SORIA colegio oficial de Médicos

DOSSIER DE PRENSA

(PRENSA PROVINCIAL ESCRITA Y SELECCIÓN DE PRENSA MÉDICA)

AGOSTO - SEPTIEMBRE

2026

Las obras en la Unidad Hospitalaria para presos se alargan 3 meses más

La inversión del Gobierno aumenta en 65.000 euros, hasta los 772.000 euros, con la previsión de que la ejecución esté concluida este otoño en el Santa Bárbara

MILAGROS HERVADA SORIA

El Gobierno de España, a través de la Sociedad de Infraestructuras y Equipamientos Penitenciarios y de la Seguridad del Estado (SIEPSE), ha aprobado una modificación del contrato de las obras para implantar la nueva Unidad de Custodia Hospitalaria (UCH) en el Hospital Santa Bárbara de Soria que supone alargar las obras tres meses más.

La modificación implica un incremento de 65.234 euros, por lo que el importe total de la actuación pasa de los 707.003 euros de la adjudicación inicial a 772.237 euros. Además, el plazo de ejecución se amplía de los cinco previstos inicialmente hasta un total de ocho meses. La modificación fue acordada el pasado 2 de septiembre y se ha publicado en la Plataforma de Contratación del Sector Público, según informó la Subdelegación del Gobierno.

La documentación contractual justifica este cambio por la necesidad de afrontar circunstancias que no podían haberse previsto previamente por el órgano de contratación. Las obras corresponden a la unión temporal de empresas, UTE, formada por FCC Construcción, S.A. y FCC Industrial, S.A.U., que es la que ejecuta las obras de ampliación y reforma del Hospital Universitario Santa Bárbara.

De hecho, la delegada territorial de la Junta de Castilla y León en Soria, Yolanda de Gregorio, ha reivindicado de forma reiterada la finalización de la actuación en la Unidad de Custodia para permitir la conclusión a su vez de la obra de reforma en el centro hospitalario, pues destacó que el acondicionamiento de este espacio para los internos condiciona que se finiquite la ejecución en el Santa Bárbara.

El Gobierno de España adjudicó las obras en agosto de 2025 después de que una primera licitación convocada en 2024 quedara desierta. El contrato inicial se adjudicó por 707.003 euros y establecía un plazo de ejecución de cinco meses. Según las previsiones de SIEPSE, las obras estarán concluidas este otoño.



La Unidad de Custodia está situada en la sexta planta del Santa Bárbara. MARIO TEJEDOR

El contrato inicial contemplaba un plazo de cinco meses para la ejecución de las obras, contando a partir de un mes más tarde, el tiempo máximo previsto para la firma del acta de replanteo. De este modo, debería haber estado finalizada en marzo. El pasado mes de abril, Instituciones Penitenciarias preveía que sería una realidad en julio, plazo que evidentemente tampoco se ha cumplido.

La actuación tienecomo finalidad recuperar en el Hospital Santa Bárbara una Unidad de Custodia Hospitalaria específica, después de que la anterior desapareciera como consecuencia de las obras de remodelación del complejo hospitalario.

El proyecto contempla la adecuación de dos habitaciones de uso penitenciario en la sexta planta, junto con vestuario, almacén y aseos, sobre una superficie de 162 metros cuadrados. También prevé en la primera planta una sala de espera y aseos de 32 metros cuadrados. Estos espacios requieren una adaptación específica a las condiciones de seguridad y funcionalidad de Instituciones Penitenciarias.

Las obras incluyen distintas especialidades constructivas e instalaciones de climatización, electricidad, fontanería, saneamiento y medidas de seguridad, además de la necesaria coordinación con la Gerencia del Hospital.

El subdelegado del Gobierno en Soria, Miguel Latorre, ha destacado que «esta modificación permite adaptar la actuación a las necesidades detectadas durante su ejecución y garantiza que Soria disponga de una Unidad de Custodia Hospitalaria con las condiciones de seguridad y funcionalidad necesarias para atender a las personas privadas de libertad que precisen asistencia hospitalaria».

La nueva UCH reforzará la atención sanitaria de los pacientes penitenciarios y las condiciones de seguridad para el personal sanitario y los profesionales encargados de su custodia, objetivos que motivan el proyecto, destacó la Subdelegación.

Condenada la Gerencia Sanitaria por denegar un día de permiso

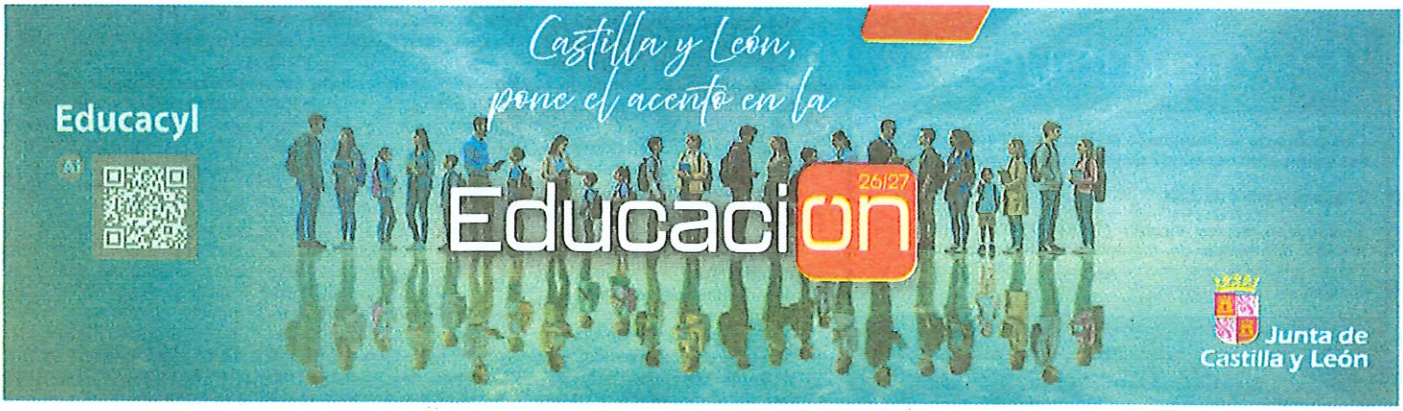
M.H. SORIA

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria tendrá que indemnizar con 170 euros a una enfermera por no concederle un día de permiso para el cuidado de su hermana tras una intervención quirúrgica. La sentencia del Contencioso Administrativo de Soria, contra la que no cabe recurso, se produce tras la demanda del Sindicato de Enfermería Satse Soria, al que recurrió la trabajadora. El sindicato se congratula de esta sentencia que reconoce el derecho de una enfermera a solicitar el permiso de un día para atender a un familiar que precisó de reposo domiciliario tras una operación.

El sindicato lamenta que se haya tenido que denunciar a la Administración por las trabas que establece a la conciliación de la vida laboral y personal: «El juzgado de lo Contencioso-Administrativo número 1 de Soria ha condenado a la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria a indemnizar a la enfermera por denegarle este derecho».

Satse Soria explica que la enfermera solicitó cogerse un día de permiso para cuidar a su hermana que había sufrido un tratamiento quirúrgico antes y que precisaba de reposo domiciliario. Para la sanitaria, su caso cumplía con la normativa que indica que un empleado público tiene derecho a un permiso de cuatro días hábiles por accidente, enfermedad grave, hospitalización o intervención quirúrgica sin hospitalización y que precise de reposo domiciliario de un familiar del segundo grado de consanguinidad.

Sin embargo, la Administración le denegó esta solicitud alegando que en el informe médico no se justificaba que se precisara de los cuidados de otra persona ni el número de días naturales de reposo.



Mordeduras de serpiente, un peligro subestimado

Un nuevo estudio realizado por centros del Reino Unido y Sri Lanka sugiere que la incidencia de envenenamiento por serpientes y la mortalidad por su mordedura son mucho mayores de lo que se estimaba. El informe refleja que entre 2.1 y 7 millones de personas sufren intoxicaciones cada año y que las defunciones por esta causa oscilan entre 274.000 y 513.000.



33

PROBLEMAS FÍSICOS puede causar el calor extremo, desde erupciones cutáneas, pasando por la insuficiencia renal aguda, los brotes en la esclerosis múltiple o trastornos mentales. Así lo recoge un nuevo estudio de la Universidad Northwestern de Estados Unidos.

BIOQUÍMICA | VIAJAR EN EL TIEMPO PARA CAMBIAR EL FUTURO

PROTEÍNAS PREHISTÓRICAS PARA DISEÑAR ANTIBIÓTICOS

La reconstrucción de moléculas ancestrales revela que algunos péptidos del pasado fueron más eficaces contra determinados patógenos que sus versiones evolucionadas actuales

EUROPA PRESS

Hace 160 millones de años, cuando los primeros mamíferos placentarios apenas comenzaban a abrirse camino en la historia de la evolución, la naturaleza ya estaba ensayando una de sus armas contra las bacterias. Ahora, científicos de la Universidad de Oregón han viajado hasta aquel pasado remoto para recuperar proteínas prehistóricas y devolverlas al laboratorio.

Algunas de aquellas moléculas, extinguidas durante millones de años, han demostrado ser capaces de plantar cara a bacterias resistentes a los antibióticos e incluso superar en determinados casos la eficacia de sus equivalentes humanos actuales. Este hallazgo abre una vía tan insólita como prometedora: buscar en el pasado evolutivo las claves para combatir las infecciones que amenazan con dejar sin efecto una de las grandes conquistas de la medicina.

Los investigadores reconstruyeron péptidos -fragmentos cortos de proteínas- a lo largo del árbol de la vida, remontándose a los primeros mamíferos placentarios, el linaje diverso que incluye a los humanos y a casi todos los mamíferos actuales. En pruebas de laboratorio, los investigadores descubrieron que algunos de los elementos extintos eran más eficaces contra las bacterias resistentes a los antibióticos que algunos de sus homólogos actuales.

«Los remedios ancestrales de la evolución podrían ofrecer nuevos puntos de partida para los científicos que diseñan tratamientos que complementen o reemplacen los antibióticos que ya no funcionan», señala Matt Barber, autor principal del artículo y biólogo evolutivo de la Facultad de Artes y Ciencias de la Universidad de Oregón.

«Para cualquiera que estudie bacterias patógenas, siempre tenemos presente que los antibióticos fueron uno de los avances más importantes de la medicina en el siglo XX, pero las bacterias llevan desarrollando desde hace mucho tiempo, resistencia a ellos. Sin duda, nos interesa saber si, al resucitar o modificar genéticamente algunos péptidos antimicrobianos mejorados, podríamos utilizarlos como agentes terapéuticos en el futuro».

Fue cerca del final del período Jurásico cuando surgió el ancestro de todos los mamíferos placentarios, cuyas crías se desarrollan en el útero, y también la lactoferrina, la proteína que se encuentra en el centro de la investigación de Barber.

Se trata de un elemento presente en casi todos los fluidos corporales, excepto la sangre: leche materna, lágrimas, saliva, mocos y mucosidad intestinal. Su función principal es impedir que los patógenos accedan al hierro. Además de protegerlo del alcance de las bacterias, la lactoferrina ha desarrollado mecanismos intrínsecos para combatir los patógenos. En particular, posee un péptido antimicrobiano que perfora las membranas bacterianas, provocando la ruptura celular. «Los péptidos antimicrobianos son una parte fundamental de la primera línea de defensa del organismo», explica Titas Sil, autor principal del artículo y estudiante de doctorado en el laboratorio de Barber. «Pueden atacar a una amplia gama de patógenos y, debido a su potencia, los científicos han estado intentando sintetizar diversos péptidos para usos terapéuticos».

UNA TÉCNICA DE VANGUARDIA. Para recuperar el péptido antimicrobiano extinto, Sil comparó primero las secuencias genéticas de la lactoferrina en organismos actuales como los humanos y las vacas. Al trazar un mapa de sus relaciones evolutivas, dedujo estadísticamente las secuencias más probables de sus ancestros comunes. Tras sintetizar este gen y regenerar la proteína ancestral en células, Sil probó su eficacia contra diversos patógenos asociados a enfermedades.

«Lo sorprendente e inesperado fue cómo pequeños cambios en estos dominios podían tener efectos tan grandes», subraya Barber, quien también advierte de que el desarrollo de nuevos fármacos no será inmediato.



EMBARAZO

Miles de nuevas madres sufren traumas sin diagnosticar tras dar a luz

EUROPA PRESS / LONDRES

Decenas de miles de madres primerizas en el Reino Unido podrían estar sufriendo un trastorno de estrés postraumático (TEPT) sin diagnosticar tras el parto según un nuevo estudio de la Universidad de East Anglia.

El análisis sugiere que el trauma emocional y psicológico posterior al parto puede pasar desapercibido o ser diagnosticado erróneamente durante las consultas postnatales con el médico de cabecera, debido a múltiples factores contribuyentes.

El principal problema es que los médicos de cabecera, en la práctica, *diagnostican a ciegas* porque no cuentan con la información ni las herramientas necesarias para realizar evaluaciones adecuadas, aporta el trabajo.

Además, «algunas mujeres también están siendo valoradas erróneamente, lo que podría retrasar su acceso a las terapias recomendadas», agrega Megan Foreman, investigadora principal.

GENÉTICA

Un avance en terapias de ARN abre la puerta a tratar dolencias incurables

EUROPA PRESS / MADRID

Investigadores de la Universidad de Toronto desarrollaron un enfoque terapéutico de ARN de última generación con el potencial de tratar una amplia gama de enfermedades genéticas que comparten ciertas mutaciones causantes de la enfermedad.

El equipo se centró en las «mutaciones sin sentido» que introducen una señal de parada prematura en las instrucciones genéticas para la producción de proteínas. El resultado: las células pueden producir poca o ninguna proteína funcional completa, lo que altera funciones vitales. Así, el trabajo demuestra que el ARN de transferencia puede modificarse para evitarlo

SANIDAD | COMPLEJO ASISTENCIAL DE SORIA

La lista de espera para operarse alcanza los 933 pacientes y los 75 días de demora

Oftalmología y Traumatología siguen siendo las áreas con las cifras más abultadas: 282 y 255 personas y 83 y 44 días, respectivamente

A.P.L./ SORIA

Las últimas estadísticas de Sacyl indican que en la actualidad hay 1.095 pacientes del Complejo Asistencial de Soria pendientes de una intervención, de los que 993 se encuentran en espera estructural (atribuible a la organización y recursos disponibles), con una demora media de 75 días; 89 que son transitoriamente no programables; y 13 en espera tras el rechazo de un centro alternativo, con una demora media de 236 días.

Los datos, actualizados al segundo trimestre de 2026, indican que hay 19 casos de prioridad 1 (no admite demora de más de 30 días), con una demora de 9,79 días, mientras que hace un año eran 20 personas, con una demora de 14,10 días, la más alta de la comunidad. En prioridad 2 (no admite demora de más de 90 días) hay 110 pacientes, con una demora media de 86 días, mientras que en julio de 2026 eran 85 pacientes, con una demora de 47,88 días. En este apartado se ha registrado un repunte significativo. En el caso de prioridad 3 (permite demora porque no produce secuelas importantes), se contabilizan 864 pacientes, con 75,37 días de demora media; y hace un año eran 471, con 62 días. Otro apartado con un notable incremento en pacientes en espera y en tiempo, según los datos que comparte la Junta de Castilla y León. En espera en las principales áreas médicas, de 0 a 90 días hay 704 pacientes (459 hace un año), de 90 a 180 días son 218 (frente a 84), de 180 a 365 días son 71 (eran 32) y más de un año no hay ninguno. En total serían 993 pacientes, frente a los 576 de julio de 2026; con una media de tiempo de 75 días, frente a los 58 de hace un año.

Traumatología tiene a 282 pacientes esperando para operarse, una cifra superior a los 152 de hace un año. La demora media de espera es de 83 días. De ellos, 166 llevan de 0 a 90 días y 111 de 90 a 180 días. Oftalmología también se mantiene en los primeros puestos en Soria, con 255 pacientes, que eran 125 en 2026. Casi todos llevan en espera de 0 a 90 días y la media es de 44 días, que eran 26 hace un año. A estas áreas les sigue Urología, con 175 pacientes, que eran 70 hace un año. De ellos, 72 llevan de 0 a 90 días (52 en 2026), 61 de 90 a 180 días (eran 17) y 42 de 180 días a un año (era tan solo uno en el anterior ejercicio). La demora media es de 121 días, que eran 66 hace un año. En cuarto lugar está el apartado de Cirugía general y del aparato digestivo, que tiene 161 pacientes en lista de espera, siendo 131 en verano de 2026. La mayoría de los pacientes esperan de 0 a 90 días y el tiempo medio es de 36 días. Otras especialidades con listas de espera son Otorrinolaringología, con 84 pacientes y una media de 134 días, con ligeros incrementos en ambos apartados; Ginecología, con 33 pacientes y 58 días, también con un repunte; y Dermatología, con tres pacientes y 10 días de media.

En Castilla y León, los 15 procesos más frecuentes y que tienen 16.572 casos pendientes son, por orden: otras cataratas, hernia inguinal, artrosis de rodilla, cataratas relacionadas con la edad, deformación de dedos de manos y pies, artrosis de cadera, otras enfermedades de nariz y fosas nasales, colelitiasis, trastorno interno de rodilla, enfermedad crónica de amígdalas y adenoides, mononeuropatía de extremidad superior, hernia ventral, lesiones de hombro, hernia umbilical y complicaciones de prótesis, implantes e injertos.

DERIVACIONES. Hace un mes, la Junta de Castilla y León, a través de la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria, ha adjudicado la realización de 100 procedimientos quirúrgicos de Oftalmología y 85 de Traumatología, en ambos casos para pacientes con derecho a prestación sanitaria pública en el Área de Salud de Soria.

El objeto de los contratos es conseguir la mejora y estabilización de las listas de espera quirúrgicas, dentro del Plan Integral de Reducción y Mejora de las Listas de Espera y Optimización de la Atención, orientado a incrementar la eficiencia de los recursos disponibles, reducir las diferencias existentes entre áreas de salud y garantizar una respuesta más homogénea, ágil y equitativa en toda la Comunidad, prestando especial atención a aquellos procesos que requieren una actuación rápida por su gravedad, complejidad o impacto sobre la calidad de vida de las personas, avanzando en la implantación de tiempos máximos garantizados para determinados procedimientos.

La tramitación de los expedientes se inició el pasado 19 de junio mediante solicitud de oferta a los adjudicatarios del acuerdo marco valorándose, además de la oferta económica, otros criterios como la proximidad geográfica, los recursos humanos aportados y la reducción de plazos en los procedimientos quirúrgicos, adjudicándose los contratos que tienen una duración prevista de cuatro meses, abarcando hasta fin les del mes de noviembre, por un importe total de 114.300 euros.

Los procedimientos de Oftalmología, que consistirán en la realización de 100 intervenciones de cirug de cataratas con lente intraocul (LIO), se han adjudicado a la empr sa Eubelama, S.L. (Hospital Latorr por un importe de 68.600 euros. Re pecto a los procedimientos de Tra matología, se han adjudicado a la er presa Sanatorio Sagrado Corazó por un importe de 45.700 euros consistirán en la realización de inte venciones sobre mano y muñeca (de liberación de túnel carpiano y de escisión de lesión de vaina de te dón de mano) y sobre pie (20 de es sión de Hallux Valgus).

La Consejería de Sanidad pond en marcha esta legislatura un Pl Integral de Reducción y Mejora de l Listas de Espera y Optimización de Atención para incrementar la eficie cia de los recursos disponibles, red cir las diferencias entre áreas de sal y ofrecer una respuesta más hom génea, ágil y equitativa. El plan pre tará especial atención a los proces que requieren una actuación rápi por su gravedad, complejidad o ir pacto sobre la calidad de vida.

CLAVES

38

Son los días por debajo del inicio del plan de choque

La demora media estructural para ser intervenido quirúrgicamente en los hospitales públicos de Castilla y León se situó en 101 días en el segundo trimestre de 2026, con 33.034 pacientes en lista de espera quirúrgica estructural. La demora continúa 38 días por debajo de la registrada al inicio del plan de choque puesto en marcha en 2022, cuando alcanzaba los 139 días. La Junta atribuye los datos al año de huelgas convocadas contra el nuevo Estatuto Marco promovido por el Ministerio de Sanidad, que ha supuesto en Castilla y León una disminución de la actividad quirúrgica de 12.500 intervenciones en lo que va de 2026.

67

por ciento

Por especialidades, Traumatología concentró el mayor número de pacientes en espera para una intervención, con 10.479, seguida de Oftalmología, con 6.092, y Cirugía General y Digestivo, con 5.640. Entre las tres acumulan alrededor del 67% de los pacientes pendientes de cirugía.

Se ha adjudicado la realización de **cien procedimientos** de Oftalmología y Traumatología al Hospital Latorre y a una clínica de Valladolid



Las grandes leyes sanitarias, en vilo por el final de la legislatura

Las normas se atascan en el Congreso con la incertidumbre de la cuenta atrás

PILAR PÉREZ MADRID

Hemos venido a sacar del cajón todo lo pendiente y todas las iniciativas posibles porque el tiempo del Sistema Nacional de Salud es oro». Mónica García ya advertía en una entrevista en mayo de 2024 a este diario de sus intenciones. En los más de dos años transcurridos ha puesto en marcha, con más o menos suerte, toda la maquinaria para actualizar los marcos normativos a la sanidad de hoy.

Entonces ya ponía sobre la mesa la reforma del tabaco, la actualización de la normativa que regula las profesiones sanitarias, las leyes en torno al medicamento y el blindaje de la gestión de la sanidad pública. Los proyectos de ley ya están en manos del Congreso, y como recordó Elma Saiz, ministra portavoz del Ejecutivo, esta semana en la rueda de prensa posterior al Consejo de Ministros al presentar el texto aprobado del Estatuto Marco, «la tramitación corresponde ahora a la Cámara Baja donde los grupos políticos tendrán oportunidad de posicionarse».

Estatuto Marco, medicamento y tabaco llegan ahora al Congreso

La ley de Unversalidad está parada desde marzo de 2024

Todos estos proyectos tienen en común varios puntos, más allá de depender de las cábalas del Congreso –y la negociación con los socios del Gobierno– y del escaso tiempo de tramitación al final de la legislatura: son reformas necesarias que actualizan procesos fundamentales y sientan las bases para una sanidad propia del siglo XXI. «Permite adecuar la normativa al presente y al futuro del modelo asistencial», apostillaba Saiz el pasado martes.

Pendientes estarían todavía otros tantos asuntos, no menores, pero que completarían los objetivos del departamento de García. Entre las normas atascadas, la más encallada es la Ley de Universalidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), que lleva paralizada desde marzo de 2024 y registra, hasta el momento, 91 prórrogas de plazo para la presentación de enmiendas. En la misma situación están el proyecto de ley de gestión pública e integridad del SNS y la futura ley de prevención del consumo de bebidas alcohólicas y de sus efectos en las personas menores de edad (presentada en abril de 2025).

Sin rango de ley, están en proceso las siguientes normas: el real decreto de los productos del tabaco (ya en el Consejo de Estado); la aprobación del real decreto sobre residentes, que se enviará a lo largo de este mes al Consejo de Estado; y la publicación final de los estatutos de la Agencia Estatal de Salud Pública (AESP), después de conocerse en verano que se ubicaría finalmente en Zaragoza.

TABACO. Desde 2015 no se toca la normativa que regula la venta y los espacios donde se puede o no fumar. En estos 11 años, se ha producido un descenso del tabaquismo tradicional y los nuevos riesgos están en el amplio abanico de los productos electrónicos que se ofertan bajo el epígrafe de «menor daño». El consumo de cigarrillos electrónicos en España se incrementó un 57% en 2024 respecto a 2022 y desde 2016 hasta hoy el porcentaje de personas que han declarado dejar de fumar ha subido del 40,2% al 46,4%.

Desde la primera vez que el texto pasó por el Consejo de Ministros hasta que vio la luz este mes de julio pasó todo un año y en ese tiempo «la ley se descafeinó porque Hacienda frenó muchos aspectos: el empaquetado genérico, la subida de precios...», denunciaba la presidenta de Nofumadores.org, Raquel Fernández, cuando conoció en julio la noticia. El proyecto sí que incluye una ambiciosa ampliación de espacios: terrazas en la hostelería, playas y alrededores de centros deportivos, educativos y sanitarios. También regula la venta a puntos concretos de los dispositivos electrónicos y nuevas formas de tabaco, lo que evitaría el fácil acceso a los menores, dado que el 27,1% de los jóvenes de 14 a 18 años admite haber vapeado en el último mes, una cifra que casi triplica los datos de 2021 (8,1%).

BLINDAJE DE LA GESTIÓN. Con el proyecto que está en manos de la Cámara baja se busca derogar la Ley 15/1997, promulgada por el Gobierno de José María Aznar, que abrió la puerta a nuevas formas de gestión privada del sistema sanitario. El epígrafe ya recoge la intención de la cartera de García: proyecto de ley de Gestión Pública e Integridad del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La ministra apuntaba en su presentación que «regula la gestión indirecta de manera excepcional» y cuando se den una serie de condicionantes. «Se acabó la parasitación de la sanidad pública para hacer negocio», zanjó. La norma tiene un futuro complicado tras la negativa de Junts a apoyarla, aunque en su redacción final reconozca como «buena» la gestión que se hace en Cataluña, donde el 60% la realizan organizaciones sanitarias sin ánimo de lucro.

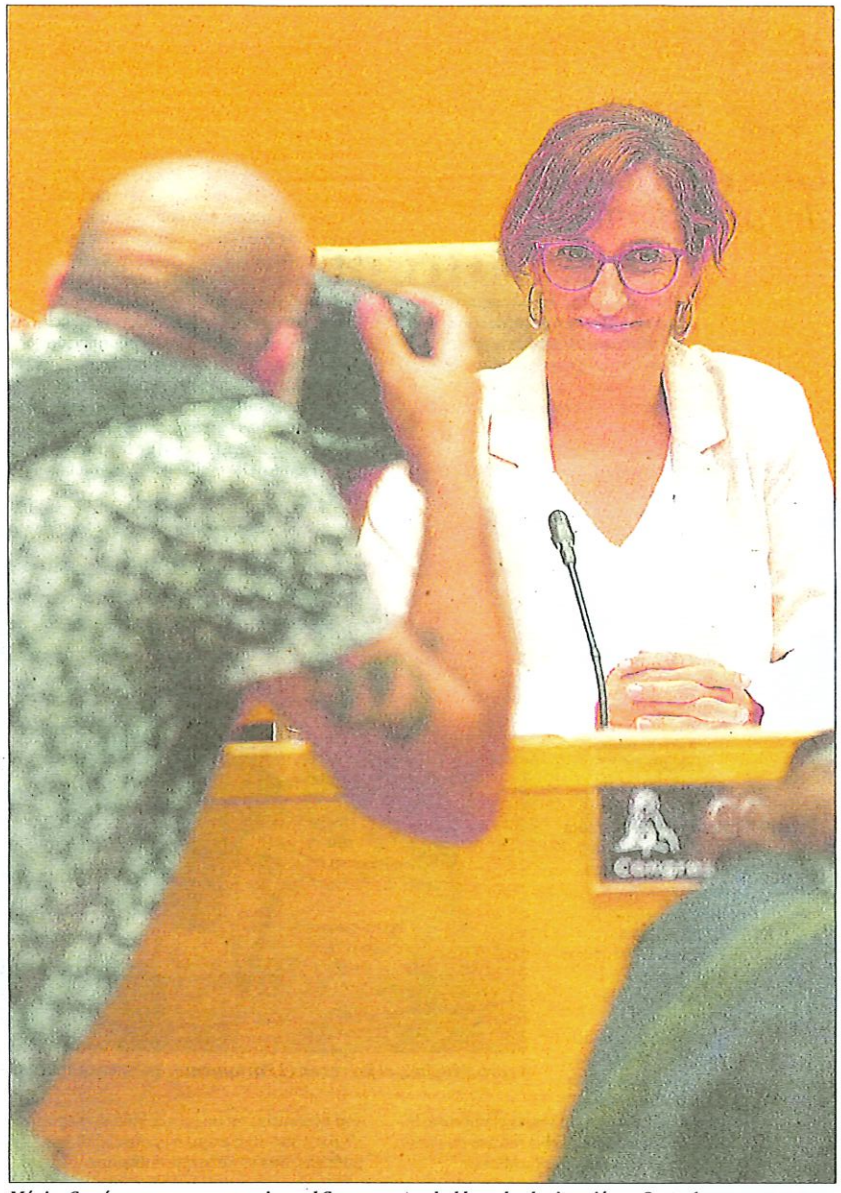
MEDICAMENTO. Sanidad apostó fuerte por la industria farmacéutica cuando puso en marcha la Estrategia de la Industria Farmacéutica en 2022 y la renovó en 2024. La norma vigente data de 2015 y desde la secretaría de Estado de Javier Padilla y la dirección de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, con César Hernández a la cabeza, se puso en marcha un proyecto que no ha terminado de contentar a las partes. La reforma impacta en la reducción en el acceso a terapias innovadoras (máximo 180 días; en la actualidad supera los 500), evita desabastecimientos y habilita la prescripción a enfermeros y fisioterapeutas.

Sin embargo, el grueso de lo que la ministra denominó en su presentación como situaciones «muy complejas y técnicas», esto es, cómo afecta a los proveedores, las farmacéuticas, no se ajusta a lo que la industria necesita para asegurar no solo el medicamento, sino su producción e inversión en el país.

ESTATUTO MARCO. Desde que salió la ley en 2003 no se ha tocado nada. Las principales reivindicaciones están en las guardias de 24h de los médicos y en su propuesta de un texto solo para ellos (actualmente se les dedica un capítulo), pero hay una gran cantidad de cambios significativos que afectan al resto de los sanitarios y se incorpora por primera vez al personal investigador dentro del régimen estatutario.

El texto reconoce las particularidades de los puestos de difícil cobertura y profesionaliza la función directiva. Sin embargo, los conceptos de «voluntariedad» y «necesidades del servicio», según los facultativos, impedirán la puesta en marcha de la flexibilización de la jornada, las guardias de 17h y el desarrollo de turnos, como sí tienen otras profesiones.

Aquí la oposición es fuerte. Más allá de PP y Vox, es una ley sin un mínimo de consenso: los médicos ya anuncian huelgas en otoño y los socios de Gobierno, como PNV, en más de una Comisión de Sanidad han advertido que debería contar con más apoyo para salir adelante.



Mónica García, en su comparecencia en el Congreso para hablar sobre la situación en Ceuta. ÁNGEL NAVARRETE

CASTILLA Y LEÓN

Sacyl deberá doblar la indemnización por la muerte de un paciente en Burgos

El TSJCyL condena a Sanidad a elevar hasta cerca de 89.000 euros la compensación inicial de 50.000 a la familia por mala praxis en la atención en el hospital de Aranda

M. R. BURGOS

Sacyl deberá aumentar la indemnización inicial de 49.971,58 euros a los familiares de un paciente que fue atendido en el hospital Santos Reyes de Aranda de Duero tras sufrir una caída en la calle y que falleció posteriormente tras ser dado de alta del centro hospitalario tras un error en la interpretación inicial de una prueba que se le realizó en centro.

La Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal de Superior de Justicia (TSJCyL) estima parcialmente el recurso presentado por los familiares, que solicitaban una indemnización de 152.697,94 euros, y eleva la indemnización a 88.795,57 euros.

Los hechos se remontan al 7 de enero de 2020, cuando el paciente sufrió una caída en la calle que le provocó un traumatismo craneoencefálico, con pérdida de consciencia, por lo que fue traslado a Urgencias del hospital Santos Reyes de Aranda de Duero. Se trataba de un paciente de 87 años, con varias patologías previas y tenía tratamiento con un medicamento anticoagulante.

Ese mismo día, tras realizarle al paciente diversas pruebas, entre ellas un TAC, fue dado de alta. Un día después regresaba a Urgencias con síntomas de pérdida parcial de la consciencia. Se le volvió a someter a un TAC que «evidenció un hematoma epidural y subdural derecho de gran volumen».

Ese día se le sometió a una intervención quirúrgica de urgencia. El 9 de enero se le realizó otro TAC y el 13 de enero se le derivó al a la planta de Neurología del Hospital Universitario de Burgos y fue sometido a tratamiento quirúrgico.

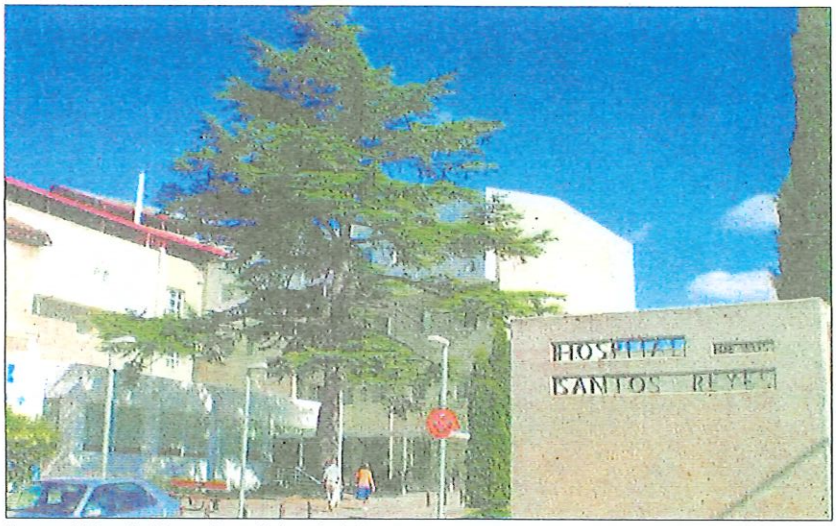


Imagen del hospital Santos Reyes de Aranda de Duero. E. M.

Ya de madrugada mostraba graves problemas respiratorios y al día siguiente fallecía.

El 14 de mayo de 2025, Sacyl admite parcialmente la reclamación por responsabilidad patrimonial planteada por los familiares y acuerda una indemnización de 49.971,58 euros por los daños derivados de la asistencia sanitaria. Se admite que en el primer TAC que se realizó al paciente se ve un hematoma en la cabeza pero «no fue detallado en el informe emitido como definitivo por el radiólogo de guardia», según recoge en la sentencia.

Esto puede hacer pensar en una «pérdida de oportunidad» en la atención que se prestó al paciente el primer día que ingresó en urgencias, ya que se hubiera podido determinar su ingreso en el centro hospitalario en vez de darle el alta ese mismo día. No obstante, tal y como señaló la Inspección Médica, el paciente tenía 87 años y múltiples antecedentes clínicos que pudieron condicionar la evolución y desenlace fatal. A ello, se suma la patología que sufrió, que tiene una elevada mortalidad, cercana al 90%.

Por su parte, la familia considera que el paciente fue dado de alta sin ingreso hospitalario, «sin observación neurológica, sin reversión inmediata de la anticoagulación y sin valoración por los servicios especializados competentes».

Los demandantes sostienen que hubo un error en el diagnóstico a su familiar que desencadenó el posterior fallecimiento del paciente días más tarde. Sacyl admitió que hubo un error en la interpretación del primer TAC, pero descarta que haya una relación «causal directa y plena» entre la asistencia sanitaria prestada y el fallecimiento del paciente.

Con las pruebas recabadas durante la revisión del recurso, el tribunal sostiene que hubo una «mala praxis», ya que el TAC realizado al paciente cuando ingresó de urgencia reflejaba el hematoma subdural en la cabeza. Y aunque no se puede determinar que un diagnóstico inicial correcto hubiera evitado el fallecimiento, el tribunal establece que «dicha actuación pudiera haber incrementado las probabilidades de un desenlace más favorable».

La Junta creará un régimen permanente para las viviendas protegidas

VALLADOLID

La Junta establecerá un régimen permanente en las viviendas de protección pública que construya cuando obtengan financiación tanto del Gobierno central como de las instituciones europeas, según se contempla en el anteproyecto de Ley de Medidas Tributarias, Financieras y Administrativas elaborado por el Gobierno autonómico a cuyo texto íntegro tuvo acceso Ical. La duración del régimen de salvaguarda en las viviendas de protección pública es de quince años desde el otorgamiento de la licencia de primera ocupación, mientras que las viviendas de protección pública de promoción privada pueden ser desclasificadas a partir de los diez años siempre que el suelo sobre el que fueron construidas no fuera cedido o enajenado por una administración pública, salvo conformidad expresa, y que en caso de haberse obtenido ayudas, éstas sean previamente reintegradas y se cancele el préstamo hipotecario obtenido con financiación pública o se modifiquen sus condiciones según las nuevas circunstancias.

Estas salvaguardas cambiarán a partir del 1 de enero con una reforma del régimen legal de estas viviendas mediante una disposición final de la ley de acompañamiento que el Gobierno autonómico justifica por «razones graves de interés público». En la exposición de motivos de la norma, la Junta deja clara la «disconformidad» del Ejecutivo de Castilla y León «con respecto a la política estatal en materia de vivienda» pero considera necesaria esta modificación legal para poder acceder a las ayudas que se contemplan en el Plan Estatal de Vivienda 2026-2030.

Declarado índice de nivel 1 en un incendio intencionado en Pendilla de Arbas, en León

LEÓN

La Consejería de Medio Ambiente ha declarado Índice de Gravedad Potencial (IGR) 1 en un incendio forestal de origen intencionado en Pendilla de Arbas (León) al tener la previsión de tardar más de doce horas en estabilizarlo.

El incendio se activó a las 23.40 horas del viernes y se elevó a nivel 1 a las 15.10 durante la jornada de ayer, en la mencionada localidad perteneciente al municipio de Villamín.Cerca de una treintena de medios aéreos y terrestres trabajan en la extinción de este fuego cuyo causa probable es intencionada, tal y como recoge la plataforma de la Junta de información de incendios, Inforcyl.

Se trata del segundo incendio que está actualmente en IGR 1 en Castilla y León, ya que el originado el viernes en la localidad de Arza (Burgos) se mantiene en este índice de gravedad, si bien evoluciona favorablemente aunque aún quedan puntos activos en los cuatro flancos del fuego, lo que se traduce en dos incendios próximos. Del mismo modo, a estar en zona de monte muy escarpada, esto dificulta el trabajo de los buldócer y «exige un esfuerzo enorme a cuadrillas terrestres», según indicaron desde Medio Ambiente. En concreto hay un técnico, cuatro agentes medioambientales, tres cuadrillas terrestres, dos vehículos autobomba, tres buldócer y dos cuadrillas helitransportadas. Por el aire trabajan tres medios aéreos en un incendio en el que ha habido hasta 41 medios desplazados.

Según detalló la Consejería de Medio Ambiente, el fuego de Pendillas de Arbas (León) se sitúa en una zona muy escarpada, lo que dificulta el trabajo de bulldócer y exige además un esfuerzo «enorme» de las cuadrillas terrestres, mientras que los medios aéreos rebajan intensidad para posterior ataque de remate por tierra. Actualmente, trabajan en este operativo más de un veintena de medios para tratar de frenar el avance de las llamas.



Incendio en Pendilla de Arbas (León). E. M.


RICHARD BAILEY

EL ALZHÉIMER EN PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN DISPARA EL RIESGO DE EPILEPSIA

Neurología. Un estudio con participación española revela que las crisis son un síntoma intrínseco de la demencia en esta población y duplicarían la tasa de mortalidad

Por ***Pilar Pérez***

Los neurólogos escudriñan las capacidades del cerebro buscando pistas de su funcionamiento, no solo cuando hay enfermedad, sino antes. Esto permite hallar espacios comunes que comparten algunas patologías. Desde hace algún tiempo, se estudia la estrecha relación entre el síndrome de Down, la enfermedad de Alzheimer y la aparición de epilepsia. De hecho, las personas con síndrome de Down tienen un riesgo muy alto de desarrollar demencia debido a la triplicación del cromosoma 21.

Ahora, un estudio internacional multicéntrico publicado en *The Lancet* esta semana, con 4.804 adultos con síndrome de Down, de siete cohortes europeas, revela que la epilepsia de aparición tardía no es una coincidencia, sino una parte intrínseca del alzhéimer. Lucía Maure, neuróloga del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (uno de los centros participantes), comenta que sus datos «muestran que, una vez comienzan los síntomas de la enfermedad neurodegenerativa el riesgo de presentar crisis epilépticas crece llamativamente y aumenta conforme avanza la enfermedad». Esta experta y una de las autoras principales lo atribuyen a la biología de la enfermedad de Alzheimer, «ya que desencadena esta hiperexcitabilidad neuronal y es por lo tanto parte de la propia enfermedad, no una casualidad».

Para abordar la interrelación la radiografía que sale tras el estudio refleja que el 67,4% estaba cognitivamente estable, el 5,6% tenía deterioro no degenerativo, el 6,7% alzhéimer en estadio precoz y el 20,3%, demencia. La discapacidad intelectual era leve en el 24,6%, moderada en el 56,7% y grave o profunda en el 18,8%. En cuanto a la prevalencia de epilepsia activa estaba presente en el 14,5%. En mayores de 60 años había un 12,1% en asintomáticos, frente al 45,9% en sintomáticos. La tasa de incidencia en mayores de 60 años con alzhéimer fue de 109,6 por 1.000 personas-año frente a 6,9 en asintomáticos. El riesgo acumulado de crisis a lo largo de la vida sube del 3,3% a los 40 años al 61,3% a los 70 años.

La epilepsia de aparición tardía surge en torno al inicio del alzhéimer (un año antes del diagnóstico clínico). Su incidencia acumulada pasa del 9,5% en el año del diagnóstico al 56,9% a los nueve años. Su aparición implica que se duplique la mortalidad y se acelere la pérdida cognitiva.

El tratamiento precoz tras las primeras crisis es clave, ya que la progresión es del 18,7% a los tres años en tratados frente al 80,2% en no tratados. Para ello, hay un botiquín de fármacos amplio, que va desde el levetiracetam, valproato y lamotrigina hasta otros antiepilépticos. Sobre esto, Maure admite que se conoce que «las crisis se disparan una vez iniciada la enfermedad, a menudo como pequeñas sacudidas bruscas de los brazos, sobre todo al despertar, o como convulsiones, y que empeoran el pronóstico tanto cognitivo como de supervivencia». Y conforme a esto, el siguiente paso es «estudiar ahora [...] si podemos evitar su aparición con fármacos antiepilépticos desde el inicio de la enfermedad y si, al evitarlas, conseguimos ralentizar el deterioro cognitivo y prolongar la supervivencia».

Antes de llegar al tratamiento, resulta clave la detección. En estos casos, se emplea el electroencefalograma (EEG) convencional, pero como apunta la especialista, no ayuda a «descartar la epilepsia en estos pacientes» y recomienda «hacer esta prueba de forma reglada y temprana, en cuanto el paciente entra en el periodo de mayor riesgo, es decir, cuando empieza el deterioro cognitivo». Para ello, aconseja exámenes de mayor duración que incluyan los períodos de descanso, el sueño y el despertar.

También en el trabajo se han medido factores de riesgo independientes de epilepsia activa, como son la discapacidad intelectual severa o profunda y la presencia de la alteración del alelo APOE-4. Ante la magnitud del riesgo general, la coautora aconseja que se «integre este tipo de epilepsia como una de las manifestaciones más frecuentes de la enfermedad de Alzheimer en esta población y se busque activamente desde que se les diagnostica».

Al tiempo, Maure añade que se debe informar sobre este elevado riesgo a las familias y cuidadores para mantener una cierta vigilancia ante cualquier signo de sospecha y comenzar el tratamiento en cuanto aparezcan las crisis.

ENFERMERA SATURADA

LIPEDEMA: EL TRASTORNO DESCONOCIDO QUE AFECTA A 1 DE CADA 10 MUJERES

No es obesidad. Todavía no se conocen las causas de esta enfermedad crónica del tejido adiposo que provoca la acumulación desproporcionada de grasa en piernas, caderas y glúteos

Imagina por un momento que tu cuerpo empieza a cambiar de forma notable en poco tiempo sin motivo aparente. Comes lo mismo de siempre, haces las mismas actividades de siempre, pero tu volumen corporal aumenta sin parar en algunas zonas y encima ahora sientes dolor. Empiezas a vigilar aún más lo que comes, haces ejercicio casi cada día, pero pasan los meses y lejos de mejorar, el problema empeora. Aparecen entonces la culpa, la ansiedad y la incomprensión. Todo esto es vivir con lipedema, algo que le ocurre aproximadamente al 10% de las mujeres en España.

¿Es una enfermedad?

Sí, se trata de una enfermedad crónica y progresiva del tejido adiposo que afecta casi de forma exclusiva a las mujeres. En este problema de salud, la grasa subcutánea se acumula de forma anormal y desproporcionada en piernas, caderas y glúteos, aunque algunas veces puede ocurrir también en otras zonas, como los brazos.

¿Cuáles son sus síntomas?

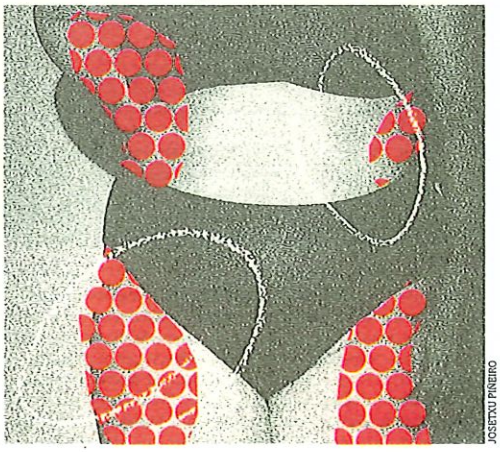
Uno de los síntomas característicos es la desproporción corporal que sufren quienes lo padecen: el torso y la cintura se pueden ver delgados, sin ninguna acumulación de grasa, mientras que el volumen en las caderas y piernas aumenta de forma desproporcionada y simétrica. Pero curiosamente ese aumento de volumen se detiene de forma brusca al llegar a los tobillos y las muñecas, creando una especie de anillo que hace que los pies no se vean afectados ni aumenten de volumen. A este hecho se le conoce como signo de copa. Por si fuese poco, esa acumulación de grasa va acompañada también de dolor al tacto o a la presión y de la aparición frecuente de hematomas.

¿Cómo se trata?

Lamentablemente a día de hoy el lipedema no tiene cura, pero existen diferentes formas de abordarlo para frenar la progresión, aliviar el dolor y mejorar la movilidad. Se trata de dietas antiinflamatorias, tratamientos de fisioterapia, deporte de bajo impacto que no dañe las articulaciones o de técnicas quirúrgicas de liposucción.

¿Por qué se produce?

No conocemos todavía las causas exactas del lipedema, se están investigando, pero lo que sí conocemos por el momento es que detrás de él hay un importante componente genético y hormonal.


JOSETXU PIÑEIRO



DIARIO DE UNA EX FUMADORA: ASÍ ABANDONÉ LA NICOTINA EN UN MES

Adicciones. Para muchos es más difícil dejar la nicotina que la cocaína. Sin embargo, la citisina y la vareniclina multiplican las probabilidades de lograrlo. Durante un mes tomé la medicación y me puse a prueba

*Por **Florencia Da Silva**. Fotografía de **Alberto Di Lolli***

Con la llegada de septiembre, muchos se proponen adoptar nuevos hábitos. En mi caso, me adelanté. Me propuse dejar de fumar antes de las vacaciones. En esas semanas fumaba con un dispositivo electrónico, un calentador de tabaco. Y para intentar despedirme del humo, elegí la medicación. «Tú puedes correr una maratón en tacones, pero es mucho más fácil correr con unas zapatillas. Pues el tratamiento farmacológico y los profesionales somos esas deportivas», me había asegurado Noa Rey, presidenta del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). La citisina y la vareniclina aumentan las probabilidades de dejar de fumar con éxito, según confirman múltiples informes, entre ellos el publicado en 2023 por un grupo de científicos de Oxford. Así que allí fui, con ciertas dudas sobre cuál es la mejor pastilla y si realmente funciona. «Todos los fármacos que tenemos a día de hoy en el mercado tienen una eficacia muy similar y todos son muy seguros», me aclaró Rey.

Además de los dos medicamentos ya mencionados, también se puede recurrir a la terapia de reemplazo de nicotina que se encuentra en distintos formatos, como parches o chicles. A pesar de que su acceso es libre, los expertos coinciden en que debería requerir prescripción médica y estar financiado por el Estado. «Ese tratamiento debe ser monitorizado de forma adecuada por el profesional sanitario. Si esa persona consume demasiados chicles, le podría dañar su salud», advierte Juan Antonio Riesco, presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Después de conseguir cita con una doctora en el centro de salud Mar Báltico de la capital madrileña, me recetaron Todacitan 1,5 mg (citisina). Gracias a la financiación del fármaco por parte de Sanidad, los 100 comprimidos que debía tomar en un mes costaron 44,44 euros. Un valor similar a lo que gastaba en cigarrillos por mes. «Siempre digo que cuando tú tienes que dejarte el dinero en un medicamento para dejar de fumar, estás invirtiendo en salud. Si lo estás utilizando para comprar tabaco, lo estás gastando en cáncer, en enfermedad», señalaba la presidenta de CNPT. Y tiene razón: con 27 años no puedo correr ni hasta la parada del autobús.

Los profesionales insisten en que hay mayores probabilidades de éxito si el proceso es personalizado. «La receta para dejar de fumar es el tratamiento farmacológico y el asesoramiento de un profesional formado en tabaquismo –ya sea farmacéutico, médico, enfermero o psicólogo– que acompañe durante todo el proceso mediante un tratamiento cognitivo conductual», sostiene Rey. En mi caso, la enfermera me llamó cada varios días para preguntarme qué tal iba. Mi única pregunta ha sido: ¿qué pasa si vuelvo a fumar un día, un solo cigarrillo? Ella, muy amablemente, me respondió que echaría a perder todo el tratamiento y que habría que empezar de nuevo. Así que recordé que el valor del medicamento sin la subvención es de aproximadamente 100 euros y elegí ser fuerte (o intentarlo).

"Puedes correr una maratón en tacones, pero es más fácil correr con zapatillas. Pues los fármacos son las deportivas"

"El día antes hay que tirar los cigarrillos y lavar la ropa porque el olor puede generar que el sistema se active y te pida fumar"

El presidente de SEPAR también considera que el tratamiento debe ser hecho a la medida del paciente. «La evidencia científica dice que es más eficaz cuando se usa un tratamiento combinado. Es decir, un medicamento prolongado con una dosis de acción rápida y los fármacos nicotínicos», afirma.

Durante mis primeras horas con el fármaco, mientras sostenía un cigarrillo, les conté a mis amigos fumadores que había empezado una medicación para dejar de fumar. Uno de ellos me respondió que podría dejarlo cuando quisiera. Yo dudo de su suposición. Para muchas personas es más difícil dejar el tabaco que la cocaína, ya que los cigarrillos están más disponibles y la nicotina tiene una capacidad adictiva cinco veces mayor que la otra, según SEPAR.

Siempre quise parar de fumar, pero nunca fui capaz de abandonarlo por mi cuenta. Ni siquiera cuando los médicos me pidieron que lo pusiera en pausa después de sacarme las muelas del juicio o de tener úlceras en el esófago. Incluso internada en un hospital, con un suero enchufado a mi brazo, pregunté si podía salir a fumar un cigarrillo. Solo pude parar una semana, en pos de no arruinar lo que otros sanaron.

Desde el primer hasta el tercer día tuve que tomar un comprimido cada dos horas. El prospecto indica que se puede fumar hasta el quinto día y que a partir de esa fecha se debe parar sí o sí porque los efectos adversos pueden empeorar. Anotado.

Las primeras 24 horas del tratamiento no fueron memorables, sobre todo porque fumé. Lo único distinto fue que, por primera vez, asistí a una clase de zumba con mi mejor amiga. Nunca en mi vida pude mantener en mi rutina ninguna actividad física. Mientras todas iban para un lado y yo para el otro, mientras saltábamos, cruzábamos las piernas de aquí para allá, levantábamos las manos en movimientos de izquierda a derecha, mientras no paraba de reírme sola porque me movía como un animal que quería bailar, me preguntaba: ¿será este escenario de zumba un reflejo de cómo me irá en este intento de mejorar mi capacidad respiratoria? ¿Seré una farsante que finge hacer algo que no puede? ¿Será el comienzo de una vida más sana?

El día D es la fecha exacta en la que el fumador se despide del tabaco. Para este punto, se suele recomendar una preparación previa. Con anticipación, se anota en el calendario el momento en el que se apagará el último cigarrillo. «El día antes, recomendamos deshacerse de todos los cigarrillos y los ceniceros. También lavar la ropa, porque sabemos que las prendas quedan impregnadas del olor a humo que luego puede generar que el sistema se active y te pida fumar», dice la presidenta de CNPT. También sugiere contarle al entorno la decisión.

Al cuarto día, dejé de fumar. Guardé el calentador del tabaco en un cajón. Todo aquello se sentía como el momento previo a que llegara un



tsunami. Calma y un pequeño temblor de fondo. Pero nada ocurrió realmente. Tuve ganas de fumar, sobre todo después de comer, pero nunca apareció esa desesperación que tenía cuando me quedaba sin cigarrillos. Esa desesperación que me ha hecho liar el tabaco con tickets de compras cuando me faltaban papelillos y todo estaba cerrado.

El segundo día sin cigarrillos lloré. Para ese momento ya era un comprimido cada dos horas y media. Me di cuenta de que dejar el tabaco es como romper con una pareja que amas. Puedes seguir adelante, pero su recuerdo está presente. Tienes el impulso de llamarlo. Sobre todo, durante los primeros días, piensas: 'puedo continuar como si nada, pero te extraño y quiero estar contigo'. Por suerte mi novio me compró chicles para que pudiera mermar la crisis que tuve por ese amante tabáquico. Así que, de ahí en adelante, me refugio en otras formas de liberar la ansiedad.

La lista de posibles reacciones adversas parece un poco larga. Entre las secuelas más frecuentes del Todacitan –que pueden afectar a uno cada 10– están los cambios en el apetito, estreñimiento, mareos, irritabilidad, cambios de humor, ansiedad, aumento de la presión arterial, dolores de cabeza, entre otros. «Muchas veces se confunden con manifestaciones del síndrome de abstinencia a la nicotina», aclara Riesco. «Los efectos secundarios son menores, pero pueden ser molestos para el paciente. Hay gente que puede tener sequedad de boca, malestar estomacal, sueños vívidos, problemas para dormir. Muchas veces cambiar la hora de la toma de medicación ayuda a que ese efecto desaparezca», añade Rey.

"Los cigarrillos electrónicos no sirven para dejar de fumar, pero la industria del tabaco quiere bajar la percepción de riesgo"

"No conozco a nadie que se haya arrepentido de dejar de fumar, pero sí a muchos que se han arrepentido de comenzar a hacerlo"

Mientras se cumple una semana sin tabaco, con comprimidos cada tres horas, reflexiono sobre mi vínculo tóxico. Pienso que el deseo por el cigarrillo nunca se irá o tardará mucho en irse. Sostengo, durante esos días, que no hay absolutamente nada que me provoque ese tipo de placer que me genera una calada. Que es una pena lo del cáncer de pulmón y la pérdida de capacidad respiratoria, porque si no fuera por eso, seguiría fumando. Incluso llego a agarrar un cigarrillo (apagado), pero lo dejo sobre una mesa en mi casa y mágicamente desaparece. Sin embargo puedo seguir adelante sin él. Pensé que sería una tortura, que me revolcaría por el suelo. Pero, hasta el momento, solo noto que por momentos estoy más irritable.

Desde que empecé a fumar hace ocho años, pasé por el cigarrillo tradicional, después me acerqué al tabaco de liar y, por último, el electrónico. El último fue una idea de mi novio, a quien nunca le gustó el tabaco, con la creencia de que eso haría un daño menor a mis pulmones. Yo también quise aferrarme a esa ilusión.

Pero la presidenta del CNPT lo desmiente: «En la comunidad científica no existe ningún debate. Los cigarrillos electrónicos no sirven para dejar de fumar. No hay debate científico alguno. Lo que pasa es que la industria del tabaco, en su campaña de marketing, quiere bajar la percepción de riesgo de estos productos».

Además, Rey aprovecha la ocasión para señalar que los expertos en tabaquismo ya no hablan de la industria tabacalera, sino de la «industria de la adicción a la nicotina» porque a los empresarios «les da igual lo que consumas, ya sea bolsas de nicotina, cachimbas, cigarrillo convencional, cigarro electrónico. Lo que quieren son consumidores diarios».

Cuando cumplo 17 días de tratamiento, con un comprimido cada cinco horas, confirmo mi sospecha: puedo vivir sin fumar y no pensar en ello (al menos durante mucho tiempo). Sólo por momentos mi cerebro pareció haberse olvidado de esta nueva etapa y me indica que es momento de fumar. Pero no, desistí y seguí. No lo necesitaba.

En mi última semana de tratamiento me sorprendí de los obstáculos que había logrado atravesar durante estos todos estos días. Los finales de las comidas, las cervezas, discusiones y estrés. Incluso sobreviví a un combo de mar, cerveza y dos amigos fumando a mi lado. Solo hubo un día que estuve al borde del precipicio. Llegué a agarrar el calentador de tabaco y buscar un estanco cerca, pero logré detener el impulso.

Fue como la escena de esa película triste y cursi, *Bajo la misma estrella*, en la que uno de los personajes principales se pone un cigarrillo en la boca pero no lo prende y dice: «Te pones el arma asesina entre los dientes, pero no le das el poder de matarte».

Ahora la cuestión será mantener a raya a la adicción. «Siempre es importante evitar situaciones de riesgo, pero también afrontarlas con maniobras de distracción. Por ejemplo, el ejercicio físico es adecuado para la liberación de endorfinas», explica el director de SEPAR.

A mí me funcionó: aunque no he vuelto a las clases de zumba, sí he tenido que caminar rápido durante una hora para evitar encender un piti. «Las recaídas forman parte del proceso de dejar de fumar. Parte de esa gente que ha tomado la medicación puede que haya recaído y por eso no termina el tratamiento. Luego hay muchas personas que no completan el tratamiento porque se encuentran bien, pero después caen», aseguró Rey.

Se pueden hacer varios intentos al año con la medicación. Incluso está probado, según un estudio publicado en la revista *JAMA* en 2023, que un tratamiento más largo puede ser más efectivo. Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud financia un único intento al año por paciente. «Esta limitación se debe sólo a criterios totalmente económicos, no obedece a una cuestión científica», aclara Rey.

A los 25 días de tratamiento, terminé mi última semana con un comprimido diario. No puedo mentir: ante la ansiedad, discusiones o una cerveza, a veces quiero fumar. Sin embargo, sin síntomas de abstinencia, parece que todo se trata de una fuerza mental que por momentos quiere debilitarse.

Para cuando termino de escribir este texto, ya han pasado casi dos meses desde que dejé de fumar. Lo peor viene cuando terminas las pastillas. Aunque los fármacos hayan tapado lo peor de la abstinencia, queda un resto con el que luchar. Mi único sostén ha sido la comida, que ha abundado en mi sección con el regreso de las vacaciones y ha logrado que aumente cinco kilos (pero sin remordimiento alguno).

Aunque mi deseo es convertirme en esos ex fumadores que detestan el olor al cigarrillo, temo ser del grupo que lo extrañará toda la vida. Pero cada vez que quiera caer en la tentación, recordaré esto que dijo la presidenta del CNPT: «Dejar de fumar no es fácil, pero casi nunca es imposible. Yo no conozco a nadie que se haya arrepentido de dejar de fumar, pero sí a muchísima gente que se ha arrepentido de comenzar a hacerlo».

Debajo de su bronceada piel reside la empresa más importante de todas

Los procesos coordinados por los órganos del cuerpo humano sugieren una fascinante metáfora de la gestión del talento corporativo

Por **Ángel Peña**
Ilustración **Sean Mackaoui**

58,4

Millones de kcal de energía total necesita una vida humana que alcance los 80 años, incluso si se trata de una persona sedentaria.

2.900

Millones de latidos cardíacos, 650 millones de respiraciones y la regeneración de 126 cuatrillones de células constituyen sus principales tareas.

58

Millones de pasos, unas 204.000 horas de sueño y una ingesta de entre 50.000 y 60.000 kilos de alimentos conllevan esta vida promedio.

Llega, esperamos, con el cuerpo reparado por las vacaciones. No sabe hasta qué punto era justo y necesario. Entre las muchas metáforas que ilustran los resortes de la gestión empresarial, uno se acerca hasta el extremo a su mundo interior. Literalmente. El líder lleva una empresa dentro. Explica los detalles el doctor Antonio Escribano Zafra. Catedrático de Nutrición Deportiva por la UCAM, llevó su conocimiento al fútbol profesional, con un éxito que coronó en 2017 el Premio Nacional de su modalidad y que le ha llevado a participar en eventos de gestión del talento.

Existe una tradición académica de metáforas anatómicas aplicadas a la empresa. La más común es la del ciclo de vida, puesta de moda por el artículo *Evolution and Revolution as Organizations Grow* de Larry Greiner en la HBR o el libro *The Theory of the Growth of the Firm*, de Edith Penrose. Escribano va más allá al "interpretar el organismo humano como una empresa biológica, energética y material, integrando fisiología, bioquímica, nutrición, economía de recursos y cadena agroalimentaria". Con un elemento diferencial: "La factura material, energética y funcional de una vida humana y la cuantificación de los recursos" como "energía, proteínas, grasas, hidratos de carbono, agua, oxígeno, alimentos ingeridos, latidos, respiraciones, sueño y regeneración celular".

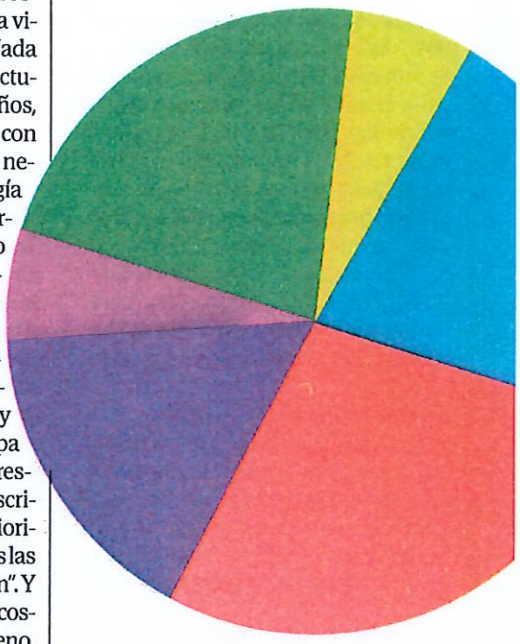
El cerebro actúa como el CEO y el sistema inmunológico equivale al departamento de seguridad, auditoría, vigilancia y reparación

En su metáfora, el objetivo principal de la empresa es "sobrevivir, mantenerse en equilibrio, conservar la salud, sostener la funcionalidad y prolongar la vida con la mayor calidad posible". Nada fácil. Una pequeña muestra de las facturas: "En una vida aproximada de 80 años, incluso en una persona sedentaria o con actividad basal, el organismo puede necesitar unas 58.400.000 kcal de energía total". Es necesario, por lo tanto, el perfecto funcionamiento del "conjunto integrado de sistemas, órganos, tejidos, células y moléculas que trabajan de forma coordinada".

El cerebro "actúa como CEO, director general y centro estratégico de mando". "Recibe información del exterior y del interior, interpreta señales, anticipa riesgos, prioriza recursos, coordina respuestas y toma decisiones", incide Escribano. Como cualquier CEO, debe priorizar: "En situaciones de crisis, no todas las funciones reciben la misma inversión". Y tiene una retribución acorde; es "muy costoso", ya que "necesita energía, oxígeno, agua, glucosa, aminoácidos, grasas estructurales, vitaminas y minerales. Gran parte de las 58.400.000 kcal de una vida se destina a sostener la función cerebral".

El personal técnico cualificado se divide en varios departamentos. El sistema nervioso es la red de comunicación rápida: "Transmite información en milisegundos, coordina movimientos, procesa estímulos, regula reflejos, controla funciones viscerales y permite la conducta consciente. Es equivalente a una red digital de alta velocidad". El endocrino es "una red de comunicación hormonal más lenta, pero sostenida y profunda"; y el inmunológico "actúa como departamento de seguridad, auditoría, vigilancia y reparación".

Estos sistemas necesitan recursos concretos –"proteínas para fabricar receptores, enzimas, anticuerpos y moléculas de señalización"–, pero también "grasas para membranas y mediadores", así como "minerales" y "energía para funcionar y agua como medio de transporte y reacción". Todo ello se organiza en un presupuesto, que en el cuerpo humano "se expresa en calorías", que "representan el capital energético necesario para mantener abiertas las operaciones". El metabolismo ejerce de "departamento contable. Registra entradas, salidas, reservas y déficits. Si el presupuesto energético es insuficiente durante demasiado tiempo, la empresa empieza a consumir sus pro-







pios activos: masa muscular, reservas grasas, proteínas funcionales y capacidad de reparación. Si es excesivo y mal gestionado, puede aparecer obesidad, resistencia a la insulina, hígado graso, inflamación crónica y enfermedad metabólica".

La metáfora se extiende por las "materias primas" de las que se abastece la empresa –alimentos y nutrientes–, con sus procesos de transformación y una "logística" de la que se encargan los sistemas digestivo, circulatorio y respiratorio. También detalla la gestión de los recursos críticos, las numerosas auditorías internas, el acecho de la bancarrota y un largo etcétera. Una conclusión: "Cuidar el cuerpo es gestionar bien la empresa más importante". Téngalo en cuenta durante los últimos días de chiringuito o los primeros de vuelta al tajo. ■

RÁPIDA CONSULTORÍA DE SU 'EMPRESA'

Según Escribano, "alimentarse bien es asegurar materias primas de calidad; hacer ejercicio, invertir en maquinaria, músculo, circulación y autonomía; dormir, permitir mantenimiento y reparación; preservar la masa muscular...". Y para un largo etcétera, consulte a su médico de cabecera.

La tramitación en centros de salud dispara los testamentos vitales en Castilla y León

● La Junta forma a 250 profesionales para evitar que los interesados tengan que trasladarse a las capitales de provincia ● La Comunidad registró el año pasado 6.986 nuevas instrucciones previas frente a las 3.451 de 2024

L. BRIONES VALLADOLID

La accesibilidad de los servicios determina el ejercicio efectivo de los derechos de los ciudadanos. Los datos lo demuestran siempre que surge la ocasión. Ocurría el año pasado, sin ir más lejos, en Castilla y León. Un indicador se disparaba de manera extraordinaria, avivado por la reciente cercanía de un trámite que hasta entonces implicaba un desplazamiento a las capitales de provincia que muchos residentes del medio rural reservan para cuestiones estrictamente necesarias.

Consciente del impacto de esta barrera en el registro de instrucciones previas, también conocido como testamento vital, la Junta apostó a finales de 2024 por facilitar su formalización en todos los centros de salud de la región, con la formación de 250 profesionales, capacitados así para asistir a los interesados en plasmar oficialmente por escrito su voluntad sobre los cuidados y tratamientos que desean recibir si llega el momento en que no puedan expresarla por sí mismos, que en eso consiste, en esencia, este trámite.

La medida funcionó incluso mejor de lo esperado. En 2025 Castilla y León registró 6.986 nuevas instrucciones previas, frente a las 3.451 del año anterior.

La cifra supone más del doble de documentos en un solo ejercicio y eleva hasta 30.445 el número acumulado desde que la Administración autonómica puso en marcha el registro en 2008. El informe de la Consejería de Sanidad atribuye el incremento al esfuerzo realizado para facilitar el acceso.

En ello abunda la directora general de Calidad, Evaluación e Inspección, Mónica Robles, que, dada la respuesta, celebra el éxito de la medida, aunque el objetivo en sí no sea meramente numérico. «No se trata de que estos documentos aumenten, sino de que más ciudadanos tengan fácil ejercer ese derecho reconocido», subraya, para destacar que la última estadística evidencia que, por la misma razón, la subida se concentraba en los testamentos vitales cumplimentados ante personal de la Administración, en detrimento de las otras dos vías posibles, ante notario y ante testigos.

En el conjunto de Castilla y León, 6.319 de las 6.986 nuevas instrucciones previas registradas en 2025 se formalizaron ante personal de la Administración. Fueron 389 ante notario y 278 ante testigos. Es decir, nueve de cada diez documentos pasaron ya por la vía administrativa, frente a los 2.610 de los 3.451 registrados en 2024 por este procedimiento. El cambio es especialmente visible al comparar el peso de cada fórmula. En 2024, la vía administrativa representaba alrededor de tres cuartas partes de las nuevas inscripciones; un año después supera el 90%. Mientras tanto, las formalizaciones ante notario bajaron de 417 a 389 y las realizadas ante testigos, de 424 a 278. El crecimiento, por tanto, se concentra claramente en la opción que la Junta extendía a los centros sanitarios.



Un total de 250 formalizadores extienden la posibilidad de registrar testamentos vitales a todos los centros de salud. L. V.

Robles vincula este resultado no solo con la posibilidad de realizar el trámite más cerca del domicilio, aunque se revele crucial, sino también con la labor de «sensibilización que se ha hecho, tanto con los profesionales como hacia la población general», señala, para explicar que «cada vez tenemos una población más familiarizada con ejercer ese derecho de autonomía y de corresponsabilizarse en su proceso vital».

En Burgos, en concreto, el giro es todavía más acusado. La provincia registró 1.834 nuevas instrucciones previas en 2025, frente a las 507 del año anterior. Son 1.327 documentos más en un solo ejercicio, lo que convierte a Burgos en la provincia que más creció de toda Castilla y León.

De esos 1.834 documentos, 1.718 se formalizaron ante personal de la Administración, mientras que 95 se hicieron ante notario y 21 ante testigos. La proporción es todavía más contundente que la media autonómica. El dato adquiere especial significado si se tiene en cuenta que Burgos ya partía de una posición destacada. Hace una década, en 2016, había registrado 261 nuevas instrucciones previas, solo por detrás de Valladolid, con 312. En aquel momento, la provincia acumulaba 1.504 documentos desde 2008 y diez años después son ya 5.849, prácticamente cuatro veces más.

Pero Burgos no destaca solo por el número de documentos. También sobresale al analizar los datos en relación con el tamaño de su población. Al cierre de 2025 llegaba a 18,9 instrucciones previas por cada 1.000 habitantes mayores de edad, la tasa más elevada de la región y muy por encima de la media autonómica, situada en 14,7. Valladolid, con 16,4, y Salamanca, con 16,3, son las otras dos provincias que superan también ese parámetro.

El crecimiento burgalés no fue, en cualquier caso, un fenómeno aislado. La medida de la Junta funcionó en todas las provincias y la evolución general confirma que el fenómeno ganaba dimensión en toda la comunidad durante esta década.

En todos los casos, por tanto, los registros de 2025 multiplican ampliamente los que se contabilizaban diez años antes, en un periodo en el que Castilla y León en conjunto pasaba de registrar 1.234 nuevas instrucciones previas en 2016 a las ya citadas 6.986 en 2025.

▶ÁVILA. En la provincia de Ávila, según los datos de la Junta, el crecimiento durante el pasado año fue más que notable, al pasar de los 65 testamentos vitales que se llevaron acabo el año anterior hasta alcanzar los 232.

▶BURGOS. Es la provincia de Castilla y León que ha experimentado el mayor aumento según los últimos datos publicados. En el caso de la provincia burgalesa, se llevaron a cabo 1.834 nuevas instrucciones previas en 2025, frente a las 507 del año anterior

▶LEÓN. La provincia de León, que fue la tercera de la Comunidad en la que más testamentos vitales se llevaron a cabo el pasado año, también ha experimentado un más que notable incremento en el registro de las nuevas instrucciones previas, ya que pasó de las 200 a 1.185.

▶PALENCIA. En la provincia de Palencia también crecieron con fuerza los registros de testamentos vitales, ya que se pasaron de los 71 a los 436 del último año, según los datos que ofrece la Junta.

▶SALAMANCA. En la provincia de Salamanca se rozaron los 1.000 testamentos vitales registrado el pasado año. En esta provincia también hubi un incremento considerable de las instrucciones previas, ya que se pasó de los 185 que se llevaron a cabo durante el año 2024 frente a 911 que se gestionaron el pasado año.

▶SEGOVIA. En la provincia de Segovia, el aumento es también exponencial en el registro de los testamentos vitales, ya que se pasó de 48 a 33 documentos tramitados el pasad año.

▶SORIA. En la provincia de Sori apenas se habían registrado 29 testa mentos vitales durante el año 2024 mientras que el pasado año se lleva ron a cabo 188 instrucciones previas

▶VALLADOLID. En la provincia d Valladolid, que ya lideraba los regis tros en 2016 con 312 nuevas instruc ciones previas, alcanzó 1.536 en 202 mientras que el año anterior se lleva ron a cabo 934.

▶ZAMORA. En la provincia de Za mora, al igual que en resto de Castill y León, expermientó un important incremento en los testamentos vita les, al pasar de los 51 registrados e 2024 a los 296 del pasado año.

La estadística publicada por l Consejería de Sanidad muestra un clara mayoría femenina. En 2025 s registraron 4.672 documentos d mujeres y 2.314 de hombres, de mo do que ellas representaron dos d cada tres nuevas inscripciones. L edad media de las personas que ha inscrito su primer documento des de la puesta en marcha del registr es de 62 años, con una mediana d 63. En Burgos, la media se sitúa e 62,1 años.

El documento puede recoger de cisiones sobre cuidados y tratamien tos médicos, incluidas determi nadas medidas destinadas a prolon gar la vida o a aliviar el sufrimient y también sobre el destino del cue po o la donación de órganos. En 202 6.334 de los 6.986 documentos in cluían ambos tipos de indicaciones Todos los detalles sobre el conteni do y el procedimiento para registra el testamento vital pueden consul tarse en la página web www.saludcas tillayleon.es.

Una vez formalizado el documen to, y aunque no es obligatorio, se re comienda su inscripción en el Regis tro de Instrucciones Previas de Cas tilla y León, para que los médicos el personal de enfermería accedan a documento de forma fácil y rápida lo apliquen en el momento en qu sea necesario.

El testamento vital no es una dec sión irreversible. La persona que lo h formalizado puede sustituir o revo car posteriormente el documento s guiendo los procedimientos establ cidos. También puede designar a un o varias personas de confianza com representantes para que velen por e cumplimiento de sus instruccione cuando ya no pueda expresar sus de cisiones.

Soria encabeza el Corredor Azul de Longevidad que forman 5 provincias

Se sitúa en la cúspide del índice que mide la edad extrema de una población, ELI, a lo que pueden contribuir variables como altitud, escasa contaminación, ruralidad o alimentación

MILAGROS HERVADA SORIA

El reconocido demógrafo Michel Poulain ha pasado dos décadas analizando qué probabilidad tiene una población en España de alcanzar edades extremas, en concreto, superar los cien años de vida. En el análisis provincial, llevado a cabo entre 2003 y 2023, ha comprobado que Soria aparece en la cúspide, seguida de otras cuatro provincias, La Rioja, Navarra, Segovia y Guadalajara, con valores entre 11,78 y 14,73. Es el resultado de poner en relación a los centenarios registrados con las cohortes de nacimiento en ese lugar, lo que da lugar al Índice de Longevidad Extrema, ELI, utilizado por el investigador belga.

Soria se coloca así como el núcleo de mayor longevidad extrema y por tanto cabeza de lo que se ha dado en llamar Corredor Azul de Longevidad en España, que conforman las mencionadas provincias y que se había planteado previamente a partir de sus características geográficas, ambientales, alimentarias y sociales.



Soria es el núcleo de mayor longevidad extrema. MARIO TEJEDOR

La combinación de estas variables puede ser precisamente la causa de esa longevidad extrema y comprobarlo requiere de investigación, como destaca el estudioso Jesús Lafuente, médico jubilado y formador de ecógrafos, que ha hecho de la medicina preventiva su leitmotiv.

«Soria constituye uno de los ejemplos más llamativos. Su altitud, baja densidad de población, escasa contaminación, abundancia de espacios naturales, tradición alimentaria y fuerte componente rural configuran un entorno muy diferente al de las grandes áreas metropolitanas. A ello se añade el resultado excepcional obtenido en el ELI que sitúa a la provincia en el extremo superior del mapa español», resalta Lafuente para reforzar la idea del Corredor Azul de Longevidad en España, ligado al concepto de Zona Azul creado por Poulain y que identifica a poblaciones que experimentan una longevidad excepcionalmente alta, como es el caso de Cerdeña (Italia), Okinawa (Japón), Icaria (Grecia), Nicoya (Costa Rica) y Loma Linda (California, EEUU).

El médico, que ejerció durante cerca de 40 años en los centros de salud de Duruelo de la Sierra y San Esteban de Gormaz, insiste en que todo esto requiere una investigación en profundidad y encaminada a conseguirlo va la conferencia que ofrecerá a los médicos internos residentes, MIR, de Soria, el próximo 25 de septiembre en el Hospital Universitario Santa Bárbara.

«¿Por qué Soria, La Rioja, Navarra, Segovia y Guadalajara presentan conjuntamente una concentración tan elevada de longevidad extrema? La respuesta podría encontrarse en la interacción de altitud, clima, calidad del aire y agua, biodiversidad, contacto con la naturaleza, dieta mediterránea, actividad física cotidiana, cohesión social, ruralidad y Atención Primaria. Por ello, el siguiente paso no debería ser afirmar que ya existe una Zona Azul, sino investigarla», recalca el estudioso, poniendo de relieve que «España dispone de registros demográficos suficientemente sólidos para calcular indicadores homogéneos, comparar estas cinco provincias con el resto del país y estudiar longitudinalmente qué factores explican las diferencias».

CONVERGENCIA

Según su criterio, la posible singularidad del Corredor Azul no reside en ninguno de estos factores por separado, sino en la convergencia simultánea de todos ellos. «Es precisamente esta combinación la que podría explicar un perfil de envejecimiento especialmente favorable y convertir a este territorio en un laboratorio natural para estudiar los determinantes de la longevidad».

El proyecto podría dar lugar al primer modelo europeo de investigación sobre un corredor geográfico de longevidad, favorecer colaboraciones nacionales e internacionales y optar a financiación competitiva en programas dedicados al envejecimiento saludable, la salud pública y la sostenibilidad territorial, opina el estudioso.

El fin es tener un espejo en el que mirarse y mejorar las condiciones saludables de la población para que viva más años y lo haga con calidad, «que la gente se dé cuenta». Por eso Lafuente mira más alto y plantea, por ejemplo, por qué no las empresas pueden basarse en estos criterios y producir «alimentos saludables».

«Soria es la zona óptima para la salud», matiza, para concluir que cada vez queda más patente que «el código postal es más importante en nuestra salud». Por eso, el punto de mira está puesto en la investigación para determinar por qué Soria es mejor que las demás provincias.

Su altitud juega a favor. Los estudios realizados confirman que entre 800 y 1.500 metros es la altura óptima para la salud. El consumo de dieta mediterránea está más que demostrado que incide directamente sobre ella. Lo mismo en el caso de la ruralidad, con un mayor contacto con la naturaleza, y una movilidad más sostenible pues las pequeñas distancias animan a caminar y dejar de lado el coche, lo que va unido también a la práctica de ejercicio y a la cohesión social. Además, aunque el cambio climático constituye un problema sanitario mundial, en provincias como Soria, con fama de ser una de las más heladoras de España, los inviernos menos extremos juegan a su favor. «La variabilidad de la temperatura es buena porque hace que el cuerpo se estimule», matiza el médico Jesús Lafuente.

Se suman también la escasa contaminación atmosférica, la gran masa forestal, los recursos hídricos de calidad y un sistema de Atención Primaria que trata de llegar a todos los rincones.

INVESTIGACIÓN

«El Corredor Azul de Longevidad constituye una propuesta científica original que merece ser investigada con rigor. Su principal valor reside en ofrecer un nuevo marco conceptual para comprender cómo la interacción entre geografía, medio ambiente, alimentación, cohesión social, organización sanitaria y adaptación territorial puede favorecer un envejecimiento saludable. Si esta hipótesis se confirma mediante estudios bien diseñados, España podría aportar un modelo de referencia internacional para la investigación en longevidad y para el diseño de políticas de promoción de la salud en territorios rurales y de montaña», expone como conclusión Lafuente tras analizar todas estas variables durante años.

De todo ello hablará en sus conferencias, programadas en El Burgo de Osma el 6 de octubre, en el centro San Agustín, así como en Logroño y Navarra.

Herido un joven en Noviercas tras una salida de la vía del vehículo

SORIA

Un joven de unos 30 años resultó herido la pasada madrugada tras sufrir una salida de vía el turismo que conducía, en una curva ubicada en el kilómetro 6 de la SO-P-2102, a la altura de Noviercas, según informó el 1-1-2.

Como consecuencia del accidente, que ocurrió sobre la 1.00 horas, el hombre se encontraba inconsciente y atrapado en el interior del coche. Hasta el lugar acudieron agentes de la Guardia Civil de Tráfico de Soria, Bomberos de Ólvega y recursos de Emergencias Sanitarias-Sacyl, que envió una unidad medicalizada de emergencias (UME), una ambulancia soporte vital básico (SVB) y al equipo médico del Punto de Atención Continuada de Ólvega (PAC). Finalmente, Sacyl trasladó al herido en UME al Complejo Asistencia de Soria.

Por otro lado, una mujer resultó herida como consecuencia de un accidente de tráfico en la mañana de ayer domingo en Soria capital. Fue en una colisión entre dos coches a la altura del número 15 de la carretera de Logroño.

Según informaron desde el servicio de emergencias 112 de Castilla y León, los hechos tuvieron lugar a las 11.34 horas de ayer domingo cuando dos turismo chocaron. Se avisó a la Policía Local de Soria, a la Policía Nacional y a Emergencias Sanitarias del Sacyl. Desde Sanidad se enviaron recursos para atender a la herida, una mujer de unos 30 años según señala el propio 112.

CASINO

EL CLUB DE CATAS 'VIAJA' A CIGALES CON TORREZNOS

El Club de Catas del Círculo Amistad Numancia organiza una nueva cita para el próximo lunes 14 de septiembre. En esta ocasión para catar vinos de las Bodegas Sinforianos de Cigales (Valladolid) y torreznos de Soria de Moreno Sáez. Se catarán cinco vinos más una «sorpresa», tal y como reza el cartel anunciador. La hora fijada para que comience será las 20.00 horas. El precio de la cata es de 18 euros para socios del Casino y de 24 euros para los no socios, según informan desde el Círculo Amistad Numancia.

Una gestante subrogada, condenada a pagar una pensión de alimentos

Así lo dispone un juzgado alicantino para la mexicana que engendró un hijo para Carlos

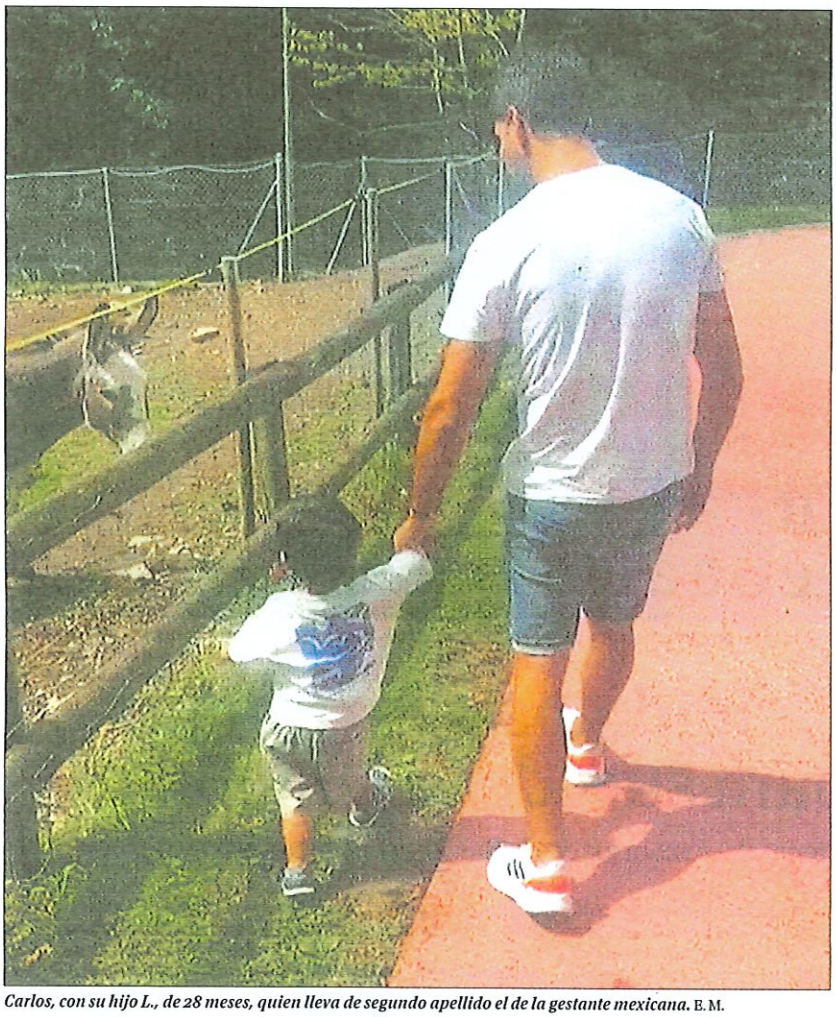
ANA MARÍA ORTIZ MADRID

La abogada Ana Miramontes ha llevado cientos de procesos de gestación subrogada pero nunca se había encontrado con una sentencia judicial que estableciera que una mujer gestante que está en México tiene que pagar una pensión de alimentos al bebé que tuvo para un padre soltero español y contribuir, además, con la mitad de los gastos extraordinarios que genere el menor, es decir pagar su parte del dentista o de la compra de unas gafas. Así lo dispuso el pasado 29 de abril un juzgado de Alicante, que impuso a una gestante mexicana «la obligación de contribuir al sostenimiento de los gastos ordinarios de sustento, habitación, educación y vestido por aquél [el menor] generados con una pensión de alimentos de 150 euros mensuales», según se lee en la sentencia a la que ha tenido acceso este diario y en la que se explica que la cantidad se ha fijado teniendo en cuenta que no ha quedado acreditado que la gestante tenga ingresos que superen el salario mínimo interprofesional.

La mujer, establece además el fallo, tiene «la obligación de contribuir por mitad al sostenimiento de los gastos extraordinarios que genere el menor de edad (entendiendo como tales los derivados de largas enfermedades, intervenciones quirúrgicas, tratamientos de ortopedia, óptica, ortodoncia, psicología, logopedia, rehabilitación y otro similar en la cuantía no cubierta por la Seguridad Social)».

«El juez decide que me tiene que pasar 150 euros al mes; es una medida ridícula», dice al respecto el padre del caso, Carlos, de 41 años y originario de Alicante, quien trabaja en una empresa informática en Suiza por lo que vive a camino entre el país helvético y España. «Siempre he tenido idea de tener hijos pero me decidí definitivamente durante el Covid. Hablé con mis padres y me dijeron que adelante. Hablé con mi empresa también, porque como padre soltero necesitaba el apoyo de la empresa, no económico pero sí logístico. Como en Europa la gestación subrogada es ilegal, tenía que irme a México y, por el papeleo, estar varios meses allí», cuenta Carlos la antesala del proceso.

El embarazo se llevó a cabo con el material genético de Carlos y el óvulo de una donante, de modo que la gestante, la mujer a la que se le pide la pensión de manutención, no tiene vínculo biológico con el niño. Finalmente, L. nació el 24 de abril de 2024. Carlos asistió al parto y permaneció en México con su hijo mientras tramitaba el papeleo, es decir, en espera de que se emitiera la sentencia judicial que estableciera que él es el único progenitor del niño, como se hace en los casos de gestación subrogadas emprendidos por una persona sola en México. Una vez tuviera la resolución, podría obtener un pasaporte mexicano para el recién nacido –en él figuraría con los dos apellidos paternos– y salir con el bebé del país. «Me dieron la sentencia en julio, tres meses después del nacimiento, y luego tenía que esperar 10 días hábiles a la ejecutoria [a que la sentencia fuera firme]. Pero a los ocho días, cuando faltaban dos para la ejecutoria, se pusieron en huelga los jueces y estuvieron como tres meses de huelga», relata el golpe de mala suerte que sufrió. «Me tuve que quedar allí teletrabajando. Por la diferencia horaria, me tenía que poner a trabajar a la una de la mañana. Con el niño sin papeles, sin poder salir del país, sin seguro médico, sin pasaporte, en un limbo, lejos de la familia... Un estrés. Fue muy duro, la verdad», recuerda.



Carlos, con su hijo L., de 28 meses, quien lleva de segundo apellido el de la gestante mexicana. E. M.

La sentencia establece una pensión de 150 euros al mes

La mujer debe pagar además la mitad del dentista o de unas gafas

Ante esta situación, cuenta, acudió al consulado español. «Pero allí no te ayudan. De hecho, la persona con que estuve en contacto directamente me dijo: 'Es que tenemos órdenes de echar para atrás los procesos'», cuenta cómo en la oficina diplomática se alinearon con la postura del Gobierno, que considera la práctica –ilegal en España– «una mercantilización del cuerpo de la mujer y de sus hijos».

El 10 de enero de 2025, más de ocho meses después del nacimiento de L., Carlos consiguió que al niño se le facilitara un pasaporte provisional por un año, documento con el que pudo finalmente abandonar México.

Explica la abogada de Carlos, Ana Miramontes, que a la hora de inscribir en España a los niños nacidos por gestación subrogada de padre soltero, la mayoría de los registros civiles españoles consideran que la madre debe aparecer, entendiendo por madre la mujer que ha dado a luz independientemente de si es la madre biológica o no, según establece la legislación española. Así sucedió con el hijo de Carlos. L. quedó inscrito con el primer apellido de su padre y el segundo de la gestante mexicana.

El siguiente paso que dio Carlos fue poner una demanda para pedir que a la madre gestante se le privara de la patria potestad sobre el menor. Es así como suelen proceder los padres solteros para sacar a la gestante de la vida del menor. «Para en el futuro evitar situaciones derivadas de esa doble filiación, para que el padre pueda decidir solo el colegio al que va a ir el niño, si va a hacer la comunión o si se va a someter a determinado tratamiento médico, por ejemplo», explica Miramontes. «Hay que acomodar la situación a nuestro sistema jurídico y una de las fórmulas eficaces para evitar las limitaciones de tener la patria potestad compartida es privar a la gestante de ella», añade.

Tras celebrarse la vista, en abril de 2026 se emitió sentencia. El juez, argumentando que para retirar la patria potestad se requiere que el progenitor incumpla sus deberes «de forma grave y reiterada» y que «sea beneficiosa para el niño» determinó no privar a la gestante de la misma pero sí suspenderle su ejercicio y atribuírselo de modo exclusivo cautelarmente a Carlos –a quien también se le da la guarda y custodia– para que pudiera tomar solo decisiones sobre el menor. Se le negó además el cambio de apellidos y, aunque consideró que no había que establecer un régimen de visitas para la gestante, sí debía ella contribuir a los gastos del menor y pasarle una pensión de alimentos.

En España el niño tiene que llevar el apellido de la gestante

En el pasaporte suizo sí figura con los dos apellidos de su padre

«Ridículo», insiste Carlos, quien no tiene intención de reclamar la pensión a la gestante y seguirá peleando porque su hijo lleve sus dos apellidos en la documentación española. Es importante el matiz de «en la documentación española» porque el único pasaporte que ahora tiene L. es el suizo –ya se ha dicho que el padre trabaja allí– y ahí sí figura conforme a los deseos de Carlos. «Suiza, pese a que en algunos aspectos no es que sea muy abierta, sí le ha dado un pasaporte con mis dos apellidos. ¿Y España por qué no? No tiene sentido que tenga dos pasaportes con apellidos distintos», dice.

Falta decir que tras L., Carlos ha tenido otro hijo en México por gestación subrogada, con el óvulo de la misma donante –los dos niños tienen la misma genética– pero con otra gestante. M., que tiene ocho meses, sí pudo salir del país con un pasaporte mexicano en el que figuran los dos apellidos de su padre. «Con él en España voy a tener el mismo problema. Tendrá, además, un segundo apellido distinto a su hermano, por ser de otra gestante», concluye Carlos.

ASÍ CAMBIAN EL CEREBRO LA PUBERTAD, EL EMBARAZO Y LA MENOPAUSIA

Mapa neuronal. Un estudio con más de 1.000 mujeres muestra alteraciones en las etapas vitales: "Hasta ahora, las hormonas no se tomaban en serio en Ciencia"

Por ***Pilar Pérez*** *(Madrid)*

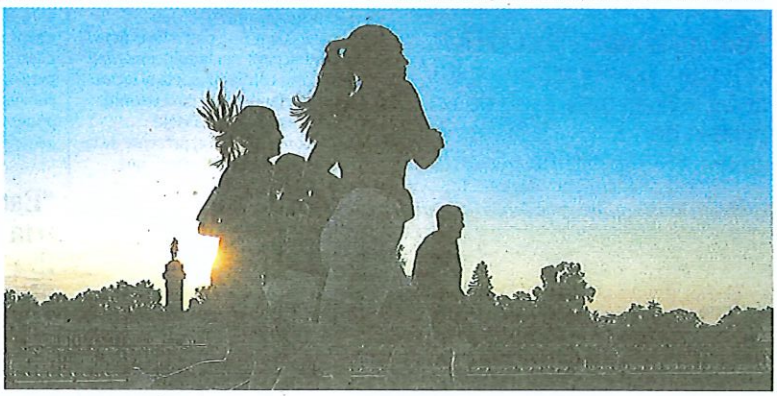
La Neurociencia ha dado históricamente la espalda a la mitad de la población. Apenas entre el 2% y el 6% de los estudios del cerebro se realizan exclusivamente en muestras de mujeres. Esta brecha de género ha obviado los procesos biológicos más cruciales del ciclo vital de la mujer. Ahora, un estudio longitudinal publicado en *Nature Communications* ha analizado las tres grandes transiciones hormonales del cerebro femenino: la pubertad, el embarazo y la menopausia.

«Durante mucho tiempo parecía que las hormonas no se tomaban en serio en Ciencia; no se tenía noción de su enorme impacto en el cerebro», aporta Elseline Hoekzema, del Pregnancy Brain Lab de la Universidad de Ámsterdam, una de las autoras de la investigación. La también coautora Sophie van 't Hof, del Centro Médico Universitario de Ámsterdam, apunta que este retraso procede de excluir a las mujeres en las investigaciones con la excusa de su fluctuación hormonal: «Siempre me ha parecido alucinante; como investigadora buscas estudiar sistemas complejos, y la interacción entre cerebro y hormonas es de lo más fascinante».

Los resultados de la investigación liderada por Van 't Hof y Hoekzema y basados en resonancias de 1.095 participantes muestran que la adolescencia (marcada por la llegada de la primera regla) y la gestación provocan una drástica reorganización cerebral con reducciones de materia gris cortical.

Esto responde a un proceso de especialización del neurodesarrollo en la primera etapa. Durante el embarazo, la disminución se localiza de forma muy precisa en regiones de la corteza de asociación, la red neuronal por defecto y las redes de la teoría de la mente, áreas que regulan la cognición social, la autorreferencia y la empatía. Esto supone una remodelación adaptativa destinada a facilitar las conductas de cuidado materno y el vínculo biológico con el bebé.

«Conocemos desde hace años que el cerebro cambia en el embarazo o la adolescencia, pero nunca se habían puesto junto a la menopausia, la gran desconocida», recoge *Science Media Center (SMC)* el testimonio de Sandra Doval Moreno, doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid y profesora docente investigadora en la Universidad Internacional de La Rioja. «Pubertad y embarazo conllevan una pérdida de sustancia gris en la corteza de asociación, como si el cerebro se estuviera *podando* de forma parecida».



Un grupo de mujeres hace ejercicio en Madrid. Á. NAVARRETE

Los datos revelan que la menarquia conlleva una tasa de reducción mensual de materia gris del -0,16%. En las embarazadas, la disminución mensual es del -0,12%. Aunque este encogimiento alarma, las autoras cambian la narrativa. «La gente asocia estas reducciones a pérdidas cognitivas», aclara Van 't Hof. «Pero al ver que ocurre igual en la pubertad, cambia la perspectiva hacia un proceso de ajuste fino o refinamiento cerebral: un cambio adaptativo y especializado, no dañino». De hecho, se consolida el concepto de *matrescencia*, definido como el nacimiento de una madre.

Desde la Sociedad Española de Neurología, Susana Arias advierte de que «esa remodelación masiva y rápida en periodos de alto estrés neuroendocrino hace que pueda ser una ventana de alta vulnerabilidad para el comienzo o la recaída de trastornos neuroafectivos».



#BellezaMedicaTELVA

2ª Edición

Belleza médica

by TELVA ByB

Por una paciente informada

22/SEP

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
C/ de Sta. Isabel, 51, Madrid

SOLTA MÉDICAL

TROFOLASTIN®

vithas
vivir para cuidarte

www.eventosue.com/BellezaMedicaTELVA

Por ***Cristina G. Lucio*** *(Madrid)*
Fotografía de ***Ángel Navarrete***

Uno se imagina la memoria como algo parecido a un archivo, como uno de esos almacenes polvorientos en cuyas estanterías se acumulan millones de registros esperando a que alguien los reclame. Pero lo que están demostrando científicos como Liset M. de la Prida, directora del Centro de Neurociencias Cajal (CSIC), es que «lejos de ser algo estático, la memoria es frágil, moldeable y editable».

Aunque no se lo crea, muchos de los recuerdos que atesora –aquel día que se perdió en la playa, sus días en Primaria, su primer beso...– quizás no ocurrieron exactamente como usted piensa.

«Porque el uso de la memoria es dinámico», explica la neurocientífica. Y a menudo, cuando evocamos un recuerdo en cierta manera lo adaptamos y actualizamos. «Esa flexibilidad es la que nos permite sobrevivir», señala De la Prida. «Usamos la memoria en función de las circunstancias y la incluimos en marcos de interpretación que nos permiten tomar decisiones rápidas. Si fuera algo estático, como ese almacén que a menudo uno se imagina, no podríamos adaptarnos ni ser flexibles». El caso es que no conocemos bien cómo funcionan esos procesos que son fundamentales para el comportamiento humano y también tienen implicaciones en el desarrollo de la inteligencia artificial. Para desentrañarlos, la neurocientífica acaba de recibir una prestigiosa ayuda europea –una ERC Advanced Grant– para su proyecto DYNAMEM, que «busca entender cómo el cerebro utiliza los recuerdos para guiar el comportamiento».

«Queremos descubrir los mecanismos neuronales que permiten al cerebro arbitrar entre recuerdos alternativos y transformar la memoria en acción», aclara la especialista. Para lograrlo, su equipo estudiará cómo circuitos de distintas poblaciones neuronales que *viven* en el hipocampo cerebral seleccionan la información almacenada según el contexto y las necesidades del individuo para guiar su exploración, su aprendizaje y su conducta. «El cerebro debe decidir constantemente qué recuerdos utilizar», explica De la Prida. «Y aunque sabemos mucho sobre cómo se almacenan las memorias, aún ignoramos cómo se seleccionan y utilizan para tomar decisiones».

Ese conocimiento, avanza, «puede transformar nuestra comprensión de funciones cognitivas esenciales, como el aprendizaje, la adaptación a situaciones nuevas o la toma de decisiones. Y también ayuda a entender mejor las alteraciones presentes en enfermedades neurológicas y psiquiátricas que afectan a nuestra capacidad de recordar», apunta.

Además, también puede ser fundamental para el desarrollo de la inteligencia artificial. «En los sistemas de inteligencia artificial hay capacidades que aún no se sabe cómo se pueden implementar. Por ejemplo, casi todos los sistemas son entrenados por refuerzo. En cambio, un humano es capaz de aprender cosas nuevas de una sola vez. Precisamente porque usamos la memoria de una manera dinámica, y la incluimos en marcos de interpretación que nos permiten tomar decisiones más rápidas. El cerebro tiene mecanismos de aprendizaje autónomo, sin esfuerzo alguno, simplemente guiado por la curiosidad. Es importante entender cómo se puede implementar este tipo de habilidades». El proyecto DYNAMEM parte de la amplia experiencia del equipo en la investigación de los circuitos del hipocampo, una región cerebral que es esencial para la memoria. La tecnología actual permite, por primera vez, adentrarse en ese intrincado cableado, bucear en esa estructura hasta ahora insondable.

«Tenemos una serie de técnicas muy avanzadas que nos permiten identificar cientos de neuronas individuales y seguir su actividad en tiempo real de manera masiva», expone De la Prida. «Ahora somos capaces de aislar la actividad de las neuronas y observar cómo se van activando según el individuo va explorando o tomando decisiones». Y, además, los métodos computacionales avanzados permiten extraer información de esos grandes volúmenes de datos.



Liset M. de la Prida, en su laboratorio del Centro de Neurociencias Cajal (CSIC).

«Nuestra intención es que de toda esa información podamos destilar los principios fundamentales de la conexión entre esas neuronas y cómo esa organización da lugar a patrones de actividad que determinan las decisiones que va tomando el sujeto», explica De la Prida, que, en su obra *Cerebro, espacio y tiempo* (Guadalmazán), compara el cerebro con un sastre que hila nuestras experiencias en secuencias para confeccionar la memoria. «Queremos saber cómo se teje esa trama y cómo la utilizamos de manera dinámica».

Ese es el primer objetivo de la investigación, pero, como segundo paso, la científica tiene otra meta aún más ambiciosa.

«Las ayudas ERC apuestan por investigaciones de frontera, que tienen grandes componentes de riesgo, pero que nos pueden aportar mucho conocimiento. Son investigaciones de las que se denominan *high risk, high gain*». La parte más arriesgada, continúa la investigadora, es la que quieren poner en marcha una vez hayan comprendido cómo funcionan esos principios fundamentales que nos permiten tomar decisiones de forma ágil. «Una vez entendamos bien todo esto queremos intervenir en tiempo real para poder modificar esas decisiones», anuncia. «La tecnología ya nos permite no solo observar las neuronas, sino activarlas o inactivarlas de manera precisa y controlada. Queremos ser capaces de modificar esas elecciones de manera sistemática y controlada», explica la investigadora, que, aunque destila entusiasmo, enseguida apela a la responsabilidad que conlleva el desafío.

P. ¿Siente vértigo ante esa posibilidad de modificar la conducta?

R. La tecnología nos avanza objetivos que hasta ahora no habíamos planteado. Efectivamente da vértigo, pero toda nuestra investigación tiene un fuerte componente ético que es el que nos guía. Nuestro objetivo es entender los mecanismos del cerebro y, a partir de ese conocimiento, explorar cómo intervenir cuando esos mecanismos están alterados. Pensemos, por ejemplo, en conductas patológicas reiterativas o en recuerdos traumáticos que condicionan gravemente la vida de una persona. Estaríamos hablando, en cualquier caso, de prototipos experimentales, que están todavía muy lejos de tener una aplicabilidad clínica.

P. Hace muy poco esa posibilidad sería impensable...

R. Estamos en un momento único desde el punto de vista tecnológico y metodológico. El maridaje de la Neurociencia con la inteligencia artificial está proporcionando una oportunidad excepcional para descubrir principios básicos del funcionamiento del cerebro que seguimos sin conocer. Hay grandes preguntas que seguimos sin poder resolver, como qué es la conciencia, quiénes somos, qué determina nuestras certezas... Todo eso opera en el cerebro y tenemos las herramientas para profundizar en ello.

P. ¿Le preocupan las derivadas éticas de esto?

R. Cualquier desarrollo tecnológico supone una

"El cerebro es un sastre que teje las experiencias para confeccionar la memoria. Queremos conocer esa trama"

"Me preocupan las derivadas éticas de la Neurotecnología, pero no creo que eso deba frenar su avance"

OZEMPIC TAMBIÉN PODRÍA SER ÚTIL FRENTE AL ASMA

Investigación. La medicación que ya se usa contra la obesidad o la diabetes también apunta beneficios frente a las enfermedades respiratorias. Un estudio sugiere que puede reducir los ataques de asma en un 40%

*Por **Cristina G. Lucio** (Madrid)*

Los medicamentos de la familia Ozempic, que ya se emplean en el tratamiento de la obesidad y la diabetes, también podrían ser útiles frente a trastornos respiratorios, como el asma. Así lo sugiere un nuevo estudio que se presenta hoy en el Congreso Internacional de la Sociedad Europea de Medicina Respiratoria que se está celebrando en Barcelona.

Según sus datos, la semaglutida, el principio activo de Ozempic, reduce en un 40% los ataques de asma y también aporta beneficios notables frente a la enfermedad respiratoria obstructiva crónica (EPOC).

Los autores del trabajo, científicos del Imperial College de Londres (Reino Unido) partieron de la hipótesis de que los efectos antiinflamatorios que ha mostrado el tratamiento en algunos ensayos previos también podrían aportar beneficios frente a problemas neumológicos, como el asma. Su objetivo era averiguar si la medicación era capaz de reducir los ataques agudos de esta y otras afecciones respiratorias.

Para ello, tomando datos médicos electrónicos del sistema de salud británico, diseñaron cuatro estudios que, en paralelo, analizaron el caso de entre 20.000 y 22.000 personas que habían empezado a tomar o bien un análogo de GLP-1 –los fármacos de la familia Ozempic– o un tratamiento de una familia que se emplea a menudo frente a la diabetes, las llamadas sulfonilureas.

Al estudiar los resultados, los científicos comprobaron que las personas con problemas respiratorios –como asma o EPOC– que habían tomado fármacos de la familia Ozempic sufrían significativamente menos ataques y crisis que el resto de los individuos estudiados.

«El efecto más fuerte que observamos fue con semaglutida, especialmente en personas con asma, en las que el uso del fármaco se asoció con una reducción del 40% de ataques», ha explicado, en un comunicado, Chloe Bloom, científica del National Heart and Lung Institute del Imperial College y una de las principales firmantes del trabajo. Según sus palabras, también se observó un efecto beneficioso en el caso del EPOC, con una reducción de casi el 20% en las crisis.

En su opinión, las personas en tratamiento con estos fármacos a causa de la obesidad o la diabetes tipo 2 que también padezcan un problema respiratorio como los citados podrían beneficiarse de un efecto añadido a su propósito original. De cualquier manera, la investigadora advierte que todavía es pronto para sacar conclusiones sobre el impacto de estos fármacos sobre la salud respiratoria. «Los hallazgos de este estudio son esperanzadores», señala, pero se necesitan más investigaciones al respecto.

«Las personas con asma o EPOC no deben comenzar a utilizar agonistas de los receptores de GLP-1 específicamente para tratar su afección pulmonar fuera de las pautas de prescripción vigentes. Si bien los hallazgos sugieren que algunas personas que toman estos fármacos podrían experimentar menos crisis respiratorias, esto requiere confirmación mediante ensayos clínicos», aclara.

Patricia Sobradillo, neumóloga, coordinadora del Año SEPAR 26/27 de la Vía Aérea y portavoz de la Sociedad Española de Neumología, se muestra de la misma opinión. Sobradillo recuerda que «hace un tiempo que existe cierta evidencia que asocia el empleo de los fármacos GLP-1 con una mejora en el pronóstico de pacientes con enfermedad de vía aérea, por ejemplo, asma, EPOC o incluso bronquiectasias».

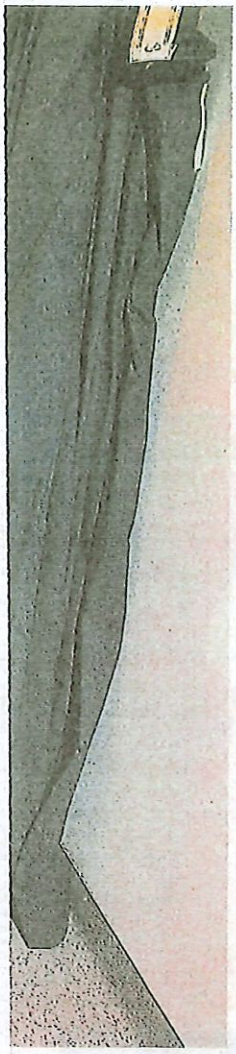
Sin embargo, por el momento se trata solo de una evidencia «indirecta», subraya, porque los estudios realizados hasta ahora se han realizado siempre en pacientes que están en tratamiento con estos fármacos debido a la diabetes o la obesidad.

«Hasta ahora lo que tenemos es una señal indirecta de un posible beneficio», subraya la neumóloga. Según explica, lo que sugieren los estudios es que la mejora del pronóstico en estos pacientes no se produce solo por el hecho de que pierdan peso gracias a la medicación, sino que podría estar relacionada con el efecto antiinflamatorio de los fármacos.

De cualquier manera, la especialista subraya que para conocer realmente los efectos de esta medicación sobre enfermedades de la vía aérea habría que llevar a cabo ensayos clínicos específicos para esta indicación. «Por el momento, no podemos sacar conclusiones directas y tampoco podemos, por supuesto, prescribir estos fármacos solo por el hecho de que el paciente tenga asma o EPOC», zanja.



Una paciente se inyecta una dosis de semaglutida. D. CLIFF



revisión de los planteamientos que tenemos. Nos lleva a una frontera en la que no hemos estado, nos hace preguntas, nos expone y nos permite hacer cosas que no se han hecho. Toda la tecnología tiene una doble cara. Se puede utilizar para bien o para mal. Por eso es importante que todo avance vaya siempre de la mano de la ética. Me preocupan las derivadas éticas de la Neurotecnología, pero creo que esa preocupación no debe frenar su avance.

En sus palabras se nota que la científica, una de las figuras más relevantes de la Neurociencia española, es una apasionada del cerebro, «probablemente el órgano más complejo que ha creado la naturaleza». Sin embargo, no llegó a él desde la Biología o la Medicina, sino desde las Ciencias Físicas, la materia en la que se licenció. «Realmente hay bastante conexión entre ambos campos. El cerebro es un órgano compuesto de una serie de células expuestas al flujo permanente de iones a través de sus membranas, una actividad eléctrica que provoca campos electromagnéticos. Pura Física al fin y al cabo. Los físicos tenemos esa tendencia a meternos en todas partes. La Física es una materia que nos ayuda a entender el mundo. Nos da un esquema mental para comprenderlo y definirlo. Dentro de la Física lo que me interesaban eran los sistemas dinámicos, y en un momento dado me encontré con el cerebro, que no solo es un sistema dinámico, sino también es un sistema biológico complejo. No es un mero ordenador. Eso me atrapó y me sigue apasionando», señala.

P. ¿Cuál es su primer recuerdo?

R. Mi primer recuerdo tiene que ver con el nacimiento de mi hermana. Pero uno termina reconstruyendo sus primeros recuerdos. Porque en realidad muchos de esos recuerdos no son tus recuerdos, sino los recuerdos que tus padres y tus familiares te ayudaron a crear. Modificamos nuestros recuerdos de manera inconsciente en muchos casos. Al revivir lo pasado, solemos ponerlo en relación con otros recuerdos o con información posterior, que modula la forma en la que lo recordamos. Hace poco una amiga me demostró con una foto que nunca había estado en una fiesta pese a que yo estaba convencida de que sí.

P. ¿Qué implicaciones tiene esa edición de la memoria en el concepto de verdad?

R. La verdad, desde el punto de vista narrativo, tiene cierta fragilidad. No hablamos de una verdad medible y demostrable, sino de los hechos vividos y rememorados por una persona. Esta capacidad de editar los recuerdos nos permite reinterpretar el pasado a la luz de la experiencia, pero también modifica el registro de las cosas que pasaron en nuestro cerebro. Es la cara y la cruz: el mismo mecanismo que nos hace aprender del pasado, nos puede también engañar sobre él. Pero hay memorias que sabemos guardar relativamente intactas. También generamos un registro externo que nos ayuda en ese sentido, como las fotos. La verdad es un concepto que conecta filosóficamente con la esencia del cerebro, ya que es el cerebro quién produce el conocimiento del mundo. Es muy importante ser conscientes de este sesgo.



Teresa Regueiro en las oficinas de Vocento.

«La investigación del mieloma múltiple y los tratamientos me han regalado la vida»

Teresa Regueiro, presidenta de la Comunidad Española de Pacientes con Mieloma Múltiple, fue diagnosticada hace 17 años de un mieloma múltiple de alto riesgo. En esta entrevista comparte cómo vivió el diagnóstico, la recaída y cómo los avances en investigación y tratamiento le han permitido mirar al futuro con esperanza.

Diecisiete años después de recibir el diagnóstico de un mieloma múltiple de alto riesgo, Teresa Regueiro mira atrás convencida de que el panorama de la enfermedad ha cambiado profundamente. Presidenta de la Comunidad Española de Pacientes con Mieloma Múltiple, en esta entrevista comparte cómo afrontó el diagnóstico, qué supuso la enfermedad para ella y para sus hijos y cómo los avances en investigación y tratamiento le han permitido recuperar la esperanza.

Se estima que en 2026 se diagnosticarán en España cerca de 28.000 casos de cáncer hematológico y que 3.602, un 12%, corresponderán al mieloma múltiple, según datos proyectados por la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia (SEHH) y por la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN).

¿Cómo te diste cuenta de que algo no iba bien?

Fue de una forma bastante particular y muy visible. Me salió un bulto en la cabeza, como un chichón. Al mismo tiempo empecé con un dolor muy fuerte de oído y el otorrino me recetó cortisona. El bulto bajó y pensé que quizá se debía a una caída que había tenido unos días antes, así que no le di ninguna importancia. Poco después empecé a encontrarme muy mal emocionalmente.

No quería salir de casa. Una amiga me llevó al psiquiatra y, mientras esperaba que el tratamiento hiciera efecto, el bulto volvió a aparecer. Fue entonces cuando pensé que tenía que averiguar qué me estaba pasando. Llamé a una amiga médica para enseñárselo y ahí ya se desencadenó todo. Me hicieron un TAC y un escáner, y a la semana siguiente llegó el veredicto.

¿Qué sentiste cuando te dijeron que tenías un mieloma múltiple?
Cuando recogí el informe en la clínica radiológica, me lo llevé a casa y lo tuve tres días cerrado encima de la mesa. No quise abrirlo porque la amiga médica que me había enviado a hacerme las pruebas estaba fuera, en un congreso, y quería leerlo con ella. Recuerdo verla leer el informe y cómo iba cambiando la expresión de su cara. Yo solo pensaba: "Dios mío...". Casi lloro ahora al recordarlo. Entonces me dijo: "Tienes un mieloma múltiple. Es un cáncer de la sangre. Es incurable". Ella sabe que yo necesito que me hablen con claridad y no me ocultó nada. Fue un momento durísimo. Escuchar que tienes un cáncer ya es terrible, pero que además te digan que es incurable con 45 años...

Supongo que tu vida, el día a día, se fragmenta en pedazos...
Mi vida me cambió de la noche a la mañana. Se me rompió la vida en mil pedazos. Y con los trozos que había tuve que... no voy a decir reconstruirla, porque no la reconstruí. Hice otra vida.

¿En qué momento decidiste, y por qué, fundar la Comunidad Española de Pacientes con Mieloma Múltiple?
Yo tenía muchas ganas de ayudar. Me asocié en dos o tres asociaciones desde el principio, pero empecé a comprobar que nadie conocía el mieloma. Empecé en Facebook con mi nombre a publicar sobre la enfermedad y me empezó a seguir mucha gente. En menos de un año tenía más de mil seguidores. Y ya hubo gente que me empezó a decir: "¿Por qué no montas una asociación?". Yo no quería porque pensaba que me iba a morir.

Como madre, ¿qué fue lo más difícil de afrontar durante la enfermedad?
A mí me parece terrible tener un padre o una madre enferma. Me parece que es muy difícil para un hijo, porque tiene que batallar con los problemas que tiene en su propia vida, y además con la carga emocional de una madre enferma. Me daba mucha pena, porque yo sabía que me iban a echar mucho de menos si me moría.

«Lo que creo que marcó la diferencia fue haber tenido un buen diagnóstico, un tratamiento bien indicado y, sobre todo, un seguimiento muy estrecho»

Los avances médicos están consiguiendo mejorar la calidad de vida de muchos pacientes, ¿cuál es tu vivencia propia?
Me siento una persona muy afortunada, pero no porque haya recibido un tratamiento excepcional. Siempre digo que me dieron lo mismo que a cualquier otro paciente. Lo que creo que marcó la diferencia fue haber tenido un buen diagnóstico, un tratamiento bien indicado y, sobre todo, un seguimiento muy estrecho. En estos 17 años no he dejado de hacerme una revisión cada dos meses y, una vez al año, pruebas de imagen y médula ósea. A mí la investigación y los tratamientos me han regalado la vida. No podría haber vivido sin esos tratamientos.

Si pudieras hablar con alguien que está en tu misma situación, ¿qué mensaje le darías?
Todas las noticias son buenas y esperanzadoras, teniendo en cuenta que todavía es una enfermedad y hay pacientes de alto riesgo, que a mí me preocupa mucho, porque todavía no se ha encontrado una solución definitiva con su tratamiento. Se encontrará, estoy segura, pero todavía no, y mientras tanto hay que seguir viviendo. Siempre lo digo cuando me preguntan qué necesidades tienen los pacientes de mieloma: vivir con calidad.

En tu caso eras una paciente de alto riesgo y, aun así, hoy estás en remisión. ¿Qué mensaje crees que transmite eso a otros pacientes?
Cuando debuté con la enfermedad en 2009, era paciente de alto riesgo. Tenía un pronóstico muy malo, porque el gen del que carecía lo que hace es vigilar que no se formen tumores, con lo cual, si no lo tienes, no puede vigilar y se forman tumores. Por eso es de alto riesgo. Además, tuve una recaída 9 años después del diagnóstico, pero como estaba muy controlada, dio tiempo a actuar con rapidez. Me gustaría decir que de la recaída se sale. Antes no salíamos de las recaídas porque no había fármacos suficientes, pero llevamos mucho tiempo ya saliendo de ellas y seguiremos saliendo.

NP-ES-MMU-JRNA-260013(v1)08/2026 Para más información, consulte con su médico.

Huelga de médicos por el «empecinamiento» de la ministra de Sanidad con el estatuto marco

Los facultativos comenzarán su paro indefinido desde el próximo 28 de octubre para exigir el cambio de la norma / «No queremos seguir asistiendo a cómo se degrada la asistencia»

VALLADOLID

El Comité de Huelga médico anunció la convocatoria de paros indefinidos desde el 28 de octubre en toda España para expresar su rechazo al Proyecto de Ley del Estatuto Marco y demandar una norma propia para el colectivo médico y facultativo.

Así lo acordaban la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM), el Sindicato Médico Andaluz (SMA), Metges de Catalunya (MC), la Asociación de Médicos y Titulados Superiores de Madrid (AMYTS), el Sindicato Médico de Euskadi (SME) y el Sindicato de Facultativos de Galicia Independientes (O'MEGA). Una huelga que respalda el sindicato médico CESM de Castilla y León y el Consejo de Colegios de Médicos de la Comunidad.

La decisión, que también está apoyada por la Unión Médica y Facultativa (UMYF), se produce 10 días después de la aprobación en Consejo de Ministros del proyecto de ley, que busca reformar la normativa vigente desde 2003 y que ahora continúa su tramitación en el Congreso de los Diputados.



Protesta de los médicos contra el estatuto marco, en una imagen de archivo. ICAL

Tras ello, el comité de huelga criticó «el empecinamiento del Ministerio de Sanidad en seguir adelante con un Estatuto Marco que cuenta con el rechazo de médicos y facultativos, ignorando meses de huelgas, movilizaciones y reiterados intentos de alcanzar una negociación real».

La secretaria general de AMYTS, Ángela Hernández, asevera en declaraciones remitidas a los medios y recogidas por Europa Press que iniciar esta huelga indefinida «es un fracaso de todos». «Pero queremos transmitir a los pacientes que esto lo hacemos por y como pacientes. No queremos seguir asistiendo a cómo se degrada paulatinamente la asistencia», apunta.

Hernández explica que el objetivo de los paros es que, si se mantiene el Estatuto conjunto, los médicos tengan las «mismas condiciones» que tienen las demás categorías profesionales sanitarias. «No un estatuto negociado por los sindicatos generalistas y el sindicato profesional de enfermería, en el que los médicos continuamos con una jornada discriminatoria y una clasificación que empeora nuestras condiciones», advierte.

En paralelo, comenta que, si el desempeño de médicos y facultativos «tiene que seguir siendo excepcional y extraordinario», quieren que esas condiciones se negocien con los sindicatos médicos como interlocutores, a través de un estatuto médico y facultativo.

«No es difícil de entender, cada nivel tiene su parte de responsabilidad. El Ministerio (de Sanidad) coloca el marco, las comunidades lo desarrollan. Nos hemos dado un Sistema Nacional de Salud complejo, pero que no puede seguir soportado por la sobrecarga y el malestar de médicos y facultativos», ha remachado.

Entre las reivindicaciones concretas de los sindicatos médicos y facultativos se encuentran cuestiones como el establecimiento de la jornada de 35 horas, el reconocimiento y compensación del exceso de jornada, la reforma integral del sistema de guardias para garantizar su voluntariedad, una clasificación profesional acorde a la formación y responsabilidad y cambios en el modelo de jubilación.

Estas nuevas movilizaciones, que tendrán carácter indefinido, se suman a los paros que tuvieron lugar en la primera mitad del año, que entonces se limitaron a una semana al mes entre febrero y junio. Desde la Confederación Española de Sindicatos Médicos (CESM) se informa de que está pendiente cerrar el calendario del resto de actuaciones que se llevarán a cabo.

Mingo sobre su sucesión a Iglesias en la Diputación: «Habiendo equipo, la provincia tiene que estar tranquila»

SALAMANCA

El vicepresidente de la Diputación de Salamanca y diputado de Cultura, David Mingo, se refirió a la sucesión de Javier Iglesias al frente de la institución provincial salmantina tras conocerse su marcha a la Cámara Alta como senador autonómico. «Habiendo equipo, la provincia tiene que estar tranquila», refirió Mingo al comparecer este viernes para presentar la sexta edición de 'Sonidos Centenarios'.

Y es que el secretario general del Partido Popular de Salamanca es el señalado para coger las riendas de la Salina, tal y como apuntó esta semana durante su comparecencia en Salamaq el vicesecretario general de Política Autonómica y Municipal del PP, Elías Bendodo. «Lo importante es que en la Diputación existe un grupo de personas que está trabajando muy bien, y que aquí existe un equipo de gente que se está preocupando y ocupando de la provincia», respondió Mingo, preguntado al respecto por Onda Cero, según recoge la agencia Ical.

Recalcando que «los que transforman la realidad son los equipos», David Mingo citó al propio Iglesias para refrendar que en el Palacio de la Salina «hay equipo». «Cada uno tenemos que hacer lo que tengamos que si nos corresponde hacerlo, pero habiendo equipo, la provincia tiene que estar tranquila, que hay normalidad completa», refirió. Una normalidad con la que, aseguró, asumirá «lo que corresponda». «Yo me debo, evidentemente, a mi partido y agradezco toda la confianza que haya hacia mí», zanjó al respecto.

Declaraciones que Mingo realizó en un acto para presentar la puesta en marcha una sexta edición del ciclo de conciertos de órgano 'Los Sonidos Centenarios', una iniciativa que combina la promoción cultural con la puesta en valor del patrimonio histórico de la provincia, y que, en esta ocasión llegará a seis municipios.

El programa se desarrollará en localidades que conservan órganos históricos en funcionamiento. La presentación, a cargo de David Mingo, diputado de Cultura, contó con la participación de Samuel Pedro Mafillo, catedrático de órgano del Conservatorio Superior de Castilla y León y director artístico del ciclo.

Aprobado el proyecto de la A-11 en la variante de Fonfría

ZAMORA

El Ministerio de Transportes y Movilidad Sostenible aprueba provisionalmente y someterá a información pública el proyecto de trazado de la primera calzada de la A-11, la Autovía del Duero, en el tramo de la variante de Fonfría, en la provincia de Zamora. El presupuesto estimado para esta actuación es de 19,1 millones de euros (IVA incluido) y su anuncio se publicará próximamente en el Boletín Oficial del Estado.

Se trata de una primera fase de la futura autovía proyectada en el tramo Ricobayo-Fonfría, en la que se da prioridad a la ejecución de la variante de Fonfría por razones de seguridad viaria, según informa el Ministerio de Transportes en un comunicado recogido Ical, que también matiza que el proyecto contempla que en el futuro se convierta en calzada derecha de la autovía A-11 en este tramo.

Por ello, este tramo de variante, de casi cuatro kilómetros de longitud, al norte de la población, se diseña con una calzada compuesta por dos carriles de 3,50 metros.

Castilla y León acumula un déficit de 932 millones, el 1,13% del PIB

VALLADOLID

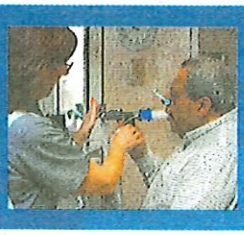
Castilla y León registró un déficit público de 932 millones de euros hasta junio, lo que supone el 1,15 por ciento del Producto Interior Bruto (PIB) de la Comunidad, por encima de la media autonómica, donde el volumen total alcanza los 17.287 millones de euros, equivalentes al 0,97 por ciento del PIB, según los datos facilitados por el Ministerio de Hacienda y recogidos por Ical.

De esta forma, el déficit de Castilla y León se redujo en el último año en 68 millones de euros y 15 centésimas porcentuales en relación al PIB. Por el contrario, en el conjunto autonómico aumentó al pasar de 15.588 a 17.287 millones de euros.

En comparativa autonómica, todas las comunidades presentan déficit a excepción de País Vasco, con un superávit de 9 millones de euros. Por su parte, los mayores déficits en porcentaje sobre su PIB los presentan Canarias, con 1.252 millones (1,93 por ciento); Extremadura, con 530 millones (1,79 por ciento) y Baleares, con 887 millones (1,78 por ciento).

Terapia de la risa para respirar mejor

Un ensayo clínico realizado en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica demuestra que la terapia de la risa puede reducir las dificultades respiratorias y es tan eficaz como los ejercicios más tradicionales, según expertos de una universidad de Turquía. Estos hallazgos ofrecen la esperanza de que técnicas sencillas y económicas puedan ayudar a los afectados.



46

POR CIENTO de los españoles no realiza ninguna práctica de autocuidado para proteger su salud sexual, según un reciente estudio. Sin embargo, se destaca que los jóvenes de entre 18 y 25 años son el grupo más concienciado con la prevención de ITS.

MARÍA JESÚS ÁLAVA
PSICÓLOGA

RETOS Y OPORTUNIDADES DEL NUEVO CURSO

La vuelta al trabajo, al colegio y a las obligaciones cotidianas puede convertir septiembre en un mes de tensión y cansancio que puede afrontarse con recursos propios

Terminaron las vacaciones para los niños, pero también para la mayoría de los adultos que las han disfrutado durante el verano. Septiembre suele ser un mes muy intenso, vuelta al colegio, regreso al trabajo y hora de hacer frente a temas pendientes.

En este contexto, muchas personas explican en las consultas de psicología que se sienten muy condicionadas por su realidad, y que después del estío experimentan un vacío intenso y una profunda sensación de falta de libertad al sentir que no tienen el control sobre sus vidas y que no disponen de tiempo para ellas.

Este mes implica, para mucha gente, que terminó lo bueno y, en ocasiones, que les espera mucho trabajo, tensiones, problemas y rutinas que no son fáciles de afrontar. De hecho, la realidad es que últimamente a muchas personas les da una pereza enorme volver a su actividad cotidiana, especialmente cuando reflexionan sobre aspectos con los que tienen que lidiar: los gastos de las vacaciones, el regreso a clase de los niños, volver a las preocupaciones del día a día...

Por ello, es importante destacar que hay personas que vuelven muy hundidas del descanso. Al pasar tanto tiempo juntos, los problemas de comunicación y convivencia se agudizan. Numerosas parejas se sienten profundamente decepcionadas y piensan incluso en separarse. También hay padres que han descubierto que sus hijos pueden estar atravesando etapas evolutivas difíciles y se sienten impotentes ante las demandas y las conductas que plantean.

Sin lugar a dudas los adultos, pues los niños, aunque son muy sensibles a los cambios, se adaptan mejor a las nuevas situaciones, necesitan un pequeño periodo de aclimatación, para que retomen sus costumbres habituales y vuelvan a la rutina.

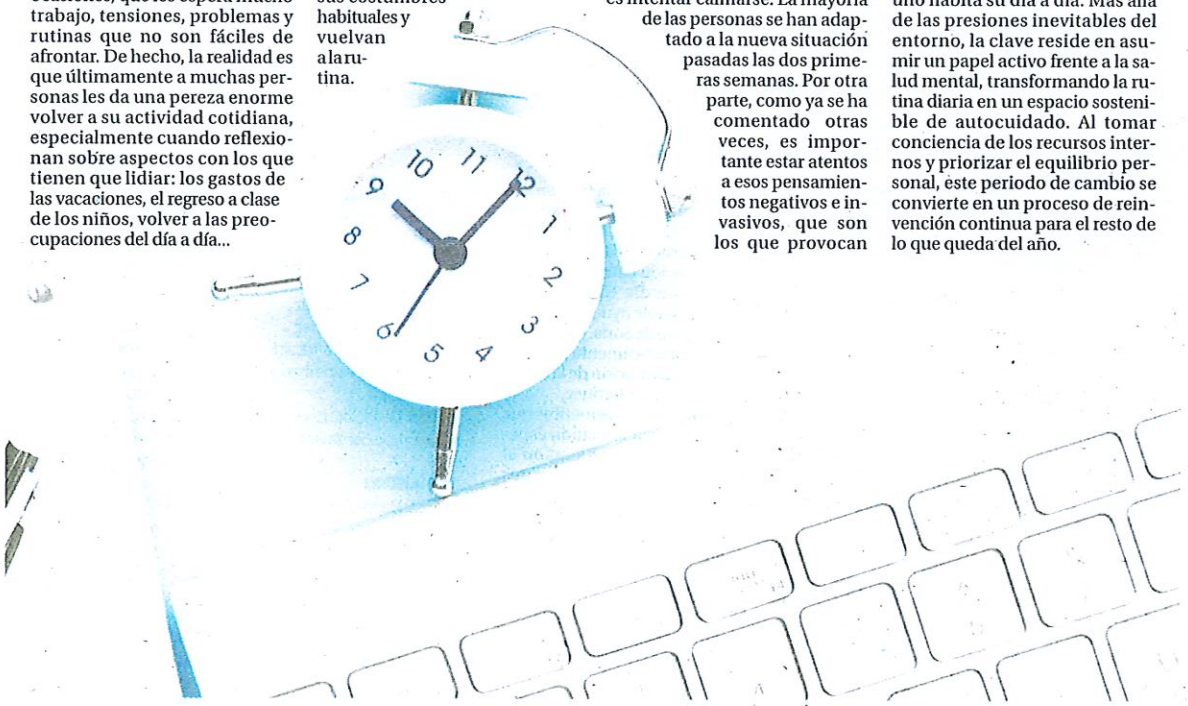
En las personas mayores de edad, principalmente depende del carácter y la forma de tomarse la vida de cada individuo. Quienes son negativos, sensibles, perfeccionistas, idealistas u obsesivos, son los más proclives, pero también depende del grado de satisfacción con su actividad diaria: del trabajo que realiza, del ambiente que le rodea, la responsabilidad del puesto, el reconocimiento que pueda tener o el entorno familiar.

Los profesionales que más acusan esta situación son los que están en contacto con el público: médicos, enfermeras, educadores, funcionarios o periodistas.

¿QUÉ HACER? Un punto esencial es intentar calmarse. La mayoría de las personas se han adaptado a la nueva situación pasadas las dos primeras semanas. Por otra parte, como ya se ha comentado otras veces, es importante estar atentos a esos pensamientos negativos e invasivos, que son los que provocan que el individuo se sienta mal.

Pero el elemento crucial, que más ayudará, será conservar algo de tiempo para hacer aquellas cosas que satisfacen al bienestar, al menos media hora para cada uno durante la jornada. Conviene intentar buscar todos los días un momento para realizar una actividad, ya sea quedar con los amigos, relajarse, disfrutar de las pequeñas cosas de la cotidianidad... ¡No todo lo bueno tiene que realizarse en vacaciones!

En definitiva, la transición que marca el inicio del nuevo curso no debe entenderse como la pérdida de la tranquilidad, sino como la oportunidad perfecta para redefinir la forma en que cada uno habita su día a día. Más allá de las presiones inevitables del entorno, la clave reside en asumir un papel activo frente a la salud mental, transformando la rutina diaria en un espacio sostenible de autocuidado. Al tomar conciencia de los recursos internos y priorizar el equilibrio personal, este periodo de cambio se convierte en un proceso de reinvención continua para el resto de lo que queda del año.



La EMA revisa tratamientos de hierro inyectable

La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) inició recientemente una revisión de los tratamientos con hierro inyectable por el riesgo de que provoquen niveles bajos de fosfato en sangre y problemas óseos, después de recibir «casos graves incluso en pacientes tratados con «solo una o dos dosis» y sin factores de riesgo conocidos.

El PRAC, comité responsable de vigilar la seguridad de los medicamentos en la Unión Europea, analizará el riesgo de hipofosfatemia -una disminución anormal del fosfato en sangre- y de trastornos asociados como la osteomalacia, que causa un reblandecimiento y debilitamiento de los huesos. Este tipo de medicamentos se utilizan para tratar casos de deficiencia de hierro o de anemia ferropénica cuando el procedimiento que se utiliza por vía oral «no es suficientemente eficaz, no puede utilizarse» o si el paciente necesita recuperar rápidamente los niveles adecuados.

Bañarse en ríos aumenta el riesgo de patologías

Bañarse en ríos y lagos puede más que duplicar el riesgo de sufrir problemas cutáneos, mientras que la presencia de altos niveles de bacterias asociadas a contaminación fecal aumenta el riesgo de trastornos gastrointestinales, según un estudio de la Universidad de East Anglia en el Reino Unido.

Los científicos analizaron los datos de 2.368 voluntarios que participaron en un ensayo controlado aleatorizado poco habitual llevado a cabo en cuatro zonas de baño de agua dulce de Hungría.

«Descubrimos que los nadadores tenían más del doble de probabilidades de sufrir problemas cutáneos, como erupciones, úlceras o picor, en comparación con quienes permanecieron secos. También observamos que el riesgo de sufrir trastornos gastrointestinales aumentaba a medida que se incrementaban en el agua los niveles de E. coli y de otros virus», señaló el profesor Paul Hunter, responsable de la investigación.

MEDIO AMBIENTE | ORGANISMOS COLONIZADORES

INVASORES
MÁS ALLÁ DEL MOSQUITO TIGRE



La fauna y flora no autóctona se expande sin freno por la península con al menos 200 especies fichadas

ANA I. PÉREZ MARINA

El mosquito tigre, el jacinto de agua o camalote, la cotorra argentina y la de Kramer, el mapache o el visón americano son conocidas especies exóticas invasoras (EEI). Sin embargo, apenas suman una pequeña parte de los más de 200 organismos no autóctonos que habitan en España y traen problemas, sobretodo, cuando llega el calor.

Las altas temperaturas estivales y la mayor presencia humana en entornos naturales durante el período vacacional aumentan la frecuencia de interacción con muchas de estas especies de flora y fauna compiladas en el catálogo de EEI -elaborado por el Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico (Miteco)- así como con otras como la carabela portuguesa que, aunque no está formalmente incluida en ese catálogo, llega a las costas españolas en estas fechas, como muchas otras especies invasoras, a consecuencia del comercio internacional de mercancías o introducidas como mascotas.

A continuación, se incluyen las cinco especies invasoras más activas durante los meses veraniegos:

Cangrejo azul



Este crustáceo, que puede alcanzar los 24 centímetros de ancho, está presente desde el Delta del Ebro hasta el Golfo de Cádiz, pues su hábitat natural son estuarios y lagunas costeras.

Este cangrejo se alimenta de moluscos y peces y debe su nombre a su color azulado. Este crustáceo es fácil de encontrar en zonas donde en verano aumenta la actividad pesquera y la del marisqueo, lo que preocupa a expertos del Miteco, ya que, entre otros problemas, puede causar brotes de cólera.

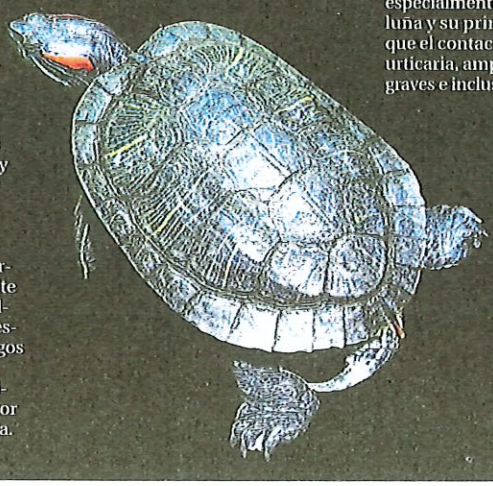
Según el catálogo de EEI, su área original se distribuye desde Canadá hasta el norte de Argentina, y su llegada a España está asociada al transporte marítimo pues fue identificado como «polizón de agua de lastre, suelta para pesca y cebo vivo».

Galápago de Florida

Esta subespecie de tortuga semiacuática puede alcanzar hasta 60 centímetros de longitud de su caparazón y en épocas de altas temperaturas es común verla fuera del agua en troncos, piedras o en orillas de lagos y embalses.

La especie llegó a España en 1983 comercializada como mascota y su reproducción se genera en mayor medida debido a la «liberación voluntaria de ejemplares mantenidos en cautividad». Hoy está extendida por hábitats acuáticos de prácticamente todo el país.

Los expertos advierten de que transmite la bacteria de la Salmonela y puede desplazar a los galápagos locales, porque es más grande y se alimenta de una mayor variedad de comida.





Jacinto de agua

La combinación de altas temperaturas y luz solar directa multiplica la masa de esta planta invasora en ríos y pantanos. El problema de esta especie es que cubre la superficie del agua por completo, e impide el paso de la luz, con lo que acaba matando a la flora y fauna acuática y bloquea los cauces.



Perejil gigante

Esta planta originaria de países como Azerbaiyán, Armenia y Georgia fue introducida en España para cultivo ornamental y florece entre mediados y finales del verano de forma más activa. Está especialmente asentada en Cataluña y su principal problema es que el contacto con ella produce urticaria, ampollas, quemaduras graves e incluso ceguera.

Avispón asiático

El avispón asiático, de 20 milímetros de longitud, se caracteriza por tener el tórax de color negro con un ribete amarillo y alcanzar su desarrollo máximo durante el verano.

Nativo del sureste asiático, su llegada a España está documentada desde agosto de 2010 en Amaiur (Navarra) debido a la «introducción accidental asociada al comercio de mercancías» como ha sucedido con otras muchas EEI, y hoy se distribuye prácticamente en todo el norte peninsular aunque se está expandiendo en dirección a Castilla y León y Extremadura.

Suele localizarse en zonas altas de los árboles o en espacios protegidos de edificios y puede provocar picaduras dolorosas, pero el principal problema es que se alimenta principalmente de abejas y otros insectos polinizadores, además de destruir sus colmenas, por lo que su impacto es doble: ecológico y económico.

Cangrejo rojo americano

Esta especie de cangrejo, originario del sur de Estados Unidos y el centro de México, se encuentra en lagunas, humedales e incluso arrozales, donde genera daños a los cultivos. En este caso el principal factor de su entrada en el país fue intencional, con vistas a su explotación comercial en el sector de la acuicultura.

Este cangrejo ha invadido ampliamente muchos de los cauces fluviales, lagos y humedales de toda la península ibérica y de las Islas Canarias, especialmente en las marismas sevillanas del Guadalquivir donde se concentra el mayor número de ejemplares.

Asimismo, el cangrejo rojo americano posee riesgos sanitarios. Por ejemplo, es portador del hongo de la *afanomicosis* y transmisor de la *tularemia*.



LAS SECUELAS DE LAS PESTAÑAS POSTIZAS: ÁCAROS EN LA PIEL, IRRITACIÓN OCULAR Y CIERRE DEL LAGRIMAL

Consejos. Una investigación alerta de alteraciones en la zona por culpa de adhesivos y falta de higiene: "Muchas mujeres no frotan por miedo a perder los implantes"

Por ***P. Pérez***

En nuestra piel viven unos pequeños ácaros que se llaman *Demodex*. Suelen encontrarse de forma habitual en los folículos pilosos y las glándulas sebáceas de muchas personas sin causar ningún problema. Estos seres microscópicos son parte del ecosistema de microorganismos que nos acompañan en nuestra vida. El problema surge cuando la cantidad de ellos crece sin control; así, si la densidad de población supera los cinco ácaros por centímetro cuadrado de piel surgen las enfermedades en la zona del ojo, en concreto, por el aumento de los miembros de la familia de los *Demodex folliculorum,* que son los que residen en la zona de crecimiento de las pestañas.

Como resultado, apunta Trinidad Montero, dermatóloga del Grupo de Dermatitis de Contacto y Alergia Cutánea (GEIDAC), «se produce inflamación del borde palpebral, lo que conocemos como blefaritis por *Demodex*». O, incluso, una reacción cutánea dolorosa conocida como demodicosis, como ha revelado un estudio reciente presentado en el Congreso de la Sociedad Europea de Cirujanos de Cataratas y Refractiva. Esta investigación también revela que muchas de las mujeres presentan síntomas de irritación ocular y obstrucción del lagrimal, ya que la mayoría tienen problemas en las diminutas glándulas situadas cerca de las pestañas (denominadas glándulas de Meibomio), las cuales producen una sustancia oleosa que evita que los ojos se sequen.

¿Qué origina la alteración del ecosistema del pequeño ácaro? El abuso de pegamentos (incluso con componentes inadecuados) para las pestañas postizas y el uso inadecuado de máscaras (también resistentes al agua o *waterproof),* que no se retiran por la noche y cuyos restos se mantienen durante días, al no realizar limpiezas profundas y exhaustivas.

Tetiana Zhmud, del Departamento de Oftalmología de la Universidad Médica Nacional Pirogov de Vínnitsa (Ucrania), presentó los datos del trabajo en la cita médica. «Las extensiones de pestañas son un procedimiento cosmético sumamente popular entre las mujeres jóvenes, ya que ofrecen la apariencia de unas pestañas más largas y pobladas sin necesidad de utilizar máscara», justifica sobre su uso a través de un comunicado. Al mismo tiempo, Zhmud deja claro que «existen cada vez más indicios de que este procedimiento puede provocar problemas en la superficie ocular, como irritación, síntomas de ojo seco y disfunción de las glándulas de Meibomio. No obstante, la relación entre las extensiones de pestañas y la demodicosis aún no se comprende bien».

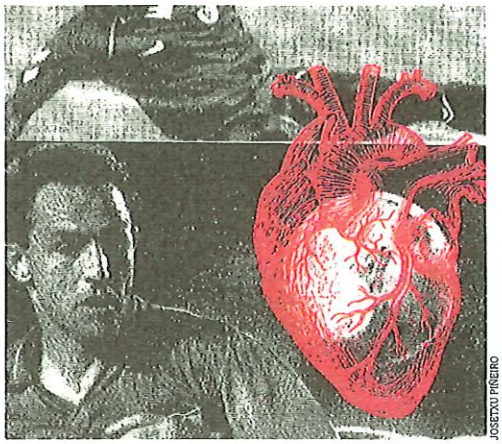
Entre las mujeres que se habían sometido a extensiones de pestañas al menos 10 veces, los investigadores descubrieron que la mayoría (el 85%) presentaba signos de disfunción de las glándulas de Meibomio. Esto se debía a que estos órganos estaban obstruidos o no producían el aceite adecuado para mantener los ojos hidratados.

La portavoz de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) detalla los daños del pegamento en la zona ocular: «En el caso de las extensiones de pestañas, uno de los mecanismos que podría favorecer esta proliferación es precisamente la dificultad para realizar una higiene adecuada del borde palpebral». El pegamento, por su parte, «puede producir otros problemas independientes, fundamentalmente la irritación. Los cianoacrilatos presentes en algunos adhesivos actúan como sensibilizantes y producen dermatitis alérgica de contacto», añade la dermatóloga.

Montero subraya que la limpieza es la clave: «Algunas usuarias evitan frotar la zona por miedo a que las extensiones duren menos o se desprendan. Esto provoca la acumulación de sebo, células muertas y restos de maquillaje a su alrededor, creando unas condiciones favorables para el crecimiento desmedido de *Demodex*».



Una esteticista coloca unas pestañas postizas a una mujer. GETTY



JOSETXU PIÑEIRO

ENFERMERA SATURADA

ASÍ INFLUYE EN TU CORAZÓN QUE TU EQUIPO DE FÚTBOL GANE O PIERDA

Precauciones. Las citas deportivas generan estrés físico y emocional, una respuesta natural del cuerpo ante una situación de tensión o miedo. Diabéticos e hipertensos son más propensos

Partidos de fútbol de infarto, una final ajustada, una tanda de penaltis con el corazón en un puño... seguro que son expresiones que más de una vez ha escuchado o incluso dicho si es aficionado a este deporte. Pues mucho cuidado porque un estudio científico español ha confirmado la relación existente entre las derrotas y victorias y los eventos cardiovasculares.

¿En qué consistió el estudio?

Los investigadores españoles recogieron y analizaron todas las visitas a Urgencias por dolor torácico y los ingresos por síndrome coronario agudo durante un período de tres años y en los días en los que jugaba el equipo de fútbol local. En total se estudiaron más de 2.000 ingresos hospitalarios por infarto o angina de pecho. Una vez obtenidos estos datos, los compararon con los resultados del equipo y llegaron a la conclusión de que los ingresos aumentaron los días en los que el partido terminaba en derrota para los locales.

¿Influye más en hombres o en mujeres?

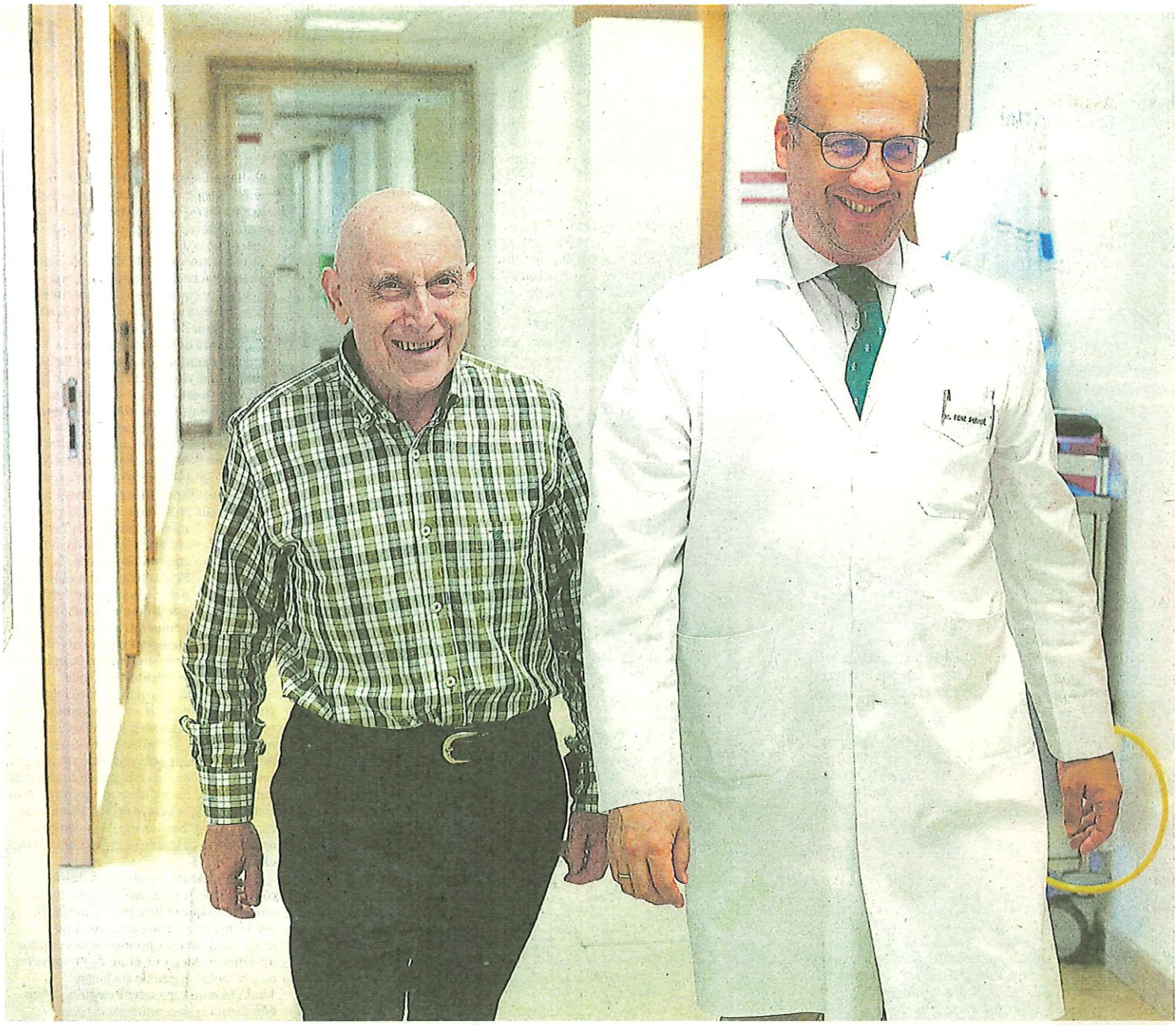
Al estudiarlo por sexos, los investigadores observaron algo curioso. Y es que mientras que en hombres el número de infartos o anginas aumenta los días que hay partido de fútbol, en mujeres disminuye.

Más factores de riesgo, más casos

Otra de las conclusiones que extrajeron del estudio es que aquellos aficionados del equipo local con más factores de riesgo cardiovascular eran los que tenían más posibilidades de acabar ingresando en el hospital tras el partido de fútbol. Se trataba especialmente de los que sufrían hipertensión, diabetes o una elevación de los niveles de triglicéridos y colesterol en sangre.

El impacto de las emociones negativas en el corazón

Ver un partido de fútbol supone exponerse a una fuente de mucho estrés físico y emocional, algo que no deja de ser una respuesta normal y natural de nuestro cuerpo ante una situación de tensión o miedo. El problema llega cuando esa reacción de estrés resulta excesiva tanto en duración como en intensidad. Numerosos estudios han demostrado que las emociones negativas como la ira o el enfado, guardan una relación estrecha con la aparición de enfermedades cardiovasculares.



LA PASTILLA DIARIA DE JOSÉ MARÍA CONTRA EL CÁNCER DE PÁNCREAS: "ME REGALA MESES DE VIDA PLENA"

Esperanza. La llegada de un nuevo fármaco contra este tumor agresivo tiene "los mejores datos de la Historia", aseguran los oncólogos

Por ***Pilar Pérez.*** *Fotografía de* ***Iñaki Porto / Araba Press***

La vida de José María Tejedor, un jubilado soriano, cambió radicalmente cuando hace año y medio un dolor abdominal intenso lo llevó a urgencias en el Hospital Santa Bárbara de su ciudad y posteriormente a Valladolid, donde una biopsia confirmó lo que parecía una sentencia firme: sufría un cáncer de páncreas inoperable, «con el que iba a tener que convivir hasta que me muriera». Como en el caso de José María, menos de un 20% de los pacientes es susceptible de llegar al bisturí en el momento del diagnóstico, dado el estado avanzado de la enfermedad. Tras la intervención quirúrgica, la supervivencia suele ser de entre 10 y 20 meses. Así aparece este tumor agresivo y casi silente en la mayoría de los casos, dado que el órgano que invade se halla localizado en lo profundo del abdomen, lo que impide detectarlo físicamente. A esto se suma la complejidad de dar con una señal inequívoca que revele lo que está ocurriendo ahí dentro, porque los primeros síntomas son inespecíficos, como apunta José María, que pasó por alguno de ellos: dolor, fatiga, pérdida de peso... Esto retrasa el diagnóstico hasta fases muy avanzadas. El 80% se diagnostica ya con metástasis.

Este jubilado forma parte del grupo de casi 300.000 españoles que el año pasado recibió la mala noticia de que sus malestares escondían un cáncer, un 3,5% de páncreas. «Nunca piensas en ello directamente, sabes que puede ser, pero bueno...», lamenta este paciente. Las opciones terapéuticas con las que contaba al principio no eran muchas. Con distinta suerte, poco más de un 10% de los pacientes supera el tumor a los cinco años.

Su oncólogo, Mauro Antonio Valles Cancela, del Complejo Asistencial de Soria, le pautó al inicio una quimioterapia convencional, pero el tratamiento deterioró su condición física: «Aquello en vez de ir a mejor, iba a peor. Yo me encontraba cansado y con malestares», recuerda José María.

Desde Soria, donde recibía la *quimio*, viajó a Pamplona a probar suerte. Valles Cancela conocía de la existencia de un ensayo clínico con un fármaco en el que los expertos en cáncer de páncreas han depositado muchas esperanzas fundadas: daraxonrasib, desarrollado por la farmacéutica Revolution Medicines. Los médicos lo han descrito como «perfecto para asaltar el castillo» que supone el cáncer de páncreas. Uno de los obstáculos de este tumor es que las terapias actuales no penetran en el interior de las células tumorales, que se reproducen de forma silente y van tomando posiciones desde este órgano al exterior. Los oncólogos describen este cáncer como un sistema fortificado con un gran ejército a sus órdenes: construye un microambiente

Asalto al castillo. Daraxonrasib logra bloquear la mutación RAS, un avance histórico que permite que el sistema inmunológico penetre en el interior de las células malignas y evite su multiplicación

Resultados clave. Los ensayos clínicos registraron datos inéditos hasta ahora en este tumor: duplicó la supervivencia global, pasando de una media de seis meses a supervivencias de más de 14 meses

Reacciones adversas leves. Son mucho más llevaderas y manejables para el paciente que la quimioterapia y "se corrigen ajustando las dosis o haciendo pausas vigiladas", explica Mariano Ponz

Cifras. El 80% de los tumores de páncreas se diagnostica con metástasis y solo el 20% es operable en el momento del diagnóstico. Hasta ahora solo un 10% de los enfermos sobrevive a los cinco años

denso y fibroso (estroma) similar a un castillo medieval con foso. Esta barrera física impide que la quimioterapia penetre. Además, los fibroblastos del estroma protegen al tumor, denominado frío. Este adjetivo sirve a los oncólogos para poner el foco en el problema de la resistencia a los recursos terapéuticos actuales: tiene pocas células inmunes infiltradas y, por eso, normalmente la inmunoterapia no funciona.

Sin embargo, los investigadores han encontrado su punto débil: la mutación de la vía RAS. ¿Y esto en qué se traduce? En que trata de cortar cualquier tipo de comunicación de la célula tumoral con el resto. Esta vía deja a la proteína permanentemente activa, lo que envía señales constantes a la célula para crecer y dividirse sin control.

«A diferencia de los inhibidores de primera generación que sólo atacaban mutaciones muy específicas (como la KRAS G12C, poco frecuente en páncreas), daraxonrasib actúa de forma amplia contra cualquier mutación de la vía RAS», detalla Mariano Ponz, responsable del Área de Cáncer de Hígado y Páncreas del Cancer Center Clínica Universidad de Navarra (CUN). «Esto permite que pase de beneficiar a un 2-3% de los enfermos a abarcar al 90-95% de los pacientes con cáncer de páncreas», añade.

Ponz detalla que «los datos observados son bastante espectaculares, respaldados por los resultados positivos que ya se habían obtenido en las fases previas del desarrollo clínico». La clave de todo, como señala Josep Tabernero, jefe del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Vall d'Hebron y director del VHIO, es que «prácticamente todas las células malignas de este tumor tienen la mutación RAS (el 90% de ellas) y si conseguimos su bloqueo, podremos ser muy efectivos en su tratamiento. Hay otros cánceres que son más heterogéneos, pero el de páncreas no».

Muchos oncólogos expertos en cáncer de páncreas aseguran que se trata de una molécula altamente prometedora y llamada a convertirse en el siguiente estándar de tratamiento para este tumor huérfano de recursos efectivos hasta la fecha. Ninguna de las tres nuevas terapias desarrolladas en los últimos 25 años (la medicina de precisión, la inmunoterapia y las CAR-T) ha tenido hasta ahora una incidencia significativa en el tratamiento de este tipo de tumor.

Hace unos meses, en la cita mundial de la oncología médica celebrada en Chicago (ASCO), se presentaron los últimos datos con publicación simultánea en la revista *The New England Journal of Medicine*: en pacientes pretratados con quimioterapia estándar, el fármaco duplicó la supervivencia global, pasando de una mediana de seis meses a supervivencias prolongadas. En los estudios previos se registró una supervivencia de 14,5 meses global y de 7,6 libre de progresión del tumor.

En en EEUU, desde hacía algún tiempo, este fármaco había sido designado como «terapia innovadora» por su Agencia del Medicamento (FDA), por lo que ha disfrutado ya de una aprobación acelerada en el país a finales de agosto. «Los primeros resultados ya en fase 1 sirvieron para obtener este beneficio», apunta Ponz. Ahora, los datos de fase 3, ya con más de medio millar de pacientes en Norteamérica, Europa y Asia, consolidan la etiqueta y la obtención de luz verde para su comercialización.

Teresa Macarulla, portavoz de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y jefa del Servicio de Oncología Médica del Hospital Clínic de Barcelona, indicaba en la presentación en mayo, que se trata del «estudio con los mejores resultados de la historia en cáncer de páncreas».

En la capital navarra, José María conocería a Ponz y se convertiría en una de las caras visibles de las cifras anunciadas en Chicago. Tras realizarle las pruebas pertinentes en el mes de abril de 2025, confirmaron que cumplía los requisitos como candidato e ingresó en el estudio. «Me puse en sus manos y estoy muy feliz de que el fármaco me haya funcionado», dice el paciente. Su respuesta, como él mismo afirma, fue un milagro personal y una muestra del potencial de la ciencia moderna: «Fue de la noche al día. Como si le echases un poco de aceite a la llama de un candil que se está apagando y aquello resurge», explica José María. De estar postrado por la *quimio*, recuperó su autonomía, pudo viajar de nuevo a su pueblo, caminar diariamente y disfrutar activamente de sus nietos. «Toda la familia estaba encantada con él», afirma el paciente.

Junto a José María hay una veintena de pacientes españoles qu e se han podido beneficiar de los efectos. Nuestro país ha participado en los ensayos mundiales al aportar cuatro centros investigadores al total de 56: la Clínica Universidad de Navarra, el Hospital 12 de Octubre de Madrid, el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona y el Clínico de Valencia.

Desde el Hospital 12 de Octubre, la oncóloga Rocío García Carbonero destacaba con motivo de la presentación de los datos de ASCO que de cuatro pacientes que recibieron el fármaco en su centro, dos mantienen una respuesta excelente casi un año después. «Ya no sólo es que estén vivos, sino que presentan además respuesta mantenida. Este hecho es totalmente extraordinario en una segunda línea de tratamiento en personas con cáncer de páncreas, cuya perspectiva de vida es de seis meses y de tres meses en intervalo libre a la progresión», apuntaba en mayo a este medio García Carbonero.

Además, ofrece una calidad de vida muy superior a la *quimio*. Primero, hay un mejor control de síntomas, especialmente del dolor, «que es muy importante en cáncer de páncreas», como apunta Ponz. Luego, los efectos secundarios, tales como erupciones cutáneas, diarrea e irritación bucal, son leves –«y llevaderas, nada que ver con la *quimio*», asegura José María– y se controlan fácilmente, mejorando significativamente la situación de los pacientes. «Entre los contratiempos que tuve con la pastilla, hubo un ingreso hospitalario y sufrí la aparición de molestas costras en el dorso de las manos. Luego, he padecido, además, algún episodio suelto de diarrea», recuerda el paciente.

El oncólogo de la CUN argumenta que «en comparación con la agresividad de la quimioterapia tradicional, sus efectos secundarios son mucho más llevaderos y manejables para el paciente» y que las reacciones adversas se deben al impacto de su mecanismo de acción sobre la piel y mucosas. Sobre las mismas comenta que «en el caso de las irritaciones cutáneas o *rash*, no interfieren en el día a día de los pacientes y son fácilmente tratables. Si nos referimos a los trastornos digestivos, conseguimos paliarlos ajustando o pausando temporalmente la pauta de medicación. Y, en tercer lugar, cuando aparecen casos de mucositis (llagas en la boca), las abordamos mediante la prescripción concreta de enjuagues orales».

"El nuevo mecanismo de acción del fármaco permite que el beneficio se amplíe de solo un 2-3% de los enfermos a entre el 90-95%"

Dar con la tecla que acabe con este tumor tan agresivo es un desafío casi a contrarreloj, porque los casos están aumentando en los últimos años: será el tercer cáncer más mortal en España este año y el segundo en 2030. Junto a las causas genéticas, los malos hábitos de vida y el aumento de factores de riesgo como la obesidad y la diabetes tipo 2 están detrás de estas cifras. «Por eso, mientras no se corrijan, la prioridad está en dar con abordajes que eleven la supervivencia de forma significativa», subraya Ponz.



A la izquierda, José María, el paciente, junto al oncólogo Mariano Ponz durante una cita de control.

A la derecha, detalle del fármaco. Se trata de una pastilla diaria.

La historia de José María con daraxonrasib no ha terminado, solo ha añadido un capítulo nuevo. El pasado mes de diciembre, el tumor mostró resistencia y se extendió al hígado. «Me encontraron una mancha en este órgano. Y pausamos el ensayo un tiempo», cuenta el paciente. Ponz explica que en una enfermedad tan compleja, este retroceso es esperable: «El fármaco busca cronificar la patología, no curarla». Sin embargo, el verdadero éxito es que le regaló meses de vida normal y plena, asegura José María.

Tras ese «descanso», el equipo médico le ofreció entrar en un segundo ensayo clínico (aunque le produce alguna diarrea, confiesa), le permite mantenerse todavía «activo y continuar su día a día con esperanza y calidad de vida», presume. Ponz cuenta que este verano se han puesto en marcha nuevos ensayos en España para evaluar daraxonrasib en primera línea y como adyuvante para evitar recaídas tras cirugías. El pronóstico terrible frente a este tumor ha pasado de la desesperación a una esperanza tangible. José María destaca que la pastilla que toma todos los días «me regala meses de vida normal y plena».

El Común insta a las diputaciones a reforzar el suministro personalizado de medicinas a mayores

El Procurador anima a Burgos y Salamanca, únicas instituciones provinciales sin él, a que implanten el programa para atender «a las personas con dificultades para gestionar su medicación»

RICARDO GARCÍA VALLADOLID

La prestación de servicios en el medio rural de Castilla y León es una condición ineludible para garantizar el bienestar de la población que reside en los pequeños municipios de la Comunidad, aunque en ocasiones no llega a todos por igual. Es lo que ocurre con la financiación por parte de las diputaciones provinciales del Sistema Personalizado de Dosificación de medicamentos, y es por eso que el Procurador del Común lanza un llamamiento para que todas estas instituciones provinciales la implementen o, en caso de contar ya con ella, como es el caso de Valladolid y León, entre otros ejemplos, la impulsen a fin de que el acceso sea más homogéneo y todos los pacientes puedan beneficiarse de igual manera del programa de suministro personalizado de medicamentos.

A través de una resolución derivada de una actuación de oficio, la institución que dirige Tomás Quintana reconoce que el Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) «constituye una herramienta destinada a facilitar el correcto cumplimiento de la pauta farmacológica prescrita mediante la preparación y organización personalizada de la medicación por parte de un profesional farmacéutico». «Su utilización contribuye», continúa el Procurador, «a mejorar el seguimiento del tratamiento y a reducir los riesgos derivados de errores en la administración, tales como duplicidades u omisiones en las tomas». Esto se debe a que mediante el SPD las farmacias preparan a los usuarios qué medicinas deben tomar en cada momento del día, facilitándoles en gran medida su administración.

En Castilla y León, son ya varias las diputaciones provinciales que cuentan con acuerdos con el Colegio de Farmacéuticos para financiar este servicio y que no suponga un coste añadido para los usuarios, tal y como recoge el Común en su resolución, pero hay otras en las que todavía se está estudiando disponer de estas partidas presupuestarias y que, por tanto, no tienen programas en marcha.

A la vista de esta realidad, de la que el Procurador ha tenido constancia tras solicitar información a las diputaciones a través de una actuación de oficio, insta a las instituciones provinciales, el primer lugar, a «promover y, en su caso, consolidar y ampliar los programas de apoyo y financiación del SPD en el medio rural, especialmente dirigidos a las personas mayores, polimedicadas, dependientes o que presenten dificultades para gestionar adecuadamente su medicación, teniendo en consideración tanto su utilidad asistencial como su contribución al mantenimiento de una red de oficinas de farmacia rurales como servicios sanitarios de proximidad».



Presentación del acuerdo sobre la dispensación de medicamentos en Valladolid. ICAL

En este sentido, la resolución del Procurador del Común apunta que, a la vista de la información recopilada, «algunas diputaciones han desarrollado programas consolidados, mientras que otras no cuentan actualmente con un sistema de financiación destinado a este servicio». Precisa, además, que entre las primeras están «Soria, Palencia, Ávila, León, Zamora y Segovia», de manera que las que no cuentan con vías de financiación son Valladolid, Burgos y Salamanca.

Sin embargo, la información con la que cuenta el Procurador en este caso está desactualizada, puesto que la Diputación de Valladolid ya financia el SPD desde junio de este mismo año, tal y como anunció la propia institución el día 1 de ese mismo mes.

Por su parte, el Común apunta que en base a la documentación recibida, la Diputación de Burgos «no financiaba específicamente el SPD, encontrándose en fase de estudio»; mientras que la Diputación de Salamanca «informó de que no disponía de un programa específico de financiación del SPD ni estaba prevista».

En relación con esto, el Común matiza que «la implantación y financiación del SPD presenta diferencias significativas entre las distintas provincias de Castilla y León». «El acceso al servicio y el apoyo económico destinados a su prestación dependen actualmente, en buena medida, de las iniciativas adoptadas por cada diputación provincial, lo que determina una situación territorialmente heterogénea», añade.

Es más, la institución de Quintana apostilla que «esta circunstancia merece especial atención desde la perspectiva de los principios de igualdad y equidad territorial», a lo que añade que «las necesidades de las personas mayores, dependientes o polimedicadas no varían sustancialmente por el hecho de residir en una u otra provincia. Sin embargo, las posibilidades de acceder al SPD y las condiciones de financiación pueden diferir considerablemente en función del territorio de residencia».

Más allá de la promoción y el impulso de los programas de financiación del SPD a los que insta Tomás Quintana, también apuesta por «garantizar la continuidad de los programas mediante una financiación pública suficiente y estable, adecuando su alcance a la demanda existente y a las necesidades acreditadas, así como valorando su posible ampliación cuando la disponibilidad de plazas resulte insuficiente».

En tercer lugar, el Común también aboga por «reforzar la coordinación entre las diputaciones provinciales, los colegios oficiales de farmacéuticos y los servicios sociales, estableciendo mecanismos que faciliten la detección, valoración, incorporación y seguimiento de las personas que puedan beneficiarse del SPD, tomando en consideración las experiencias que hayan demostrado mejores resultados».

Como cuarta recomendación sitúa el «favorecer la cooperación y el intercambio de buenas prácticas entre las Diputaciones Provinciales, con el fin de avanzar hacia unos criterios básicos comunes de acceso, seguimiento y evaluación del servicio, sin perjuicio de que cada provincia pueda adaptar su programa a sus características y necesidades específicas».

Finalmente, en quinto lugar, la institución que dirige Tomás Quintana defiende la necesidad de «impulsar la evaluación periódica de los programas de SPD mediante indicadores que permitan conocer su implantación, resultados e impacto, incluyendo, entre otros aspectos, la evolución de la adherencia terapéutica, la seguridad en el uso de los medicamentos, la satisfacción de las personas beneficiarias y, cuando resulte posible, su repercusión sobre la autonomía y la utilización de recursos sanitarios y sociales».

En su resolución, el Procurador del Común señala la importancia de contar con herramientas como el Sistema Personalizado de Dosificación. «La evidencia de que vivimos en una sociedad progresivamente envejecida, unida a la creciente prevalencia de enfermedades crónicas, ha determinado que la polimedicación constituya una realidad habitual entre los pacientes y ha puesto de manifiesto la importancia de los servicios de farmacia orientados a mejorar la seguridad y la adherencia a los tratamientos», recoge la institución, y añade: «El Sistema Personalizado de Dosificación se configura como un servicio farmacéutico asistencial del especial relevancia».

En el mismo sentido, la institución encabezada por Tomás Quintana pone de manifiesto que «este sistema puede contribuir a prevenir problemas relacionados con una incorrecta manipulación o conservación de los medicamentos, reducir la acumulación y el stock innecesario de fármacos en los domicilios y facilitar la identificación de problemas relacionados con la medicación mediante el seguimiento que acompaña a la prestación del servicio».

«El valor asistencial de esta herramienta», continúa la resolución que pide a las diputaciones provinciales implementar o consolidar la financiación del SPD, «resulta especialmente relevante en el medio rural de Castilla y León, caracterizado, entre otros factores, por una población progresivamente envejecida, una elevada dispersión territorial y la existencia de localidades de reducido tamaño». «Estas circunstancias hacen necesario promover prestaciones sanitarias y sociales adaptadas a las necesidades específicas de quienes residen en estos territorios, con el objetivo de garantizar tanto su salud como su autonomía y calidad de vida».

El PP designará antes de Navidad a sus principales candidatos

BURGOS

El Partido Popular de Castilla y León quiere tener avanzadas antes de Navidad las designaciones de sus candidatos a las elecciones municipales de mayo de 2027, según avanzó en Burgos su secretario general, Francisco Vázquez, quien explicó que la formación trabaja ya en los cabezas de lista de las principales poblaciones de la Comunidad, después de haber definido antes del verano las candidaturas de las capitales de provincia.

Vázquez, que participó en una comida con afiliados del PP de Burgos, señaló que el proceso continuará durante los próximos meses para presentar candidaturas en los 2.248 municipios de Castilla y León y también en las entidades locales, un esfuerzo que justificó por el carácter municipalista del partido y su intención de estar presente «en todos los rincones» de la Comunidad. Cargó además contra los socialistas de Castilla y León, a los que acusó de no reivindicar ante el Gobierno las necesidades de la Comunidad y de limitarse a «aplaudir» sus decisiones.

Seis accidentes dejan más de diez heridos en las carreteras

VALLADOLID

Un reguero de seis accidentes de tráfico deja más de diez heridos este domingo en las carreteras de León, Zamora, Salamanca y Ávila. El mayor de todos se produjo en Palacios de Sanabria (Zamora) con cuatro personas, dos varones de unos 65 y 35 años y dos mujeres de unos 80 y 65 años heridos al producirse un accidente entre una furgoneta y un turismo en el kilómetro 77 de la Autovía de las Rías Bajas (A-52), sentido Galicia, en el término de Palacios de Sanabria (Zamora). Además, una de las personas tuvo que ser excarcelada por los bomberos. Varias llamadas alertaron a las 09.53 horas de accidente al Servicio de Emergencias 1-1-2, que dio el aviso a la Guardia Civil de Tráfico, a los Bomberos de Rionegro del Puente y al centro coordinador de urgencias (CCU) de Emergencias Sanitarias-Sacyl, que envió una ambulancia de soporte vital básico (SVB), una unidad medicalizada de emergencias (UME) y al personal médico del Punto de Atención Continuada (PAC), informa Ical.



ARABA PRESS

JAVIER PADILLA

SECRETARIO DE ESTADO DE SANIDAD. «Debemos generar incentivos para retener el talento médico», dice. Si le dan a elegir, busca lograr consenso para la Ley de Pacientes y la Ley del Medicamento, que se tramita de urgencia

«Profesionales de la UCI se van a la privada a hacer medicina estética»

PILAR PÉREZ SANTANDER

Confía en los pocos meses que restan hasta el final de la legislatura para culminar proyectos clave que ha puesto en marcha junto a Mónica García en el Ministerio de Sanidad. Javier Padilla, secretario de Estado, confiesa que su «objetivo, a nivel individual, es sacar adelante todo lo posible» y asegura que no va encabezar propuestas políticas. Pese a presumir de tener el mejor trabajo del mundo –es médico de familia–, ha acumulado mucha experiencia en el área de la gestión. «Mi lugar en el futuro ya no está en el parlamentarismo, sino muy pegado a la sanidad y a la salud al 100%, ya sea en la práctica clínica o en políticas de salud en otros niveles».

Pregunta. Es obligatorio repasar la respuesta a la crisis de Ceuta...

Respuesta. Respecto a la respuesta, siempre desde un punto de vista sanitario, se trata de entender que son personas jóvenes sin patologías asociadas y cuyo principal motivo de consulta está relacionado con accidentes, lesiones y heridas al inicio, y después las patologías que surgen en un contexto de mayor hacinamiento, falta de higiene y saneamiento. En los últimos días, por ejemplo, se han incorporado tres médicos de Urgencias para reforzar el *fast track* de atención a los pacientes migrantes en situación irregular, justamente para dar una atención rápida y en un ámbito diferente al de la población ceutí.

P. Empecemos con el repaso a los proyectos en tramitación. ¿Cuáles saldrán de las Cortes?

R. Hay dos que de manera muy clara tienen posibilidades: la Ley de Organizaciones de Pacientes (cuyo plazo de enmiendas a la totalidad se cerró el día 9 para pasar a las parciales) y la Ley del Medicamento. Esta última cuenta con tramitación urgente, lo que acorta los tiempos y esperamos que sirva para compensar el trabajo en profundidad que requiere el texto. Además, hay otros dos textos que queremos llevar a debate al Congreso sí o sí para que cada grupo se posicione: la Ley de Tabaco (que se tiene que publicar en el Boletín de las Cortes y cuenta con un apoyo social abrumador) y la Ley de Gestión Pública.

P. ¿Qué ocurre con la Ley de Alcohol o la de Universalidad, que está atascada con prórrogas en el Congreso?

R. Siempre tuvimos claro que avanzaríamos por la vía que fuera posible. Por eso aprobamos el Real Decreto 180/2026, que regula el acceso al sistema y elimina la gran mayoría de las barreras a la universalidad. Además, conformamos una mesa de seguimiento para la aplicación del decreto, que tuvo una reunión muy positiva justo antes del verano con autonomías y organizaciones sociales.

P. Respecto al Estatuto Marco, después de 23 años sin que nadie tocara este tema en profundidad, han propuesto una reforma que ha chocado con todo el estamento médico...

R. Creemos que no era razonable construir iniciativas paralelas sin asentar primero la actualización del Estatuto Marco. Hemos cumplido con ponerlo sobre la mesa de los parlamentarios y ahora les toca ellos. El texto busca reconocer beneficios clave: mejoras en la jornada laboral y descansos; que los profesionales de baja (como los facultativos, en el caso de las guardias) cobren de manera prorrateada; el reconocimiento global de los embarazos en el sistema de salud, y la exención de la turnicidad nocturna para mayores de 55 años en las profesiones donde se realizan turnos.

P. Con una huelga indefinida de telón de fondo y algunas CCAA pactando medidas por su cuenta, ¿cómo se conjuga todo en una ley de mínimos nacional para no chocar con las competencias?

R. Desde el primer momento dijimos que una parte muy importante de las reivindicaciones era competencia de las autonomías. De hecho, al reunirnos con ellas, nos lo recordaban, y muchas están avanzando de forma clara por su cuenta, independientemente de su color político. Además, la jurisprudencia limita la capacidad del Gobierno para coartar elementos derivados de negociaciones en mesas sindicales o sectoriales a través del Estatuto Marco. Por otro lado, a veces nos encontramos con contradicciones: proponemos guardias de 17 horas con un límite de 45 horas semanales, y los mismos que piden que estas sean voluntarias nos dicen que nuestra propuesta es irreal porque falta personal. Lo que planteamos es un avance real. Con el Estatuto Marco actual se exige la devolución horaria; con nuestra propuesta, si un profesional entra de guardia, libraría el entrante y el saliente, entrando a las tres de la tarde en lugar de a las ocho de la mañana. Hacer cambios globales es difícil, pero no podíamos seguir con pequeños parches en una norma que llevaba 23 años sin tocarse. Ahora la pelota está en el tejado del Congreso.

P. Independientemente de lo que ocurra con el Estatuto Marco, ¿qué medidas llegarán a los residentes?

R. Tenemos la competencia para regular sus condiciones por la vía del real decreto. Estamos a punto de enviar al Consejo de Estado la reforma del RD 1146/2006, que regula la relación laboral especial de los residentes en Ciencias de la Salud. La renovación acabará de forma muy clara con las guardias de 24 horas, limitará las mensuales, aumentará el salario y añadirá medidas notables de protección de riesgos psicosociales. Podría darse el caso de que los residentes dejen de tener guardias de una día entero, pero los adjuntos sí las mantengan (siendo la primera guardia de 24 horas de un médico al terminar la residencia). Si eso ocurre, habrá que preguntar a los actores implicados cuál fue su papel en esa situación, porque el real decreto de los residentes avanza de manera decidida.

P. Hay una huida del talento médico al extranjero, a la privada o que directamente abandona la profesión. ¿Cómo se puede frenar esto?

R. Hemos acelerado el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios y los datos no muestran con claridad que la magnitud de esa huida sea tal. No obstante, vemos dinámicas como la de profesionales de la UCI que se van a la privada a hacer medicina estética, lo cual responde a factores de mayor calado. Debemos generar incentivos para captar y retener este talento. El Estatuto contempla la posibilidad de selección mediante concurso de méritos (y no solo concurso-oposición) para quienes hayan pasado por formación sanitaria especializada, garantizando estabilidad y desarrollo profesional. El sistema ofrece valores añadidos, como la universalidad, la incorporación de innovación tecnológica y diagnóstica y la compatibilidad con la investigación específica.

P. España es pionera en tener una estrategia con la industria farmacéutica que sienta a cuatro ministerios. ¿Se prevé que continúe en el futuro?

R. Es una de esas medidas que sobreviven a quien las gestiona. Hoy es impensable una política farmacéutica que no contemple el diálogo entre ministerios, compañías, organizaciones sociales, profesionales y pacientes. El reto ahora es exportarlo. Europa se beneficiaría mucho de un marco similar, ya que la UE adolece a veces de falta de conectividad y competencia entre sus departamentos.

«Ya elaboramos la reforma sanitaria, la pelota está en el Congreso ahora»

«Los residentes dejarán de hacer guardias antes que los médicos»

«Queremos llevar la Ley del Tabaco a debate parlamentario»

> SALAMANCA

Terapias para proteger al cerebro

El IBSAL, el INCYL y la USAL trabajan para combinar los mecanismos de terapia celular y génica de cara a poder proteger el cerebro frente a la inflamación y el daño en el ADN. Por **María Bausela**

El grupo Plasticidad Neuronal y Neurorreparación del Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL) y el Instituto de Neurociencias de Castilla y León (INCYL) lleva años trabajando de cara a poder comprender mejor los mecanismos de muerte neuronal y desarrollar estrategias con las que poder ralentizar estos procesos. Como parte de su último proyecto, han centrado la mirada en IGF-1 (Insulin-like Growth Factor 1), un factor de crecimiento con efectos neuroprotectores y relacionado con la supervivencia y mantenimiento de tejidos.

Concretamente buscaban poder reducir la inflamación cerebral y proteger a las neuronas frente al daño en el ADN en un modelo experimental de enfermedad neurodegenerativa, algo que ha sido posible mediante la combinación de terapia celular y terapia génica.

«Tratando de probar diferentes estrategias para reducir la muerte neuronal lo que hemos hecho por una parte es terapia celular, que es utilizar células madre de la médula ósea que tienen características neuroprotectoras, de tal manera que aprovechamos esta propia capacidad de las células pero también las mejoramos genéticamente para que sobreexpresan una sustancia que también es neuroprotectora», explica David Díaz, profesor titular de Biología Celular de la Universidad de Salamanca y codirector del estudio junto con Eduardo Berruaga.

En definitiva, lo que planteaban era «atacar un modelo de degeneración con dos herramientas, las propias propiedades de las células y la sustancia que queremos que secreten a mayores».

Para ello, el estudio se ha llevado a cabo empleando PCD, un modelo de ratón que reproduce una forma hereditaria de ataxia cerebelosa, un trastorno neurológico caracterizado por una incapacidad repentina para coordinar los movimientos debido a una lesión en el cerebelo.

Estos modelos pasan por un desarrollo muy similar al de las ataxias humanas debido a la degeneración rápida y agresiva de las células de Purkinje del cerebelo, las cuales resultan fundamentales para poder mantener ese control sobre la coordinación y el equilibrio. Y, adicionalmente, sufren una pérdida progresiva de neuronas en regiones del cerebro, como es el caso del bulbo olfativo.

Así, este modelo de animal resulta muy útil, ya que cuenta con «dos puntos de muerte neuronal». El cerebelo y el bulbo olfativo.

«Todo empezó apuntando hacia el cerebelo, donde se da una degeneración muy rápida de un tipo de neuronas, que curiosamente son las únicas que se fusionan con células derivadas de la médula ósea. Algo que estamos intentando entender ahora como parte de otra línea de investigación», añade.

Partiendo de esta información, plantearon la idea de que si al modelo de degeneración le falta un gen determinado, no lo expresa, se puede hacer un trasplante de médula. «Quitamos una médula que importa la mutación y metemos una médula sana con la esperanza de que las células derivadas de la nueva médula lleguen al cerebelo, se fusionen con estas neuronas que se pierden y le aporten el gen que les falta».

«Esto es el contexto previo de otras líneas de investigación en las que vimos que estas células derivadas de la médula ósea también llegaban al bulbo olfativo, el otro punto de degeneración, y descubrimos que, sin tener ningún tipo de fusión ni nada, por las propias propiedades de estas células madre, se quedaban en el bulbo y ejercían una función protectora y se reducía la muerte de las neuronas de esta zona».

Es así como dieron con la idea de combinar los mecanismos de terapia celular y génica y emplear las células madre de la médula ósea como «un caballo de Troya» al modificarlas para que produzcan la molécula IGF-1. Para ello, extrajeron células hematopoyéticas, encargadas de producir los componentes de la sangre, de la médula ósea y las modificaron genéticamente de manera que presentaran la capacidad de producir grandes cantidades de IGF-1 previo a trasplantar las células a los animales.

Este proceso permitió que se redujera la inflamación, pero además vieron que la muerte de las neuronas se detuvo «prácticamente por completo». Inicialmente, plantearon que este proceso se debía únicamente a esa reducción de la inflamación cerebral. Sin embargo, pudieron ver, tras analizar los resultados de trasplantes sin y con la proteína IGF-1, que en ambos casos se daba un efecto antiinflamatorio similar.

Gracias a esta información llegaron a la conclusión de que la función de IGF-1 iba mucho más allá de lo



El equipo de investigación de David Díaz y Eduardo Berruaga.
ENRIQUE CARRASCAL

BLOG
OPINIÓN

Una experiencia innovadora

CRISTINA RAMÍREZ DE LARA

El propósito era ambicioso: abrir la realidad de nuestro sector a una veintena de jóvenes estudiantes, para que conocieran su fortaleza en Castilla y León, su apuesta tecnológica y su espíritu innovador… Y que valorasen la importancia de su misión: contribuir a alimentar el planeta con productos seguros y de máxima calidad (así es como se conocen los alimentos hechos en Castilla y León).

Es importante mostrar la realidad de la industria alimentaria de Castilla y León, de la que forman parte 2.700 empresas, como parte de la estrategia para atraer talento. Porque los jóvenes que están en periodo de formación deben saber que esas empresas pueden ser un buen destino para desarrollar sus carreras profesionales.

Un propósito noble y ambicioso, aunque también complejo y arriesgado. Organizar a finales de curso el primer hackathon agroalimentario parecía imposible. O casi.

Había que reunir a jóvenes estudiantes de distintas provincias, de distintas universidades, institutos y centros de FP, para que dedicaran una jornada completa a estudiar y proponer soluciones a los retos que iban a presentar.

Finalmente fue posible: 20 estudiantes de procedencia muy diversa se dieron cita el día indicado. Acudieron, por ejemplo, estudiantes de publicidad y relaciones públicas, de ingeniería de telecomunicación, de microsistemas informáticos y redes, de gestión de ventas y espacios comerciales, de derecho, de electricidad y electrónica… y así hasta un total de 14 disciplinas diferentes.

Se enfrentaban a dos retos, nada sencillos, que plantearon dos socios de Vitartis: Huevos Velasco y Huercasa 5ª Gama. Debían proponer, por un lado, vías para el aprovechamiento de la cáscara de huevo (para convertir un residuo en un producto de valor); y por otro, la simplificación del etiquetado, para facilitar al consumidor de forma clara y transparente el conocimiento de lo que compra.

Los 20 jóvenes trabajaron en equipo, aprendieron una metodología para ser eficientes en la innovación, ejercitaron su creatividad, compartieron ideas, debatieron —mostrando el máximo respeto por las opiniones del resto— e hicieron un considerable trabajo de síntesis y exposición de las propuestas que ellos mismos elaboraron en un tiempo récord.

Y propusieron diferentes soluciones alternativas, ninguna de ellas desdeñable. Y alguna, como las ganadoras, especialmente interesantes para las empresas implicadas.

Ahora bien, lo importante es haber logrado abrir una nueva vía para despertar la curiosidad y el interés de los jóvenes por la industria alimentaria de Castilla y León.

Conocer la realidad del sector es la mejor estrategia para atraer y conservar el talento que necesitan las empresas.

Cristina Ramírez de Lara es Directora de Vitartis



DAVID DÍAZ, PROFESOR TITULAR DE BIOLOGÍA CELULAR DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

«Los buenos resultados podrían repetirse en otras enfermedades gracias al uso de células madre»

que habían establecido en un primer momento.

«Cuando empezamos a meter células de la médula ósea con esta modificación extra, conseguimos ya una reducción simple, que no se pierdan las células del bulbo olfativo e incluso en el cerebelo, que es un contexto mucho más agresivo, también conseguimos cierta recuperación muchísimo más sutil», remarca Díaz.

Así han demostrado que las células modificadas genéticamente para producir esta molécula con capacidad neuroprotectora activan mecanismos de reparación del ADN mediante la proteína IGFBP3, que permite proteger a las neuronas frente al deterioro.

Pero, más allá del bulbo, vimos que también había efectos en el cerebelo que fueron «inesperados». Esto se debe a que, aunque la degeneración en esta región es más agresiva, pudieron ver algunas células de Purkinje, fundamentales para la coordinación y el equilibrio, que habrían sobrevivido a esta ataxia cerebelosa.

«Nos sorprendió mucho. Pensamos que no íbamos a encontrar nada, pero, aunque son resultados modestos, hemos podido ver que también se extiende esta neuroprotección en el cerebelo. Eso es lo más llamativo de este trabajo, que estas células madre tienen propiedades beneficiosas más generalistas de lo que parecen, y se podrían aplicar en más ámbitos».

De cara al futuro, quieren ver cómo serían los resultados al modificar las células madre con otro gen distinto que produce otra sustancia neuroprotectora mejor que la que se ha usado en este estudio, según experimentos previos de datos que han realizado en su laboratorio.

Además, quieren saber si esta protección se da únicamente en el sistema nervioso o fuera de él. Los trasplantes de estas células de médula llegan al cerebro, pero su función principal es formar todas las líneas de poblaciones de glóbulos blancos, rojos, etc. Por ello, «se produce un efecto en todo el cuerpo, que a priori no analizamos, ya que nos centramos en el cerebro. La pregunta del millón es: ¿esta protección que tenemos se debe únicamente a las células que llegan al cerebro o también a alguna influencia externa?».

De cara a llegar a ese objetivo, van a «afinar la maquinaria genética de estas células modificadas» para que esta sustancia se exprese solo en el cerebro o en el cuerpo por completo y comparar resultados .

Por otro lado, también se plantean si la estrategia empleada puede funcionar en otros modelos diferentes de enfermedades neurodegenerativas, dado que, en teoría, han visto que las células madre llegan a estas zonas del cerebro y ejercen un efecto neuroprotector, independientemente del modelo de la enfermedad.

Para esta investigación plantearon la combinación de la terapia celular y la terapia genética, ya que «normalmente nos centramos a veces en una única estrategia, y lo que interesa es que haya sinergias entre dos o tres estrategias, puesto que la suma de estas es más que la suma de sus efectos por separado», explica el profesor titular de Biología Celular de la Universidad de Salamanca, David Díaz.

A esta búsqueda de sinergias se suma el uso de las células madre, que llegan a muchos puntos diferentes, modificadas de forma que «no solamente porten sus propias propiedades para curar o proteger, sino que también actúan como caballos de Troya».

Gracias a ambos aspectos, han conseguido unos resultados que pueden «extenderse a otras enfermedades neurodegenerativas debido a la similitud en sus propiedades o la actuación de las células madre».

Y también han validado su uso como «caballo de Troya», como un vehículo para liberar sustancias en diferentes puntos del organismo. «En este caso nos hemos centrado en el sistema nervioso, pero podrían ser otros«.

Así se podrá continuar avanzando en modelos animales de cara a que en el futuro se pueda abrir una posible aplicación clínica empleando los hallazgos de este grupo del IBSAL.

Díaz se muestra satisfecho con el trabajo realizado y emocionado por el futuro de esta línea de investigación. «Los que nos dedicamos a la ciencia sabemos que esto es completamente vocacional y de pasión por la investigación, por la ciencia, por descubrir alguna cosita nueva y aportar un granito de arena para poder ayudar al avance científico y médico a nivel global».

«Los que nos dedicamos a la ciencia sabemos que esto es completamente vocacional y de pasión por la investigación, por la ciencia, por descubrir alguna cosita nueva y aportar un granito de arena para poder ayudar al avance científico y médico a nivel global».

«Para conseguir un resultado llamativo hace falta muchísimo trabajo, muchísimos fracasos, probar, probar, afinar todo. Pero al final es un poquito adictivo. Cuando tienes un éxito, un descubrimiento te anima a ir a por más, a seguir avanzando, a dar otro pasito. Eso es lo que te lleva a seguir buscando cómo se puede avanzar».

BLOG
OPINIÓN

Alimentarnos en verano

CRISTINA LUCINI BAQUERO

Comenzamos con una pregunta: ¿sabemos cómo comemos? En estos cálidos días tenemos una gran oferta de frutas y verduras. Conocemos de dónde provienen, su trazabilidad y su valor nutricional.

Su calidad agroalimentaria está íntimamente relacionada con los condicionantes edafoclimáticos (tipo de suelo, pH, textura, temperatura, humedad, viento...) donde se cultiva.

Estos factores van a influir en sus características finales; así, una misma variedad de tomate, por ejemplo, aportará diferentes características en boca, según dónde se produzca.

Estas frutas y verduras deben llegar con buen aspecto a nuestro plato; y no sólo la apariencia nos interesa: esperamos que cuando vayamos a degustar una fresca sandía, ésta nos aporte en boca el sabor y la textura que esperamos. Pero, si tiene buen aspecto, y nada de sabor, empezamos a discutir sobre su calidad.

Aquí nos centramos: el análisis sensorial de los alimentos es una pieza clave dentro de la caracterización de la calidad agroalimentaria.

Hablamos de una disciplina científica que implica diferentes métodos capaces de medir, analizar e interpretar las respuestas organolépticas (color, textura, dulzor, amargor...) de las personas frente a las características de los productos.



Estas respuestas corresponden a las percepciones obtenidas a través de nuestros sentidos: oído, tacto, vista, olfato y gusto; siendo estos dos últimos los que generan mayor interés y repercusión en el análisis sensorial de los alimentos.

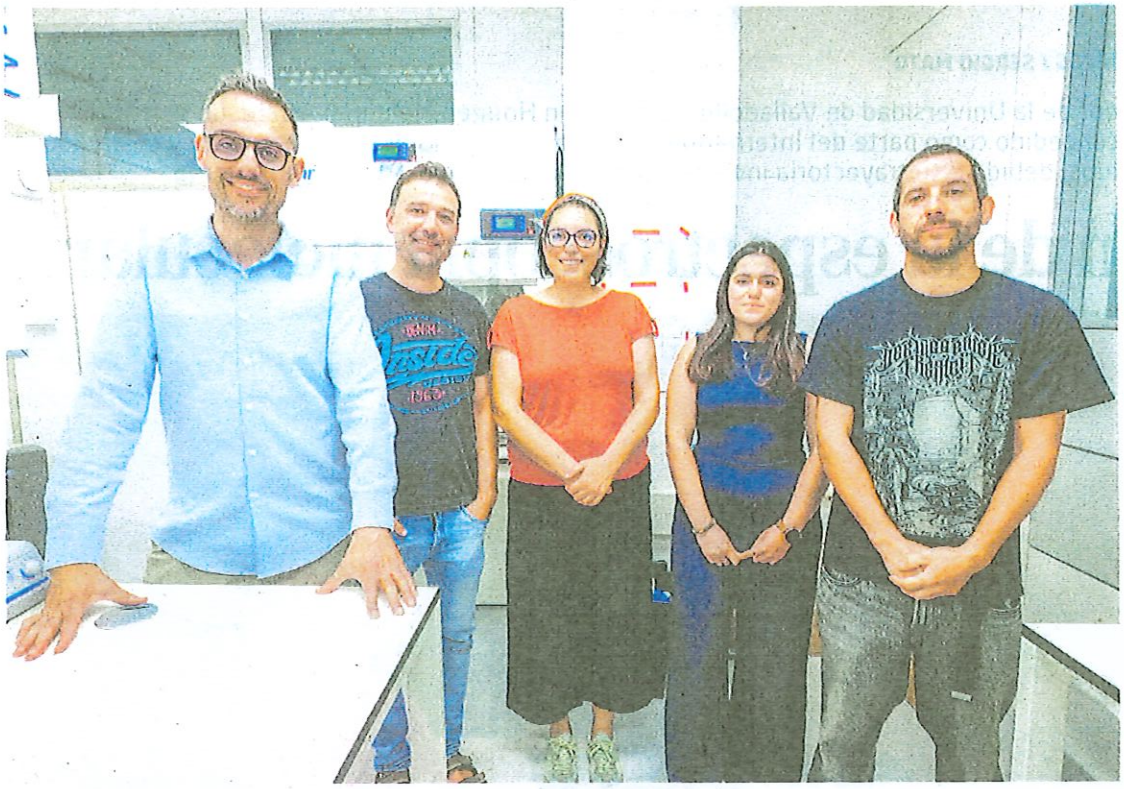
En el caso de las frutas, destacan parámetros externos e internos. En los primeros, participará fundamentalmente la vista, ya que se analizan cuestiones relacionadas con el aspecto externo (tamaño, forma y color, tono, intensidad y brillo) y se analizan los posibles defectos (presencia de picaduras, rozaduras, marchitamientos...).

En los segundos, los parámetros internos participan todos los sentidos, de forma conjunta o separada, según el ítem a analizar.

Estos son, por ejemplo: olor (se analiza la persistencia, la intensidad, la saturación); el aroma (percepción retronasal), el gusto (puede ser dulce, ácido, amargo, salado, umami), la textura (dureza, adhesividad, elasticidad, viscosidad...); el sabor (conjunto de olor, gusto, aroma).

Esta disciplina científica avanza mejorando la capacidad de interpretación de las respuestas sensoriales, aportando soluciones beneficiosas para la industria alimentaria, y, particularmente, a los consumidores. Por todo ello, empleemos nuestros cinco sentidos en saber cómo comemos.

Cristina Lucini Baquero es Ingeniera Agrónoma y directora Grupo de Investigación Producción Vegetal y Calidad Agroalimentaria de la UCAV



A la izquierda, Carlos Rumbo Lorenzo, junto a miembros del equipo de investigación. SANTI OTERO

> BURGOS

De tóxicos a antibacterianos

La Universidad de Burgos, a través del ICCRAM, investiga la transformación de viológenos, compuestos orgánicos cuya toxicidad en sus variantes más comunes ha limitado su uso, para convertirlos en posibles agentes antimicrobianos frente a bacterias de interés clínico. Por **María Merino**

En la Universidad de Burgos, el equipo de Microbiología y Toxicología del ICCRAM desarrolla una línea de investigación centrada en la transformación de compuestos químicos con potencial aplicación en el ámbito sanitario. El trabajo se articula en torno a los derivados de viológeno, una familia de moléculas orgánicas utilizada en diversas aplicaciones por sus propiedades electroquímicas, pero cuyo estudio ha estado históricamente limitado por su elevado grado de toxicidad.

El objetivo de esta línea es analizar cómo la modificación de la estructura molecular de los viológenos puede abrir nuevas posibilidades en el campo de la biomedicina y en la lucha contra infecciones bacterianas.

El responsable del estudio es Carlos Rumbo Lorenzo, cuya trayectoria investigadora comenzó en el grupo de Microbiología del Centro Hospitalario de A Coruña, donde realizó su doctorado y trabajó posteriormente como investigador postdoctoral. En 2016 se incorporó a la Universidad de Burgos (UBU) dentro del grupo de Bioorgánica en colaboración con el ICCRAM, centro al que pasó a integrarse en 2018. Desde entonces ha asumido distintas responsabilidades, entre ellas la dirección del grupo de Toxicología en 2022 y, más recientemente, de la línea de Microbiología y Toxicología en 2025.

El ICCRAM, centro de investigación de la Universidad de Burgos, fue creado en 2014 para el estudio de materias primas críticas y ha ampliado progresivamente su actividad hacia la evaluación de la seguridad y sostenibilidad de nuevos materiales, así como la protección del medioambiente y la salud del suelo. Dentro de este equipo multidisciplinar, Carlos Rumbo centra su investigación en el campo de la toxicología y la microbiología, con especial atención al impacto biológico de sustancias químicas y materiales avanzados, como nanopartículas, que están muy presentes en elementos cotidianos, con el fin de determinar su impacto en la salud humana y medioambiental, así como sus propiedades antimicrobianas.

La investigación con viológenos tiene su origen en el estudio de derivados como el metil viológeno y sus análogos, conocidos por sus propiedades físico-químicas y su aplicación en distintos ámbitos científicos. En el proyecto europeo MeBattery, coordinado por el grupo de Procesos Electroquímicos de la UBU e ICCRAM, liderado por Edgar Ventosa, estas moléculas se exploraron como materiales electroactivos en baterías de flujo redox (un tipo de batería recargable) dentro de una línea de desarrollo de tecnologías energéticas sostenibles.

En paralelo a su uso en electroquímica, el proyecto incluyó la evaluación de su toxicidad en distintos modelos biológicos. A partir de esos estudios se identificaron resultados de interés en bacterias, lo que abrió la puerta a investigar sus posibles propiedades antimicrobianas en el ámbito biomédico.

El principal avance científico surgió al comprobar que pequeñas modificaciones en la estructura de los viológenos podían cambiar de forma significativa su comportamiento toxicológico, señala Rumbo. Esta observación fue clave para plantear la posibilidad de transformar compuestos inicialmente problemáticos por su toxicidad en otros más seguros con aplicaciones útiles. Además, este efecto no era uniforme entre los diferentes organismos. Algunos viológenos mostraron ser seguros para el ser humano, al mismo tiempo que eran tóxicos para algunos microorganismos Esta diferencia llevó al equipo a estudiar su comportamiento en bacterias relevantes para la medicina y la salud. En este punto, se identificó su actividad antibacteriana a concentraciones que no afectan negativamente a las células humanas.

Esta investigación, que se basa en la síntesis y funcionalización de la familia de viológenos desarrollada por el doctor Rubén Rubio Presa, del grupo de Procesos Electroquímicos de la UBU e ICCRAM, permite obtener derivados del viológeno con estructuras diseñadas específicamente para modular su actividad biológica. El uso de materiales de partida comerciales o accesibles facilita además su posible escalado industrial. Entre los resultados más relevantes, Rumbo destaca la identificación de una familia de compuestos capaz no solo de reducir la viabilidad de algunas bacterias relevantes en biomedicina, sino también de afectar al biofilm bacteriano (comunidad de bacterias que se adhieren a una superficie; están protegidas del ambiente y resisten mejor a los agentes antimicrobianos), inhibiendo su formación además de destruir aquellos previamente formados. Asimismo, se ha comprobado que, en modelos que simulan la infección, las células tratadas sobreviven más que las no tratadas, lo que amplía su potencial en el ámbito sanitario.

Uno de los aspectos más significativos de esta tecnología es que no requiere fijación a superficies. Al tratarse de moléculas en forma libre, su difusión es mayor y su acceso a las bacterias más directo, lo que puede favorecer su eficacia en distintos entornos.

Aunque los resultados son prometedores, las pruebas se han realizado únicamente en bacterias estudiadas en laboratorio. Por ello, el equipo investigador considera necesario seguir investigando para entender mejor cómo funcionan, comprobar si también son eficaces contra bacterias resistentes a los antibióticos actuales y confirmar que son seguras. Estos serán los próximos pasos del proyecto. El equipo destaca la versatilidad de estas moléculas y su facilidad de modificación como base para nuevas líneas de investigación, condicionadas a la obtención de financiación.

En cuanto a sus aplicaciones, y a la espera de nuevos estudios de seguridad, el equipo apunta a la desinfección de superficies en entornos médicos como una de las opciones más viables a corto plazo, dentro de los tiempos habituales de desarrollo de este tipo de tecnologías.

En el contexto de la resistencia a los antibióticos, los primeros resultados sugieren un potencial uso como herramienta complementaria, tanto de forma independiente como en combinación con tratamientos existentes. Su actividad frente a biofilms resulta especialmente relevante, ya que estas estructuras están implicadas en numerosas infecciones intrahospitalarias y siguen siendo uno de los principales desafíos clínicos.

El estudio se encuentra actualmente en fase de protección de resultados, por lo que se ha presentado una solicitud de patente nacional con apoyo de la OTRI-OTC de la Universidad de Burgos. La investigación forma parte de la tesis doctoral de Sandra de la Parra e incluye la participación de los investigadores Rubén Rubio, Edgar Ventosa, Rocío Barros, Laura Gómez Cuadrado y Juan Antonio Tamayo.

La solicitud de patente supone un hito en el proceso, al proteger la invención y facilitar su futura transferencia al sector industrial, además de reforzar su atractivo para la inversión.

De cara al futuro, Rumbo destaca que el objetivo es consolidar el desarrollo de una familia de moléculas con actividad frente a bacterias de interés clínico, incluidas cepas resistentes a antibióticos, con aplicaciones potenciales tanto en la desinfección de superficies como en usos biomédicos, siempre que los estudios confirmen su efectividad contra cepas resistentes y su seguridad en humanos.



DOS HERMANAS QUE 'TRABAJAN' CONTRA EL CÁNCER: "LO QUE NOS PASÓ NOS GUIÓ AQUÍ"

Innovación. Isabel sobrevivió a una leucemia infantil y hoy es doctora. Su hermana Victoria investiga nuevas terapias para el cáncer. Son la cara de una unidad pionera del Hospital Niño Jesús y la Fundación Unoentrecienmil

Por ***Cristina G. Lucio (Madrid)***

Cuando se tienen 15 años nunca se piensa en el cáncer. Por eso, pese al malestar, los mareos o aquellas taquicardias que le dificultaban subir hasta un tramo de escaleras, lo último que esperaba escuchar Isabel eran aquellas tres palabras: leucemia linfoblástica aguda.

«Yo sabía y no sabía a la vez lo que aquello quería decir», recuerda esta madrileña, 15 años después de aquel día en el que todo su mundo –las clases de 4º de ESO, el patinaje, el aerobic...– quedó en suspenso por la enfermedad.

«Al principio no te encuentras tan mal y lo que más sufres es ver los cambios en tu cuerpo. Que se te caiga el pelo, perder la musculatura, sentir cómo te hinchas. Con 15 años todo eso es muy importante», rememora. «Después, estás tan hecha una mierda que ya no piensas tanto en que estás calva».

Isabel echa la vista atrás desde su consulta en Vigo, donde ejerce en el servicio de Urgencias del Hospital Álvaro Cunqueiro. Porque tras acabar la ESO y el Bachillerato, fue a la Medicina donde la llevaron sus pasos.

«Desde que era muy pequeña ya sabía que quería hacer algo que me permitiera tener contacto con la gente, porque siempre me ha gustado la gente. Y también que el campo de las ciencias era lo que más me gustaba. Supongo que lo que me pasó me encaminó hacia aquí», reflexiona.

«Al principio pensé que me vendría grande y valoré otras opciones, pero siempre acababa pensando de nuevo en la Medicina, así que al final me decidí por esto y estoy muy contenta de haberlo hecho», desliza con una sonrisa.

Su hermana Victoria tenía 11 años cuando el diagnóstico de Isabel golpeó a toda la familia. Se le quiebra la voz al recordar aquellos años en los que pasaban más tiempo en el hospital que en casa y la preocupación era constante. «A pesar del miedo, algo dentro de mí me decía que todo iba a estar bien. Y afortunadamente así fue», se emociona.

A la Victoria adolescente también le gustaban las ciencias. Por eso, cuando llegó el momento de ir a la Universidad, se decantó por la Biología. «Al principio pensaba en tirar por la rama de la Biología Marina. No quería apostar por Bioquímica ni Biotecnología porque, en ese momento, lo último que quería era recordar esa etapa de nuestras vidas. Pero una vez que empecé la carrera me di cuenta de que lo que realmente quería hacer era investigar. Fui consciente de que había pasado media vida dentro de un hospital y que mi hermana se había salvado gracias a los tratamientos médicos. Y que, en la medida de lo posible, yo también quería intentar ayudar a que la vida de la gente mejore, a que muchos puedan curarse», recuerda. A sus 26 años, desde el Centro de Biología Molecular Severo Ochoa, Victoria trabaja en su tesis sobre un nuevo tratamiento para la leucemia linfoblástica aguda tipo T.

Las dos hermanas, desde el laboratorio y la consulta, trabajan hoy para ayudar a los pacientes. Y reclaman que ese hermanamiento entre ciencia y medicina que ellas representan sea una realidad cada vez más tangible para todos los pacientes.

Ambas presentaron ayer la Unidad de Investigación Integral de Leucemia Infantil (UNILEU) que la Fundación Unoentrecienmil y el Hospital Niño Jesús han puesto en marcha en el centro madrileño, «un proyecto pionero en España que rompe la brecha histórica en la continuidad entre la investigación y la atención clínica», según adelantaron sus responsables. Esta unidad, subrayaron, «llevará a cabo proyectos de investigación traslacional y facilitará la colaboración con otros científicos que trabajan en leucemia de niños y adolescentes, acelerando el acceso de los pacientes a las innovaciones».

Victoria Pérez, a la izquierda, junto a su hermana Isabel, en la entrada del Hospital Niño Jesús. ÁNGEL NAVARRETE

«A día de hoy existe una barrera entre la investigación clínica y la práctica clínica que muchas veces limita los avances y también la detección de dónde están los posibles errores o mejoras en la investigación», confirma Isabel.

Su hermana también pronuncia casi las mismas palabras, remarcando la importancia de esa unión entre ciencia y medicina y reivindicando una mayor apuesta desde el punto de vista de la financiación.

«Para conseguir que nuevos tratamientos lleguen a los pacientes, que no se queden solo en la poyata del laboratorio o en investigaciones en ratones, necesitamos que se invierta más. Necesitamos que quienes toman decisiones se convenzan de que es necesario invertir en esto porque es de lo que depende el futuro», sostiene.

La Fundación Unoentrecienmil, adelantaron sus responsables, asegurará una inversión de al menos dos millones de euros durante los próximos cinco años para el proyecto. «Vamos a tener una ocasión única de tener una visión conjunta e integrar conocimientos clínicos con conocimientos biológicos que proporciona el estudio de la enfermedad. Vamos a tener una estructura estable que haga posible generar unos conocimientos y participar en la creación de innovación para estos pacientes», señaló en la presentación de la iniciativa Manuel Ramírez Orellana, jefe de Terapias Avanzadas del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús y responsable de UNILEU.

La leucemia infantil es el cáncer pediátrico más frecuente, con 380 diagnosticos en menores de 20 años cada año en España. Gracias a la investigación, actualmente el 87% de los pacientes supera la enfermedad. «Nuestro objetivo es llegar al 100%», comentaron los responsables de UNILEU. Comparte también esa meta Victoria, que investiga un nuevo tratamiento de inmunoterapia frente a la leucemia. «Necesitamos centros como este para que toda la inversión acabe teniendo una aplicación y un resultado para los pacientes». A día de hoy, Victoria es investigadora predoctoral pero ve su futuro en el laboratorio. «Quiero aportar lo que pueda en la investigación que le salvó la vida a mi hermana».

La leucemia infantil es el cáncer pediátrico más frecuente, con 380 nuevos diagnósticos al año

"Quiero aportar todo lo que pueda en la investigación que le salvó la vida a mi hermana"

CASTILLA Y LEÓN



Mañueco saluda al presidente de los colegios de Médicos, Díaz Villarig, en presencia de la rectora, Nuria González. ICAL

El Grado de Medicina se inicia en León tras «un anhelo de 40 años de toda la sociedad»

Mañueco resalta el incremento del 30% de la financiación de la Junta a la ULE desde 2019 como «protagonista en la excelencia educativa»

LEÓN

La Universidad de León vivió ayer martes una jornada histórica con la inauguración del primer curso del Grado en Medicina, que inicia su andadura con todas sus plazas cubiertas y con la «ilusión» que supone que «un anhelo de 40 años de la sociedad leonesa se convirtiera en compromiso y posteriormente se haya hecho realidad».

Así lo resaltó el presidente de la Junta de Castilla y León, Alfonso Fernández Mañueco, durante el acto de inauguración, en el que resaltó que el Gobierno autonómico incrementó desde el año 2019 en cerca de un 30% la financiación aportada a la Junta de Castilla y León, al considerar a esta «una pieza clave y protagonista» dentro del objetivo de «ampliar la excelencia y equidad del modelo educativo en la Comunidad Autónoma».

Un objetivo que se refuerza mediante la ampliación de la oferta docente con titulaciones como es el Grado en Medicina, para cuya implantación la Junta invirtió cerca de 3,8 millones de euros. «Para mí, la política es huir del ruido, apostar por convertir palabras en hechos y que la gestión administrativa se convierta en resultados», afirmó el presidente, quien recordó el compromiso adquirido hace dos años para que la ULE contara con el Grado en Medicina, que «hoy es una realidad con la primera promoción de profesionales de la Medicina ya incorporada a las aulas».

Para Alfonso Fernández Mañueco, la implantación de Medicina en León supone «un hito académico, social e institucional tanto para la propia ULE, como para la provincia de León y todo el sistema universitario de Castilla y León» y «responde a una importante demanda formativa». Por este motivo, puso de relieve que se trata de algo «conseguido entre todos», que nació de «amplios consensos, muchas colaboraciones y el esfuerzo de mucha gente» y que supone «el fruto del aliento de la sociedad leonesa y del compromiso de rectores de universidades públicas para implantar un Grado que ha cubierto con creces y con muchísima rapidez las plazas ofertadas».

Durante la inauguración del curso del Grado en Medicina de la ULE, el presidente de la Junta quiso dirigirse a los estudiantes de la que es ya la primera promoción de los estudios, a los que aseguró que «el camino será largo y complejo pero muy ilusionante», ya que emprenden «una disciplina hermosa en la que el conocimiento científico va de la mano de la empatía y el calor humano», ya que «ninguna alta tecnología puede sustituir cómo un médico agarra a un paciente de la mano y le tranquiliza».

«Vuestra formación, tanto en Grado como en MIR, es el inicio de una etapa mucho más importante, porque vais a ser pioneros, estáis abriendo puertas y vais a la vanguardia de toda la Comunidad y estamos muy orgullosos de que Castilla y León esté a la vanguardia de España tanto en el ámbito educativo como en el sanitario», trasladó Mañueco.

También participó en la inauguración del Grado en Medicina la rectora de la Universidad de León, Nuria González, quien además de «agradecer» a Mañueco «el impulso y la confianza que permitieron hacer posible el proyecto», recordó que, a partir de la luz verde de la Junta, se asumió «la responsabilidad de una formación médica sólida», lo que «se tradujo en una memoria rigurosa construida desde la certeza de que se cuenta con conocimiento y capacidad para poner en marcha formación con los máximos estándares de calidad».

«La ULE está altamente preparada para ofrecer a los estudiantes de Medicina una formación excelente, a la altura de lo que significa formar a los futuros médicos de nuestra tierra, de la mano de un equipo docente que reúne conocimiento, trayectoria y compromiso con la formación y la profesión», remarcó la rectora, para quien el día de ayer supuso «el punto partida de un proyecto que seguirá creciendo en profesorado, infraestructuras e investigación con vocación de seguir sumando talento, conocimiento y recursos a toda la provincia».

El PSOE acusa a la Junta por hacer trabajar sin contrato a docentes de Infantil

VALLADOLID

El secretario de Organización del PSOECyL y procurador en las Cortes de Castilla y León, Daniel de la Rosa, exigió este martes a la Junta de Castilla y León "explicaciones urgentes» ante la situación de incertidumbre e inseguridad laboral en la que se han encontrado los profesionales de Educación Infantil que han trabajado desde el 1 de septiembre hasta hoy (15 de septiembre) sin contrato, según denunciaron los socialistas en una nota de prensa.

«Estamos hablando de unos 500 trabajadores de Educación Infantil (0-3 años) con titulación de Técnico Superior en Educación Infantil, que forman parte del personal laboral de la Junta con contrato vinculado a los Fondos Europeos», apuntaron.

En el curso 2022-2023, según explican desde el PSOE, la Junta vinculó sus contratos a los Fondos Europeos por un periodo de dos años, finalizando por tanto en 2024, año en el que el Ejecutivo autonómico realizó la correspondiente modificación para prorrogar sus contratos un año, hasta 2025; situación que se repitió en 2026, "hasta que en mayo de este año se han agotado los fondos europeos», agregaron.

«No puede ser que la Junta les comunique la última semana de agosto que deben iniciar su actividad sin contrato, que les haya tenido 15 días en un limbo laboral «, denunció Daniel de la Rosa, tras incidir en que al menos en la Consejería de Educación alguien debería saber y haber actuado para que estos trabajadores, en su mayoría mujeres, no se hubieran visto en la situación de tener que trabajar sin contrato durante 15 días. "Es incomprensible. Presentaremos en las Cortes iniciativas parlamentarias exigiendo responsabilidades y todas las explicaciones de cómo ha podido suceder esto", concluyó.

CASTILLA Y LEÓN

Apnea, el trastorno que quita el sueño a más de 67.000 personas en la Comunidad

Los casos aumentan en 20.000 en un lustro, con los hombres de más de 55 años como principales afectados. «La máquina CPAP cambió mi vida. Por fin tuve un sueño reparador», apunta un paciente con esta patología

Pág. 9

DIARIO DE SORIA
EL MUNDO
6. Este periódico se distribuye conjunta e inseparablemente con EL MUNDO HERALDO-DIARIO DE SORIA AÑO CXIII. Número: 19718

La futura ley del medicamento: ¿Es perfecta para la industria? No. ¿Lo es para el Gobierno? Tampoco"

LAURA COLÓN

La nueva presidenta de AstraZeneca España subraya la importancia de contar con una estrategia pactada entre el Ejecutivo y el sector farmacéutico

Por **Pilar Pérez**
Fotografías de **Alberto Di Lolli**

Laura Colón, presidenta de AstraZeneca España

A principios de año, Laura Colón recogió el testigo de Rick R. Suárez como presidenta de AstraZeneca España. "Cuando supimos que Suárez iba a dar el salto a otra posición [ocupa la presidencia de la compañía en EEUU], comenzamos a trabajar juntos para preparar este relevo". Para Colón suponía dar un salto importante porque pasaba de liderar una de las áreas punteras y estratégicas del laboratorio –dirigió desde 2023 Oncología– a coger la batuta de todo: "Es una oportunidad preciosa, un privilegio y una responsabilidad muy grande". Hace siete años que entró en la farmacéutica. Cuenta que llegó para dirigir las líneas de cáncer de pulmón y "después tuve la oportunidad de trabajar con los mercados internacionales desde Singapur". Reconoce que el apoyo de Suárez no es casual, ya que "ha sido mi mentor desde hace muchos años"

Junto a *Actualidad Económica*, repasa, en su primera entrevista a medios, los planes de inversión del *hub* de Barcelona, los obstáculos de acceso a la innovación en España y el impacto de la inestabilidad geopolítica en el sector farmacéutico. Colón también asume el cargo de *site leader* del AstraZeneca Global Hub de Barcelona, que "se ha consolidado como motor de innovación biomédica, digital y comercial en Europa". Este centro internacional representa un nuevo modelo de innovación que combina biomedicina, ciencia de datos, innovación digital y excelencia comercial. Desde el *hub,* el laboratorio anglosueco, y una de las tres compañías que desarrolló una vacuna contra el Covid, busca cumplir con el objetivo de dar un salto ambicioso: 20 nuevas moléculas en 2030.

Pregunta. En los últimos cinco años, AstraZeneca ha multiplicado su apuesta inversora en España. ¿Qué peso tiene hoy la filial española en la estrategia global de la compañía?

Respuesta. Hemos multiplicado por cinco el número de empleados que tenemos. Trajimos el *hub* de Barcelona a España, que compitió con otros candidatos internacionales, y al final nuestro país fue la opción decisiva. Es una apuesta muy firme de la compañía por la innovación en España: tenemos el compromiso de 1.300 millones de euros de inversión hasta 2027, con más de 1.600 profesionales trabajando ya en el *hub*. Aproximadamente un 60% del centro se dedica a I+D y el resto a inteligencia artificial y otras áreas. Todo contribuye a la ambición de la compañía de traer 20 nuevos medicamentos hasta 2030: ya llevamos once y vamos por buen camino.

P. ¿Cómo valora el ecosistema de colaboración público-privada en España para atraer inversión en I+D frente a otros mercados europeos?

R. A nivel de I+D, España es un pilar crítico para toda la industria farmacéutica, no solo para AstraZeneca. Aquí, somos líderes en ensayos clínicos: tenemos 258 ensayos en marcha, lo que representa en torno a un 27-28% del total de los ensayos que se autorizan cada año; es decir, contribuimos con casi un 30% de la ciencia que se está haciendo ahora mismo en el país. A eso se suma la calidad de nuestros investigadores españoles, equiparable a la de Estados Unidos o China, la calidad de los profesionales sanitarios y la infraestructura hospitalaria. Pero el elemento más diferencial es la generosidad de los pacientes españoles: cuando su médico les ofrece participar en un ensayo clínico, normalmente aceptan. Lo vemos también en las tasas de vacunación, siempre entre las más altas del mundo. Es algo que debemos seguir cultivando junto al Gobierno para mantener nuestro liderazgo en desarrollo clínico.

P. Toda esa innovación necesita un marco legislativo que la acompañe. ¿El sistema español está a la altura?

R. Estamos trabajando para mejorarlo. Vemos disponibilidad por parte del Gobierno, los ministerios y las comunidades autónomas, pero queda tarea pendiente. Si repasamos la inversión en I+D: EEUU invierte en torno a un 3,4% de su PIB, Europa tiene el compromiso de llegar al 3% pero lleva años estancada en el 2,2%, y España está en el 1,5%, a mitad de camino de ese objetivo europeo. El segundo problema es el acceso. Como europeos tenemos el compromiso de que la innovación llegue al paciente en torno a 180 días. Alemania lo consigue en unos 158 días, según el último informe WAIT. En España estamos tardando 537 días de media, y más de 600 para Oncología. Cuando la Agencia Europea del Medicamento (EMA) aprueba un fármaco, pacientes y médicos saben que existe, pero tarda demasiado en llegar. En AstraZeneca recibimos llamadas de pacientes pidiendo acceso, sobre todo en cáncer avanzado, donde las alternativas se agotan, y ahí entra la angustia de las familias. El tercer punto es el nivel de inversión en fármacos innovadores, estancado también en torno al 0,53% del PIB desde hace años, mientras la población envejece: las personas de más de 65 años han aumentado más de un 20%. El 70% de ese incremento en longevidad se debe a la innovación y a los medicamentos. El medicamento no es un gasto, es una inversión en salud.

> "El 70% de la longevidad se debe a la innovación. El medicamento no es un gasto, es inversión en salud"

P. Como apunta, ese acceso ágil a la innovación sigue siendo un reto en el sistema sanitario español. Desde el Gobierno se argumenta que los ensayos clínicos ya dan acceso a los pacientes mientras se resuelve la financiación. ¿Es suficiente?

R. Es verdad que el ensayo clínico siempre aporta al sistema: genera manejo de un fármaco que, si funciona, llegará al mercado, y da oportunidad a pacientes en áreas de alta necesidad sin alternativas. Pero los ensayos tienen una duración limitada. En enfermedades agudas como el cáncer, esos pacientes siguen en tratamiento financiado por el laboratorio hasta que acaba el ensayo –que puede durar 5, 6 o 7 años–, y luego deben saltar a la medicación ya comercializada. Ahí pueden producirse ventanas sin alternativa terapéutica, lo que supone un drama muy serio que hay que explicar con cuidado a los pacientes.

P. Hay aspectos geopolíticos (los aranceles de EEUU, la guerra de Irán...) que afectan a la predictibilidad que necesita esta industria. ¿Cómo encara la compañía estos vaivenes?

R. Es un momento complejo, de mucha incertidumbre e inestabilidad, pero en Europa tenemos los mimbres: la investigación, en la que somos líderes, y hay que mantenerla.

P. ¿Cómo se mantiene la competitividad europea que se desprende de ese liderazgo?

R. Primero, no sobrerregulando: poner en marcha un ensayo clínico es competitivo, el primero en arrancar es el que recluta a los pacientes. En EEUU y China se tarda de media 60 días en aprobar un ensayo; en Europa llegamos a 110 días, y con las regulaciones locales podemos casi duplicar ese tiempo. La patronal europea de los laboratorios [EFPIA, por sus siglas en inglés] y la nueva Biotech Act plantean reducirlo a 75 días, pero seguimos sin ser competitivos frente a China o EEUU. Segundo, la inversión per cápita en innovación: en Estados Unidos está en torno al 0,7-0,8%; en Europa, en el 0,3%. La Administración Trump reclama que Europa financie la innovación al mismo nivel, y Europa tiene que dar ese paso des-

de un modelo sanitario distinto, el de la cobertura universal. Y tercero, el tiempo de acceso: podemos traer la mejor innovación del mundo, pero si no llega al paciente, es inversión y tiempo perdido.

P. El 'informe Draghi' señaló a la industria farmacéutica como una de las fortalezas de Europa frente a EEUU y Asia. ¿Cómo se consigue este paso?

R. Han pasado ya dos años desde el *informe Draghi* y llevamos dos años de discusiones, pero vamos avanzando. La farmacéutica es una de las pocas industrias en las que Europa puede ser líder mundial: generamos en torno a un millón de empleos a nivel europeo, y en España, según Farmaindustria, estamos en torno a los 270.000 puestos de trabajo directos e indirectos. Draghi fue claro en lo que hay que mejorar: evitar la sobrerregulación, que nos resta competitividad frente al resto del mundo; reducir los tiempos de los ensayos clínicos; revisar la inversión en I+D, estancada por debajo de China y EEUU; proteger la propiedad intelectual, mucho más restringida en Europa que en Estados Unidos, Reino Unido o Suiza; y reconocer e invertir en innovación. Como industria necesitamos predictibilidad en dos planos: cuánto va a costar el fármaco y cuánto tiempo real de propiedad intelectual vamos a tener.

P. España cuenta con una Estrategia de la Industria Farmacéutica consensuada entre Gobierno e industria. ¿Va por buen camino o hay fricciones?

R. Creo que sí vamos dando pasos. En un contexto de incertidumbre con 27 Estados miembros, España es, que yo sepa, el único país con una estrategia de la industria farmacéutica pactada entre Gobierno e industria, lo que ya es un signo importante de intención política. Lo que falta trabajar es la inversión en innovación: necesitamos nuevos modelos de gestión de precio y reembolso, y de valoración en vida real. En Alemania, por ejemplo, fijan un precio, ponen el fármaco a disposición de los pacientes y, tras 12 meses de evidencia en vida real, revisan ese precio. Para replicarlo en España necesitamos interoperabilidad de datos, que ahora mismo no tenemos. Trabajamos de la mano primero con el Gobierno y luego con las comunidades autónomas, que son las que financian con sus presupuestos; algunas están más avanzadas en evaluación de resultados, lo que facilita pilotar nuevos modelos. El ideal sería un acuerdo entre todos los agentes para lograr esa interoperabilidad, y ahí la inteligencia artificial va a jugar un papel importante en los próximos años.

P. Mónica García ha apuntado la posibilidad de revisar la protección adicional de 12 meses, y la nueva ley del medicamento está en trámite. ¿Cómo lo valora la industria?

R. Vemos intención de ampliar esos 12 meses, pero tanto Farmaindustria como la EFPIA sostienen que se necesita más amplitud, porque esa protección se centra en un tipo concreto de fármacos y hay que ir más allá. Sobre la ley del medicamento, es un esfuerzo que llevábamos esperando mucho tiempo. Ha habido disposición del Gobierno para trabajarla con los distintos agentes y su aprobación por el Consejo de Ministros es un paso importante. ¿Es perfecta para la industria? No. ¿Lo es para el Gobierno? Tampoco. Hay que encontrar un balance que satisfaga a todos. Creemos que la intención es mejorar los tiempos de acceso, y eso se aborda con tres normas en paralelo: la ley del medicamento, la nueva ley de tecnología sanitaria y la de precio y reembolso. Pensamos que dan respuesta a lo que se empuja desde Europa con la Biotech Act y la nueva legislación farmacéutica europea. Esperamos su tramitación pueda avanzar y quedar cerrada en esta legislatura.

P. Revisando su 'pipeline': de los 20 nuevos medicamentos previstos para 2030, ¿cómo se reparten por áreas terapéuticas, y hay alguno que pueda marcar un punto de inflexión en los próximos años?

R. En torno a un 50% sería oncología, donde estamos muy enfocados en anticuerpos monoclonales conjugados, combinaciones, medicamentos biespecíficos y terapia celular. El otro 50% se reparte entre cardiovascular, renal, metabólica, respiratoria, enfermedades infecciosas y enfermedades raras. Es difícil señalar uno solo, porque toda la innovación que traemos es disruptiva y ambiciona cambiar la vida de los pacientes; en el área de metabolismo, por ejemplo, estamos en fases avanzadas de un fármaco para la pérdida de peso, en formato pastilla; también en cardiovascular estamos cada vez más cerca de



EN CIFRAS

Empleo. La filial de la compañía anglosueca mantiene una plantilla de más de 2.000 personas entre Madrid y Barcelona.

Investigación. Tiene 413 proyectos, de los cuales 259 son ensayos clínicos abiertos con la colaboración casi 12.000 pacientes involucrados.

Inversión en I+D. Ha destinado más de 420 millones de euros de inversión en proyectos innovadores en España, lo que la posiciona como líder europeo.

Fármacos clave. Además de las vacunas contra la Covid, son conocidos los aerosoles contra el asma, Pulmicort o Rilast, y los anticáncer, olaparib y fulvestrant.

Resultados globales. La facturación alcanzó los 58.739 millones de dólares el último año, lo que supuso un crecimiento interanual del 8,6%.



lanzar un tratamiento contra la hipertensión resistente. Después de 20 años en oncología, sin tener los resultados de los ensayos es arriesgado hacer afirmaciones, pero la terapia génica va a suponer un cambio importante, no solo en tumores hematológicos sino también en tumores sólidos y enfermedades inmunológicas: ahí habrá un antes y un después. El mensaje de fondo es que tenemos un *pipeline* muy diversificado, con foco en el diagnóstico precoz y en la medicina de precisión, que para mí es la verdadera sostenibilidad: dar el tratamiento específico a la persona específica.

P. La inteligencia artificial y el 'big data' llevan años integrados en el 'hub'. ¿Cómo se traduce en el día a día?

R. Más del 90% de nuestros programas de pequeñas moléculas se desarrollan ya de alguna manera con inteligencia artificial; es parte de nuestro día a día. Para implementarla, primero nos aseguramos de que los empleados tengan la capacitación adecuada bajo el concepto de *the human in the loop*, con el humano siempre en el centro para supervisar la IA. Trabajamos mucho con *startups*, a las que ayudamos a desarrollarse a través de aceleradoras. Por ejemplo, hemos puesto en marcha proyectos de IA conversacional que han reducido casi 8.000 horas de llamadas telefónicas entre médicos y pacientes, ayudando al médico a priorizar cuándo es necesario contactar. También colaboramos con Tempus para acelerar e identificar ensayos clínicos en fase 3 y fase 4.

P. El sector farmacéutico en España destaca por su alta presencia femenina en ciencia y sanidad, pero la brecha persiste en la alta dirección. ¿Cuáles son los desafíos pendientes?

R. Esta industria es un privilegio en ese sentido. En mi comité de dirección somos un 80% mujeres; de hecho buscamos diversidad, ¡pero para traer caballeros!. También vemos una tendencia clara en los ensayos clínicos, donde cada vez más investigadoras principales lideran los proyectos, y seguimos trabajando para que haya más presencia femenina en los *steering committees*. El gran reto para que la mujer llegue a la alta dirección es acostumbrarnos a viajar y a salir fuera. Como españolas, nos cuesta dar el salto y ganar experiencia en Europa, EEUU o Asia. En la compañía tenemos programas de importación y exportación de talento: en el *hub*, un 70% es talento nacional –incluido el que hemos logrado repatriar– y el 30% restante es internacional, donde más de la mitad también son mujeres. Además, impulsamos proyectos para trabajar desde el colegio motivando a las niñas hacia las carreras STEM, explicándoles las oportunidades que ofrece la ciencia y la industria farmacéutica.

P. Con el crecimiento tan rápido de los equipos en España, especialmente perfiles digitales, científicos y de datos, ¿cómo se mantiene una cultura corporativa cohesionada que sea atractiva para el talento joven, sin que choque con la cultura tradicional de una gran farmacéutica?

R. España es un lugar maravilloso para atraer talento. Como expatriada –he vivido fuera más de diez años–, valoro que el país ofrece una calidad de vida altísima y mucha seguridad, también en lo sanitario; es un buen sitio tanto para extranjeros como para nacionales. Como comentábamos hace poco en el Círculo de Economía, cuando abres un *hub* como el de Barcelona es importante que no esté solo, porque a la gente le da vértigo pensar que si un proyecto no sale, no hay alternativa. Que Barcelona y Madrid sean ecosistemas de innovación consolidados asegura que, si no encajas en un proyecto concreto, existan otras opciones. AstraZeneca ha sido un catalizador para que otros laboratorios se animen a venir, y estamos muy contentos de haber sido los primeros en dar el paso. Además, trabajamos con el Ayuntamiento de Barcelona y el alcalde Jaume Collboni en programas de integración para que el talento que llega de fuera no se aísle, sino que genere comunidad y disfrute de la cultura local. ■

> **"Falta trabajar la inversión en innovación: necesitamos nuevos modelos de gestión de precio y reembolso"**



EL PENÚLTIMO TABÚ

Hablar de nuestras defecaciones –incluso con el médico– sigue siendo vergonzoso y ese reparo afecta a nuestra salud. La gastroenteróloga Trisha Pasricha, profesora e investigadora en Harvard, está decidida a cambiarlo. Desde niños nos dicen que hablar de caca está mal. Ella pronuncia la palabra en cuanto entra el paciente en la consulta. Está en juego, afirma, mucho más de lo que crees.

POR VON JOHANN GROLLE Y CLAUS HECKING

HACE 20 AÑOS, nadie hablaba de la menopausia. Era un tema vergonzoso, tabú, estigmatizado. Hoy en día, muchas celebridades hablan abiertamente sobre ello, y miles de libros ofrecen información al respecto. Espero que pase lo mismo con la defecación». Trisha Pasricha, de 37 años, gastroenteróloga en el Centro Médico Beth Israel Deaconess de Boston y profesora adjunta de Medicina en la Facultad de Medicina de Harvard, tiene un objetivo: garantizar la mejor digestión de principio a fin. Para ello, dice, hay que empezar a hablar sin tabúes. En su libro *Has estado haciendo caca mal: cómo hacer que tus deposiciones sean un placer* se atreve a llamar a las cosas por su nombre y nos invita a hacer lo mismo. Su éxito como columnista del *Washington Post* es una prueba más del interés en un asunto que, pese a lo básico y universal, sigue siendo 'vergonzoso'.

XLSemanal. Señora Pasricha, ¿cómo fue su evacuación intestinal hoy?

Trisha Pasricha. Bien. Es bastante regular; siempre voy por la mañana. Si hay algún problema con mi horario, es porque tengo prisa con los niños (tiene dos hijos) o algo así.

XL. ¿Nunca ha tenido problemas digestivos graves?

T.P. Sí. En la universidad: descuidaba mi alimentación, consumía muy poca fibra. Compartía baño con mis compañeros de piso, no practicaba ejercicio y dormía mal. Ese fue mi peor momento. Cuando entré en la Facultad de Medicina y aprendí más sobre el intestino, me di cuenta de lo importante que es la digestión. A partir de entonces cuidé mi intestino y mi vida mejoró.

XL. Casi no hay nada de lo que la gente hable más que de la comida, y casi nada de lo que hable menos que sobre cómo los alimentos abandonan nuestro cuerpo.

T.P. Desde pequeños, nos enseñan que hablar de caca es vergonzoso. Incluso a los niños les dicen: «Dejen de hacer chistes sobre caca. Ese no es un tema de conversación». Al final interiorizamos esto: ¡nunca hablemos de caca!

XL. Usted habla sin ningún pudor sobre 'hacer caca'.

T.P. Sí, en mis consultas noto lo relajadas que se ponen las personas cuando uso palabras como 'caca' y 'pedo'. Una vez que superas la vergüenza, empiezas a darte cuenta de lo genial que es el intestino.

XL. ¿Qué tiene eso de genial?

T.P. ¿No te parece genial que el intestino sea su propio cerebro? El llamado 'sistema nervioso entérico', ubicado en el intestino, tiene unos quinientos millones de células nerviosas que funcionan de forma independiente del cerebro de nuestra cabeza. No existe nada parecido en ningún otro órgano. Lo más fascinante es que este sistema nervioso es incluso más antiguo que el de nuestra cabeza.

XL. Usted dice: «Nuestro intestino no es nuestro 'segundo cerebro', sino que en realidad es incluso nuestro primer cerebro».

T.P. Desde una perspectiva evolutiva es nuestro primer cerebro. Y, además, casi todas nuestras enfermedades tienen su origen en el intestino de alguna manera, ya sea por la inflamación que se originó allí, por lo que comimos o por cambios en nuestra microbiota.

XL. Vayamos a lo práctico. Hay quienes juran que fumarse un cigarrillo por la mañana antes de ir al baño es lo mejor.

T.P. Sí, tenemos receptores de nicotina en el intestino y fumar puede estimular las deposiciones. Pero fumar favorece la inflamación y las úlceras en el tracto gastrointestinal, y aumenta el riesgo de cáncer. Una buena taza de café también favorece las deposiciones y tiene muy pocos efectos secundarios.

XL. ¿Cuáles son los mayores pecados que podemos cometer para dañar nuestra digestión? →

FUMAR PUEDE ESTIMULAR LAS DEPOSICIONES, PERO AUMENTA EL RIESGO DE CÁNCER. UNA BUENA TAZA DE CAFÉ TAMBIÉN LAS FAVORECE Y TIENE POCOS EFECTOS SECUNDARIOS

T.P. El alcohol es un problema real porque causa daños permanentes en el estómago. Provoca inflamación en el revestimiento rojo del estómago. También ralentiza el vaciamiento gástrico y altera el ciclo de sueño-vigilia, que es muy importante para el intestino. Pero hay un problema aún mayor.

XL. ¿Cuál?

T.P. Los alimentos ultraprocesados: comidas preparadas, embutidos, refrescos, dulces... Estos contienen todo tipo de aditivos que provocan inflamación intestinal. Además, casi siempre tienen un contenido muy bajo en fibra, que es fundamental para la salud intestinal en general. La fibra reduce el riesgo de cáncer de colon y síndrome del intestino irritable.

XL. ¿Cuánta fibra necesitamos diariamente?

T.P. Los hombres menores de 50 años necesitan al menos 38 gramos de fibra al día, y las mujeres menores de 50 años al menos 25 gramos, lo que equivale a unos 250 gramos de avena integral. Debes consumir la mayor cantidad posible de fibra vegetal, por ejemplo, de legumbres, verduras y frutas. Cada tipo alimenta diferentes bacterias en tu microbiota. Además, toma alimentos fermentados y probióticos: chucrut y kimchi, o productos lácteos como yogur, kéfir y suero de leche.

XL. ¿Son los problemas intestinales un fenómeno típico del estilo de vida occidental?

T.P. El estreñimiento es particularmente común en las sociedades occidentales. En el este de la India, por ejemplo, donde la dieta es más rica en fibra, los estudios muestran que la gente defeca un promedio de dos veces al día. Aquí en cambio, algunas personas consideran normal defecar solo una vez cada tres días.

XL. ¿Qué es lo normal: una vez al día?

T.P. Eso puede variar mucho de una persona a otra: tres veces al día o una vez cada dos días. La cantidad no es lo importante. Quiero que mis pacientes

ESCALA DE BRISTOL

ES LA TABLA VISUAL MÉDICA QUE CLASIFICA LAS HECES SEGÚN SU FORMA Y DUREZA. FUE CREADA EN LA UNIVERSIDAD DE BRISTOL EN 1997.

TIPO 1
Bolas duras y separadas, difíciles de evacuar.



ESTREÑIMIENTO SEVERO

TIPO 2
Forma de salchicha, pero con bultos y dura.



TRÁNSITO LENTO, ESTREÑIMIENTO MODERADO

TIPO 3
Forma de salchicha con grietas en la superficie.



NORMAL, SALUDABLE

TIPO 4
Forma de salchicha o serpiente, lisa y blanda.



EL TIPO IDEAL, INDICA UNA DIGESTIÓN SANA

TIPO 5
Trozos blandos con bordes definidos, fáciles de evacuar.



NORMAL, PERO FALTARÍA FIBRA

TIPO 6
Fragmentos blandos y pastosos con bordes irregulares.



TRÁNSITO MUY RÁPIDO, LIGERA DIARREA

TIPO 7
Líquidas, sin trozos sólidos, completamente acuosa.



DIARREA

tengan evacuaciones intestinales cómodas, sin esfuerzo y que no afecten negativamente a su vida social. Hay personas que dicen cosas como: «Me preocupan tanto mis evacuaciones que prefiero no ir a almorzar con mis amigos». Eso no es normal.

XL. ¿El estreñimiento es simplemente consecuencia de la falta de fibra?

T.P. No. También nos sentamos incorrectamente en el inodoro. Durante cientos, miles de años, los humanos se ponían en cuclillas para defecar. Basta con observar a los niños pequeños que aún usan pañales. Se ponen en cuclillas cuando necesitan ir al baño porque, intuitivamente, es la forma más fácil y natural. Pero luego se desarrollaron los inodoros modernos, que se parecen a nuestras sillas habituales y su diseño va en contra de nuestra anatomía: favorecen el estreñimiento.

XL. Por favor, explíquelo.

T.P. El intestino grueso es como un tubo largo. En una posición sentada normal, este tubo está contraído. Eso es ideal cuando estamos sentados, conversando, cuando el intestino grueso debe estar cerrado. Pero en el baño es diferente. Allí, el intestino grueso debe abrirse. Para ello hay que levantar las rodillas por encima de las caderas. Entonces, el músculo que lo contrae se relaja y el tubo se estira.

XL. ¿Entonces las personas con estreñimiento deberían llevarse una caja al baño?

T.P. ¡Exacto! Solo necesitas una caja o una pila de libros. El reposapiés solo tiene que ser un poco alto. Y es mejor no llevar el teléfono al baño, por las hemorroides.

XL. ¿Qué? ¿Un móvil causa hemorroides?

T.P. Nos distrae en el baño y, por lo tanto, prolonga el tiempo que pasamos allí. Y cuanto más tiempo pasamos en el baño, más se inflaman las hemorroides. Y cuanto más a menudo ocurre esto, más se debilita el tejido conectivo alrededor de las hemorroides. Eso es lo que sugiere uno de nuestros estudios: el grupo que usaba móviles pasaba más de cinco minutos en el baño cinco veces más a menudo, y presentaba una tasa de hemorroides un 46 por ciento mayor.

XL. Hemorroides, estreñimiento... ¿Cuándo conviene consultar a un médico?

T.P. Ante la duda, cuanto antes. Los gastroenterólogos estamos muy preocupados por el aumento del cáncer colorrectal entre los pacientes jóvenes. Ellos, en particular, suelen esperar demasiado cuando presentan síntomas. Les da vergüenza hablar del tema y creen que tienen que sentir un dolor intenso antes de ir al médico. Eso es un error. Si las deposiciones son incómodas con regularidad o si su patrón habitual cambia, se debe consultar a un médico.

XL. ¿Qué aspecto han de tener las heces sanas? ¿Marrones, verdes o negras?

T.P. Todos los tonos de marrón son normales. Sin embargo, si tus heces son negras, podría ser sangre. La razón: cuando la sangre reacciona con el ácido estomacal, se vuelve negra. Las heces nunca deben ser de un blanco tiza. Eso es una emergencia. Ese color indica que el conducto biliar está obstruido; podría deberse a un cálculo biliar, pero también a un cáncer.

XL. ¿Sirve de algo que los pacientes lleven fotos de sus heces al médico?

T.P. Sí, para mí, sí. Una foto siempre es mejor que una descripción.

"EL CÁNCER COLORRECTAL HA AUMENTADO ENTRE LOS JÓVENES. LES DA VERGÜENZA HABLAR DE SUS DEPOSICIONES. PERO, SI SON INCÓMODAS CON REGULARIDAD O SI SU PATRÓN CAMBIA, ¡VE AL MÉDICO!"

"EL ESTREÑIMIENTO ES COMÚN EN OCCIDENTE. EN LA INDIA, CON UNA DIETA RICA EN FIBRA, LA GENTE DEFECA DOS VECES AL DÍA. AQUÍ, ALGUNOS CREEN NORMAL HACERLO SOLO UNA VEZ CADA TRES DÍAS"

"MUCHOS PACIENTES DE PÁRKINSON SUFREN PROBLEMAS GASTROINTESTINALES. INVESTIGAMOS LA HIPÓTESIS DE QUE LA ENFERMEDAD COMIENCE EN EL INTESTINO"

XL. A menudo, cuando las personas experimentan síntomas gastrointestinales vagos, hablan de 'síndrome del intestino irritable' (SII). ¿Existe una definición médica para esto?

T.P. El síndrome del intestino irritable es probablemente el trastorno gastrointestinal más común. Afecta a entre el 10 y el 15 por ciento de la población mundial. La red de células nerviosas del intestino se ve afectada, lo que produce cambios fundamentales. Desafortunadamente, no existe ninguna prueba que pueda detectar estos cambios porque el sistema nervioso entérico se encuentra en la capa muscular profunda del intestino. Una colonoscopia convencional solo examina la superficie. Por lo tanto, todas las pruebas dan negativo, y tanto médicos como pacientes piensan erróneamente que no hay nada malo.

XL. ¿Cuáles son los síntomas?

T.P. Dolor o malestar durante las deposiciones, asociado a estreñimiento, diarrea o alternancia entre ambos. En mi especialidad, la neurogastroenterología, actualmente estamos intentando identificar diferentes subgrupos del síndrome y tratarlos con mayor eficacia.

XL. ¿Existen terapias eficaces?

T.P. Por supuesto. En la actualidad existen alrededor de media docena de medicamentos que actúan sobre las células nerviosas afectadas. Algunos combaten el estreñimiento, otros la diarrea y muchos el dolor.

XL. ¿Cuáles son las causas?

T.P. El síndrome del intestino irritable suele estar causado por una infección, por ejemplo, por norovirus o covid-19. El estrés también altera la digestión. Durante mucho tiempo incluso se pensó que el SII era un problema exclusivamente relacionado con el estrés. Ahora se entiende mejor como un círculo vicioso: las molestias en el intestino pueden desencadenar ansiedad y depresión, lo que a su vez empeora los síntomas intestinales. Por eso, ahora tratamos la afección desde ambos frentes: con medicamentos para el cerebro y para el intestino.

XL. Al parecer, ¿incluso los traumas infantiles son una posible causa del síndrome del intestino irritable?

T.P. En efecto. Un trauma físico o psicológico en la infancia puede afectar de forma permanente al intestino y a todo el sistema nervioso.

XL. ¿Así que también les pregunta a sus pacientes sobre su infancia?

T.P. Sí. Y te sorprendería saber cuántos dicen de forma taxativa: «Sé exactamente cuándo empezó: después del divorcio de mis padres» o «tras una gastroenteritis en un crucero».

XL. Su clínica también ofrece consultas externas para pacientes con párkinson.

T.P. Sí, queremos entender por qué tantos de estos pacientes sufren problemas gastrointestinales. Estamos investigando la hipótesis de que esta enfermedad podría comenzar en el intestino.

XL. ¿Entonces el párkinson es en realidad una afección intestinal?

T.P. De momento, lo que muestra es la estrecha conexión entre el intestino y el cerebro.

XL. ¿Deberían preocuparse por el párkinson las personas que sufren estreñimiento?

T.P. No quiero generar pánico. La mitad de los estadounidenses padece estreñimiento y no todos desarrollan párkinson. El estreñimiento por sí solo no es motivo de alarma, pero puede preceder al diagnóstico.

XL. ¿Estaríamos más sanos si nos atreviéramos a hablar más abiertamente sobre nuestra digestión?

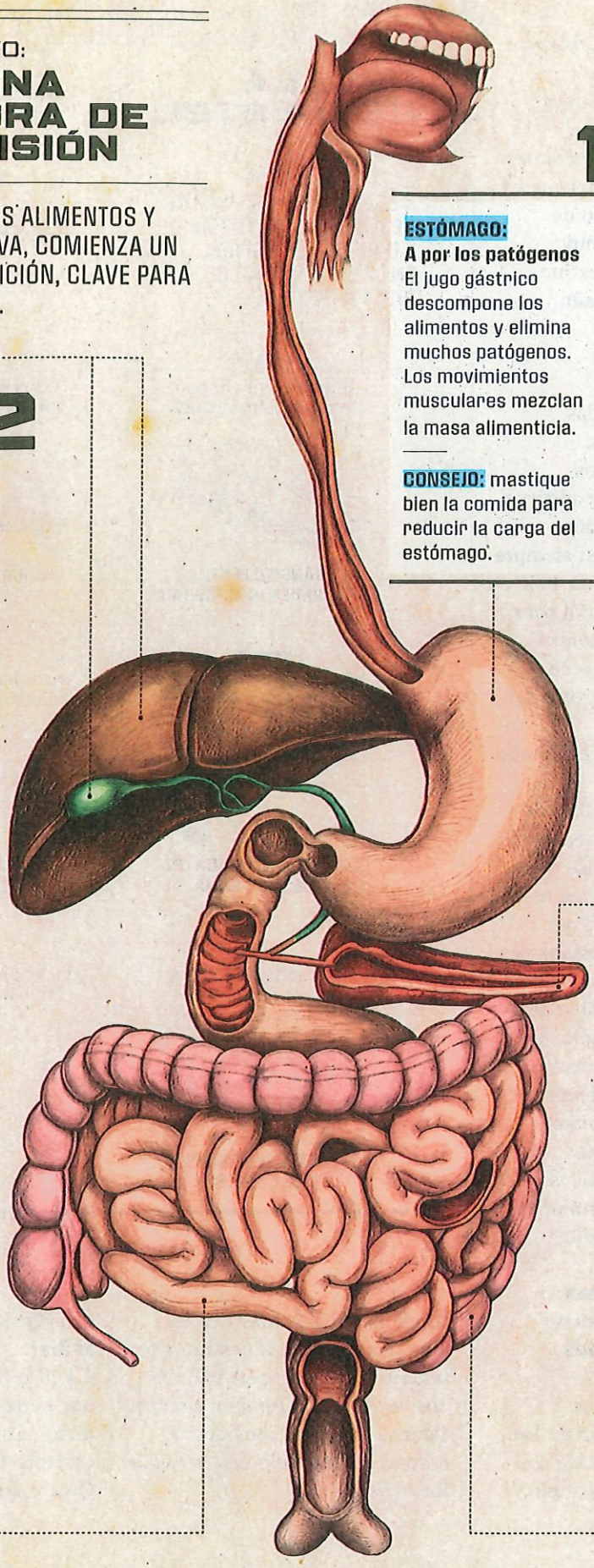
T.P. Es probable que sí. El cáncer de colon está aumentando en todo el mundo, en especial entre los jóvenes, como le decía antes. Si lo detectamos a tiempo, tenemos buenas posibilidades de vencerlo. Sin embargo, en una etapa avanzada, la tasa de supervivencia a cinco años es inferior al 20 por ciento. A veces, el cáncer se puede detectar mediante cambios sutiles, como una alteración en la consistencia de las heces. Quienes no hablan de ello podrían, en última instancia, pagar con su vida. ■

© DER SPIEGEL

APARATO DIGESTIVO:

UNA MÁQUINA RECICLADORA DE ALTA PRECISIÓN

DESDE QUE INGERIMOS LOS ALIMENTOS Y SE MEZCLAN CON LA SALIVA, COMIENZA UN PROCESO DE DESCOMPOSICIÓN, CLAVE PARA NUESTRA SUPERVIVENCIA.



1

ESTÓMAGO:
A por los patógenos
El jugo gástrico descompone los alimentos y elimina muchos patógenos. Los movimientos musculares mezclan la masa alimenticia.

CONSEJO: mastique bien la comida para reducir la carga del estómago.

2

HÍGADO Y VESÍCULA BILIAR:
Contra las grasas y el alcohol
El hígado produce bilis, que se almacena en la vesícula biliar y se libera en el duodeno para facilitar la digestión de las grasas. Además, el hígado descompone sustancias nocivas —como el alcohol— y procesa los nutrientes una vez que pasan al torrente sanguíneo.

CONSEJO: para reducir la carga sobre el hígado, hay que reducir el consumo de grasa y evitar los alimentos ultraprocesados.

3

PÁNCREAS:
Controlar el azúcar
Libera jugos digestivos en el intestino delgado. Estos ayudan a descomponer las grasas, las proteínas y los carbohidratos. Además, produce insulina y glucagón, que regulan los niveles de azúcar en la sangre.

CONSEJO: consumir la menor cantidad posible de dulces y bebidas con azúcar.

4

INTESTINO DELGADO:
Distribuir nutrientes
En el intestino delgado, los nutrientes y una gran parte del agua de los alimentos son absorbidos y distribuidos por todo el cuerpo.

CONSEJO: beber agua y practicar ejercicio ayudan a estimular las deposiciones.

5

INTESTINO GRUESO:
Descomponer residuos
Extrae más agua y sales de la masa de alimento digerido. Esto hace que las heces se vuelvan más consistentes. Billones de bacterias intestinales ayudan a descomponer los residuos alimentarios no digeribles.

CONSEJO:
utilice un pequeño reposapiés al evacuar. Ayuda a prevenir el estreñimiento.

