacer la vida de las personas más fácil, plena y duradera.

Síguenos en:



www.amgen.es

AMGEN

Síntomas desconocidos, escasez de tratamientos y pruebas médicas que, en muchas ocasiones, no llevan a ninguna parte. Para millones de personas, vivir con una enfermedad rara significa enfrentarse a la incertidumbre cada día. A veces, durante años. Otras, durante décadas, hasta conocer el verdadero diagnóstico. Y en el peor de los casos, ese diagnóstico nunca llega.

Esa es la realidad de quienes padecen este tipo de patologías poco frecuentes, muchas de ellas, de origen genético (aunque también pueden ser el resultado de factores medioambientales o e infecciones), que llegan a provocar dolores crónicos y síntomas discapacitantes. Hablar de enfermedades raras es hacer referencia a aquellas que afectan a menos de cinco personas por cada 10.000 habitantes. En total, más de 300 millones de personas en el mundo padecen alguna, incluyendo 30 millones de europeos y tres millones de españoles.

Padecer una de las 6.417 afecciones de este tipo identificadas hasta hoy «implica entrar en un laberinto en el que es necesario buscar respuestas y donde, a veces, no se está solo, porque hay profesionales, conocidos y amigos. Pero otras veces, sí». Son palabras de Isabel Motero, directora de la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder),

Un mapa borroso que la ciencia continúa dibujando

Más de tres millones de españoles conviven con alguna enfermedad rara, muchos de ellos, sin diagnóstico ni tratamiento. Hoy, en el Día Mundial de las Enfermedades Raras, pacientes y expertos reclaman equidad y más investigación, así como agilizar el acceso a las terapias más innovadoras

Por Ángel G. Perianes

durante el acto celebrado en Madrid la semana pasada para presentar la campaña pERsonas, con motivo del Día Mundial de las Enfermedades Raras, que se conmemora hoy.

Durante esa presentación, el presidente de Feder, Juan Carrión, puso de relieve que la investigación en este campo es, a día de hoy, «insuficiente». No en vano, sólo el 20% de las enfermedades raras están siendo investigadas. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la cifra que España dedi-

ca a I+D apenas alcanza el 1,5% del PIB, muy por debajo de la media europea (2,47%) o de países como Suecia, que invierten hasta el 3%. Por ello, Carrión pidió «aumentar la financiación pública y fomentar

En España, un 80% de patologías poco frecuentes siguen sin ser estudiadas

la inversión privada mediante incentivos, como la declaración de un Acontecimiento de Excepcional Interés Público [AEIP] en investigación de enfermedades raras, para impulsar nuevos estudios y el desarrollo de tratamientos».

Junto a ese déficit en investigación, existen otros desafíos preocupantes. Entre ellos, la detección precoz, ya que el desconocimiento sobre estas patologías dificulta su diagnóstico, incluso entre los propios profesionales sanitarios. Mu-

chas de estas enfermedades son tan poco frecuentes que ni siquiera los médicos están familiarizados con ellas, lo que prolonga la incertidumbre de los pacientes y sus familias.

FALTA DE ESPECIALIDAD

España es el único país de Europa que aún no ha reconocido oficialmente la especialidad de *genética médica y clínica de laboratorio* dentro de su sistema sanitario. Esto significa que, a diferencia de otros países, no existen médicos especializados en genética que puedan liderar el diagnóstico y manejo de estas enfermedades dentro del sistema de salud pública. Actualmente, el análisis y la interpretación de pruebas genéticas recae en profesionales de otras áreas, lo que puede generar demoras y errores en el diagnóstico.

La buena noticia es que se espera que durante el primer semestre de este año entre en vigor un decreto que regulará esta especialidad en España, lo que supondría un avance crucial para mejorar los tiempos de diagnóstico de las enfermedades raras. La existencia de especialistas en genética médica facilitaría una evaluación más precisa de los pacientes y permitiría integrar con mayor eficacia las pruebas genéticas en la práctica clínica.

(Pasa a la página 4)



(Vase de la página 2)

Desde Feder destacan que sería igualmente positivo ampliar el número de enfermedades raras incluidas en las pruebas de cribado neonatal. No en vano, su detección temprana permite iniciar tratamientos antes de que aparezcan los síntomas más graves.

DESIGUALDAD TERRITORIAL

El acceso a estas pruebas varía en función del lugar de residencia de los pacientes. Según datos del Ministerio de Sanidad, mientras que Galicia incluye hasta 50 enfermedades raras en su cribado, en Asturias sólo se detectan 18. «No puede depender del lugar de nacimiento el acceso a estos servicios», lamenta el responsable de Feder.

Es por eso que esta organización está colaborando con Estrategos, un grupo de expertos en planificación sanitaria, para impulsar una ley de cribado neonatal que facilite avances en esta área. De momento, en lo que va de año se ha conseguido ampliar el número de enfermedades raras detectadas en estas pruebas a entre 11 y 20, lo que «supone un avance importante». Sin embargo, Carrión reitera la necesidad de «seguir trabajando para que la voz de los pacientes se escuche y se garantice la equidad en el acceso a estos servicios».

Eso incluye prestar atención a quienes aún no tienen un diagnóstico. En 2023, se identificó el código 616874 para clasificar las enfermedades no diagnosticadas, lo que representa un paso esencial para visibilizar esta realidad. Ahora, como defienden desde Feder, es fundamental que este código se incorpore al Sistema Nacional de Salud y se asignen recursos a programas como el de Casos de Enfermedades Raras Sin Diagnóstico (Spain UDP) y la Estrategia Nacional de Ordena-

Ya se detectan 50 enfermedades raras gracias al cribado neonatal

miento Territorial (ENOT) para mejorar la capacidad de diagnóstico.

Tal como advirtió Carrión durante el mencionado acto, «el tiempo medio de diagnóstico es de seis años, lo que impacta en la salud mental». Según los datos que maneja Feder, el 36% de las personas con diagnóstico tardío ha necesitado ayuda psicológica, a lo que podría sumarse el hecho de que el 60% de los pacientes ha recibido más de un diagnóstico antes de obtener el correcto. Todo ello cobra

aún más gravedad si se tiene en cuenta que dos de cada tres personas experimentan un inicio precoz de estas enfermedades antes de los dos años de edad.

INEQUIDAD EN TRATAMIENTOS

Aun con todo, la incertidumbre no termina con el diagnóstico. Para muchos pacientes, acceder al tratamiento adecuado para afrontar una enfermedad rara es otra batalla que lidiar. En este sentido, la disponibilidad de medicamentos huérfanos (aquellos destinados a tratar patologías poco frecuentes) es limitada y también varía mucho según el lugar de residencia.

Desde una perspectiva internacional, sólo el 6% de las enfermedades raras cuentan con fármacos específicos y, aunque en Europa hay 147 medicamentos huérfanos autorizados, únicamente 85 están financiados por el Sistema Nacional de Salud. En este sentido, el presidente de Feder ha reclamado «un mayor compromiso para garantizar la equidad en el acceso a los tratamientos y el fortalecimiento de la investigación en enfermedades raras en España».

Lamentablemente, incluso el código postal puede ser un factor determinante que acentúe las desigualdades entre los pacientes con enfermedades raras. Todavía hoy,

Grietas en el sistema que dificultan la vida de los pacientes

En España, la atención a las enfermedades raras sigue siendo desigual y descoordinada, lo que retrasa tratamientos y deteriora la calidad de vida de los pacientes. La enfermedad de injerto contra receptor (EICR) es un claro ejemplo. Esta grave complicación del trasplante de médula ósea llega a afectar a cerca del 50% de los pacientes, dañando sus órganos vitales y, en los casos más severos, poniendo en riesgo sus vidas.

Se produce cuando las células del donante atacan los tejidos del receptor, causando inflamación y posibles complicaciones irreversibles. Según Begoña Barragán, presidenta de la Asociación Española de Afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia (AEAL), esta afección requiere «un abordaje multidisciplinar», con especialistas en hematología, neumología, dermatología y oftalmología.

Sin embargo, la fragmentación del sistema deja a los pacientes atrapados en un laberinto asistencial, dificultando el acceso a una atención especializada. Además, la formación en esta patología «sigue siendo una asignatura pendiente», advierte Barragán. El problema se agrava en algunas regiones y centros hospitalarios, porque la inequidad territorial también limita el acceso a los tratamientos. Eso obliga a que muchos pacientes tengan que desplazarse a otra comunidad autónoma. Y a eso se suman los largos procesos de financiación y aprobación de nuevos fármacos en España, que retrasan el acceso a las terapias más eficaces. «Mientras se decide si un medicamento se financia, los pacientes ven cómo su calidad de vida se deteriora sin alternativas», denuncia Barragán. En el lado positivo, destaca los avances en biomarcadores, que podrían predecir el riesgo de desarrollar una EICR severa. Eso sí, matiza, «aún no se han incorporado de forma generalizada a la práctica clínica», lo que impide, por el momento, que su potencial beneficie a los pacientes.

puede ocurrir que, «dentro de una misma comunidad autónoma, un hospital ofrezca acceso a un tratamiento mientras que otro, a menos de un kilómetro de distancia, no», tal como advirtió Carrión.

Lo mismo sucede con las terapias avanzadas. En Europa hay 15 autorizadas, de las cuales sólo siete están disponibles en España. A ese respecto, el director general de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, César Hernández, se refiere

De media, los pacientes esperan seis años hasta ser diagnosticados

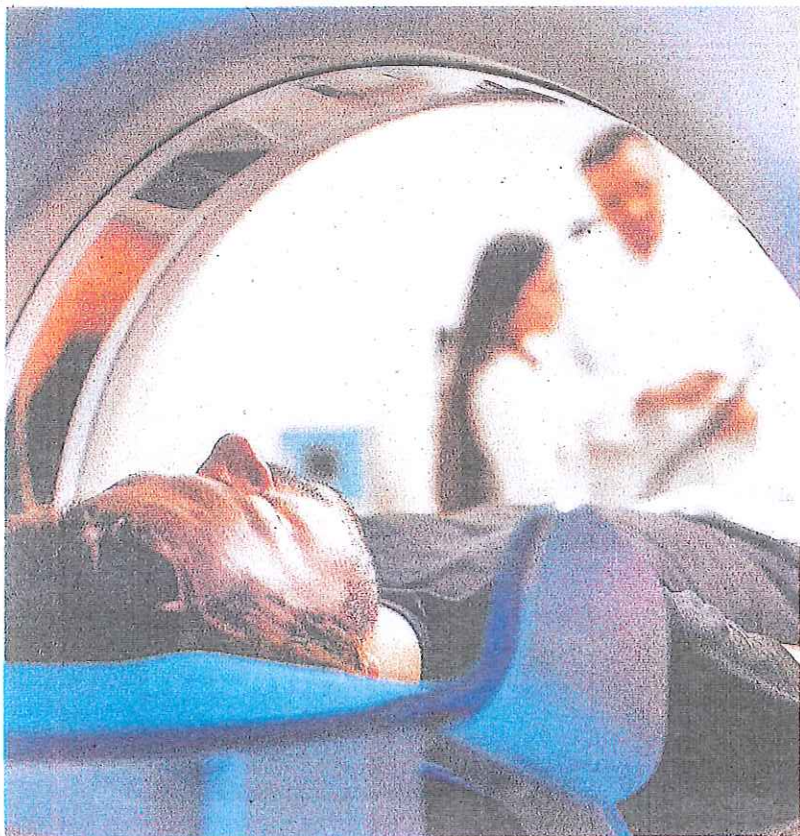
a la importancia de abordar todo lo que excede de la atención sanitaria, incluyendo el cuidado de las personas y de quienes las cuidan, así como su entorno educativo y social. También remarca la necesidad del acompañamiento una vez se ha obtenido el diagnóstico, «garantizando acceso a fisioterapia, rehabilitación y logopedia».

COMPROMISO GLOBAL

Todas las desigualdades mencionadas en términos de acceso a la atención sanitaria para pacientes de enfermedades raras han puesto de manifiesto la urgente necesidad de alcanzar un compromiso internacional que sea capaz de mejorar la vida, el bienestar y el impacto social de estas afecciones. En este sentido, España ha asumido, junto con Egipto, un papel protagonista y muy activo en la promoción de una resolución sobre estas patologías en la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Así lo destacó Javier Padilla, secretario de Estado de Sanidad, durante el acto organizado por Feder, en el que subrayó la relevancia de este hito para avanzar en el reconocimiento global de estas patologías dentro de un marco de coherencia sanitaria universal. La resolución, titulada *Una Prioridad para la Equidad e Inclusión en Salud Global*, busca no sólo posicionar las enfermedades raras en la agenda sanitaria internacional, sino también mejorar el acceso de los enfermos al diagnóstico y los tratamientos, así como fomentar la cooperación entre países y garantizar una distribución más equitativa de los recursos disponibles.

España es, hasta ahora, el único país europeo que ha decidido sumarse como copatrocinador de esta resolución. Este hecho pone de manifiesto la necesidad de una mayor implicación por parte de la comunidad internacional para abordar de manera conjunta los desafíos que enfrentan los más de 300 millones de personas en el mundo que padecen enfermedades raras.



WEDNINGSSTOCK

EN COLABORACIÓN CON PFIZER

Por **Studio**

El 29 de febrero es un día raro. Tan singular como la causa que representa, ya que ese día se conmemora el Día Mundial de las Enfermedades Raras. Los años menos raros, los no bisiestos, esta fecha se adelanta al día 28, pero el gesto es el mensaje: estas enfermedades, como los años bisiestos, pueden ser raras, pero no son invisibles.

Las enfermedades raras, que en España afectan a más de tres millones de personas según Rare Diseases International (RDI), no solo afectan la salud, sino que también suponen un reto diario para quienes las padecen y sus familias. Desde diagnósticos tardíos hasta dificultades para acceder a tratamientos o el simple desconocimiento social, la realidad de estos pacientes es, muchas veces, una carrera de obstáculos. Desde diagnósticos tardíos hasta dificultades para acceder a tratamientos o el simple desconocimiento social, la realidad de estos pacientes es muchas veces una carrera de obstáculos. En este contexto, la iniciativa Las Raras, impulsada por Pfizer con el aval de la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER), nació con un objetivo claro: dar visibilidad a estas patologías a través de la moda.

La moda de las personas, no de las tendencias

Desde su primera edición en 2022, Las Raras ha ido evolucionando. Lo que comenzó como una colección de camisetas y tote bags diseñadas para sensibilizar sobre estas enfermedades, se transformó en una 'concept store' efímera en Madrid al año siguiente y, en 2024, en un roadshow que llevó diseños inspirados en estas patologías a distintas ciudades de toda España. Pero este 2025, la campaña da un paso más: por primera vez, los modelos serán más importantes que la propia marca.

Con la mirada del reconocido fotógrafo Alberto Van Stolkum, esta edición de Las Raras se convierte en un homenaje y tributo a quienes viven con enfermedades raras, poniendo el foco en sus historias, sus luchas y su esencia más allá del diagnóstico.

David Sánchez es uno de ellos. Presidente de la Federación de Asociaciones de Distrofias Hereditarias de Retina de España (FARPE) y paciente de retinosis pigmentaria, ha ido perdiendo la visión progresivamente. Pero su historia no es solo la de una

Las Raras: moda para visibilizar las enfermedades raras

Cada persona tiene una historia que merece ser contada. Detrás de diagnósticos poco comunes hay vidas llenas de lucha, superación y esperanza; este año, una iniciativa innovadora pone el foco en quienes desafían el olvido, convirtiéndolos en protagonistas de una campaña que va más allá de la moda



enfermedad degenerativa, sino la de un hombre que lucha por la visibilidad de estas patologías y por el derecho de los pacientes a ser escuchados. La falta de conocimiento sobre muchas enfermedades raras hace que los diagnósticos tarden años en llegar y que, en muchos casos, los tratamientos sean inalcanzables. Por eso es esencial que tengan su espacio, porque cuanto más hablemos de ellas, más oportunidades habrá para mejorar la vida de quienes las padecen.

Fide Mirón, vicepresidenta de FEDER y presidenta de la Asociación Española de

Porfiria, también conoce bien los desafíos de vivir con una enfermedad rara. Sufre porfiria, un trastorno metabólico que impide que su organismo produzca correctamente el hemo, un componente esencial de la hemoglobina. Actualmente, no existe tratamiento para su enfermedad, por lo que la investigación es su esperanza. Su testimonio es un recordatorio de lo importante que es impulsar recursos para el estudio de estas patologías, y es que detrás de cada diagnóstico hay una vida en pausa, esperando respuestas.

Es importante destacar que las enfermedades raras no solo afectan a quienes las padecen, sino también a sus familias. Bien lo sabe Mónica Rodríguez, la madre de María, una niña con síndrome de Sotos, una patología genética que provoca sobrecrecimiento, macrocefalia y dificultades en el aprendizaje. Como fundadora de la Asociación Española de Síndrome de Sotos y secretaria de FEDER, Mónica ha convertido su experiencia personal en una lucha colectiva. Su historia y la de su hija reflejan cómo estas enfermedades impactan en el núcleo familiar, alterando rutinas y generando una carga emocional y social que no siempre se ve.

Más que una campaña, un movimiento

Las imágenes de esta edición de Las Raras son mucho más que rostros; son, sobre todo, historias. Invitan a mirar más allá de los diagnósticos y a entender que detrás de cada enfermedad rara hay una persona con sueños, luchas y esperanzas.

Porque la visibilidad no es una moda pasajera, sino una necesidad urgente. Y en el Día Mundial de las Enfermedades Raras, vestir Las Raras no es solo una declaración de estilo, sino un compromiso con una sociedad más inclusiva y empática.

Referencia: (1) Equipo, N. (2021, febrero 10). La vida con una enfermedad rara. Rare Diseases International. <https://www.rarediseasesinternational.org/es/vivir-con-una-enfermedad-rara/> Último acceso febrero 2025



El viaje de

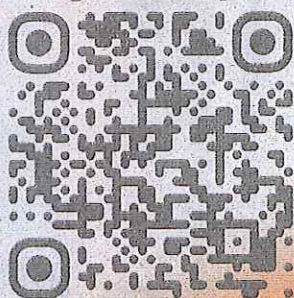
NICA

Para muchas familias, el Día Mundial
de las Enfermedades Raras, no es un día,

ES UN VIAJE QUE DURA TODA UNA VIDA.

La misión de Nica será acompañarlas.

Síguela aquí:



Campaña impulsada por:

feder SJD

Sant Joan de Déu
Barcelona · Hospital

Con el apoyo de:

ALEXION
AstraZeneca Rare Disease

ES/NP/0362 Febrero 2025

Rostros conocidos para dar voz a todos los pacientes

El ex futbolista Juan Carlos Unzué o la periodista Isabel Gemio son sólo dos ejemplos de figuras mediáticas que se han implicado en la defensa de los afectados por enfermedades raras. Su labor de visibilización y divulgación ha facilitado la recaudación de fondos para la investigación

Por **Jaima Viciosa**

«Lo primero que me gustaría saber es cuántos diputados hay en la sala. Creo que he contado cinco. Me imagino que el resto tendrá cosas muy importantes que hacer». Así comenzó su intervención en la Sala Constitucional del Congreso de los Diputados Juan Carlos Unzué, ex portero de Barcelona y el Sevilla, entre otros equipos, diagnosticado de esclerosis lateral amiotrófica (ELA). Una intervención que se hizo viral por su contundencia ante la falta de empatía de aquellos que se ausentaron durante la visita de un grupo de pacientes de ELA, quienes sólo querían informar sobre su situación para facilitar la tramitación de una ley específica.

La norma, tras muchos años de lucha, se terminó aprobando y entró

en vigor el pasado 1 de noviembre. El papel de Unzué en la consecución de ese hito fue fundamental. Y este es sólo un ejemplo de la gran labor que pueden realizar rostros relativamente conocidos, bien sean pacientes o no, a la hora de visibilizar las condiciones de vida de los afectados por enfermedades neurodegenerativas y minoritarias como la ELA.

El caso de Unzué, más allá de momentos virales, es el de un paciente que, desde su diagnóstico en 2020, ha mostrado una implicación total en la lucha por los derechos del colectivo. Para María José Arregui, presidenta de la Fundación Francisco Luzón, organización independiente que busca impulsar la investigación de la ELA, es fundamental

que haya rostros conocidos que tomen la voz cantante para que «el mensaje llegue a la sociedad». Ella, viuda de Francisco Luzón, banquero y economista de éxito fallecido en 2021 y creador de la fundación tras ser diagnosticado, habla con conocimiento de causa. «En estos dos casos, hablamos de caras conocidas que, al ser pacientes, tienen una autoridad moral suficiente que les legitima para defender la causa».

En cierta medida, el trabajo que empezó Luzón lo ha continuado Unzué, quien actualmente es patrono de honor de la fundación. Y lo ha demostrado con hechos concretos. En agosto de 2022, organizó el Partido contra la ELA, que enfrentó al Manchester City y el Barcelona en el

Camp Nou ante 91.000 espectadores. A través de ese evento benéfico, se pudieron recaudar más de cuatro millones de euros que se destinaron a la investigación científica. Y no sólo eso. Gracias al éxito de ese partido y a su activismo, en septiembre de 2023 recibió el Premio Escaparte a la Solidaridad, patrocinado por La Caixa, que cuenta con una dotación económica de tres millones.

Todo ese dinero lo donó a la fundación, que fue la encargada de canalizarlo para que llegara a las investigaciones científicas correspondientes. «Ese dinero lo hemos repartido, por así decirlo, en dos bolsas», explica Arregui. «Una, para investigación y ensayos clínicos en Europa, y otra, para la convocatoria de proyectos de investigación en España, que llevan el nombre de Ayudas Unzué-Luzón y que son gestionadas por el Instituto de Salud Carlos III».

Por supuesto, el papel de Unzué durante la aprobación de la Ley ELA fue muy determinante, más allá de aquella intervención en el Congreso. Tal como recuerda Arregui, «el proceso fue largo y con muchos altibajos y Juan Carlos fue un gran embajador de la causa». Tanto él como la fundación estuvieron al lado de la Confederación nacional de entidades de ELA (ConELA) en la elaboración del texto definitivo. El problema, admite, es que ahora mismo se encuentran en «una encrucijada, ya que, de momento, no hay unos Presupuestos Generales aprobados».

En cualquier caso, se ha conseguido por primera vez que una ley contemple aspectos tan importantes pa-

ra la calidad de vida del paciente como la garantía de 24 horas de atención domiciliar al enfermo en situación grave o la agilización de los trámites de dependencia. Además, la lucha de los afectados por ELA ha conseguido que el Ministerio de Sanidad inicie una ronda de preguntas para que la norma cubra también las necesidades de pacientes de otras enfermedades degenerativas.

PATOLOGÍAS SIMILARES

En esas mismas conversaciones se encuentra ahora mismo la Fundación Isabel Gemio, una entidad que nació en 2008 con el fin de contribuir a la investigación médica de distrofias musculares y otras enfermedades neuromusculares. La propia periodista y fundadora cree que «lo que han conseguido los enfermos de ELA es heroico» y que, gracias a eso, se puede abrir la puerta a otras patologías minoritarias como la distrofia muscular de Duchenne. «Es una enfermedad similar, que se da en niños y es más lenta en el desarrollo, pero el resultado es similar: termina generando pacientes totalmente dependientes», desarrolla. «Si no conseguimos que la incluyan en la ley, nos moveremos y actuaremos para hacer todo lo necesario».

Esta enfermedad fue, precisamente, la que le diagnosticaron al hijo de Gemio cuando aún era muy pequeño y lo que terminó llevando a la presentadora a impulsar la fundación. Al principio, confiesa, «tenía alguna duda» y le daba «cierto pudor hablar sobre el dolor y sobre algo tan personal». Sin embargo, tras meditarlo con la Asociación de Distrofias Musculares de Madrid, pensó en lo mucho que podía aportar al dar su propio nombre al proyecto: «A veces, esto puede ayudar a reducir los tiempos, y tiempo es, precisamente, lo que le falta a los pacientes de enfermedades incurables y degenerativas. Teniendo todo eso en cuenta, pensé que la fama, en este caso, podía ser muy útil».

Pese a que, como reconoce Gemio, su fundación es pequeña y no tiene muchos recursos, desde su puesta en marcha ha recaudado ya más de 2,5 millones de euros que han sido destinados a diversas líneas de investigación. Próximamente, lanzarán una convocatoria para una investigación relacionada con la aplicación de la inteligencia artificial en la mejora de la calidad de vida de los pacientes. «Queremos que la tecnología se ponga al servicio de los afectados».

El balance que hace Gemio de estos más de 15 años al frente de la fundación es muy positivo. Más allá de la investigación, han podido «acompañar a familias hundidas, a las que se les venía el mundo encima tras el diagnóstico». Por eso, promete seguir dando voz a los afectados por estas enfermedades minoritarias: «Una persona que padezca una de ellas no puede ser un ciudadano con menos derechos».



HITO Juan Carlos Unzué y otros pacientes en los alrededores del Congreso de los Diputados tras la aprobación de la Ley ELA, el pasado 20 de octubre. El texto contempla aspectos tan importantes como la garantía de 24 horas de atención domiciliar o la agilización de los trámites de dependencia. / GUSTAVO VALENTE/EUROPA PRESS

NATIVE AD

SALUD

¿Qué son las enfermedades neuromusculares raras?

La ataxia de Friedreich, la atrofia muscular espinal o la esclerosis lateral amiotrófica son algunas de las patologías que forman parte de las enfermedades neuromusculares raras

Ofrecido por **UE Studio** para **BIOGEN**

Las enfermedades neuromusculares abarcan más de 150 patologías que afectan tanto al sistema nervioso como a los músculos. Su característica principal es la pérdida progresiva de fuerza muscular. En su mayoría, estas enfermedades son crónicas y, en un alto porcentaje, degenerativas, lo que provoca distintos grados de discapacidad, pérdida de autonomía personal y por tanto tienen un fuerte impacto emocional y económico en la calidad de vida de los pacientes y de su entorno más cercano¹. Además, algunas de estas enfermedades neuromusculares forman parte de las llamadas enfermedades raras.

Las enfermedades raras (EE.RR.) constituyen un amplio espectro de patologías de baja prevalencia en la población, afectando a aproximadamente a 5 de cada 10.000 personas en el mundo². Dentro de las enfermedades raras neuromusculares encontramos distintas enfermedades como la ataxia de Friedreich (AF), una patología genética y debilitante que afecta la coordinación, el equilibrio y el movimiento^{3,4}. Hacer frente a estas condiciones supone un importante desafío para los pacientes y sus cuidadores que resulta vital visibilizar en el marco del Día Mundial de las Enfermedades Raras (28 de febrero).

"En el entorno familiar el impacto psicológico tras el diagnóstico de la ataxia de Friedreich suele ser mayor en el caso de los padres, por las propias características del amor paterno-filial y por el sentido de protección y responsabilidad consustancial al hecho de ser

padre o madre. Por ello, en muchas ocasiones los pacientes van a necesitar apoyo profesional de psicólogos y eventualmente de psiquiatras para aliviar el impacto de la enfermedad sobre su estado psicológico y anímico", **Jon Infante**, jefe de Sección de Neurología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

La ataxia de Friedreich es, además, la forma más común de ataxia hereditaria^{3,4}; y, se estima que afecta aproximadamente a 2 de cada 100.000 personas.

Los primeros síntomas de esta enfermedad suelen incluir la dificultad para caminar o la pérdida de equilibrio. Con el tiempo, se desarrollan otros como: fatiga, dificultad para hablar, pérdida auditiva y visual, diabetes o enfermedades cardiovasculares, entre otras⁶. Los primeros síntomas suelen aparecer en la infancia y adolescencia, aunque un 25% de los casos pueden corresponderse a una ataxia tardía, de debut en la edad adulta¹⁶. Las complicaciones de la AF contribuyen a que la

esperanza de vida sea de 37 años de media⁷.

"El diagnóstico de una enfermedad rara y neurodegenerativa como la Ataxia de Friedreich, que con el paso del tiempo va a conllevar una gran discapacidad y dependencia, se afronta de maneras muy distintas y según las personas. Pero resulta muy positivo para el paciente intentar mantener una vida diaria lo más activa y normalizada posible", apunta **Isaac Amela**, presidente de la Asociación Catalana de Ataxias Hereditarias (ACAH).





Uno de los principales retos en el abordaje de esta enfermedad es el diagnóstico precoz, ya que al tener unos síntomas similares a los de otras enfermedades neurodegenerativas, dificulta su detección temprana³. Jon Infante, explica que "al tratarse de una enfermedad poco frecuente es probable que el grado de conocimiento de esta no sea homogéneo entre todos los profesionales y que como consecuencia puedan producirse retrasos en establecer la sospecha clínica y orientar el caso

Se estima que la ataxia de Friedreich afecta aproximadamente a 2 de cada 100.000 personas

para la realización de las pruebas necesarias para el diagnóstico. No obstante, la ataxia de Friedreich es la más frecuente de las ataxias genéticas, por lo que la inmensa mayoría de los neurólogos están razonablemente familiarizados con su proceso diagnóstico".

El compromiso invaluable de las asociaciones de pacientes

Estas organizaciones cada vez más profesionalizadas desempeñan un papel fundamental en el acompañamiento de los pacientes y de sus familias, brindando apoyo emocional, información práctica, asesoramiento y recursos como información sobre la enfermedad con el propósito de mejorar su calidad de vida.

Es el caso, por ejemplo, de Asociación Catalana de Ataxias Hereditarias (ACAH). Su presidente, subraya que "una de las primeras cosas que se deben hacer los pacientes y su entorno para poder afrontar mejor el diagnóstico y su vida diaria es contactar con la asociación de la enfermedad en cuestión. Les podremos orientar y dar soporte". Punto clave que, insiste, "contribuye en la aceptación y convivencia con la enfermedad, en el empoderamiento del paciente".

Comprendiendo las enfermedades neuromusculares raras:

La pérdida de funciones vitales como respirar, tragar o sostener la cabeza⁴, y volverse cada vez más dependiente⁵, es la realidad de los pacientes con atrofia muscular espinal (AME). Aproximadamente 1.500 familias en España¹⁰ conviven con esta enfermedad rara de origen genético que ataca al sistema neuromuscular. La AME se caracteriza por ser una degeneración muscular grave y progresiva, manifestándose de diversas formas según la edad de inicio y la gravedad¹¹.

Y, no es la única enfermedad neuromuscular rara que presenta este tipo de desafíos. Dentro del espectro de estas enfermedades raras, la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) se manifiesta como otra patología con un pronóstico igualmente complejo ya que afectan a las neuronas motoras del cerebro y la médula espinal¹².

La ELA afecta a unas 352.000 personas¹³ en todo el mundo, y se caracteriza por la pérdida del control del movimiento, debilidad muscular progresiva, parálisis y complicaciones respiratorias¹⁴. Alrededor del 2% de los casos están causados por mutaciones en el gen *SOD1*¹⁴, suele diagnosticarse en la edad adulta y la esperanza de vida suele ser de 3 a 5 años desde el inicio de los síntomas¹⁵.

En el marco del Día Mundial de las Enfermedades Raras, Christiano Silva, director general de Biogen Iberia afirma que "estamos firmemente comprometidos con la investigación en enfermedades raras. Esta apuesta nos acerca a ofrecer soluciones que mejoren la calidad de vida de pacientes y sus familias. Además, creemos que es crucial dar visibilidad a los retos que asumen a diario para construir entre todos una sociedad más empática y comprometida".

Aunque estas patologías no sean ampliamente conocidas por la sociedad, es funda-

mental promover una mayor comprensión de sus implicaciones para las personas afectadas y sus familias. El compromiso de todos los agentes implicados en el abordaje de las enfermedades raras, desde los profesionales sanitarios hasta las asociaciones de pacientes y la sociedad en su conjunto, es esencial para mejorar la calidad de vida de quienes conviven con estas enfermedades. Un mayor conocimiento y sensibilización permitirán avanzar hacia un diagnóstico más temprano y una mayor inclusión y protección social.

REFERENCIAS:

1. Federación ASEM. Disponible en: <https://www.asem-esp.org/que-son/> [Último acceso: febrero 2025]
2. FEDER. Disponible en: <https://www.enfermedades-raras.org/enfermedades-raras/conoce-mas-sobre-er> [Último acceso: febrero 2025]
3. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Friedreich Ataxia. Available at: <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/friedreich-ataxia> [Último acceso: febrero 2025]
4. Schulz JB, Boesch S, Bürk K, Dürr A, Giunti P, Mariotti C, Pousset F, Schöls L, Vankan P, Pandolfo M. Diagnosis and treatment of Friedreich ataxia: a European perspective. *Nat Rev Neurol*. 2009 Apr;5(4):222-34. doi: 10.1038/nrneuro.2009.26. PMID: 19347027
5. Institute for Research in Biomedicine, Barcelona. <https://www.irbbarcelona.org/es/news/pacientes-y-cientificos-se-allian-para-combatir-la-ataxia-de-friedreich> [Último acceso: febrero 2025]
6. Friedreich's Ataxia Research Alliance - What is FA? (curefa.org). <https://www.curefa.org/understanding-fa/what-is-friedreichs-ataxia/#symptoms> [Último acceso: febrero 2025]
7. Parkinson MH, Boesch S, Nachbauer W, Mariotti C, Giunti P. Clinical features of Friedreich's ataxia: classical and atypical phenotypes. *J Neurochem*. 2013 Aug;126 Suppl 1:103-17. doi: 10.1111/jnc.12317. PMID: 23859346.
8. Delatycki MB, Corben LA. Clinical features of Friedreich ataxia. *J Child Neurol*. 2012 Sep;27(9):1133-7. doi: 10.1177/0883073812448230. Epub 2012 Jun 29. PMID: 22752493; PMCID: PMC3674491.
9. FundAME. Disponible en: <https://www.fundame.net/gue-es-la-ame/atrofia-muscular-espinal/> [Último acceso: febrero 2025]
10. Informe de Posicionamiento Terapéutico de nusinersén (Spinraza®) en atrofia muscular espinal. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/IPT-nusinersen-Spinraza-atrofia-muscular-espinal.pdf> [Último acceso: febrero 2025]
11. Lunn MR, Wang CH. Spinal muscular atrophy. *Lancet*. 2008;371(9630):2120-2133.
12. Brown RH, Al-Chalabi A. Amyotrophic Lateral Sclerosis. *N Engl J Med*. 2017 Jul 13;377(2):162-172.
13. Xu, L, et al. Global variation in prevalence and incidence of amyotrophic lateral sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol*. 2020;267(4):944-953.
14. Brown CA, Lally C, Kupellán V, Flanders WD. Estimated Prevalence and Incidence of Amyotrophic Lateral Sclerosis and SOD1 and C9orf72 Genetic Variants. *Neuroepidemiology*. 2021;55(5):342-353.
15. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (n.d.). Amyotrophic lateral sclerosis (ALS) <https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/amyotrophic-lateral-sclerosis-als> [Último acceso: febrero 2025].
16. Tsou AY, et al. *J Neurol Sci*. 2011;307(1-2):46-49

Más información:



Febrero 2025 Biogen-260225

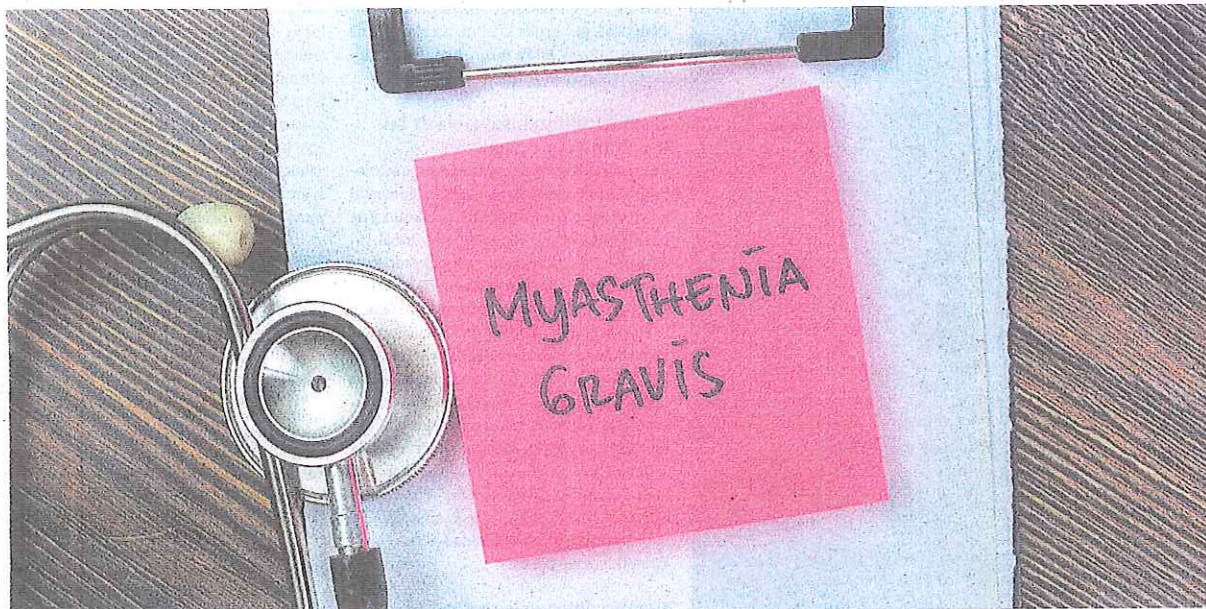


Quando te preocupas,
tu trabajo nunca termina

A medida que avanzamos en nuestra comprensión de la biología humana y las enfermedades neurológicas, nuestra motivación es descubrir, desarrollar y ofrecer soluciones que pasen del alivio de los síntomas a la modificación de la propia enfermedad y, algún día, incluso a su curación.

 Inspired by patients.
Driven by science.

© 2025 UCB. Todos los derechos reservados. UCB y el logo UCB son marcas registradas de UCB.



FATIGA

Quienes padecen miastenia gravis experimentan frecuentes episodios de debilidad muscular y fatiga durante las actividades cotidianas. Estos síntomas suelen estar asociados a otros y también a comorbilidades que repercuten en su bienestar a nivel físico, tales como problemas para respirar, dificultad de habla, defectos de visión o problemas motores. Seguir los esquemas de tratamiento es clave para controlar la enfermedad.

/PEOPLEIMAGES

Debilidad muscular ante los esfuerzos

La miastenia gravis es una enfermedad neuromuscular rara de carácter autoinmune que se caracteriza por la presencia de alteraciones motoras producidas por problemas en el sistema nervioso periférico.

Por Nacho Arbalejo

A James Carter, atleta estadounidense de pista y campo, le diagnosticaron miastenia gravis a los 12 años. A pesar de ello, llegó a convertirse en un corredor de salto de vallas de talla mundial, logrando un mejor tiempo personal de 47,43 segundos y ganando una medalla de plata en el Mundial de 2005. También el percusionista barcelonés Joan Ximénez Valentí, más conocido como *Petite*, quien combinó la rumba catalana con la música sinfónica, murió diagnosticado con miastenia gravis.

«Es una enfermedad autoinmune que ocasiona una interferencia en la señal entre el sistema nervioso y los músculos, ocasionando debilidad muscular ante los esfuerzos», expli-

ca el doctor Francisco Javier Rodríguez de Rivera Garrido, neurólogo en el Hospital Universitario La Paz y coordinador del Grupo de Estudio de Enfermedades Neuromusculares de la Sociedad Española de Neurología. «La sintomatología se basa en la debilidad muscular intensa ante el esfuerzo; que puede reflejarse simplemente en la caída de los párpados o la visión doble ante los esfuerzos visuales, con la recuperación completa posterior tras el reposo», detalla el doctor Rodríguez.

BAJA PREVALENCIA

El informe *Miastenia Gravis. Situación actual y retos futuros para la mejora asistencial en España*, con el

aval científico de la Sociedad Española de Neurología, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, la Asociación Miastenia de España e impulsado por BioInnova con la colaboración de UCB, considera la miastenia gravis como una enfermedad rara, reflejando una patología con una baja prevalencia en la población, ya que afecta a un número limitado de personas (menos de cinco enfermos por cada 10.000 habitantes). De acuerdo con los datos de la SEN, España supera los 15.000 afectados y cada año más de 700 nuevos casos de la enfermedad son diagnosticados. La enfermedad presenta una gran heterogeneidad de síntomas motores, debilidad y fatiga en los músculos esqueléticos.

«Con la llegada de los nuevos fármacos, nos debemos replantear los protocolos terapéuticos de la enfermedad, dando cada vez más paso a estos nuevos tratamientos y evitando fármacos antiguos con más efectos secundarios y menos beneficio demostrado», precisa el doctor Ro-

dríguez. El diagnóstico se realiza mediante estudios neurofisiológicos y de laboratorio de carácter inmunológico. A pesar de los avances sanitarios y el conocimiento de la enfermedad, las cifras diagnósticas se encuentran en continua progresión, por lo que se considera fundamental proporcionar un adecuado abordaje de la miastenia por parte del sistema sanitario.

TIPOS DE MIASTENIA

Según la localización anatómica de la enfermedad, puede clasificarse como ocular o generalizada. Si bien, en un inicio, la amplia mayoría de los pacientes presenta síntomas exclusivamente oculares, la progresión de la patología deriva habitualmente en la forma generalizada, que afecta a entre un 70% y un 80% de los pacientes transcurridos dos años desde el diagnóstico.

Atendiendo a la edad de inicio de la enfermedad, los pacientes se dividen en dos grupos principales: de inicio temprano, cuando las pri-

La importante labor del movimiento asociativo

«Los síntomas de esta enfermedad repercuten enormemente en la calidad de vida y autonomía de los pacientes, generando una gran dependencia y necesidad de cuidados, lo que hace de la miastenia una enfermedad altamente discapacitante», explica Raquel Pardo, presidenta de la Asociación Miastenia de España (AMES). Además de informar, orientar y asesorar a los afectados y a sus familiares, esta organización lucha por fomentar la investigación y trabaja para recopilar toda la información basada en evidencia científica, divulgarla e implicar a los profesionales de la salud.

meras manifestaciones se producen antes de los 50 años, y de inicio tardío, si los pacientes tienen 50 años o más cuando tiene lugar el comienzo de los síntomas. La miastenia de inicio tardío constituye la forma más frecuente de la enfermedad, afectando a entre un 60% y un 70% de los pacientes.

Históricamente, la miastenia era considerada como una enfermedad mayoritariamente femenina. Sin embargo, durante las últimas décadas, el envejecimiento poblacional, asociado al aumento de la esperanza de vida, ha supuesto un repunte de su prevalencia en varones.



Presentación del informe 'Miastenia Gravis. Situación actual y retos futuros para la mejora asistencial en España', con el aval científico de la Sociedad Española de Neurología, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, la Asociación Miastenia de España e impulsado por BioInnova con la colaboración de UCB.

Mayo 2024 - Biogen-241685

Dedicación Máxima. Alcanzando la Excelencia. Cambiando vidas

En **Biogen**, somos una empresa líder y pionera en **biotecnología**, que ofrece nuevos tratamientos para transformar la vida de los pacientes, **creando valor** para nuestros stakeholders y nuestras comunidades. Aplicamos un **profundo conocimiento de la biología humana** para avanzar en tratamientos de primera clase.

 **Biogen.**

La detección de las enfermedades raras puede realizarse en momentos tempranos. El Hospital Universitario La Paz es toda una referencia en este ámbito, al integrar investigación, diagnóstico avanzado y tratamientos innovadores para mejorar la salud materno-fetal.

«El centro realizó en 1986 su primer estudio genético y, años después, obtuvo el primer cariotipo prenatal con amniocentesis. Durante mucho tiempo, esta fue la única prueba para diagnosticar alteraciones cromosómicas, especialmente, la trisomía 21», recuerdan Karen Heath y María Elena Mansilla, coordinadora y subcoordinadora, respectivamente, del Instituto de Genética Médica y Molecular (INGEMM) del centro hospitalario madrileño.

Ya en la primera década de este siglo, La Paz incorporó la tecnología array-CGH para detectar alteraciones en el número de copias de ADN con mayor resolución y rapidez. Recientemente, la secuenciación masiva ha mejorado el diagnóstico, analizando múltiples genes simultáneamente. «Hoy, todas las técnicas son complementarias y permiten numerosos diagnósticos prenatales», recuerdan ambas expertas. Existen, también, estudios de ADN libre cir-

Las ventajas de las pruebas prenatales son más elevadas que sus costes

culante en plasma materno, que son una prueba de cribado para las aneuploidias o alteraciones en el número de cromosomas más comunes.

Aún hoy, el diagnóstico prenatal de una enfermedad requiere de una técnica invasiva (biopsia de corión, amniocentesis o cordocentesis), no exenta de complicaciones y que puede interferir en la gestación. «Cuando se dispone de una muestra fetal, se pueden realizar pruebas genéticas para intentar llegar a un diagnóstico», explican.

Hay situaciones que animan al diagnóstico prenatal y la medicina reproductiva es clave en ese ámbito, pues más del 80% de los casos tienen una causa genética. «Técnicas como el matching genético permiten conocer si dos progenitores tienen riesgo de descendencia afectada, evitando la posibilidad de transmisión de las enfermedades genéticas estudiadas», señalan desde la clínica de reproducción asistida Ginemed.

No obstante, muchas enfermedades minoritarias carecen de manifestaciones prenatales en el embarazo, lo que dificulta su detección. Descubrir las precozmente ayuda a las familias a tomar decisiones en función de sus necesidades individuales y valores y a comprender el origen de las dolencias y su posible recurrencia en otras gestaciones. Un diagnóstico precoz también permite



ANDREY ZHERNOV

Más herramientas para avanzar en el diagnóstico precoz

Relacionar una malformación con una dolencia posterior resulta muy complicado y hay enfermedades minoritarias sin manifestaciones prenatales, lo que dificulta su detección. La secuenciación masiva ha mejorado el diagnóstico, al analizar múltiples genes simultáneamente

Por Ana Romero

al personal sanitario tomar decisiones como la vía del parto, derivar al bebé a especialistas para que lo traten al nacer o evitar la odisea diagnóstica tras el parto, además de palear tratamientos intrauterinos.

Las ventajas de las pruebas prenatales superan sus costes y no de-

Esta tecnología puede permitir un tratamiento intrauterino

berían suponer una barrera para los sistemas de salud. Lo más complejo de las pruebas genéticas es saber interpretarlas, pues permiten encontrar la causa, llegar a un diagnóstico o dar con hallazgos inesperados.

Las enfermedades más diagnosticadas prenatalmente siguen siendo alteraciones cromosómicas como los síndromes de Down y de Turner. Por su parte, las enfermedades monogénicas que más se detectan son aquellas que presentan malformaciones ecográficas, como displasias esqueléticas, rasopatas y ciliopatías, que constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades genéticas (poliquistosis renal o síndromes de Joubert y de Meckel), además de otras enfermedades neuromusculares.

HACIA LA PRUEBA IDEAL

El gran desafío es lograr una prueba diagnóstica prenatal ideal: no invasiva, que se haga lo antes posible en el embarazo, con bajo coste y que permita una respuesta rápida y aporte un resultado significativo. Por el momento, ninguna prueba es ideal y muchas veces hay que combinar varias para alcanzar el diagnóstico.

En cualquier caso, son interesantes algunos estudios recientes que han mostrado la viabilidad de la secuenciación del genoma completo a partir de una sola célula para detectar enfermedades genéticas. Las investigaciones muestran que las pruebas prenatales no invasivas basadas en una o dos células pueden identificar mutaciones genéticas responsables de enfermedades como la fibrosis quística o la talasemia.

Otro reto es conocer mejor cómo se manifiestan prenatalmente enfermedades minoritarias y establecer correlaciones entre el fenotipo fetal (sus características clínicas) y el genotipo (alteración genética).

Por lo pronto, van surgiendo nuevas herramientas, como las de los médicos de la red pública de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, que ya cuentan con su propio ChatGPT para ayudarles a diagnosticar enfermedades raras. Se trata de SemasGPT, una herramienta de inteligencia artificial generativa desarrollada en colaboración con Microsoft y la Fundación 29, que se inspira en el modelo de ChatGPT, conocido por su capacidad para generar respuestas rápidas y precisas.

TODO EL MUNDO A TU ALCANCE

El mejor periodismo, grandes firmas de opinión
y además Actualidad Económica, Yo Dona, Metrópoli, LOC y La Lectura

SUSCRÍBETE A EL MUNDO



EL MUNDO
suscripcion.elmundo.es

Cuando Cristina Morillo empezó a notar los síntomas de su enfermedad pensó que eran el estrés del trabajo y las responsabilidades del día a día. Detrás de aquellas taquicardias, temblores y debilidad muscular estaba un hipertiroidismo autoinmune del que nada sabía. Pero mucho menos esperaba, tras el diagnóstico, que su afectación pudiese venir con un problema aparentemente dispar bajo el brazo.

La enfermedad ocular tiroidea (EOT) se conoce desde hace más de un siglo, y es la patología en la que el sistema inmunitario ataca por error, además de al tiroides, al tejido muscular y graso que está detrás de los ojos. La EOT aparece en un 50% de los pacientes con hipertiroidismo, pero sólo precisan tratamiento específico ocular el 20% de los pacientes.

Al mismo tiempo que las palpitaciones, el nerviosismo, la pérdida de peso y una mayor sudoración provocadas por el hipertiroidismo, casi siempre aparecen la fotofobia, el lagrimeo, el escozor en los ojos, la hinchazón de los párpados o el enrojecimiento de la conjuntiva. Al padecer un hipertiroidismo de tipo autoinmune, la mayoría de pacientes de la enfermedad ocular tiroidea son diagnosticados por endocrinólogos.

Sin embargo, Rosa Casañ, doctora del Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico de Valencia, explica que, «a veces, los pacientes van primero a oftalmología, porque no se ha diagnosticado aún el hipertiroidismo o es muy leve, o incluso a neurología, ya que comienzan a ver doble». Este es uno de los síntomas más llamativos y avanzados de la enfermedad, junto a la protusión del globo ocular (efecto ojos saltones).

No fue ese el caso de Morillo. Un día, su hija notó que «miraba raro con un ojo». Le hubiese gustado que el endocrino que la trataba desde hacía varios meses el hipertiroidismo le hubiese avisado de que esto le podía pasar, pero en su caso no reconoció los síntomas. «Tardé tres o cuatro meses en relacionar la protusión en mi ojo con el tiroides», dice.

Su peregrinar por oftalmólogos acabó en un experto en la EOT. Para entonces, el dolor ya era importante. El doctor Antonio Manuel Garrido, del Hospital Universitario Virgen Macarena, de Sevilla, supo a qué se enfrentaba cuando la vio, pues se ha especializado en esta enfermedad. Junto a la endocrinóloga Mariola Méndez, están pendientes de posibles síntomas de alerta en sus pacientes. En efecto, «ha sido una enfermedad infradiagnosticada y que ha contado con pocas opciones de tratamiento», confirma.

Aunque no es lo habitual, hay pacientes con esta enfermedad en los que las hormonas son normales, es decir, que no padecen hipertiroidismo ni hipotiroidismo. Cuando la función tiroidea es nor-

Enfermedad ocular tiroidea, una dobleafección que crece

Predominante entre las mujeres, sus principales síntomas son protusión del globo ocular y visión doble. Los profesionales reclaman más equipos multidisciplinarios para diagnosticar y tratar antes unos síntomas que, como las de esta patología, muchas veces no se asocian entre sí

Por Sèlvà Fernández

mal, «también se da la EOT, aunque en un porcentaje muy pequeño porque, aunque hay relación con el tiroides, no es dependiente totalmente», afirma Garrido. Esto supone que, pese a que al paciente se le extirpe el tiroides, puede seguir con la afectación ocular.

Actualmente, Casañ asegura que están viendo «más frecuencia de pacientes en estadios más precoces de la enfermedad». Según dice, se diagnostican más, pero también hay más opciones de tratamiento. «Conforme se ha ido investigando más acerca de cómo se produce, se han podido poner tratamientos que vayan al origen de la enfermedad».

Antes, el tratamiento eran los corticoides. Pero, llegados a un de-

terminado punto, su eficacia no da para más o provocan efectos secundarios. «Al conocer bien cómo se produce la enfermedad, se han desarrollado nuevos medicamentos que actúan justo en el origen de estas inflamaciones», comenta la doctora. Se trata de medicamentos biológicos que se han utilizado con bastante frecuencia durante los últimos cinco años. No obstante, «con algunos fármacos llevamos

El impacto psicológico tiene un gran peso en los pacientes

un retraso de hasta dos años respecto a EEUU», dice.

Por ahora, sólo hay un fármaco que está específicamente aprobado para tratar la enfermedad ocular tiroidea. Y está, como cuenta Garrido, disponible en EEUU y algún otro país más, pero en España sigue en espera. «Está dando muy buenos resultados con la visión doble y la proptosis, que es lo más difícil de corregir», dice Casañ. Actualmente, para tratar la proptosis y volver a meter los ojos en el lugar correspondiente de las cuencas, se practica una cirugía muy agresiva en los huesos, con un calvario de rehabilitación que dura varios años, según cuentan estos médicos. Y no siempre el paciente

va a quedar igual que antes de convivir con la enfermedad.

Y el tiempo es clave. «Me hubiera gustado que, con el diagnóstico del hipertiroidismo, me avisaran de que podía pasar esto y estar pendiente, como otros pacientes que conozco», se lamenta Morillo. Los ojos empeoran muy rápido y, según los facultativos, mejoran muy lento, por lo que es importante actuar cuanto antes. Si se administra tratamiento de forma temprana, no quedan las secuelas que conlleva que esta enfermedad se cronifique. Al fin y al cabo, según Garrido, «en algunos casos, se puede llegar a perder la visión por compresión a nivel del nervio óptico».

Aun cuando no se llegue a ello, dice Casañ, la diplopía es muy limitante, por ejemplo, a la hora de conducir. Morillo lo sabe bien, pues ha llegado a ver doble en todas direcciones, salvo de frente. Además, la proptosis hace que dormir sea difícil porque, con los párpados retraídos, hay que estar haciendo fuerza para cerrarlos. Es importante avisar de que esa «visión doble puede llegar a impedir las actividades cotidianas de los pacientes», expone Garrido.

OTRAS CONSECUENCIAS

Más allá de convivir con dolor e incomodidad física y del impacto estético en las personas, existe un elemento psicológico asociado a esta patología que los pacientes denuncian que no se trata. El aspecto que granjea esta enfermedad es el de alguien asustado, enfadado o recién levantado. «Te miras al espejo y no te reconoces, porque los ojos cambian totalmente. Tu cara cambia, ves a otra persona», relata Morillo. Por ello, «te aislas un poco, no quieres salir en las fotos...». Ella prefiere encontrarse con personas que antes no la conocían.

«Es fundamental que existan unidades como la nuestra: multidisciplinarias, con endocrinólogos y oftalmólogos», opina Garrido desde la Unidad de Referencia Andaluza para la Orbitopatía de Graves (Upra). Casañ reconoce que, «en algunos hospitales, se han creado unidades en las que participan ambos especialistas e incluso a veces otorrinolaringólogos, que ayudan en el acceso a las cirugías». Sin embargo, aún son escasas.

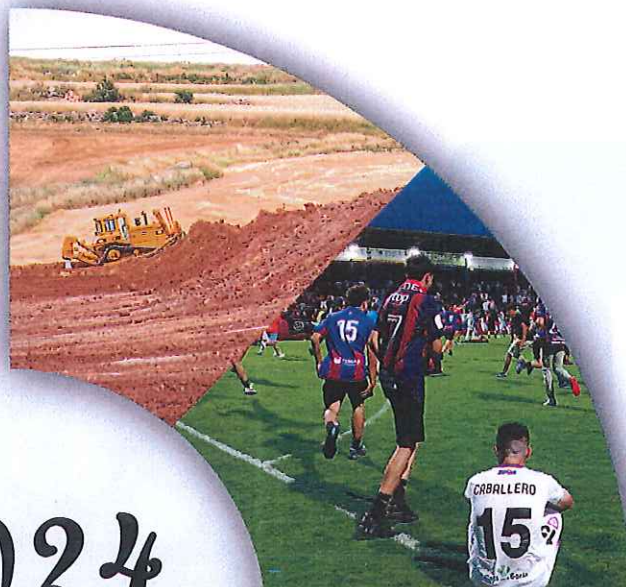
Además, el estrés de un despido, un divorcio, el fallecimiento de un familiar o una cirugía puede causar una alteración a nivel sistémico y provocar la EOT o hacerla rebrotar, al igual que ocurre con las enfermedades autoinmunes. Morillo es una prueba fehaciente de que esto es así: «Yo tenía los anticuerpos muy bajos y, a los tres meses de un percalaje de mi madre, los había triplicado».

A Morillo le extirparán el tiroides, y, si su estabilidad ocular actual continúa, le harán una intervención para corregir los párpados.



INVESTIGACIÓN La enfermedad ocular tiroidea o de Graves ha registrado un 'boom' durante los últimos años en términos de investigación. Principalmente, a través de las compañías farmacéuticas y los ensayos clínicos.

www.heraldodiariodesoria.es

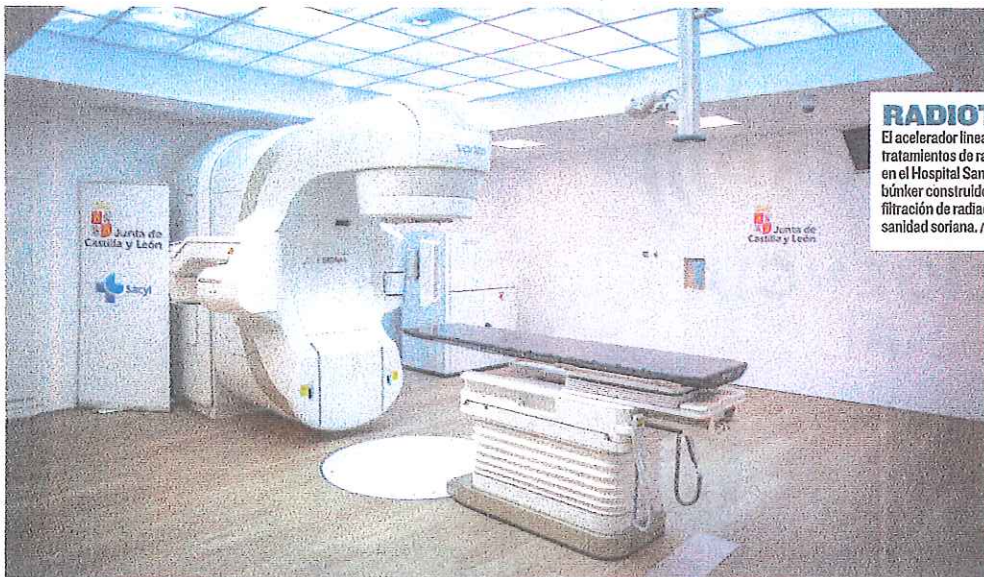


A 2024 NUARIO



HERALDO-DIARIO DE SORIA
EL MUNDO

SANIDAD



RADIOTERAPIA

El acelerador lineal para realizar los tratamientos de radioterapia se instaló en el Hospital Santa Bárbara, en el búnker construido para evitar la filtración de radiación. Un hito para la sanidad soriana. / MONTESEGUROFOTO

do el largo y tortuoso desplazamiento hasta el Hospital de Burgos, del que, por otro lado, depende la unidad satélite soriana, que

se nutrirá con sus técnicos. Serán dos oncólogos radioterápicos y dos radiofísicos, y entre cuatro y cinco técnicos especialistas en radioterapia, como adelan-

tó el consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, en su visita al acelerador lineal en su nuevo 'hogar'. Según destacó, «esta unidad supone un enorme beneficio para la sociedad soriana, además de una gran inversión por parte de la Junta, cifrada en 8 millones, que son 4,2 millones en equipamiento y 3,8 en la obra».

Asimismo, en noviembre se inició el traslado al nuevo edificio del Hospital Universitario con la puesta en marcha de la Unidad de Diálisis, a la que siguieron las consultas de Cardiología, Reumatología y Medicina Interna.

Con esta apertura comenzó la actividad de las distintas áreas asistenciales que forman parte de las nuevas instalaciones construidas en las obras de ampliación, que entraron ya en su última fase para construir la que será la entrada principal, en la misma ubicación que la original, con un gran hall y escaleras mecánicas de acceso al piso superior.

LA MILAGROSA

Por otro lado, también el centro de salud de La Milagrosa fue objeto de mejora. Abrió un nuevo acceso de Urgencias directamente desde la calle Nicolás Rabal, facilitando la entrada y con nuevas prestaciones. Puso en servicio los espacios del punto de atención continuada, PAC, del centro de salud Soria Sur, una vez que habían concluido las obras de ampliación y reforma, que se prolongaron durante un año, y que adjudicó la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria por un importe de más de 835.000 euros.

La unidad satélite de radioterapia tomó forma en el Hospital Universitario Santa Bárbara de Soria con la llegada del acelerador lineal, un equipamiento en el que la Junta de Castilla y León invirtió tres millones de euros y que quedó instalado en el mes de diciembre en el búnker construido especialmente para él, con paredes lo suficientemente gruesas como para impedir que los traspase la radiación.

Fue un hito, a la espera de que el Consejo de Seguridad Nuclear calibrara y diera el visto bueno para iniciar los tratamientos, aunque para eso todavía había que esperar a 2025.

La excelente noticia para la sanidad soriana se vio respaldada con las primeras consultas de revisión de oncología radioterápica. Fueron sólo cuatro, casi de modo testimonial y emplazando las siguientes también para 2025, pero supusieron el cumplimiento de la promesa lanzada por el presidente de la

El acelerador lineal llega a su nuevo 'hogar'

El año se cerró con una promesa cumplida, las primeras consultas externas de oncología radioterápica, a la espera del inicio de los tratamientos para meses después. Por Milagros Hervada

Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, de que antes de que finalizara 2024 se produjeran las primeras consultas externas. Además, también a finales de año se produjo la licitación, por

parte de la Junta, del suministro, instalación y puesta en marcha de un TAC espectral para simulación, para la planificación precisa de los tratamientos, la localización exacta de los tumores, el cálculo de dosis

y la seguridad del paciente. El presupuesto, 750.000 euros.

La unidad satélite de radioterapia supone que en torno al 85% de los pacientes de cáncer podrán recibir tratamiento en Soria, evitan-

Tu periódico digital
heraldodiariodesoria.es

Síguenos también en:



@diariodesoria



Heraldo de Soria

PAPEL | SALUD

MIGUEL GUERRERO "LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO TIENE QUE SER UNA CUESTIÓN DE ESTADO"

Entrevista. El coordinador de la Unidad Cicerón para la atención de conducta suicida e integrante del grupo ejecutivo del primer Plan de Acción explica qué pasos son prioritarios para salvar vidas

Por Yajza Perera (Madrid)

En 45 a.C., el anciano senador romano Cicerón sufrió el golpe más devastador de su vida, la muerte de su hija Tulia. Desde ese dolor, comenzó a transitar el duelo y la capacidad del ser humano para reconstruirse. Su nombre representa hoy la oportunidad de salir de la desesperanza, especialmente en la Costa del Sol, donde la Unidad Cicerón ofrece atención especializada a personas con conducta suicida y sus familiares. Su coordinador, el psicólogo clínico Miguel Guerrero Díaz, forma parte del grupo ejecutivo encargado de desarrollar el primer Plan de Acción para la Prevención del Suicidio a nivel nacional. Estos son a su juicio los pasos prioritarios que se deben dar a partir de ahora para mejorar la red de protección de personas vulnerables.

P. ¿Vamos perdiendo el miedo a hablar de suicidio y escuchar el dolor que esconde?

R. Sí, pero queda mucho camino por recorrer. Persisten miedos y estigma y otras barreras para abordarlo abiertamente. Tenemos que conseguir que, en hogares, aulas, entornos laborales, dispositivos sanitarios o en barrios se hable del suicidio de forma natural, respetuosa, sin dramatismo ni banalización.

P. Una vez aprobado el Plan de Acción, ¿cuáles son los tres pasos prioritarios para comenzar a ejecutarlo?

R. Si queremos reducir de forma significativa las muertes, urge crear un observatorio que actúe como centro de monitorización, vigilancia, investigación y análisis de la conducta suicida, con el fin de ofrecer una visión integral y precisa sobre su prevalencia, factores de riesgo, medidas preventivas y enfoques terapéuticos eficaces. El segundo paso es crear grupos de trabajo interdisciplinarios y con participación de supervivientes y sobrevivientes a nivel nacional, autonómico y local. Y el tercer paso, dotarlo con los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios y suficientes para garantizar que se cumplan objetivos, indicadores de evaluación y optimizar los dispositivos que atienden a personas en riesgo.

P. ¿Cuál es el mecanismo más adecuado para garantizar la coordinación y una atención equitativa?

R. Sin una herramienta jurídica que garantice la equidad, la alineación de los planes o estrategias autonómicas con el plan nacional, un igual desarrollo y grado de implementación de las líneas de acción, la obligación de dotar presupuestariamente estos planes y la rendición de cuentas a través de una auditoría pública independiente, no será posible o muy difícil cumplir con este principio bioético de justicia. Una ley



integral de prevención del suicidio es el siguiente paso que deben dar nuestros representantes políticos si de verdad quieren atajar este problema de salud pública.

P. ¿Cuáles son las medidas que se deberían aplicar en Urgencias?

R. En la actualidad, con honradas excepciones, los dispositivos de urgencias de los hospitales públicos de nuestro país no están diseñados ni preparados para dar respuestas eficaces. Si bien está garantizada la intervención médica y los cuidados necesarios para la supervivencia, todo lo demás es susceptible de infinita mejora. Hay que humanizar estos lugares para ofrecer espacio y tiempo. Espacios diferenciados, cálidos, respetuosos y seguros donde puedan acompañar seres queridos y tiempo para la escucha y la atención. Todo el personal de Urgencias debe estar formado y deben existir procedimientos actualizados, basados en buenas prácticas. Esto facilitaría que las personas pidieran ayuda,

confiaran en el sistema y no volviéramos a escuchar frases como «jamás volveré a ir a Urgencias».

P. ¿Puede haber un intento de suicidio sin ideación o planificación previa?

R. En lugar de asumir que todas las personas seguirán un camino predecible hacia el suicidio, debemos considerar la posibilidad de crisis suicidas que generan cambios rápidos que hacen pasar a las personas de bajo riesgo a alto en horas. Esto implica mejorar la detección temprana, garantizar apoyo en momentos críticos y reducir el acceso a medios letales. Entender esto por parte de los clínicos puede hacer la diferencia entre vida y muerte.

R. ¿Qué sería dentro de un año un éxito en la implantación del Plan de Acción y qué un fracaso?

P. Seré honesto y realista. Si en 2026 se ha creado el observatorio, las CCAA comienzan a alinear sus planes con el plan del Ministerio y envían proyectos de prevención integrales e innovadores, podría

El psicólogo clínico, Miguel Guerrero Díaz, en el Centro de Salud Las Albarizas (Marbella).
CARLOS DÍAZ

considerarlo éxito inicial. Invertir en áreas de mayor mortalidad, en programas que prioricen las poblaciones más frágiles y proyectos comunitarios. El fracaso vendría dado por falta de voluntad y responsabilidad por parte de los responsables técnicos y políticos.

P. Usted habla de la necesidad de «crear vidas que merezcan ser vividas». ¿Cómo puede contribuir a hacerlo el lector o lectora que se interesen por esta entrevista?

R. Crear vidas que merezcan ser vividas significa garantizar que todas las personas tengan acceso a redes de apoyo, oportunidades y un sentido de pertenencia que les permita afrontar el sufrimiento sin sentirse solos, una carga o sin salida. La prevención del suicidio comienza en lo cotidiano: escuchar sin juzgar, estar presentes para quien atraviesa momentos difíciles, educarse sobre salud mental y desafiar mitos y estigmas.

P. ¿Es el Pacto de Estado el siguiente paso en la prevención?

R. Debería haber sido el primer paso en la prevención del suicidio. Un Pacto de Estado enviaría un mensaje claro de compromiso a la ciudadanía, garantizando equidad, eliminando desigualdades entre regiones según su nivel de riqueza o el compromiso político del momento. La prevención del suicidio no puede ser un asunto ideológico, partidista o estratégico. Debe ser una cuestión de Estado.

"Tenemos que conseguir que en aulas, hogares y barrios se hable de suicidio de forma natural y respetuosa"

"Urgencias garantiza la supervivencia tras un intento, pero hay que humanizarlas y ofrecer espacio y tiempo"

Alcer busca «relevo» en la dirección con el objetivo de no desaparecer

El actual presidente pide a los socios compromiso para poder hacerse a un lado

V.R.A. SORIA
La Asociación para la Lucha contra las Enfermedades del Riñón (Alcer) Soria busca relevo en su junta directiva con el objetivo de no desaparecer. Así lo indica su actual presidente, Francisco Javier Pérez, que lleva al frente de este colectivo 13 años. Sin embargo, desde la pandemia su situación médica y física ha cambiado mucho y aunque sigue liderando la asociación porque no hay nadie más que quiera dar ese paso al frente si pide compromiso por parte de los socios para este relevo en la presidencia. Pérez destaca, además, que el número de socios ha caído en los últimos años: «Hemos pasado de unos 100 a ser 85, tanto pacientes como familiares, con edades avanzadas y cada vez más complicaciones médicas». Y es que son personas que suelen necesitar diálisis tres veces a la semana limitando mucho su día a día. A pesar de ello, Pérez afronta la vida con optimismo: «Hay que admitir la enfermedad que tienes e intentar hacer la vida lo más normal que puedas dentro de las posibilidades de cada uno». Y lo dice a pesar de haber enfrentado muchas situaciones complejas ya que «he tenido problemas en los riñones desde que tenía 27 años y ahora tengo 65 llevando en diálisis 22 años. En este momento, el porcentaje de funcionamiento de mis riñones es cero. De hecho, llevan tiempo consumiéndose y ya ni siquiera sé si están o no». Y añade: «Hace unos 8 o 10 años me llamaron para un trasplante pero al final decidieron no seguir adelante con la operación. No era apto, no se atrevieron a meterme a quirófano por otras patologías que tengo además del riñón. Así que continuaremos hasta que el cuerpo aguante. La diálisis te mantiene vivo pero al mismo tiempo te va consumiéndose. Es complicado». Y sabe de lo que habla ya que «hace cuatro años me amputaron las dos piernas debido a la mala circulación». Y es que, ase-

vera, «a raíz de la diálisis se te van calcificando las venas y la circulación de la sangre se complica». Así que su vida ha dado un giro de 180 grados ya que «antes salía mucho a

la calle, sin embargo, ahora estoy muy limitado y dependiendo de mi mujer». Sin embargo, ya pesar de este complicado escenario, sigue al frente de Alcer Soria «acudiendo un

día cada dos semanas a la sede junto a un abogado que ayuda a resolver trámites, ayudas, consultas... a los miembros de la asociación que así lo necesitan».

Por otra parte, Pérez, quiso poner el foco en la falta de personal en el servicio de diálisis. «Es verdad que la sala es nueva pero falta personal con el problema añadido de la gran rotación de sanitarios». La unidad cuenta con una sala para crónicos con 16 puestos, otra de hepáticos con cuatro puestos y una tercera sala para aislados para dializar hasta dos pacientes. La Unidad de Diálisis atiende a unos 60 pacientes que acuden tres días alternos por semana acercándose el número de tratamientos a los 9.000 anuales.

El polen llega para quedarse, del ciprés en estos momentos, al olivo y hasta las gramíneas en verano

Los alergólogos recomiendan tomar la medicación con los primeros síntomas

MILAGROS HERVADA SORIA
El polen ha llegado para quedarse, y con él los primeros síntomas. El que lleva la delantera es el de las cupresáceas, que comenzó ya timidamente en enero pero ahora alcanza su pico. «Están en plena efervescencia», aseguró el coordinador del servicio de Alergología del Hospital Universitario Santa Bárbara, Jonatan Vicente, refiriéndose a los cipreses, pero también a las sabinas, «y tenemos el sabinar más grande de Europa», además de a las múltiples macetas ornamentales que pueblan las ciudades, también Soria, que «es un jardín».

«Se han plantado cupresáceas por toda la capital, se usan en los

jardines y en las calles, y en la Dehesa hay secuoyas, que también lo son», explicó Vicente. El resultado es que el enemigo del alérgico acecha desde muchos frentes ya desde el mes de enero: «A las cupresáceas les gusta el frío para polinizar».

El especialista manifestó que ya está pasando consulta a muchos pacientes que llegan con síntomas, pero no es posible verlos a todos, por lo que recomienda a los pacientes que ya tienen un diagnóstico y su informe que inicien el tratamiento «en cuanto empiecen a notarlos, sobre todo si sufren asma». Insta a esos veteranos de la alergia a acudir al médico de Familia para iniciar la medicación.

Las cupresáceas están ahora «en plena efervescencia»

Cada temporada surgen nuevos «debutantes» en alergias

«Ahora estamos citando para marzo, no tenemos lista de espera, pero que no esperen, que se tomen ya la medicación», instó Jonatan Vicente, uno de los tres aler-

gólogos que pasan consulta en el servicio.

Los pacientes, que comenzaron a llegar ya incluso en Navidad, pueden confundir los síntomas con los catarrales. «El moco claro, no espeso», en todo el proceso, es la pista definitiva, confirmó el especialista. Y muchos sufrirán ya ese «moqueo» posiblemente durante meses, porque cuando una persona es alérgica al polen, la polsensibilización es lo más frecuente, que reaccionen a varios tipos. «Empiezan en febrero y acaban a mitad del año», porque «hasta verano ya hay polen».

A las cupresáceas le seguirán las oleáceas ya en marzo y abril, es decir, los olivos, fresnos o lillos. Y después llegarán las temidas gramíneas y malezas típicas del verano por lo que la medicación y los pacientes serán ya inseparables del alérgico.

Posiblemente las gramíneas lleguen un poco más pronto esta vez, es una tendencia que se viene manifestando porque «las primaveras van más adelantadas los últimos años». No obstante, pronto o tarde la polinización se produce y con ella los efectos en los pacientes. Vicente recalca que cada temporada surgen nuevos «debutantes», porque la alergia «se desarrolla en algún momento». Y lo mismo ocurre con otros alérgenos como pueden ser ciertos alimentos o medicamentos o picaduras de insectos. Con todo el volumen de alérgicos que existen en la provincia, donde ya uno de cada tres sorianos padece algún tipo de alergia en la actualidad, mantiene las consultas del servicio en niveles aceptables, hasta que salte el pico previsiblemente ya en abril.



Centro de Reconocimiento Médico
CRUZ ROJA
PERMISOS DE CONDUCIR
Y OTROS RECONOCIMIENTOS
Lunes a Viernes:
Mañanas de 09:30 a 13:30 horas.
Tardes de 16:30 a 18:30 horas.
Julio y Agosto: Horario de mañana
C/ Santo Domingo de Silos, 1. Soria
Registro Sanitario JCYL 42-C2510-0001
Registro DGT 50-0001
Agenda: miércoles, de 16:00 a 19:30 horas
Registro sanitario 42-C2510-0003
Cita previa: 975 212 641
crmsoria@cruzroja.es

CRÓNICA



Por
**Eduardo
Colom**

Andrea Ginés tiene 30 años y es de Talavera de la Reina (Toledo). Es enfermera desde el año 2016, cuando obtuvo su grado en Plasencia y empezó a ejercer el oficio, su vocación. Desde entonces ha trabajado en centros sanitarios de Castilla-La Mancha, de Madrid y de su ciudad natal.

Allí, en el hospital general universitario de Talavera, le pilló lo más duro de la pandemia, trabajando en quirófano, llegando a tener que cubrirse los pies con bolsas de basura cuando a duras penas les llegaba material con el que protegerse de las dentelladas del virus.

Apasionada del mar y con parentela en Mallorca, soñaba con poder trabajar como enfermera en la isla. Y por eso no lo dudó cuando supo que el departamento público de salud balear convocaba en 2022 una gran oposición para cubrir 807 plazas en hospitales y centros de salud del archipiélago.

El reto no era sencillo. Más de 4.000 enfermeros de toda

España se inscribieron en la convocatoria, atraídos por el prestigioso sistema sanitario de Baleares, donde, paradójicamente, los problemas para cubrir algunas plazas son crónicos. Hasta el punto de que recientemente el gobierno regional ha tenido que elaborar un listado con plazas de difícil cobertura con el fin de incentivarlas su ocupación.

Cuando en 2022 (con el PSOE de Francina Armengol al frente del Govern balear) Andrea y el resto de aspirantes a enfermeros entregaron su documentación y pagaron la tasa para inscribirse en la oposición, no se les exigía el requisito de tener un título de catalán. Poseerlo era un mérito, pero no una condición que fuese a dejarles fuera del concurso.

Sin embargo, tres años después de emprender aquel largo camino, tanto Andrea como otros 157 sanitarios de todos los rincones de España —de los 3.100 que finalmente hicieron el examen— acababan de quedarse sin su plaza por no tener título de catalán.

Ha sido una criba inesperada por muchos de ellos, ya que aquel gobierno cambió las con-

diciones sobre la marcha para, en marzo de 2023, imponer como requisito tener un título B2 de la lengua autóctona, plegándose así a la presión y a los recursos de dos entidades nacionalistas.

«Nos sentimos discriminados de forma injusta, sobre todo porque cambiaron los requisitos sobre la marcha y no fuimos debidamente informados», dice a *Crónica* la joven enfermera toledana, que hasta hace poco albergaba la esperanza de que finalmente podría obtener la plaza.

ta. «De hecho, nos dieron la opción de hacer el examen en catalán o en castellano, con normalidad... incluso me llamaron para el reconocimiento médico en diciembre del año pasado en Palma, lo que alentó más esa esperanza».

En aquellas pruebas de aptitud, ya en la última fase del proceso, coincidió con otros compañeros aspirantes que, como ella, habían viajado de otras regiones. «Lo comentamos entre nosotros, teníamos esa esperanza de que finalmente no se nos excluyera o que, al menos, se nos concediera una moratoria, un plazo para poder sacar luego el título».

Porque Andrea recalca que no tiene ningún problema o prejuicio con el idioma cooficial en Baleares, como con ninguna otra lengua. «Entiendo algo y tengo voluntad de aprenderlo», explica, e incide en que se planteó sacarse el título básico de catalán mientras preparaba la oposición. Pero era estéril. Demasiado tarde: «Yano iba a influir en la oposición sacárselo a posteriori».

Todas aquellas ilusiones alimentadas por el boca a boca entre compañeros que, como ella, sacaron una buena nota iban a truncarse el pasado 18 de febrero.

Ese día, el Boletín Oficial de las Islas Baleares publicó la lista definitiva de enfermeros apartados por no cumplir con los requisitos. Y el nombre de Andrea figura entre esas más de 150 personas penalizadas por «no acreditar el nivel B2 de catalán».

Ahora sólo les queda recurrir ante la administración y buscar amparo en los tribunales. Ya se están organizando para dar ese paso.

Junto a Andrea, al menos medio centenar de enfermeros que están en su misma situación se han agrupado y han puesto el asunto en manos de un despacho de abogados para que actúe en defensa de sus intereses. Entre otras cosas, denuncian que se cambia-

ron los requisitos con el proceso ya iniciado y que no se les informó de ese cambio.

Para probarlo, Andrea, que ejerce de portavoz del grupo, aporta las numerosas comunicaciones que recibió del departamento público de salud balear, sin que esté la exigencia de idioma. «Es injusto y anticonstitucional», señalan.

¿Y QUÉ DICE EL GOVERN?

El gobierno autonómico actual es de otro color político. En 2023 el PP accedió al poder en Baleares tras ocho años de un gobierno del PSOE, liderado por la actual presidenta del Congreso Francina Armengol y apoyado por el nacionalismo catalán. Fue en esa anterior legislatura en la que se diseñó la oposición para enfermeros que ahora centra la polémica.

Al llegar al poder, la actual presidenta Marga Prohens (PP) firmó un decreto para exonerar del requisito del catalán a los sanitarios, devolviéndolo a la categoría de mérito. Sin embargo, esa decisión no tiene efecto retroactivo, por lo que la oposición de los 158 enfermeros expulsados por el catalán ha seguido su curso. Ha sido el actual gobierno el que ha tenido que ejecutarla, en contra de su propia voluntad política.

«Es un caso especialmente flagrante, un despropósito», explica el actual director de la sanidad pública balear, Javier Ureña. «Estos profesionales estudiaron, se presentaron, cumplieron con todo el proceso y con los requisitos iniciales y al final se han quedado fuera, es tremendamente lesivo», admite.

Ureña sostiene que el requisito debería haberse comprobado antes y que «se cambiaron las reglas del juego a mitad de partido; a los sanitarios hay que darles seguridad jurídica y facilitarles el acceso a las plazas, ellos no tienen que ser expertos en el funcionamiento de la administración». Demomento, su gobierno no tiene las manos atadas al haberse gestado la convocatoria durante la legislatura previa, cuando un recurso presentado por dos entidades catalanistas del ámbito cultural —con el argumento de que se deben proteger los derechos de los pacientes catalanohablantes— llevó al Govern del PSOE a exigir el catalán.

Andrea no quiere meterse en bregas políticas y sólo lanza al aire una reivindicación. «Sentimos que a pesar de todo lo que ha pasado nuestro colectivo, por temas políticos se nos siguen poniendo barreras... con mejores condiciones nuestra profesión se llevaría mejor». @educolom

La enfermera con buena nota que encabeza la rebelión (en tribunales) tras ser excluida por el catalán

Andrea tiene 30 años. Es una de las 158 enfermeras perjudicadas por la exigencia del catalán que impuso el Govern de Armengol. Obtuvo el puesto 504 en una oposición para 3.100 sanitarios, pero un cambio repentino en el requisito del idioma la dejó fuera. A ella y a muchos otros. Junto a otros 50 opositores damnificados prepara ya la denuncia: «Nos sentimos discriminados»

No es para menos: de entre los más de 3.000 opositores, ella obtuvo el puesto 504, muy por encima del corte de las 807 plazas que se ofertaron. A pesar de su juventud, su calificación fue alta (45 puntos en el examen, equivalente a un 7,5), pero el cambio en las reglas del juego ha echado por tierra su aspiración.

«Tenía la esperanza de que finalmente nos admitieran», explica en nombre también de sus compañeros de protes-

OBSTÁCULOS A LOS HÉROES DEL COVID

A Andrea la pandemia le pilló trabajando en un quirófano. Allí estuvo, incluso tuvo que proteger sus pies con bolsas de basura, como muchos otros. Ahora siente que a pesar de todo aquel sacrificio, en España algunos políticos «siguen poniendo barreras» para que ejerzan su oficio.





CULTURISTA • 'Anora' y 'Cónclave', las grandes favoritas en la quiniela de los Oscar de Hollywood. **Pág. 2**

VIAJES • Todos los encantos de la isla de São Miguel: mucho más que anticlones en las Azores. **Pág. 19**

YO DONA • Síndrome de Repulsión Súbita: qué ocurre cuando tu pareja te genera repelús en la cama. **Pág. 29**

LOS PELIGROS DEL PRONATALISMO

MÁS
(Y MEJORES)
BEBÉS
PARA SALVAR
EL MUNDO

Tecnólogos y multimillonarios como Elon Musk propagan un movimiento que quiere evitar el colapso teniendo el máximo número de hijos... perfectos

Por Rodrigo Terrasa. Ilustraciones de Patricia Bolinches

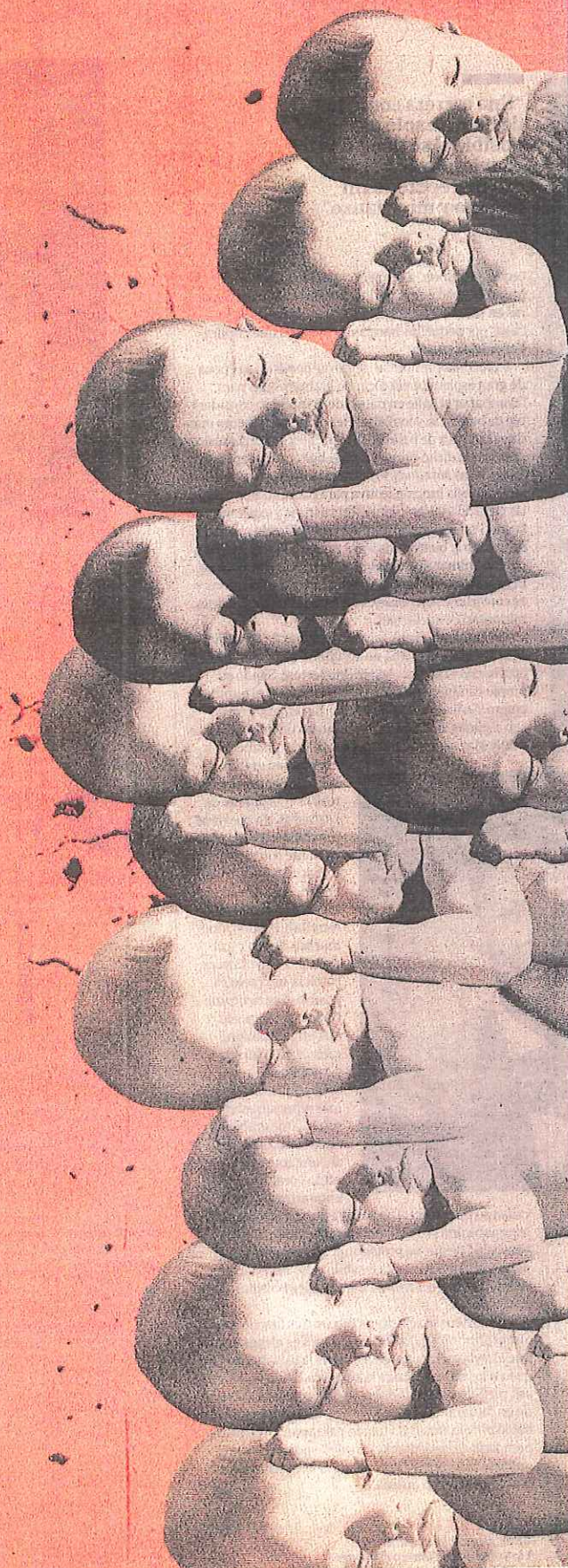


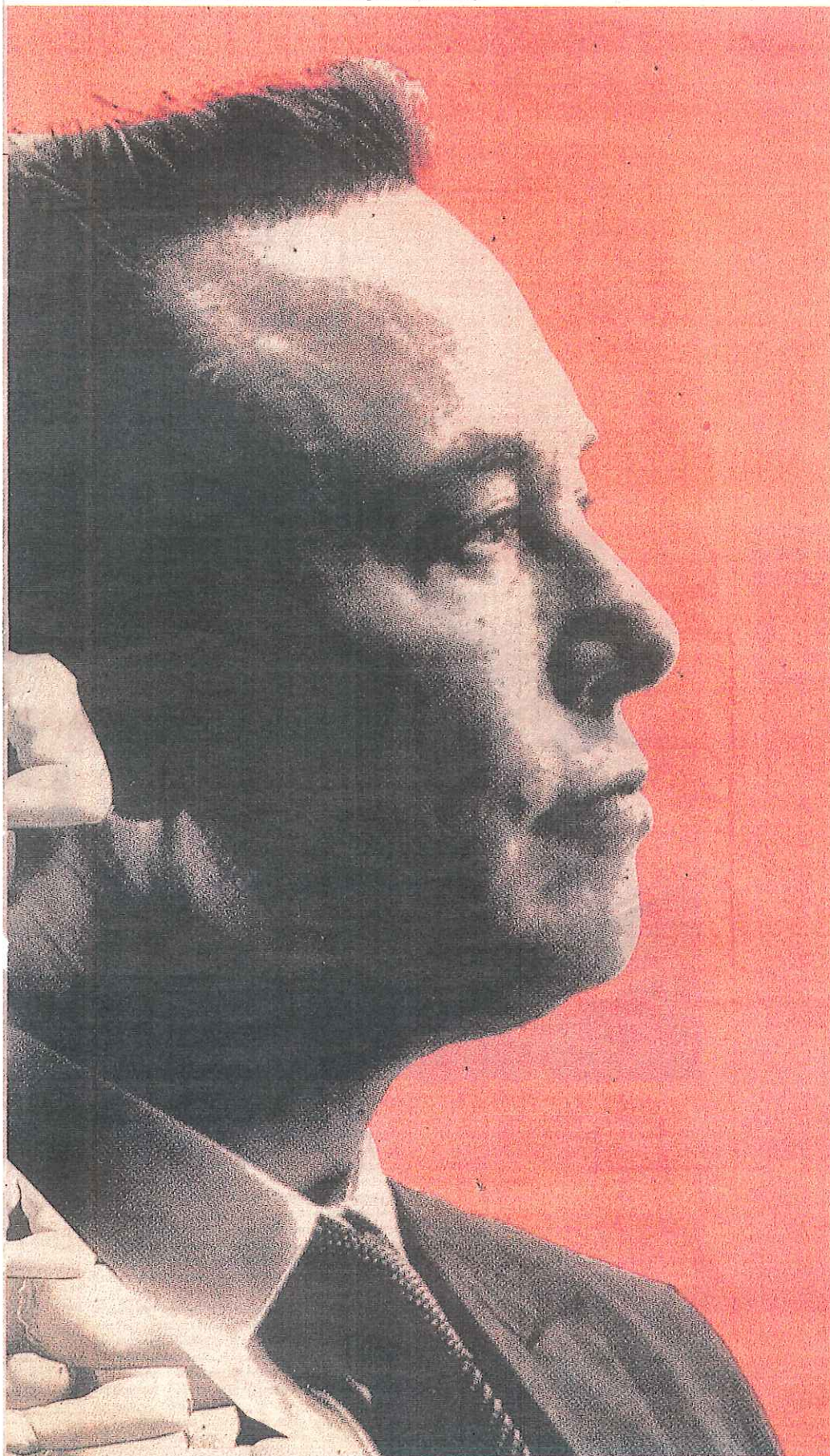
06 | EN PORTADA

ELON MUSK QUIERE QUE TENGAS TANTOS HIJOS COMO ÉL

Colapso o fantasía. El hombre más rico del mundo, padre de al menos 12 hijos, es el altavoz de una corriente que promulga procrear para salvar el planeta. "Tiene unas connotaciones peligrosas que nos llevan a políticas eugenésicas", alertan sus críticos

Por Rodrigo Terrasa. Ilustraciones de Patricia Bolinches





E

Elon Musk tiene aproximadamente 12 hijos. Y lo de aproximadamente es un matiz necesario en este caso, porque a Musk le pasa con los hijos como con los millones de dólares, que sabemos que tiene muchos pero no exactamente cuántos. Hace un par de semanas la revista *Newsweek* trató de hacer un recuento en un reportaje que tituló como se titulan los artículos sobre fenómenos casi paranormales:

¿Cuántos hijos tiene Elon Musk? Lo que sabemos.

Sabemos que el empresario tuvo seis vástagos con su primera esposa, la escritora de fantasía y ciencia ficción Justine Wilson. El primero, Nevada Alexander Musk, nació en 2002 pero murió siendo un bebé por el síndrome de muerte súbita del lactante. Luego vinieron los gemelos Griffin y Vivian y los trillizos Kai, Saxon y Damian. Con la cantante Grimes tuvo otros tres hijos que bautizó como si fueran electrodomésticos. El crío que acompañó a su padre a la Casa Blanca hace un par de semanas y pegó un moco en el escritorio de Donald Trump se llama X Æ A-Xii. Y sus hermanos: Exa Dark Siderael Musk, conocida como Y, y Techno Mechanicus, apodado Tau. Con Shvonn Zilis, ejecutiva de su empresa Neuralink, concibió tres más: los gemelos Strider y Azure y un tercer bebé, nacido el año pasado, del que no se conoce género ni nombre. En los últimos seis años, Musk ha sido padre al menos seis veces.

Hasta aquí los datos oficiales, porque hace sólo unos días una *influencer* americana de extrema derecha aseguró haber dado a luz al decimotercer heredero de Elon Musk. Y el verano pasado, un reportaje de *The New York Times* revelaba los planes del magnate para poblar Marte con un millón de terrícolas en los próximos 20 años, un proyecto chanante que incluía una oferta de esperma del siempre fértil Elon para sembrar una colonia de *eloncitos* en el planeta rojo.

El empresario negó desde su cuenta personal en la red social X sus intenciones para invadir la galaxia a golpe de semen, pero detrás de la catarata de excentricidades, de su prole aproximadamente infinita, del moco filial en el Despacho Oval y de los propósitos del hombre más rico del mundo para repoblar el universo entero se esconde el resurgir de un controvertido movimiento impulsado en los últimos tiempos por algunos de los principales gurús de Silicon Valley, tecnólogos libertarios y teóricos del llamado altruismo eficaz y alimentado por distintos gobiernos de todo el planeta, formaciones ultranacionalistas y líderes religiosos.

Con ustedes, el nuevo pronatalismo: una ideología que aboga por procrear a destajo para salvar el mundo antes de que sea demasiado tarde. Tener hijos ha dejado de ser una elección personal para convertirse en una misión universal.

«El colapso demográfico debido a la baja natalidad es un riesgo mucho mayor para la civilización que el calentamiento global», tuiteó Elon Musk en 2022.

«Recuerden estas palabras».

Pese al evidente desafío que supone la baja natalidad y la inversión de la pirámide demográfica en los países más



08 | EN PORTADA

desarrollados, las tesis apocalípticas de Musk, que defiende que las tasas de fecundidad global son «una amenaza existencial» y la mayor crisis a la que se enfrenta hoy la Humanidad, han sido cuestionadas por demógrafos de todo el mundo y no tienen ningún respaldo académico. De hecho, según Naciones Unidas, la población global no sólo no desciende, sino que seguirá aumentando hasta alcanzar un pico de más de 10.000 millones de personas en el año 2100.

La población en España, por ejemplo, aumentó en 15.612 personas durante el cuarto trimestre del año pasado y se situó por primera vez por encima de los 49 millones de habitantes, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) publicados en febrero.

«Concentrarse en el colapso demográfico mundial hoy es como si alguien en el año 1000 se preocupara por el problema del efecto 2000», escribía el periodista Matt Reynolds en la revista tecnológica *Wired* en un reportaje que rebatía ya en 2022 las primeras señales de alarma de Musk.

La mayoría de las proyecciones coinciden en que la población mundial alcanzará su pico en algún momento de la segunda mitad del siglo XXI y luego se estabilizará o disminuirá gradualmente. Sin embargo,

“El colapso demográfico es un riesgo mucho mayor para la civilización que el calentamiento global”, dijo Musk en 2022

“Estos pronatalistas abogan por una mayor natalidad pero sólo de hijos como los suyos, más niños blancos y rubios”

mensajes como los de Musk están calando como nunca y cuentan con un gigantesco altavoz y una todavía más gigantesca fortuna detrás. Bloomberg reveló hace unos meses que el dueño de Tesla donó en 2021 hasta 10 millones de dólares a la Universidad de Texas, en Austin, para crear un grupo de investigación llamado Iniciativa de Bienestar Poblacional, centrado en estudios sobre fertilidad, crianza y crecimiento demográfico. El director ejecutivo de OpenAI, Sam Altman, obsesionado con la inmortalidad, ha invertido también en varias compañías de tecnología reproductiva y de diseño de óvulos humanos a partir de células madre. Y el millonario estonio Jaan Tallinn, cofundador de la plataforma Skype, aportó hace tres años medio millón de dólares a la Fundación Pragmática del neurocientífico Malcolm Collins y su esposa Simone, dos de los más chillados mentores de este pronatalismo ultrautilitarista que ha convertido la natalidad en un juego de cifras.

Los Collins viven en Pensilvania, tienen cuatro hijos pero planean tener entre siete y 13. A su primera niña la llamaron Titan Invictus porque se niegan a usar nombres femeninos, convencidos de que a las mujeres con nombres de mujer nadie las toma en serio y tienen menos probabilidades de acceder a carreras mejor pagadas o dedicarse a profesiones vinculadas con la ciencia, la tecnología, la ingeniería o las matemáticas. Malcolm y Simone son ateos porque dicen que sólo creen en la ciencia y en los datos. Sobre todo en los que vaticinan un cataclismo inminente y en los que les permiten un enfoque matemático de cualquier aspecto de su paternidad: desde la selección genética hasta los nombres de sus bebés o la crianza diaria. Desde que crearon su Fundación Pronatalista en 2021, los Collins se han convertido en los principales portavoces de este fenómeno.

«Nuestro movimiento defiende que, si quieres tener hijos o tener más hijos, hay que eliminar todo lo que lo dificulta», explicaban en un reportaje que publicó *The Guardian* el año pasado. En él admitían que no sólo buscan tener una familia numerosa, también una familia «óptima». Para ello, analizaron los riesgos de cada embrión a través de la tecnología de Genomic Prediction, una empresa de Nueva Jersey respaldada económicamente por Sam Altman que permite a los futuros padres seleccionar los embriones con menor

riesgo de enfermedad o con más posibilidades de tener un alto coeficiente intelectual. También los sometieron a pruebas que aseguran poder vaticinar qué hijo será más feliz o incluso cuál ganará más dinero. «Cuanto más hijos tengas, más probabilidades tendrás de tener algún hijo que acierte en algún aspecto», reivindican Malcolm Collins y Simone Collins. Cuestión de probabilidad.

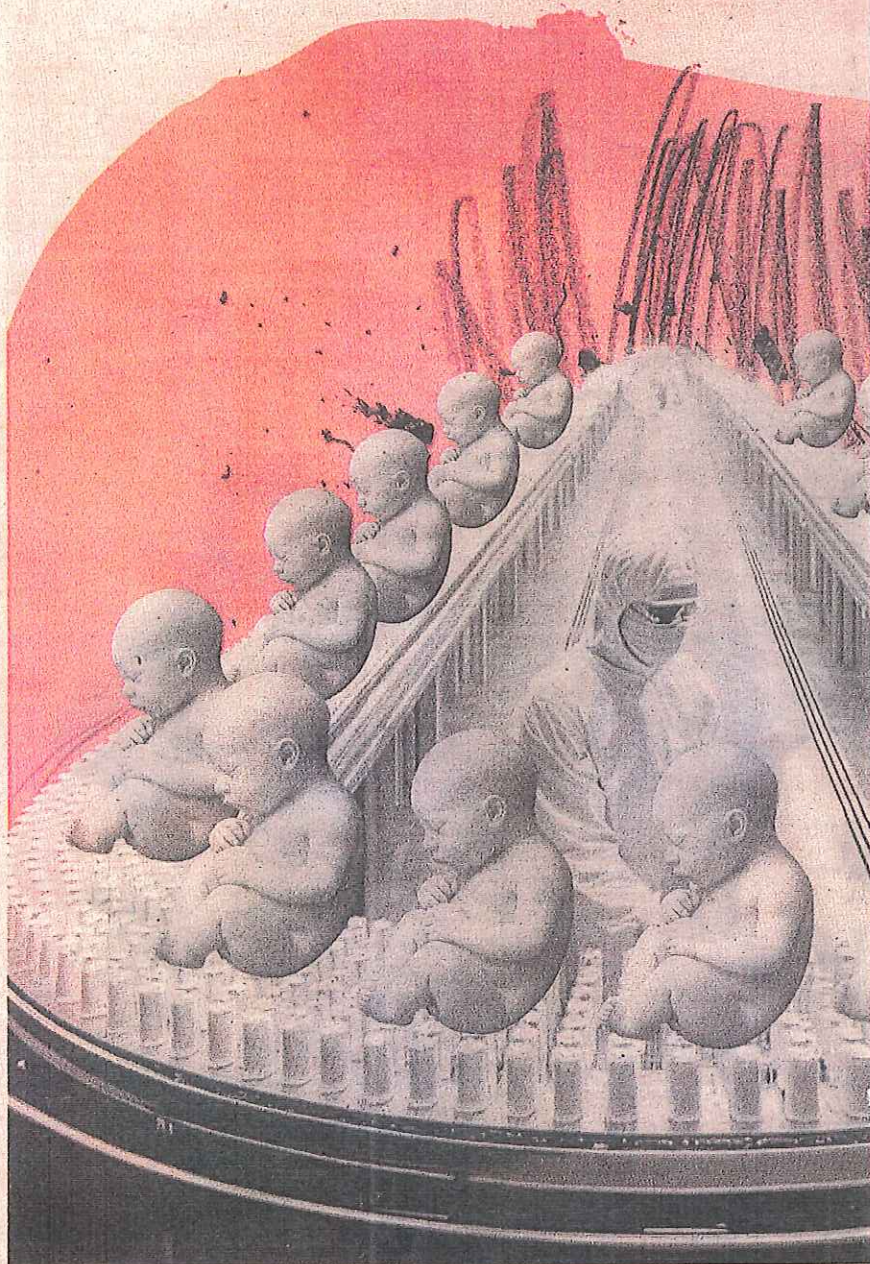
«En este marco, es fácil reducir al niño a un número entero, en lugar de verlo como un individuo holístico, que tiene una personalidad, necesidades, deseos, peculiaridades...», explica a través del correo electrónico Luke Munn, investigador en Culturas y sociedades digitales en la Universidad de Queensland. «Producir el niño parece hoy más importante que cuidarlo».

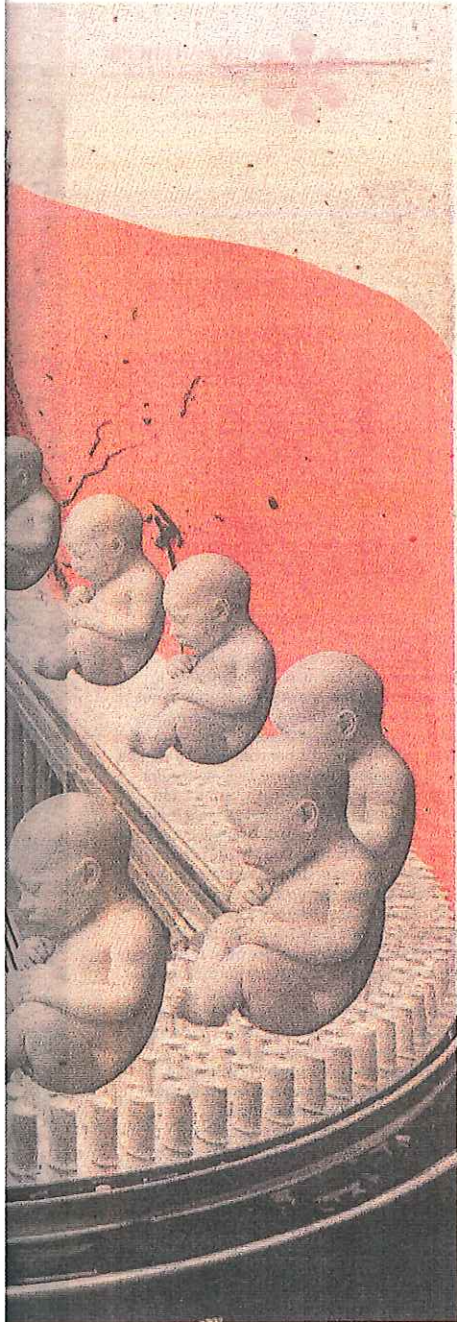
Munn ha investigado la relación de este tecnopronatalismo con el altruismo eficaz, un movimiento vinculado también a Silicon Valley y las escuelas americanas de élite que utiliza la evidencia, las matemáticas y la razón para descubrir cómo beneficiar a la mayor cantidad de personas posible, y que conecta también con el largoplacismo, esa otra teoría que insiste en que nuestro futuro muy, muy, muy

lejano es la prioridad moral clave ahora mismo. La idea es sencilla: ¿por qué preocuparnos por los problemas de mañana cuando la Humanidad peligra mucho más dentro de 1.000 años? Según su argumentario, el bienestar de los billones de personas del futuro es mucho más importante que el de los miles de millones de personas que habitan hoy el planeta.

«Para ellos la ética puede justificarse matemáticamente, pero las matemáticas no tienen en cuenta el sufrimiento humano», sostiene el escritor Douglas Rushkoff, autor de *La supervivencia de los más ricos*. «La filosofía que subyace tras su teoría se basa siempre en la eugenesia».

Pero, entonces, ¿existe o no un peligro real de colapso? Durante las últimas décadas, y como en casi todos los asuntos de esta sociedad hiperpolarizada, han convivido en el debate sobre los problemas demográficos del planeta dos teorías extremas. A un lado, quienes sostienen que el problema del mundo es la superpoblación y la falta de recursos, quienes creen que pronto tendremos que buscar apartamiento en el espacio exterior porque en este planeta viviremos apretujados como en una lata de sardinas. Al otro, quienes alertan





sobre el declive de la población mundial, quienes creen que pronto tendremos que buscar apartamento en el espacio exterior pero porque en este planeta no quedará rastro de vida.

En 2019, los investigadores canadienses Darrell Bricker y John Ibbison publicaron *El planeta vacío*, un ensayo que jugaba a calcular cuándo moriría el último habitante de la Tierra. Según sus cálculos, menos optimistas que los de la ONU, la población del planeta llegará a los 9.000 millones entre 2040 y 2060, y a partir de entonces comenzará la cuesta abajo. «Una vez que comience el declive, nunca terminará», sostienen ellos sin caer en los escenarios dantescos de Musk y compañía.

«El envoltorio derechista no debe ocultar los auténticos peligros a los que responde el pronatalismo», compartía el profesor de Filosofía en la Universidad de Boston Viktor Kumar en una columna publicada el verano pasado en *The New York Times*. En su texto, Kumar apelaba a una solución progresista para el desplome real de la natalidad que pusiera el foco en la desigualdad y la vulnerabilidad de los grupos sociales marginados. «Como el descenso de la población se considera en general un problema conservador, muchos

progresistas no parecen preocuparse por ello, pero deberían hacerlo».

El debate, sin embargo, sigue abierto. «El problema es que las afirmaciones de este pronatalismo no se basan en datos científicos ni en proyecciones reales: la población mundial no para de crecer aunque se reduzcan las tasas de fecundidad. No estamos abocados a desaparecer ni vamos a colapsar en 1.000 años», tranquiliza Itz'ar Aguado, profesora del Área de Geografía Humana de la Universidad del País Vasco y autora de un artículo académico que defiende incluso las ventajas de la caída de los nacimientos. Su título: *¿Por qué una menor natalidad puede ser una buena noticia?*

«Gozamos de mayor eficiencia reproductiva que en el pasado», escribe ella. «Un menor número de hijos, pero con más medios para su cuidado y educación, lleva a una supervivencia mucho mayor y a un incremento notable de la esperanza de vida. Una sociedad con mayores niveles educativos será también más productiva, por lo que el volumen de población activa necesario para garantizar la sostenibilidad de las pensiones será menor».

¿Qué se esconde entonces detrás de las atronadoras sirenas del pronatalismo? «El crecimiento demográfico negativo se puede compensar con la inmigración», aclara Aguado. «El problema es que estos mismos pronatalistas hablan de cerrar fronteras y de no permitir la inmigración, y eso demuestra que lo que realmente quieren es que crezcan solo unas poblaciones y no otras. Abogan por una mayor natalidad, pero sólo de niños blancos y rubios. A Elon Musk, que ha tenido a la mayor parte de sus hijos a través de la fecundación in vitro y seleccionando embriones, le preocupa la natalidad pero sobre todo la de hijos como los suyos y esto tiene unas connotaciones políticas y religiosas trasnochadas y peligrosas porque nos llevan a las políticas eugenésicas de las dictaduras».

Y es aquí donde radica el lado oscuro de este fenómeno con carita de bebé. «Hay una resbaladiza pendiente que va del pronatalismo al etnonacionalismo», comparte Munn. «El problema de este movimiento es que no se trata simplemente de querer más bebés, sino de querer más bebés de determinados pueblos y determinados lugares».

Una investigación de la organización británica contra el racismo Hope not Hate reveló a finales del año pasado los lazos del movimiento pronatalista con la extrema derecha. «Los pronatalistas afirman que su movimiento está dedicado a aumentar el número de bebés que nacen. Queremos producir bebés en este país», dijo Donald Trump durante la campaña presidencial, prometiendo un *baby boom*, subraya su informe. «Sin embargo, el pronatalismo a menudo se preocupa mucho más por mejorar el llamado estándar de los bebés, una noción que huele a eugenesia y se basa en ciencia basura».

Su trabajo recoge las declaraciones del hoy vicepresidente americano J.D. Vance, que se refirió hace años a las líderes del Partido Demócrata como «un grupo de mujeres sin hijos y con vidas miserables», y recorre las medidas más o menos controvertidas que se han tomado en todo el mundo para fomentar la natalidad. «El atractivo del pronatalismo también se deriva de sus recomendaciones razonables», alerta Munn en su investigación.

«No se trata de políticas radicales. Se recomiendan incentivos financieros como pagos directos y exenciones impositivas para las familias con varios hijos. Se sugieren políticas generosas de permiso parental y guarderías asequibles para lograr un equilibrio entre el trabajo y la vida personal. Y la vivienda asequible y la educación subvencionada pueden aliviar los costos de la crianza de los hijos».

Sin embargo, bajo el camuflaje de una problemática real se esconden también arremetidas contra el derecho al aborto, así como la inquietud por la disminución de la proporción de población blanca en el mundo y los planes para revertir forzosamente esa tendencia.

«¿Cómo pueden los pueblos aceptar, con entusiasmo o a regañadientes, lo que para sus antepasados fue el peor horror imaginable: no tener un país que puedan llamar propio, verse obligados a compartirlo con otros pueblos que no son especialmente amigables ni es fácil

convivir con ellos, y ser reemplazados lenta o no tan lentamente por invasores de otras razas, otros continentes, otras culturas, otras religiones o puntos de vista religiosos, otras civilizaciones y con costumbres muy diferentes?», escribió el novelista francés Renaud Camus, padre de la teoría del *gran reemplazo* que ha inspirado a supremacistas blancos de todo el mundo.

En el año 2019, un hombre mató a 51 personas e hirió a otras 40 en dos mezquitas de Nueva Zelanda. El terrorista emitió el primer tiroteo a través de su perfil en Facebook y publicó antes un manifiesto que tituló *El gran reemplazo*. La primera frase decía: «Se trata de las tasas de natalidad». La repitió tres veces.

Ese mismo año, el gobierno de Hungría lanzó una campaña para incentivar la natalidad prometiendo que las mujeres que tuvieran cuatro o más hijos estarían exentas de por vida de pagar el impuesto sobre la renta. «Queremos defender el futuro de Hungría sin depender de la inmigración», proclamó Viktor Orbán. En Alemania, el partido de extrema derecha AfD reivindica hoy sin tapujos «familias numerosas en lugar de inmigración masiva». China llegó a vetar las vasectomías en sus hospitales. Y en Japón, el país más envejecido del mundo, el escritor y político Naoki Hyakuta, fundador del Partido Conservador nipón, quiso incentivar la maternidad con medidas tan descabelladas como prohibir a las mujeres casarse después de los 25 años, no permitirles ir a la universidad después de los 18 o incluso extirparles el útero pasada la treintena.

«Hacen énfasis en los datos, tendencias, análisis y demás para proporcionar un aire de objetividad o rigor científico, pero todas estas medidas se cruzan fuertemente con elementos de nacionalismo, racismo y xenofobia», apunta Munn a *Papel*. «Hay un reverso oscuro y no tan oculto en estos debates sobre demografía que esconden suposiciones sobre qué tipo de personas queremos que haya más en nuestro país y las que queremos que haya menos: las consideradas inútiles, no valoradas, peligrosas o amenazantes».

¿Se puede afrontar el problema de la natalidad en nuestras sociedades sin caer en discursos racistas o promesas de ciencia ficción? «Por un lado habría que cambiar el discurso alarmista en los medios de comunicación», recomienda Itz'ar Aguado. «Porque todos los titulares sobre cifras de población hablan de hecatombes, de la desaparición del mundo y eso no es real. Más que fomentar la natalidad para salvar a la Humanidad, lo que habría que perseguir es que todo aquel que quiera tener hijos pueda permitírselo, y eso pasa por el acceso a la vivienda o las políticas de conciliación, y no por iniciativas

HUNGRÍA.
Orbán propuso que las mujeres con cuatro hijos no pagaran el impuesto sobre la renta

CHINA.
Tras la política de hijo único hasta 2015, el país pasó incluso a vetar las vasectomías

JAPÓN.
El político Naoki Hyakuta llegó a plantear extirpar el útero a las mujeres pasados los 30

“En este marco, el niño queda reducido a un número entero, producirlo parece hoy más importante que cuidarlo”

“Más que fomentar la natalidad para salvar el mundo, hay que lograr que quien quiera tener hijos pueda permitírselo”

natalistas que penalizan el aborto o relegan a la mujer a ser una garante de la natalidad. Para entender qué hay detrás sólo hay que mirar qué tipo de individuos son los que quieren procrear».

Trepemos para ello una vez más por el árbol genealógico de los Musk.

Errol Musk tiene aproximadamente 16 nietos. Hace ahora dos años, el ingeniero sudafricano, padre de Elon, anunció el nacimiento de su séptimo hijo, el segundo que tenía con su hijastra Jana, 40 años más joven. ¿Hasta aquí todo claro? Errol tenía 76 años y contó entonces al diario británico *The Sun* que una empresa de Colombia había contactado con él para disponer de su material genético y poder crear «una nueva generación de *elons*». Sus clientas, presumía Errol, serían mujeres de clase alta. La esencia del neopronatalismo. «¿Para qué pedirlo a Elon cuando me tienen a mí, a la persona que creó a Elon?».

"TENGO HUECO PARA EL POSTRE": ASÍ LOGRA NUESTRO CEREBRO ENGAÑARNOS CUANDO YA ESTAMOS LLENOS

Investigación. El azúcar estimula las áreas de recompensa y placer en nuestro centro de mando, a pesar de estar saciados. "Esto servirá para diseñar fármacos"

Por P. Pérez

Tener hueco para el postre tras una comida copiosa es un clásico. ¿Cómo es posible que esto suceda tras un cocido de tres platos o un menú de boda precedido por hora y media de picoteo y entrantes? El cerebro, nuestro centro de mando tiene la clave. E investigadores del Instituto de Investigación del Metabolismo Max Plank la han destapado. El equipo de Marielle Minère y Henning Fenselau ha descubierto un circuito neural que regula la preferencia por los alimentos dulces tras el consumo de una comida estándar. Los científicos primero probaron su hipótesis en ratones y luego replicaron el trabajo en humanos, como publica *Science*.

El circuito hallado está formado por neuronas que se proyectan desde el hipotálamo hasta el tálamo paraventricular, una región implicada en la percepción de lo placentero y en la conducción de comportamientos motivados. Hasta ahora, los mecanismos neuronales que explican esta preferencia por los alimentos dulces no se conocían del todo. Para encontrar la causa del *estómago para el postre*, los científicos estudiaron en primer lugar la reacción de los ratones al azúcar y descubrieron que los animales completamente saciados seguían comiendo dulce. Las investigaciones hallaron un

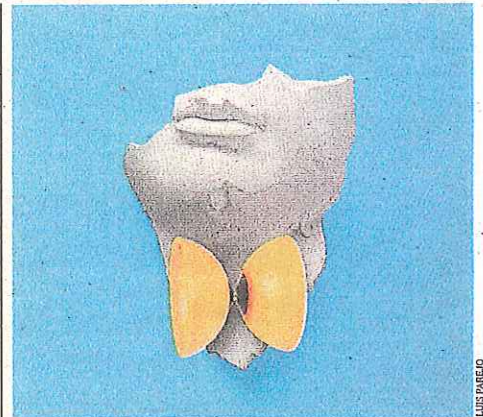
grupo de células nerviosas responsables: las llamadas neuronas POMC, que se activaron en cuanto los ratones tuvieron acceso al azúcar, lo que facilitó su apetito.

Cuando los roedores están llenos y comen azúcar, estas células nerviosas no sólo liberan moléculas de señalización que estimulan la saciedad, sino también uno de los opiáceos propios del organismo: β -endorfina. Esta actúa sobre otras células nerviosas con receptores opiáceos y desencadena una sensación de recompensa, que hace que los ratones coman azúcar incluso más allá de la saciedad. Esta vía se activaba específicamente cuando los ratones comían más azúcar, pero no con alimentos normales o grasos. Cuando los investigadores bloquearon la vía, los animales dejaron el azúcar adicional. El efecto sólo se observó en los animales saciados. En los ratones hambrientos, la inhibición de la liberación de β -endorfina no tuvo ningún efecto. Curiosamente, este mecanismo ya se activaba cuando los ratones percibían el azúcar antes de comerlo. Además, el opiáceo también se liberaba en los cerebros de los que nunca antes habían comido azúcar. En cuanto la primera solución azucarada entraba en la boca de los ratones, se liberaba β -endorfina en la «región del estómago del postre», que se reforzaba aún más con el consumo adicional.

¿Qué ocurre en los humanos? Los científicos también realizaron escáneres cerebrales a voluntarios que recibieron una solución azucarada a través de una sonda. Comprobaron que la misma región del cerebro reaccionaba al azúcar en los humanos. En esta región, al igual que en los ratones, hay muchos receptores opiáceos cerca de las neuronas de la saciedad.

«Desde una perspectiva evolutiva, esto tiene sentido: el azúcar es escaso en la naturaleza, pero proporciona energía rápida. El cerebro está programado para controlar la ingesta de azúcar siempre que esté disponible», explica a través de una nota Fenselau.

Los hallazgos abren una posible vía para el tratamiento de la obesidad. «Ya existen fármacos que bloquean los receptores opiáceos en el cerebro, pero la pérdida de peso es menor que con las inyecciones supresoras del apetito. Creemos que una combinación con ellos o con otras terapias podría ser muy útil. Sin embargo, tenemos que investigarlo más a fondo», remacha.



ENFERMERA SATURADA

CÓMO FUNCIONA LA TIROIDES, EL LLAMADO MOTOR DEL CUERPO

Endocrinología. Una pequeña glándula situada en el cuello tiene un papel esencial para regular el metabolismo, la temperatura corporal o el crecimiento de los huesos. Estas son sus claves

Hay quien dice que tiene forma de pajarita, otros que en realidad se parece más a una mariposa... estamos hablando de una pequeña glándula situada en la parte baja y delantera del cuello: la tiroides. Pero no hay que dejarse engañar por su tamaño, ya que es tan pequeña como esencial. Por ello a menudo se califica a la tiroides como «el motor del cuerpo».

¿Para qué sirve la tiroides?

La principal función de esta glándula es producir, almacenar y liberar en nuestra sangre las hormonas tiroideas: la T3 y la T4. Estas dos hormonas intervienen en diferentes funciones que realizan la mayoría de los órganos del cuerpo humano, además de regular el metabolismo, el crecimiento de los huesos, el desarrollo cerebral o la temperatura corporal. Es, por tanto, una glándula esencial.

¿Se puede vivir sin tiroides?

En algunos pacientes es necesario extirpar esta glándula al completo como parte del tratamiento. Por ejemplo cuando hay cáncer de tiroides; cuando la glándula tiene un tamaño tan grande que imposibilita tragar o hablar o se sufre un

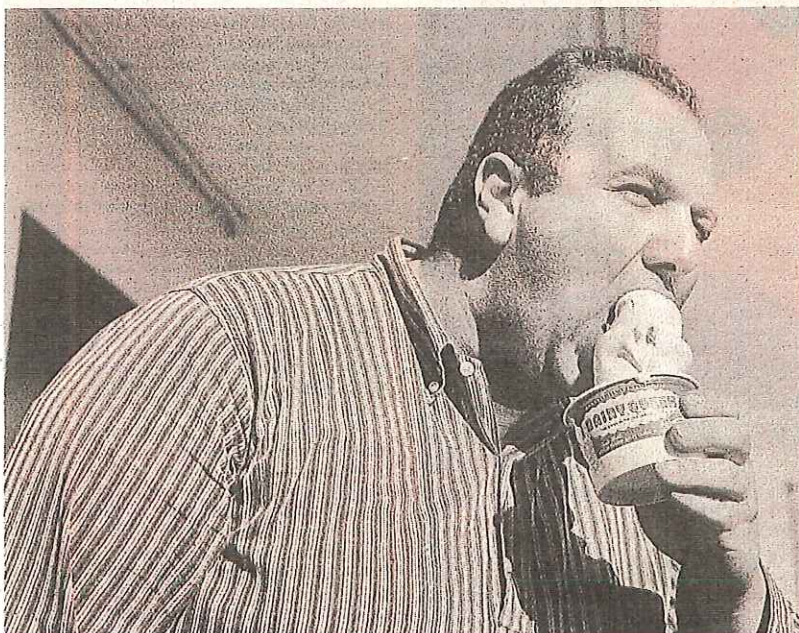
tipo de hipertiroidismo que no es posible controlar con tratamiento. Esos pacientes pueden seguir viviendo, por supuesto, pero tendrán que tomar de por vida una pastilla diaria que les suministre las hormonas que esta glándula ya no puede aportar.

Cuando la tiroides está alta

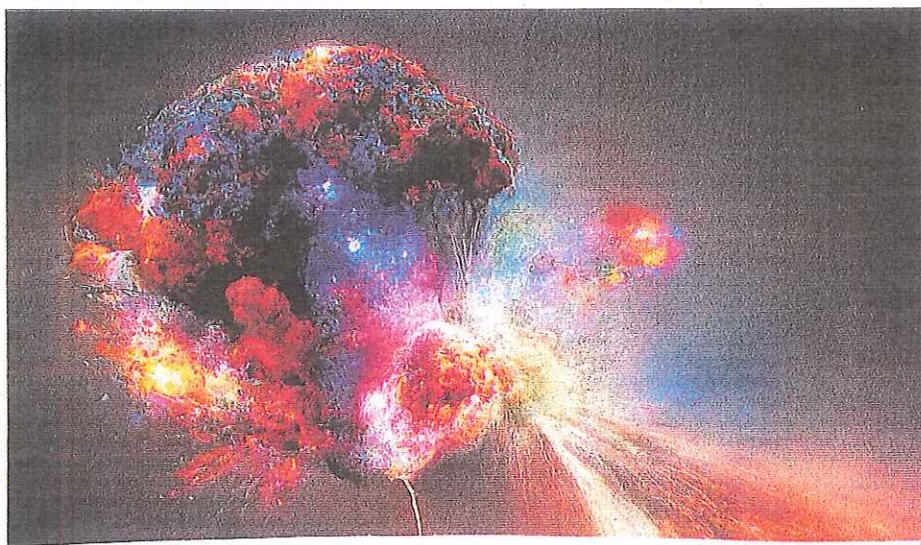
Cuando en una persona la glándula tiroides produce y secreta más cantidad de hormonas de lo que debería se considera que tiene hipertiroidismo. Al producirse una mayor cantidad de hormona, podemos sentir palpitaciones, taquicardia, nerviosismo, sudoración, diarrea, sofocos, pérdida de peso, insomnio, mala tolerancia al calor, ojos saltones, irritabilidad, etc.

Cuando la tiroides está baja

Cuando en una persona la glándula tiroides produce y secreta una cantidad menor de hormonas de lo que debería se considera que tiene hipotiroidismo. La menor producción de hormona hará que podamos sentir síntomas como un ritmo cardíaco lento, agotamiento, caída del cabello, dificultad para concentrarse, estreñimiento, mala tolerancia al frío, hinchazón facial o dolor articular y muscular.



PAPEL | CIENCIA



EL MUNDO. Martes, 4 de marzo 2025

5
OPINIÓNEL MUNDO
GRUPO UNIDAD EDITORIALDIRECTOR:
JOAQUÍN MANSODIRECTOR ADJUNTO:
Vicente Ruiz
ADJUNTO AL DIRECTOR:
Francisco PascualSUBDIRECTORES:
Roberto Benito, Juan
Fomiles, María González
Maneca, Jorge Bustos,
Leyre Iglesias, Silvia Román,
Carlos Segovia, Gonzalo
Suárez, Esteban Urreola.

Un plan contra la obesidad

LA OBESIDAD es un importante problema de salud pública en el mundo occidental que afecta de lleno al sostenimiento del estado del bienestar, pues las enfermedades crónicas que genera disparan el gasto sanitario, además de multiplicar las bajas e incapacidades laborales. Se trata de una epidemia generalizada que, en el caso de España, presenta datos muy preocupantes. El último estudio publicado por *The Lancet* debería convertirse en una oportunidad para que nuestras administraciones aborden una estrategia pública de prevención de la obesidad que otros países desarrollados –como Inglaterra o los países nórdicos– ya han empezado a aplicar.

Tras analizar más de un millar de fuentes –incluidas encuestas nacionales e internacionales– de 204 países, la prestigiosa publicación científica estima que, en 25 años, más de la mitad de los adultos y un tercio de los niños y adolescentes de todo el mundo tendrán sobrepeso u obesidad. Descendiendo al *ranking* por países, España se sitúa como el cuarto peor en las edades más tempranas: en 2050 el 47% de los niños varones entre cinco y 15 años sufrirán obesidad o sobrepeso, al nivel de Nueva Zelanda y solo por detrás de Chile, Australia y Grecia.

Aunque se trata de estimaciones, y por tanto deben tomarse con cautela, los avisos de la comunidad científica son insistentes. Por ello, y de forma complementaria a las políticas de concienciación, es preciso que los poderes públicos den un paso al frente para, de la mano de la industria, promover medidas que tengan impacto especialmente allí donde comienza el problema: la infancia. Porque, más allá del factor genético, el consenso es claro respecto a los efectos negativos que en niños y adolescentes tienen la vida sedentaria –muy ligada al ocio con

las pantallas– y el abuso de los alimentos procesados. El vínculo entre este tipo de hábitos y las esferas más desfavorecidas de la población es también inculcable.

Los colegios pueden desempeñar un papel decisivo en esta materia. Respecto a la alimentación, parece lógico que los centros escolares se abstengan de vender bollería, *snacks* no saludables y bebidas azucaradas, así como que garanticen una dieta equilibrada en sus comedores. La responsabilidad recae tanto en el Gobierno como en las comunidades autónomas, pero no solo para regular la venta de estos productos en colegios e institutos, sino para extender al máximo la posibilidad de que todos los estudiantes puedan acceder a un menú escolar de lunes a viernes, lo que redundaría sobre todo en las familias menos pudientes. La promoción de actividades extraescolares que impliquen actividad física sería sin duda otra medida beneficiosa.

La obesidad tiene implicaciones enormes para

Es necesaria una estrategia pública orientada a la prevención. Los colegios pueden desempeñar un papel decisivo

toda la sociedad: significa más cáncer, más diabetes, más patologías cardiovasculares, más ingresos hospitalarios... Frente a un sistema sanitario enfocado en el tratamiento –ahora con fármacos aparentemente milagrosos–, es necesario un plan amplio y transversal que, sobre la base de la evidencia científica y las experiencias comprobadas, se oriente a la prevención. Como ocurrió con el combate contra el tabaquismo, la responsabilidad individual es importante pero insuficiente. Y la política con mayúsculas también es esto: atender a los problemas reales de la población.

INNOVACIÓN

UN CHALECO QUE 'MAPEA' EL CORAZÓN EN 10 MINUTOS

Por C. G. Lucio (Madrid)

Un mapa en tres dimensiones que muestra en tiempo real y de forma no invasiva la actividad eléctrica del corazón. Eso es lo que proporciona el chaleco ACORYS, desarrollado por el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid en colaboración con la Universidad Politécnica de Valencia que se presentó ayer en Madrid.

El dispositivo permite mejorar la detección y el tratamiento de las arritmias, según señaló ante la prensa Felipe Atienza, jefe de sección en el servicio de Cardiología del centro madrileño y uno de los responsables del desarrollo de este chaleco de imagen electrocardiográfica, que «es fruto de más de 20 años de investigación» del Servicio de Cardiología del Laboratorio de Investigación Traslacional del Marañón, con la colaboración del Instituto de Investigación Sanitaria y la Unidad de Apoyo a la Innovación del centro y que desde 2019 se ha impulsado desde la *spin-off* Corify Care.

La tecnología, que consiste en un chaleco con electrodos que se adhieren al tronco del paciente, permite registrar la actividad eléctrica del corazón desde múltiples puntos. Esta información hace posible crear un mapa 3D del corazón en tiempo real, «lo que permite localizar con precisión las áreas que causan arritmias» de una forma no invasiva, lo que «facilita la toma de decisiones clínicas» a los especialistas sanitarios, explicó Atienza.

Según aclaró el especialista, a día de hoy hasta el 40% de los procedimientos de ablación que se realizan para tratar la fibrilación auricular –la más común de las arritmias– no permiten resolver el problema porque no es posible identificar con precisión las áreas problemáticas del corazón donde se origina la arritmia.

El dispositivo permitiría identificar estos puntos de manera no invasiva e incluso comprobar en tiempo real cómo está funcionando una terapia como la ablación. «Permite ver en tiempo real el efecto de los tratamientos», ha subrayado Atienza, quien ha hecho hincapié en que el dispositivo permite «mejorar los resultados clínicos así como la calidad de vida de los pacientes». El procedimiento de mapeo puede realizarse en unos 10 minutos. No necesita anestesia ni genera ninguna molestia en el paciente, subrayaron sus creadores.

El chaleco, según explicó el cardiólogo, se ha probado en más de 1.800 pacientes, la mitad como parte de estudios clínicos y la otra mitad tras haber obtenido el dispositivo la certificación CE para su comercialización en la Unión Europea. Aparte de su utilidad para la detección, tratamiento y seguimiento de distintas arritmias, los investigadores también exploran ahora su posible uso para mejorar la identificación y abordaje de otros problemas cardiológicos.

Además de en el Gregorio Marañón, el dispositivo ya se está utilizando en otros centros españoles, como el Clínic de Barcelona o el Hospital Clínic de Zaragoza, adelantó Atienza.

La consejera madrileña de Sanidad, Fátima Matute, subrayó durante la presentación del dispositivo que este sistema pionero de mapeo del corazón en tiempo real es un hito que ha podido alcanzarse gracias a unos profesionales que «encuentran soluciones para los problemas reales de la gente».

PRIMER PLANO

UNA EPIDEMIA SILENCIOSA

Los niveles de obesidad a nivel mundial crecen sin freno. España es uno de los países más afectados: en 2050, los chicos menores de 14 años ocuparán el cuarto puesto a nivel mundial y casi la mitad tendrá sobrepeso. «Estamos ante un semáforo naranja y es preocupante», alertan los expertos

LA OBESIDAD DAÑA LA SALUD DE LAS FUTURAS GENERACIONES DE ESPAÑOLES

PILAR PÉREZ MADRID

Nuestro estilo de vida condiciona lo que seremos en unas pocas décadas: seis de cada diez adultos y un tercio de los niños y adolescentes tendrán sobrepeso u obesidad en 2050. Las estimaciones que ha hecho un grupo global de expertos ponen el acento en la mecha de futuras enfermedades: la obesidad es la tecla que prende los casos de diabetes tipo 2, alteraciones cardiometabólicas e incluso cáncer.

El trabajo que publica hoy la revista *The Lancet* pone de manifiesto que en los últimos 30 años las cifras del exceso de peso en la población son alarmantes a nivel global. Y no solo por la cantidad de adultos sino por el impacto en las nuevas generaciones, con claras subidas en la población infantil, incluida la española.

Este nuevo análisis estima que la prevalencia creció sustancialmente entre 1990 y 2021, duplicándose tanto en niños y adolescentes más jóvenes (del 8,8% al 18,1%) como en adolescentes mayores (del 9,9% al 20,3%), afectando a 493 millones de jóvenes en 2021. De manera similar, las tasas de obesidad en niños y adolescentes se triplicaron del 2% a casi el 7%, y en 2021, 174 millones de jóvenes vivían con obesidad.

«La epidemia mundial sin precedentes de sobrepeso y obesidad es una tragedia profunda y un fracaso social monumental», afirma en un comunicado la autora principal, la profesora Emmanuela Gakidou, del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME) de la Universidad de Washington (EEUU).

Al tiempo, la investigación tiene un apartado predictivo en el que poner el foco, porque son cifras aún a tiempo de revertir. El sobrepeso durante la infancia y la adolescencia se estabilizará entre 2021 y 2050 a medida que un mayor número de personas en todas las regiones del mundo pase a sufrir obesidad, y se esperen aumentos importantes hasta 2030, que continuarán más allá de 2031 hasta 2050.

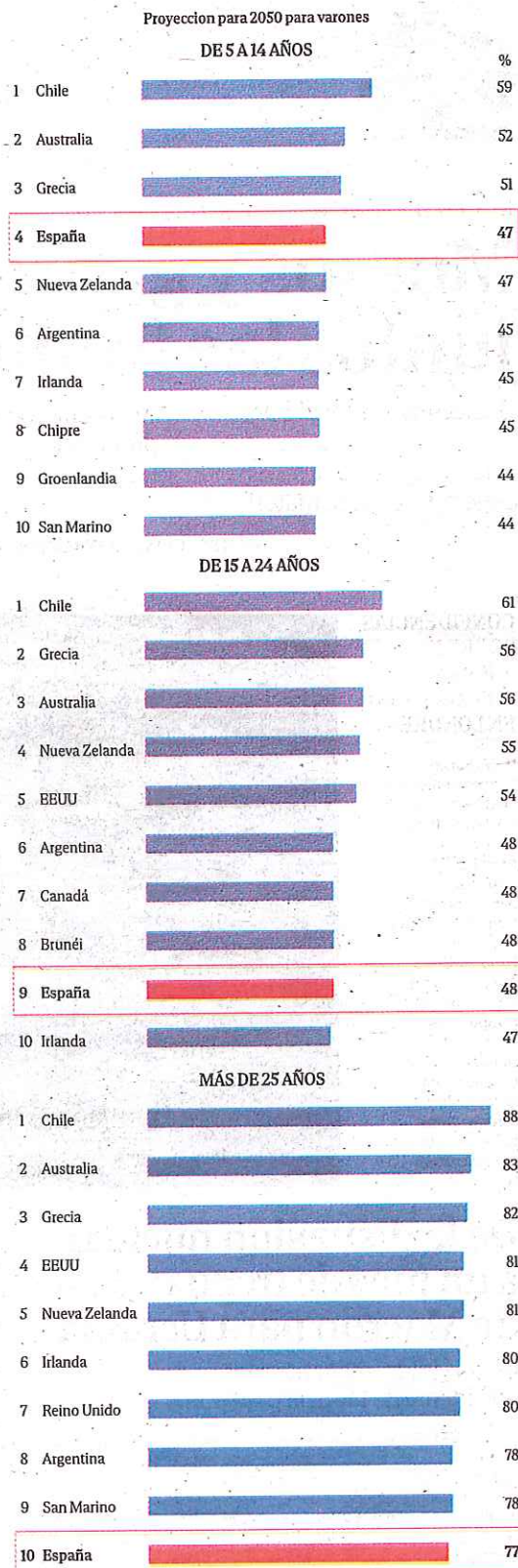
Siponemos el foco en nuestro país, la obesidad asoma como un problema emergente. En las predicciones

Gastroenterología y Nutrición de Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Y pone en contexto porque el semáforo solo nos advierte: «El estudio Aladino que salió publicado a finales de 2024 nos deja ver una estabilización en cuanto a las tasas de sobrepeso y de obesidad en España infantil respecto al trabajo previo de 2019. Pero estamos en valores muy altos por encima de lo que sería adecuado». Por eso, Castell insta a la llevar a cabo acciones preventivas: «Tendríamos que ir con cuidado si no implementamos políticas efectivas, porque la tendencia es al alza en todo el mundo».

Este trabajo ponía sobre la mesa que un 36,1% de los menores españoles tenía un exceso de peso (20,2% sobrepeso, y 15,9% obesidad). Las proyecciones para dentro de 25 años en el análisis *The Lancet* para nuestros menores implican crecimiento de hasta un 47% en los niños entre 5 y 14 años; 48%, entre 15 y 25; y, un 77% para los mayores de 25 años.

Castell menciona que hay que tener en cuenta que el IMC, que es en lo que se basa el artículo para hacer las métricas, no lo es todo en la obesidad. Recientemente, en la misma publicación se ponía de manifiesto que ni la cifra de la báscula ni el IMC son definitivos y que la obesidad «erróneamente se ha definido así» frente a lo que sí les importa a los expertos: «La repercusión clínica de las cifras:

LA OBESIDAD EN ESPAÑA POR RANGO DE EDAD



FUENTE: Elaboración propia.

JUAN C. SÁNCHEZ Y A. MATILLA / EL MUNDO

“LA ALIMENTACIÓN DE LOS MENORES ESTÁ SUJETA A UNA CESTA DE LA COMPRA ECONÓMICA Y SALUDABLE”

“SE DEBE FOMENTAR UN OCIO ACTIVO CON ESPACIOS PÚBLICOS SEGUROS Y UN BUEN USO DE PANTALLAS”

en 2050 nos situamos en el top 10 de países con altos ingresos con impacto en las nuevas generaciones desde los 5 a los 25 años. «No estamos entre los países en semáforo rojo, pero sí naranja, lo que es preocupante», advierte Marta Castell, la coordinadora del Grupo de Trabajo de

PRIMER PLANO

UNA EPIDEMIA SILENCIOSA

si hay enfermedades asociadas. Y esto es muy importante cuando hablamos de menores en etapas de crecimiento y cambio», subraya Castell.

También lo es encontrar cómo poner freno a las predicciones del análisis. «Debemos tener en cuenta que la obesidad es multifactorial, no es una sino muchas», subraya Cristóbal Morales, especialista en Endocrinología y Nutrición del Hospital Vithas Sevilla.

La pediatra Castell apunta a tres ejes: «La alimentación en los más pequeños va condicionada de la accesibilidad de la cesta de la compra en sus casas. La actividad física debe ser mayores en los colegios y deben existir políticas públicas que fomenten un ocio activo y accesible para todos los menores, con espacios públicos seguros. Todo ello arropado por un uso responsable de las pantallas».

Quizás, en nuestro país niños y mayores se han alejado de los pilares de la dieta mediterránea (también de la atlántica, más del norte del país), como apunta Castell. «No se come en familia ni se cocina como antaño lo hacían nuestros abuelos y bisabuelos», reconoce la pediatra que acusa tanto a los ritmos de vida, como a cuestiones socioeconómicas de fondo.

A nivel mundial, se prevé que más niños de 5 a 14 años vivan con obesidad en comparación con los que tienen sobrepeso para 2050 (16,5% frente a 12,9%), mientras que en las mujeres (5-24 años) y los hombres mayores (15-24 años), se espera que el sobrepeso siga siendo más frecuente que la obesidad.

En el análisis también se destaca que las generaciones más recientes engordan más deprisa que las anteriores y que la obesidad aparece antes, lo que aumenta el riesgo de complicaciones como la diabetes de tipo 2, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y múltiples cánceres a edades más tempranas.

Por ello Galkidou argumenta que hay que pasar a la acción. «Los gobiernos y la comunidad de salud pública pueden utilizar nuestras estimaciones específicas de cada país sobre la etapa, el momento y la velocidad de las transiciones actuales y previstas en el peso para identificar las poblaciones prioritarias que experimentan las mayores cargas de obesidad y que requieren una intervención y un tratamiento inmediatos, y aquellas que siguen siendo predominantemente obesas y a las que se deben dirigir principalmente las estrategias de prevención».

Por ejemplo, en los países de ingresos altos, aproximadamente el 7% de los hombres nacidos en la década de 1960 vivían con obesidad a los 25 años, pero esta cifra aumentó a alrededor del 16% en el caso de los hombres nacidos en la década de 1990, y se prevé que alcance el 25% en el caso de los hombres nacidos en 2015.

PROPUESTAS

CONSUMO HARÁ UN REAL DECRETO PARA COMER BIEN EN LOS COLEGIOS

P. PÉREZ

El ministerio que dirige Pablo Bustinduy elabora una norma que instará a todos los centros escolares a ofrecer fruta y verdura cada día a sus alumnos y prohibirá el consumo de bebidas azucaradas durante las comidas. La idea es consolidar la directriz a través de un real decreto. Y el objetivo, según señaló Bustinduy en el mes de diciembre, es garantizar que todos los menores tengan acceso a alimentos saludables ya que, como señala el Estudio Aladino, quienes pertenecen a familias de rentas bajas tienen más exceso de peso, consumen más bebidas azucaradas e ingieren menos frutas y verduras. Según este trabajo solo un tercio de las familias considera que la comida de los centros escolares es de calidad.

LEGISLACIÓN. Uno de los objetivos de la norma (denominada oficialmente «Real Decreto para el fomento de una alimentación saludable y sostenible en centros educativos») será trasladar a todos los comedores escolares los estándares fijados por la OMS en lo que respecta a la alimentación infantil. Además de garantizar el consumo diario de frutas y verduras frescas, y de evitar el consumo de bebidas azucaradas en las comidas, la norma también asegurará que todos los comedores escolares, independientemente de su titularidad, ofrezcan carne y pescado de calidad, y aumenten la cantidad de legumbres y cereales en sus menús.

También se incluirá la regulación de la venta a través de las máquinas de vending en colegios e institutos. Esto afectará a la venta de productos azucarados, la bollería industrial o las bebidas refrescantes, así como las energéticas. El texto aún tiene que pasar por el Consejo de Estado y conseguir luz verde después en el Consejo de Ministros.

DIEGO BELLIDO | PRESIDENTE SOCIEDAD ESPAÑOLA OBESIDAD

«LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS SERÁN CADA VEZ MÁS PRECOCES»

P. PÉREZ MADRID

El presidente electo de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (Seedo) es tajante: «Vamos a tener generaciones con enfermedades crónicas más precoces». Diego Bellido pertenece al grupo de expertos que fundó hace décadas esta sociedad científica y que lleva años insistiendo en los efectos de la epidemia silenciosa del siglo XXI. «Parece que tenemos que cambiar de estrategia porque nuestro mensaje no cala», reconoce. Pregunta. La nueva revisión que publica 'The Lancet' pone de manifiesto que urgen políticas que pongan remedio a la escalada de casos. ¿Cuáles son las cifras?

Respuesta. Las previsiones de obesidad para 2050 están a nivel global en un 60% de adultos y en un tercio de los niños. Casi 3.800 millones de sujetos en el mundo van a vivir con obesidad en los próximos años, y 750 millones de niños y adolescentes. Y eso es mucho, porque las cifras que hoy tenemos son de sobrepeso y obesidad. Y esto ya son cifras solo de obesidad. P. ¿Por qué esto es importante?

R. Porque el impacto que tiene la obesidad sobre la salud pública no es exclusivamente por ella, sino por ser factor de riesgo de las enfermedades cardiometabólicas.

P. Aquí llegamos al punto de que esto no son los kilos extra que me sobran de aquí al verano o la talla que quiero de pantalón...

R. Efectivamente, esto no es superficial. La obesidad en sí misma es el principal factor de riesgo de enfermedades como la diabetes tipo 2. Ambas van en paralelo: si la primera está en un 25% de la población, la segunda puede llegar casi hasta 15%. También las patologías cardiovasculares, como la dislipemia (concentración elevada de colesterol y/o triglicéridos). Y el cáncer, porque hay un desarrollo en paralelo de la incidencia de tumores ligada a la subida de la obesidad. En algunos tipos es un factor de riesgo principal y un

indicador pronóstico al mismo tiempo.

P. España no aparece destacada, pero los datos aquí preocupan desde hace tiempo, también en los niños.

R. Es cierto que ese incremento de obesidad infantil se vio muy marcado en España, digamos, en la última década. Aunque según las últimas estadísticas que tenemos parece que hay una tendencia a estancarse. En las generaciones de niños también van a aparecer enfermedades crónicas cada vez con más precocidad.

P. Una vez diagnosticado el problema, ¿cómo se aborda?

R. Las recomendaciones son una

po de la gestación?

R. Porque es justo en la época prenatal cuando se definen los factores genéticos y epigenéticos que conllevan al desarrollo de un incremento de la obesidad en el adulto y, sobre todo, intervenciones en la salud materno-infantil. Y eso no es exclusivo de la esfera sanitaria, sino social y educativa. Aquí las escuelas tienen un papel esencial a través de los menús escolares. Pero sin olvidar el fomento de una política activa de estilo de vida sana en los niños, fomentando el ejercicio y una alimentación saludable complementada con la educación en la familia. De nada sirve que se lleven a cabo en el colegio si luego no hay una continuación en casa.

P. ¿Y cómo hacemos que todos estos planes se conviertan en una realidad tangible?

R. En este sentido, deben desarrollarse planes estratégicos para incentivar cada uno de estos puntos. Además, estos deben ser fiscalizados y diseñados a corto plazo, se habla de planes a 25 y 30 años. Otro de los puntos debe definir bien los objetivos para ver si realmente pasarían por una auditoría para su



KIKO DELGADO

serie de políticas globales. Primero, un abordaje alimentario adecuado evitando el consumo de alimentos ultraprocesados, que son la causa del aumento de calorías en la dieta. Y aquí es básico hacer educación sanitaria a través del etiquetado nutricional: uno que sea sencillo y accesible para el consumidor. Segundo aspecto, la promoción de la actividad física, que se está perdiendo. Cada vez hay más sedentarismo y esto tiene que estar ligado a programas no solo en el ámbito sanitario sino también social, administrativo y educativo. Las políticas nutricionales empiezan desde el embarazo, pasan por la lactancia y terminan en el plato.

P. ¿Por qué es tan importante el tiem-

control y su cumplimiento.

P. El análisis global pone de manifiesto que la tendencia es mundial y que hay países que van a pasar de cifras de malnutrición a obesidad. ¿Cómo ha sucedido esto?

R. Estamos ante la occidentalización inadecuada. Antes comía el que podía y hoy se come lo que se puede, aunque no sea sano. Lo vemos en la zona del África Subsahariana, por ejemplo.

P. Sin embargo, frente a las políticas hay otros que lo fían todo a los avances farmacológicos...

R. Eso solo es una ayuda. Si el contexto obesogénico es el mismo, ni la pastilla ni la inyección funcionan. Sin cambios en la dieta y la actividad física estamos como antes.

> SALAMANCA

Una ayuda contra la fatiga en el quirófano

El grupo de investigación VisualMed Systems de la Universidad de Salamanca crea un dispositivo que ayuda al control de la fatiga muscular de los cirujanos durante las operaciones. Por **María Bausela**

Investigadores de Salamanca resuelven uno de los principales problemas ergonómicos que se encuentran los cirujanos durante operaciones largas. Una ayuda contra la fatiga en el quirófano, esa es la idea del proyecto que se ha planteado el grupo de investigación reconocido VisualMed Systems de la Universidad de Salamanca (Usal) por el que han conseguido la creación de un dispositivo auxiliar de control y mitigación de la fatiga muscular para su uso en el quirófano.

La iniciativa del equipo de investigadores dirigido por el profesor del Departamento de Anatomía e Histología Humanas y doctor en Medicina y Cirugía por la Usal, Juan Antonio Juanes Méndez, ha sido elaborada en colaboración con la Universidad Politécnica de Madrid, el Centro de Bioingeniería Postura y Salud además de la Universidad y Hospital de La Coruña.

Con este innovadora propuesta iniciativa han conseguido la elaboración de un prototipo que consta de «un software con procesamiento de datos realizado con materiales de alta disponibilidad y de coste contenido, que tiene por objetivo monitorear y mitigar la fatiga muscular, producida especialmente en circunstancias laborales en las que se debe mantener una postura mantenida o forzada como es el caso de cirugías laparoscópicas», apunta Juanes Méndez.

Así, este desarrollo del grupo de investigación Sistemas de Visuali-

zación Médica Avanzada (VisualMed Systems), vinculado al Instituto Universitario de Ciencias de la Educación de la USAL, se constituye como una alternativa con respecto a los sistemas activos que tienen una mayor complejidad. Esto supone un gran beneficio en comparación con la situación actual, ya que atiende a los posibles riesgos que pueden producirse con productos con un alto grado de incidencia en el usuario, «lo cual reduce los riesgos relacionados con un fallo o una incorrecta utilización».

El trabajo ha sido fruto de la colaboración multidisciplinar de diferentes profesionales y entidades universitarias y sanitarias. Por la parte salmantina, que dirige el proyecto, ha participado activamente Jaime Solleiro Rodríguez, alumno del doctorado 'Formación en la Sociedad del Conocimiento', han colaborado además profesores del departamento de Ingeniería Mecánica y Diseño Industrial de la Universidad Politécnica de Madrid y el Jefe de Servicio de Reumatología del Hospital de La Coruña, Francisco Javier de Toro Santos.

Bajo el título 'Dispositivo auxiliar personal e integrado para el control y mitigación de la fatiga muscular en el ámbito quirúrgico' este trabajo que forma parte de la línea de investigación que se está desarrollando para la confección de una Tesis Doctoral ha resultado en un prototipo genérico, que debe

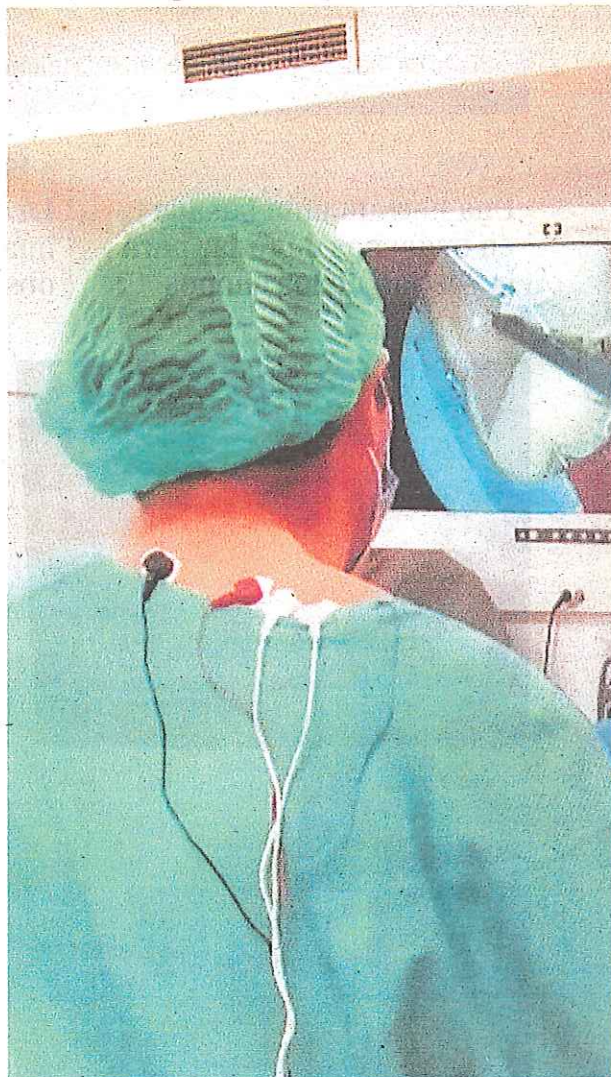
ser ajustado para cada perfil de usuario que lo utiliza.

Este consta de un dispositivo integrado, que permite controlar una unidad de electromiografía superficial, para la toma de datos de fatiga muscular, y un dispositivo de Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (TENS), que es el encargado de aplicar una onda relajante en el músculo fatigado y controlar la interacción entre ambos dispositivos.

Mediante esta onda de relajación, que debe ser aplicada en el intervalo temporal correcto, justo antes del punto umbral de fatiga; «se puede mitigar dicho efecto, y prevenir patologías que son desarrolladas por la realización de un trabajo con una postura que provoca dolores musculares como en muchas cirugías hospitalarias; es decir, se trata de un dispositivo que sirve como elemento de prevención activo, enfocado principalmente en las posturas repetitivas y mantenidas, sobre todo con las relacionadas con el ámbito quirúrgico», incide.

La iniciativa, que ha sido galardonada en la cuarta edición de los premios Ennova Health, surge a raíz de los estudios realizados por este grupo de trabajo a largo los últimos años acerca de «las condiciones ergonómicas a las que se ven sometidos los cirujanos y el personal involucrado dentro de un quirófano».

«La experiencia recogida a través de nuestros estudios y los da-



Un cirujano prueba el dispositivo de control de la fatiga muscular.

USAL tos recopilados durante este tiempo, permiten mostrar las preocupaciones por las cuales, los profesionales de especialidades quirúr-

gicas siguen sufriendo trastornos músculo-esqueléticos relacionados con el trabajo, que pueden degenerar en patologías crónicas, e inclu-

BLOG OPINIÓN

Fisioterapia a domicilio, dando vida a los años

ANGELA SORIA CALDERÓN

En un mundo donde predominan el ruido, las prisas y el cansancio. En una sociedad que busca curar las enfermedades en vez de promover la salud. En una comunidad donde ha aumentado la esperanza de vida y han aparecido otras pandemias silenciosas como la soledad no deseada, ¿cómo podemos dar vida a los años?

Quizá, encontremos la clave en la OMS (Organización Mundial de la Salud) que define la salud como «un estado de completo

bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Con esta premisa, nace nuestro servicio de Fisioterapia a Domicilio del que se han beneficiado ya 80 personas desde enero de 2022. Personas que por su condición física, mental o social no pueden acudir a un servicio cotidiano de intervención de fisioterapia en clínica y nos abren la puerta de sus casas.

Encontramos en ellas testimonios de vida

de superación diaria y partiendo de su conocimiento ideamos un plan de intervención. Siempre ponemos en un primer plano a la persona y después su enfermedad para poder facilitarles las herramientas necesarias para combatirla o minimizarla.

La fisioterapia a domicilio es, además, un servicio flexible, que se adapta a cada persona, a sus necesidades y a su proyecto de vida. Descubrimos dentro de su entorno más significativo diferentes alternativas que nos ayudan a alcanzar los objetivos y el estado de bienestar deseado. Aprovechamos los medios más simples con los que cuentan en sus propias casas e integraremos al usuario en los recursos que tiene la comunidad para mantener sus capacidades físicas y cognitivas. De este modo, podemos retrasar la institucionalización y mejoramos su calidad de vida.

Para nosotros es un regalo poder conocer



a la persona en todas sus dimensiones. Nos damos cuenta de que cada una es única y que «no existen enfermedades, sino personas que viven con una enfermedad».

Invertimos el tiempo en conocer su realidad, sus debilidades y sus fortalezas. Valoramos los obstáculos con los que se encuentran a diario como: no poder salir del domicilio por culpa de cuatro escalones; tener que dormir durante años separada de tu pareja, en una cama adaptada a tu enfermedad o depender de otra persona para poder comer.

Por eso, para nosotros la fisioterapia en el domicilio no es sino un tratamiento que busca con pasión crear movimiento con el cuerpo, la mente y, especialmente, con el corazón.

Ángela Soria Calderón es fisioterapeuta en Tercera Actividad Aguilar.

JUAN ANTONIO JUANES MÉNDEZ, PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA E HISTOLOGÍA HUMANAS DE LA USAL

«Prevenir las patologías musculares en entornos laborales con posturas repetitivas»

El profesor del Departamento de Anatomía e Histología Humanas de la Universidad de Salamanca (USAL) y director del grupo de investigación reconocido 'Sistemas de Visualización Médica Avanzada' (VisualMed Systems) vinculado al Instituto Universitario de Ciencias de la Educación de la USAL, Juan Antonio Juanes Méndez, busca conseguir prevenir las «patologías musculares en entornos laborales».

El doctor en Medicina y Cirugía por la USAL destaca varios objetivos de este proyecto entre los que se encuentra el desarrollo de ese dispositivo integrando un sistema de electromiografía superficial con un dispositivo de Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea, para detectar y mitigar la fatiga muscular.

«Además, se pretende implementar la lógica de funcionamiento, incluyendo la detección de fatiga, activación de la onda relajante en el momento adecuado y desarrollo del algoritmo de control. De esta forma queremos aplicar el dispositivo en la prevención de patologías musculares en entornos laborales con posturas repetitivas, especialmente en el ámbito quirúrgico».

Fruito de la innovación que supone este dispositivo para el ámbito quirúrgico este desarrollo tecnológico fue galardonado el pasado mes de noviembre en la categoría de 'IoT en E-Health, Wearables y Robótica' de la cuarta edición de los premios 'Ennova Health', que reconocen

la innovación de los proyectos sanitarios que aportan valor al sistema de salud y mejoran la calidad de vida del paciente.

La ceremonia de entrega de galardones, a la que acudieron Juanes Méndez y Jaime Solleiro Rodríguez, alumno del doctorado 'Formación en la Sociedad del Conocimiento' de la USAL que participó en el proyecto como parte de su Tesis Doctoral; se realizó en el marco del 'Ennova Health Day', «un evento en el que se presentan diferentes experiencias puestas en marcha en el país y que llevan por bandera la innovación y la excelencia en la atención a los pacientes y la gestión sanitaria». Por lo que el profesor apunta que «es un honor» haber recibido este premio.

guida. Una postura que el 97.6% de la muestra apuntó que puede llegar a ser molesta e incluso dolorosa, de los cuales un 79,4% sufrieron malestar, fatiga o algún tipo de dolor derivado de la práctica de su especialidad quirúrgica.

«Un dato muy llamativo fue que el 100% de los encuestados consideraba que deberían realizarse mejoras en su puesto de trabajo. Por todo ello, así fue nuestra justificación para el estudio y desarrollo de este proyecto», añade el profesor de la USAL.

Basándose en esta experiencia su trabajo de investigación «pretende resolver en gran medida los principales problemas ergonómicos que pueden encontrarse en un ambiente de quirófano. Habitualmente los cirujanos, en cualquiera de las tipologías de intervenciones quirúrgicas, se encuentran con

múltiples dificultades relacionadas con la postura que tienen que adoptar, lo que suponen en muchas ocasiones, un impedimento para el ejercicio profesional».

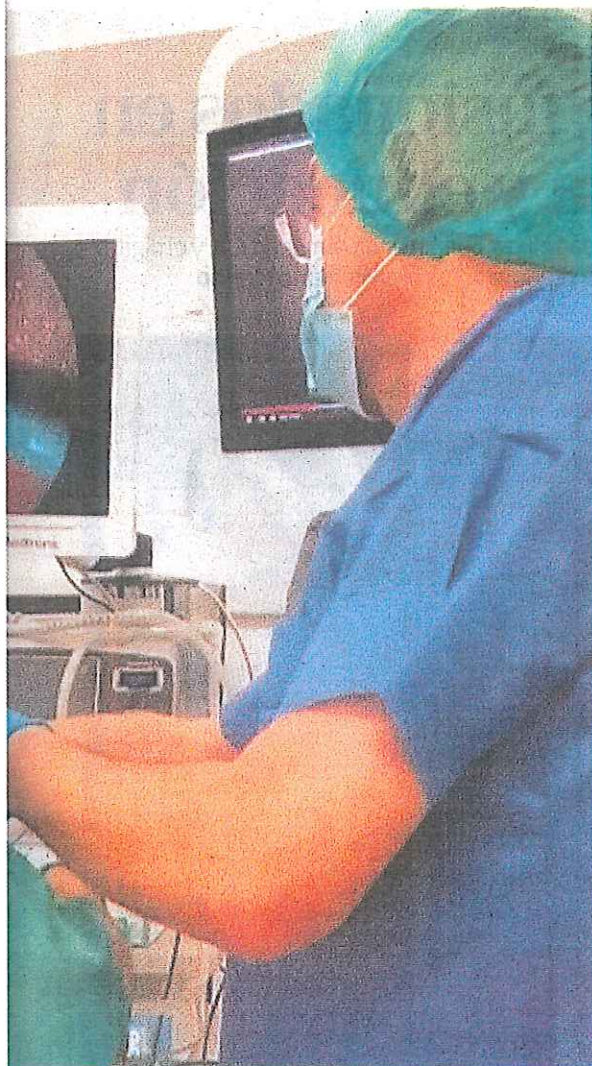
El desarrollo de este procedimiento se ha estructurado en tres grandes fases. En la fase inicial «se recogieron las partes del trabajo que hacen posible y validan la hipótesis de trabajo inicial». Posteriormente, se procedió a la etapa de desarrollo, donde se recolectó mayormente el trabajo propio de desarrollo tecnológico, así como su desempeño electrónico, estudio y validación en muestra, etc. Finalmente, procedieron a la fase de producto, en la que se plantearon el producto mínimo viable, y sus posibles usos.

Para la realización de los ensayos clínicos del desarrollo tecnológico resalta también la participa-

ción del Centro de Bioingeniería, Postura y Salud S.L. de Madrid.

Actualmente, una vez sometido a diversas pruebas y valorar su eficacia, los siguientes pasos que están dando son los siguientes es la 'verificación CE' por parte de un organismo notificado, con el que se demuestra que cumple los requisitos de seguridad, sanidad y protección del medio ambiente exigidos por la UE; así como la aprobación del 'sistema de la calidad de producción' y la del 'sistema de calidad del producto' por parte de un organismo notificado.

Así, esta investigación de la Usal «resuelve uno de los principales problemas ergonómicos que pueden encontrarse en un ambiente de quirófano por parte de los cirujanos en intervenciones prolongadas».



so en el cese de la actividad si no son tratadas adecuadamente».

Debido a esto llevaron a cabo una amplia encuesta a diversos ci-

rujanos de distintas especialidades quirúrgicas de la que extrajeron como datos que la postura más habitual para operar es de forma er-

BLOG OPINIÓN

Espejos de nuestra historia

ÓSCAR MENA

Hace unos días, en una charla de barra, comentaba con mi amigo Santi sobre esos momentos en los que las personas traemos opiniones y juicios de terceros de forma gratuita. Hay una frase de Nikola Tesla que me recuerda este tema y da mucho que pensar sobre él: «Cuando comprendes que toda opinión es una visión cargada de historia personal, empiezas a comprender que todo juicio es realmente una confesión». Parece una idea sacada de una charla profunda entre amigos, pero tiene más chicha de lo que parece.

Pensemos un momento: cada opinión, juicio o crítica que lanzamos es como un espejo que refleja lo que llevamos dentro. A veces, no nos damos cuenta de que, al juzgar a los demás, estamos dejando al descubierto nuestras propias inseguridades, creencias o expectativas. ¿Te has fijado en esa persona que siempre tiene algo negativo que decir de todo? Igual no es que el mundo sea tan terrible, sino que su forma de verlo tiene más que ver con lo que lleva dentro que con lo que hay fuera.

Las críticas suelen ser el mejor indica-

dor de lo que pasa en la mente de quien las hace. Una persona en paz consigo misma no siente la necesidad de ir repartiendo juicios como si fueran caramelos en una cabalgata de Reyes. La felicidad verdadera se nota porque no necesita ruido; simplemente está. Y, ojo, esto no quiere decir que toda crítica sea mala. Hay observaciones que, hechas desde el cariño y con buenas intenciones, pueden ayudarnos a crecer. Pero ¡ay de esas críticas que huelen a frustración y resentimiento! Esas dicen más del emisor que del receptor.

Cuando alguien te critica, prueba esto: respira hondo, sonríe (aunque sea por dentro) y pregúntate: ¿Qué me está diciendo esto sobre esa persona? No se trata de volverse Sherlock Holmes emocional, pero sí de ganar perspectiva. Al final, ese co-



mentario habla más de quien lo hace que de ti.

Tesla tenía razón: comprender la naturaleza de los juicios nos da una especie de superpoder. Nos libera de ese peso de querer gustar a todo el mundo o de justificar cada acción que tomamos. Y qué liberador es

centrarse en vivir con autenticidad, sin arrastrar las proyecciones de los demás.

Así que, ya sabes, cuando alguien venga con una opinión o juicio que te remueva, tómatelo como una oportunidad para mirar un poco más allá. Y recuerda: las personas felices no critican, simplemente viven y dejan vivir. Quizás ahí esté el secreto de todo. Yo, prometo intentarlo.

Óscar Mena es XXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX XXXX