

COMUNICACIÓN

SALUD SIGLO XXI

- | | | | | | |
|--------------|---|--------------|---|--------------|---|
| p. 04 | CICLOSPORIASIS EN USA /
Michigan registró las primeras muertes por ciclosporiasis en Estados Unidos | p. 09 | VIRUS DEL NILO / Europa
registra 245 casos de virus del Nilo Occidental y se prevén más infecciones en las próximas semanas | p. 26 | PREVENCION DE CAIDAS /
Caídas de mayores: cómo prevenirlas y mejorar la fragilidad asociada al envejecimiento |
|--------------|---|--------------|---|--------------|---|



1 al 7 de agosto Semana Mundial de la Lactancia Materna

Con el apoyo de la OMS, UNICEF y numerosos Ministerios de Salud y organizaciones de la sociedad civil, la Semana Mundial de la Lactancia Materna se celebra la primera semana de agosto de cada año.

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de garantizar la salud y la supervivencia infantil y, sin embargo, actualmente, menos de la mitad de los bebés menores de 6 meses son amamantados exclusivamente.

Se busca promover entornos que faciliten la lactancia materna, incluyendo el apoyo en la comunidad y el lugar de trabajo, con protecciones adecuadas en las políticas y leyes gubernamentales, así como compartir información sobre los beneficios y las estrategias de la lactancia materna.



OBSERVATORIO
LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE
ULAPA / PARLASUR
• de Acceso a la Salud y a la Ciencia •



La demencia se dispara en la UE con casi 8 millones de casos: cuatro de cada diez podrían prevenirse

Los casos de demencia han aumentado un 90% en Europa desde 1990 debido al envejecimiento de la población.



Cuatro de cada diez casos podrían estar relacionados con factores de riesgo modificables.

La demencia continúa ganando peso como uno de los mayores desafíos sanitarios de Europa. Un estudio publicado en 'The Lancet', basado en los datos del Global Burden of Disease (GBD) 2023, estima que 7,76 millones de personas viven con esta enfermedad en la Unión Europea, mientras que la cifra asciende a 12,28 millones en toda la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Aunque el riesgo individual apenas ha cambiado en las últimas décadas, el envejecimiento de la población ha provocado que el número total de afectados prácticamente se haya duplicado desde 1990.

Los investigadores destacan que el incremento del 88,5% de los casos en la UE no significa necesariamente que la enfermedad sea más frecuente en cada grupo de edad. De hecho, la prevalencia ajustada por edad ha descendido ligeramente, un 1,7%, lo que sugiere que las estrategias de prevención y la mejora de algunos factores de salud podrían estar teniendo un efecto positivo. Sin embargo, el aumento de la esperanza de vida hace que cada vez más personas alcancen edades en las que la demencia es mucho más habitual.

El Estudio también refleja el enorme impacto que la enfermedad tiene sobre la mortalidad. En apenas tres décadas, la demencia ha pasado de ocupar el octavo puesto entre las principales causas de muerte en la Unión Europea a convertirse en la tercera, solo por detrás de otras grandes enfermedades. En 2023 fue responsable de unas 343.500 muertes en los países comunitarios, una cifra que pone de manifiesto el creciente peso de esta patología sobre los sistemas sanitarios y sociales.

Las mujeres presentan casi el doble de casos que los hombres, con más de cinco millones de afectadas en la UE frente a 2,7 millones de varones. Las mujeres presentan casi el doble de casos que los hombres, con más de cinco millones de afectadas en la UE frente a 2,7 millones de varones.

Uno de los hallazgos del estudio es la diferencia entre hombres y mujeres. La investigación confirma que las mujeres presentan casi el doble de casos que los hombres, con más de cinco millones de afectadas en la UE frente a 2,7 millones de varones. Esta diferencia aumenta con la edad y se explica, en gran parte, porque las mujeres tienen una mayor esperanza de vida y, por tanto, alcanzan con más frecuencia las edades de mayor riesgo.

La edad continúa siendo el principal factor asociado a la enfermedad. Antes de los 65 años, la demencia afecta a menos del 1% de la población, aunque los autores estiman que casi medio millón de europeos menores de esa edad conviven con una demencia de inicio precoz, una forma menos conocida pero con importantes consecuencias personales, laborales y familiares. A partir de los 85 años, la situación cambia de forma drástica: más de uno de cada cinco mayores presenta la enfermedad y, entre los mayores de 90 años, la prevalencia supera el 30% en algunos grupos de población.

Una enfermedad con una importante carga de discapacidad. Más allá del número de casos, el trabajo pone el foco en la carga de discapacidad que genera la enfermedad. En 2023, la demencia ocasionó 5,49 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en la Unión Europea, un indicador que combina los años perdidos por muerte prematura y los vividos con discapacidad. Esta carga casi se ha duplicado desde 1990 y, según los investigadores, continuará creciendo si no se adoptan medidas de prevención y planificación asistencial.

Los autores estiman que el 41% de los AVAD asociados a la demencia son atribuibles a factores de riesgo modificables. Los autores estiman que el 41% de los AVAD asociados a la demencia son atribuibles a factores de riesgo modificables.

El Estudio señala que una parte importante de esta carga podría evitarse. Los autores estiman que el 41% de los AVAD asociados a la demencia son atribuibles a factores de riesgo modificables, lo que abre una importante oportunidad para la prevención.

Fuente: <https://www.consalud.es>
Por Itziar Pintado / AGOSTO 2026

CUIDÁ TU SALUD Y LA DE TU FAMILIA

MEDIS
GROUP

TU SALUD A OTRO NIVEL

CONSULTÁ POR LOS MEJORES PLANES DE SALUD
COMUNICÁNDOTE POR WHATSAPP AL 092 144 144 O LLAMANDO AL 1444

Cobertura total de asistencia médica.





**COLEGIO
INGLÉS**
En cada paso de tu vida

La vida es un viaje
de muchos pasos



vení a dar el primero
al lugar indicado

Conocé nuestra
propuesta en

colegioingles.edu.uy

Michigan registró las primeras muertes por ciclosporiasis en EE.UU

Dos fallecidos en un brote que ya supera los 11.000 casos. Ambas víctimas tenían condiciones de salud previas que se habrían visto complicadas por la deshidratación, mientras el parásito *Cyclospora cayetanensis* se propaga por 45 estados del país.



Dos personas fallecieron en Michigan a causa de la ciclosporiasis, una enfermedad intestinal producida por el parásito *Cyclospora cayetanensis*, en el marco del brote más extenso que enfrentó el estado en décadas.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) lo confirmó este lunes 3 de agosto, en una de las actualizaciones diarias que las autoridades vienen ofreciendo desde que el seguimiento del brote comenzó el 22 de junio. El total de casos confirmados en el estado asciende a 11.234, con 193 hospitalizaciones registradas.

Ambas víctimas tenían afecciones previas que, de acuerdo con el MDHHS, pudieron haberse complicado por la infección y la deshidratación que esta genera. La entidad no divulgó datos de identidad ni de edad, y descartó entregar información adicional sobre estos dos casos.

Qué es la ciclosporiasis y cómo afecta al organismo

La ciclosporiasis es una infección intestinal provocada por la ingesta de alimentos o agua contaminados con materia fecal que contiene el parásito *Cyclospora cayetanensis*. Los síntomas más comunes son diarrea acuosa frecuente, náuseas, pérdida de apetito, fatiga y distensión abdominal.

En algunos pacientes también se registran vómitos, dolores musculares y cefalea. Los síntomas suelen aparecer aproximadamente una semana después del contagio y pueden persistir desde dos días hasta varias semanas.

El Dr. William Schaffner, especialista en enfermedades infecciosas del Centro Médico de la Universidad Vanderbilt, explicó a NBC News que la deshidratación es la principal amenaza: la pérdida sostenida de líquidos por diarrea y vómitos puede comprometer gravemente a personas con el sistema inmune debilitado.

Schaffner también señaló que el tratamiento estándar es el antibiótico Bactrim, aunque personas con buena salud general suelen recuperarse sin medicación. "Sin tratamiento, la enfermedad puede durar semanas y manifestarse de forma intermitente", advirtieron las autoridades sanitarias del condado de Wayne en un comunicado recogido por CBS News.

La expansión del brote: 70 condados afectados y fronteras cruzadas

El brote se detectó por primera vez en el condado de Monroe a fines de junio y se propagó con rapidez. Al 3 de agosto, el MDHHS contabiliza afectaciones en 70 de los 83 condados del estado.

Wayne y Oakland concentran cada uno más de 1.000 casos, mientras que otros 10 condados —entre ellos Ingham, Genesee y Washtenaw— superan los 300 casos reportados.

CBS News reportó que las cifras de Michigan difieren de las del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), dado que el organismo federal solo incluye en sus registros los casos confirmados por laboratorio, mientras que el estado incorpora también los casos probables.

El CDC trabaja junto a las autoridades estatales para actualizar los conteos a medida que se dispone de nueva información. En un año normal, Michigan registra alrededor de 50 casos de ciclosporiasis.

El impacto del brote trascendió la frontera con Canadá. La Unidad de Salud del Condado Windsor-Essex, en la provincia de Ontario, alertó a sus residentes sobre los riesgos de viajar a Michigan.

Al 31 de julio, esa región registraba 24 casos de ciclosporiasis en lo que va del año, frente a un promedio anual de apenas tres. Las investigaciones locales identificaron viajes a Michigan como exposición común en la mayoría de los casos recientes.

Taco Bell, Taylor Farms y la cadena de responsabilidades legales

Desde el 13 de julio, las investigaciones epidemiológicas apuntaron a la lechuga y las verduras de ensalada como fuente probable del contagio. El 24 de julio, el CDC informó que un proveedor de lechuga de la cadena Taco Bell estaba vinculado al brote.

Fuente: <https://www.infobae.com>
Por Joaquín Bahamonde / AGOSTO 2026

 www.alianzapacientesuy.org

 contacto@alianzapacientesuy.org

 [alianzapacientesuy](https://www.facebook.com/alianzapacientesuy)

 [pacientesuy](https://twitter.com/pacientesuy)

 [@alianzadepacientesuy](https://www.instagram.com/alianzadepacientesuy)

 [alianzadepacientesuy](https://www.youtube.com/alianzadepacientesuy)

 **ALIANZA de
PACIENTES**
URUGUAY

La fuerza muscular: el indicador de salud del que casi nadie habla

Levantarse cinco veces seguidas de una silla sin apoyarse en los brazos parece un gesto sencillo. Sin embargo, hacerlo con mayor o menor facilidad o no poder completarlo puede revelar mucho sobre la fuerza muscular y la capacidad.



En apenas 30 segundos, esta prueba muestra algo que no aparece en un análisis de sangre: la capacidad real del organismo para responder a las exigencias cotidianas.

En consulta se mide la tensión y se valoran analíticas que registran los niveles de glucosa, hemáties o colesterol. La fuerza muscular, en cambio, rara vez se evalúa, aunque la evidencia lleva décadas mostrando que se asocia de forma consistente con la mortalidad por todas las causas y aporta información pronóstica independiente de otros indicadores de salud.

No es una omisión accidental. Históricamente, la medicina ha priorizado lo que puede medirse fácilmente con un análisis o una imagen. La fuerza muscular no deja rastro en una radiografía ni en una muestra de sangre. Sin embargo, su caída es uno de los cambios más tempranos y más silenciosos del envejecimiento, y empieza mucho antes de que sus consecuencias resulten evidentes.

El diagnóstico que cambia como entendemos el músculo
Durante años, el foco se puso en la cantidad de músculo. Hoy el consenso europeo sobre sarcopenia (EWGSOP2) ha invertido ese orden: la fuerza baja es el primer criterio de alarma; la masa muscular reducida, solo el confirmatorio.

Dos personas con aspecto físico similar pueden diferir radicalmente en cómo suben una rampa o se levantan del suelo. La fuerza refleja la coordinación entre cerebro, nervios y tejido muscular. Cuando esa coordinación comienza a deteriorarse, aumenta el riesgo de caídas, fragilidad, hospitalización y muerte prematura, incluso en personas que se sienten bien y no tienen diagnóstico formal. No es una condena: es una señal de alerta que puede y debe responderse con tiempo.

Lo que descubrimos en más de 8 000 adultos.
En un estudio de nuestro equipo con más de 8 000 adultos de entre 50 y 105 años, una fuerza de presión baja se controla con mayor prevalencia de caídas incluso en personas de 50 a 79 años, de forma independiente de otros factores de riesgo.

El estudio no permite afirmar que la debilidad muscular causa directamente las caídas, pero funciona como señal de riesgo real ya desde la mediana edad, no desde la vejez avanzada. El efecto era visible antes de que aparecieran diagnósticos formales de fragilidad o sarcopenia, enfermedad caracterizada por la pérdida progresiva de la masa, la fuerza y la función muscular.

En términos de salud pública, esto señala una ventana de intervención amplia y habitualmente desaprovechada entre los 30 y los 65 años, cuando el deterioro funcional todavía puede revertirse o frenarse con eficacia. Esperar a que cueste levantarse de una silla para

comenzar a trabajar la fuerza es, sencillamente, esperar demasiado.

Las señales que ignoramos cada día.

La fuerza de presión medida con un dinamómetro es una prueba rápida, barata y de alto valor clínico: algo que podría incluirse en cualquier revisión médica rutinaria. Levantarse cinco veces de una silla sin apoyar los brazos es otro indicador sencillo y reproducible sin equipamiento especializado.

Pero hay señales aún más cotidianas: apoyarse en los reposabrazos para ponerse en pie, evitar escaleras, llevar menos bolsas que antes, caminar con cierta inseguridad. A menudo se atribuyen a "la edad", pero en muchos casos, ocultan una capacidad funcional disminuida que todavía puede recuperarse y que no debería perderse en silencio.

A esto se suma un efecto poco comentado: cuando el cuerpo genera inseguridad, la persona tiende a evitar situaciones de esfuerzo. Y ese sedentarismo reactivo acelera precisamente el deterioro que intentaba esquivar. Un círculo vicioso que, con la intervención adecuada, puede romperse.

Caminar está bien pero no es suficiente

Caminar mejor la salud cardiovascular y contribuir a mantenerse activo. Pero no siempre genera el estímulo necesario para mantener o desarrollar fuerza muscular, que requiere algo más: oposición, resistencia, esfuerzo deliberado.

Fuente: <https://theconversation.com>
Por Pablo Jorge Marcos-Pardo

**ALIANZA de
PACIENTES**
URUGUAY

www.alianzapacientesuy.org

contacto@alianzapacientesuy.org

[alianzapacientesuy](https://www.facebook.com/alianzapacientesuy)

[pacientesuy](https://twitter.com/pacientesuy)

[@alianzadepacientesuy](https://www.instagram.com/alianzadepacientesuy)

[alianzadepacientesuy](https://www.youtube.com/alianzadepacientesuy)

Bryan Johnson, el hombre que quería vivir hasta los 100 años, admite que "fue demasiado lejos en su búsqueda de la longevidad"

El símbolo del biohacking reconoce que existe una frontera donde la búsqueda de más años de vida puede terminar eclipsando la propia experiencia de vivir.



Durante años, Bryan Johnson convirtió su cuerpo en el experimento de longevidad más famoso del planeta. El multimillonario estadounidense llegó a gastar dos millones de dólares al año, ingería más de un centenar de pastillas diarias, monitorizaba prácticamente cada órgano de su cuerpo y defendía que la tecnología acabaría transformando la fuente de la juventud en una realidad. Sin embargo, el hombre que popularizó el lema Don't Die acaba de reconocer algo que parecía impensable: quizá llevó demasiado lejos su obsesión por vivir más.

La longevidad como experimento. Johnson irrumpió en el debate público tras vender la empresa de pagos Braintree y dedicar parte de su fortuna a Project Blueprint, un programa diseñado para ralentizar el envejecimiento.

Su rutina incluía una alimentación estrictamente controlada, ejercicio diario, decenas de pruebas médicas, cientos de biomarcadores, un equipo de unos treinta médicos y tratamientos experimentales que iban desde cámaras hiperbáricas hasta transfusiones de plasma (más tarde abandonadas). Johnson llegó a definirse como un "atleta del rejuvenecimiento" y defendía que su cuerpo era, probablemente, el organismo humano más monitorizado de la historia.

No era (solo) vivir un poco más. Porque en realidad Johnson no planteaba su proyecto como un simple programa de salud, sino como el inicio de una nueva etapa para la humanidad. Llegó a preguntarse públicamente si nuestra generación sería la primera que no moriría como lo habían hecho todas las anteriores y sostenía que la fuente de la juventud ya no pertenecía al terreno del mito, sino que podía esconderse entre las tecnologías actuales.

Su movimiento Don't Die terminó convirtiéndose en una filosofía que mezclaba medicina preventiva, inteligencia artificial, biohacking y la idea de que el envejecimiento podía convertirse en un problema técnico susceptible de optimización.

Obsesión de una industria multimillonaria. La popularidad de Johnson coincidió con el auge de una nueva economía de la longevidad. Clínicas especializadas, suplementos, pruebas genéticas, biomarcadores, tratamientos hormonales y fármacos para optimizar el organismo comenzaron a formar parte de un mercado cada vez más lucrativo, especialmente entre las élites tecnológicas.

Johnson se convirtió en el rostro más visible de esa tendencia, pero también en el ejemplo extremo de una cultura que aspiraba a medir, optimizar y perfeccionar cada aspecto del cuerpo humano, difuminando la frontera entre cuidar la salud y perseguir una versión idealizada de uno mismo.

El diagnóstico. Ocurrió este verano, Johnson anunció que padecía una gastritis autoinmune que había permanecido sin detectar durante años pese al exhaustivo seguimiento médico al que se sometía. El diagnóstico supuso un duro golpe para alguien que había basado buena parte de su discurso en la capacidad de la ciencia para anticiparse al deterioro del organismo.

Poco después publicó un mensaje sorprendentemente breve en redes sociales: "He estado reflexionando y me pregunto si he llevado demasiado lejos todo este asunto de la longevidad". Era la primera vez que el hombre que había defendido sin fisuras su experimento dejaba entrever dudas sobre el camino recorrido.

Ni el hombre más monitorizado escapa a los límites. Qué duda cabe, la ironía resulta difícil de pasar por alto. Durante años, Johnson había convertido cada análisis, dato y tratamiento en un intento de controlar el envejecimiento con precisión casi quirúrgica. Sin embargo, una enfermedad autoinmune apareció sin que su enorme despliegue tecnológico consiguiera detectarla a tiempo, recordando que la medicina preventiva tiene límites y que la complejidad del organismo humano sigue estando muy por delante de nuestra capacidad para comprenderlo por completo.

Por el camino, su caso también ha servido para recordar que experimentar sobre uno mismo no equivale necesariamente a generar evidencia científica sólida, especialmente cuando se combinan decenas de intervenciones al mismo tiempo.

Fuente: <https://www.xataka.com>
Por Miguel Jorge / JULIO 2026

**Seamos
activos**

Todas las personas
En todos los lugares
Todos los días



Una herramienta de IA predice el riesgo cardiovascular hasta 15 años antes con un análisis de sangre

El sistema CardiOmicScore, desarrollado en Hong Kong, mejora la detección precoz de seis enfermedades cardiovasculares.



Un equipo de la Universidad de Hong Kong ha desarrollado una innovadora herramienta basada en inteligencia artificial capaz de predecir el riesgo de enfermedades cardiovasculares con hasta 15 años de antelación a partir de un único análisis de sangre. El sistema, denominada CardiOmicScore, permite anticipar seis patologías principales, entre ellas la enfermedad arterial coronaria, el ictus, la insuficiencia cardíaca o la fibrilación auricular.

Los resultados del Estudio, publicados en Nature Communications, suponen un avance relevante en la detección precoz de las enfermedades cardiovasculares, que continúan siendo la principal causa de muerte a nivel mundial.

Más allá de los factores de riesgo tradicionales. Actualmente, la evaluación del riesgo cardiovascular se basa en factores como la edad, la presión arterial o el tabaquismo. Sin embargo, estos indicadores no siempre detectan cambios biológicos tempranos. Herramientas más recientes como las puntuaciones de riesgo genético tampoco reflejan la evolución del estado de salud a lo largo del tiempo.

Para superar estas limitaciones, el equipo liderado por Zhang Quingpeng ha desarrollado un modelo que integra datos multiómicos (genómica, proteómica y metabolómica) mediante técnicas de aprendizaje profundo. Este enfoque permite captar en tiempo real el estado biológico del organismo.

El modelo se entrenó con datos del Biobanco del Reino Unido, analizando miles de proteínas y metabolitos presentes en muestras sanguíneas, que actúan como indicadores dinámicos del estado del sistema inmunitario, el metabolismo y la salud vascular.

Predicción más precisa y personalizada

Los resultados muestran que CardiOmicScore ofrece una capacidad predictiva significativamente superior a la de los métodos tradicionales. Combinado con datos clínicos básicos como edad y sexo, el sistema genera puntuaciones de riesgo personalizadas y permite identificar a personas con alto riesgo mucho antes de la aparición de síntomas.

Esto abre la puerta a intervenciones preventivas más eficaces, como cambios en el estilo de vida o tratamientos tempranos, con el potencial de modificar el curso de la enfermedad.

Hacia una medicina preventiva y de precisión

Este avance representa un cambio de paradigma en la medicina, pasando de un enfoque reactivo a uno predictivo y preventivo. Según Zhang, el objetivo es utilizar la tecnología para anticipar enfermedades antes de que se desarrollen, mejorando tanto la salud pública como la atención individual.

Fuente: <https://www.consalud.es>
Por Alejandro Bermudez / JULIO 2026



Tenemos que hablar más de la postmenopausia

Históricamente, las investigaciones sobre el bienestar y la calidad de vida de las mujeres han sido muy minoritarias.



Como consecuencia de esta escasez de estudios, la información que nos llegaba a las mujeres sobre nuestra salud era sesgada o, directamente, falsa.

Detectar un infarto en mujeres

El uso de estudios clínicos realizados sin perspectiva de género nos ha llevado a conclusiones erróneas. Ya es un clásico el problema en la identificación del infarto en mujeres. Entre nosotras no es habitual el fuerte dolor en el brazo izquierdo de los hombres y, por ese motivo, muchas veces pasaba desapercibido.

Identificar bien la enfermedad es importante, pero la salud no se limita a eso. Estar sanas implica también mantener unos niveles adecuados de confort. Lo que sucede en una etapa vital concreta puede ser "frecuente", pero si nos duele o molesta no tenemos que aceptarlo como "normal".

Los cambios específicos que experimenta el cuerpo de las mujeres precisan de estudios concretos, revisando todas las fases de su biografía. El problema es que, a partir de cierta edad, la invisibilización de las mujeres se intensifica.

Teniendo en cuenta que, para 2030, la población mundial de mujeres menopáusicas alcanzará los 1 200 millones, es indiscutible la urgencia de informar sobre el tema. Todas deberíamos poder transitar por esta etapa sin estigmas, con salud y seguridad. Sobre todo teniendo en cuenta que muchas mujeres vamos a pasar al menos un tercio de nuestras vidas en la postmenopausia, que implica cambios importantes en nuestros cuerpos. De ahí que sean indispensables los avances en el conocimiento de la fisiología de las mujeres que alcanzamos el climaterio.

Equilibrio emocional y físico

No existe una única forma "correcta" de vivir la menopausia. Sin

embargo, todas tenemos derecho a vivirla con un bienestar adecuado disfrutando de equilibrio emocional y físico.

Para hacerlo posible, es preciso tener acceso a todos los datos disponibles que nos permitan decidir sobre nuestro propio cuerpo. Una menopausia saludable no significa que todo siga igual: el cuerpo experimenta cambios, pero estos deben ser manejables.

Ante preguntas como si tenemos opciones cuando se presenta un problema en nuestros huesos, o si podemos reaccionar frente a las enfermedades cardiovasculares y las alteraciones metabólicas, la respuesta corta es sí.

Existen terapias, pero no todo se reduce a "medicalizar" la fisiología femenina. El climaterio conlleva cambios endocrinos evidentes que requieren ajustes. El principal de estos cambios es el nivel de hormonas sexuales femeninas (sobre todo de estrógenos), absolutamente normal. Con algunas adaptaciones en la dieta, el ejercicio o los cuidados de la salud emocional se puede disfrutar de una vida plena.

Por ejemplo, realizar ejercicio aeróbico regula con eficacia la salud cardíaca, la presión arterial y otras variables de la salud coronaria. Además, practicar un deporte de manera regular tiene efectos positivos probados sobre la salud mental de las mujeres.

En cuanto a la alimentación, la dieta mediterránea, en especial el consumo de verduras frescas y legumbres, ayuda a mantener un peso adecuado y unas arterias sanas.

Alimentación y microbiota en la menopausia

Una buena alimentación también contribuye a paliar los efectos de los cambios hormonales en el sistema digestivo, que en la menopausia se asocian con menos diversidad y riqueza de la microbiota intestinal.

Cuidar la microbiota también ayuda a evitar la pérdida de salud ósea, la osteoporosis, que no solo depende del calcio, sino también de los cambios en los microorganismos que pueblan nuestro intestino.

A esto se suma que, en la menopausia, las mujeres suelen notar habitualmente una pérdida de la calidad del sueño. Se necesitan más estudios para determinar con claridad la causa.

Aunque existen opciones de tratamiento farmacológicas y no farmacológicas seguras y eficaces para tratar estos trastornos, la dieta vuelve a ser relevante como medida preventiva.

Fuente: <https://theconversation.com>
JUNIO 2026



Europa registra 245 casos de virus del Nilo Occidental y se prevén más infecciones en las próximas semanas

Hasta el 5 de agosto, seis regiones han notificado casos humanos por primera vez, mientras el virus también circula entre aves y équidos en cinco países.



Europa afronta las próximas semanas de la temporada de transmisión del virus del Nilo Occidental (WNV) con circulación del patógeno confirmada en siete países y un total de 245 casos humanos adquiridos localmente registrados hasta el 5 de agosto. Grecia, Italia y Rumanía han notificado además 12 fallecimientos, mientras que el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA) anticipan que la actividad continuará aumentando durante las próximas semanas.

Los primeros casos de la temporada se remontan al 12 de mayo y el último inicio de síntomas registrado hasta la fecha corresponde al 1 de agosto. Italia concentra el mayor número de infecciones, con 139 casos, seguida de Grecia, con 65, España, con 17, Macedonia del Norte, con 13, Rumanía, con seis, Francia, con cuatro, y Alemania, con un caso. Los fallecimientos corresponden a Grecia, con seis, Italia, con cinco, y Rumanía, con uno.

A pesar de estas cifras, el número de casos acumulados hasta ahora se sitúa por debajo de la media registrada durante el mismo periodo de los diez años anteriores, que asciende a 403 casos. El ECDC advierte, no obstante, de que esta comparación debe interpretarse con cautela, ya que los datos correspondientes a 2026 siguen siendo provisionales y pueden estar afectados por retrasos en la notificación, mientras que los registros históricos ya están consolidados. Además, la media de la última década está condicionada por temporadas especialmente intensas, como las de 2018, 2022 y 2024.

Italia mantiene la mayor carga, mientras Grecia incrementa los casos
Italia continúa siendo el país europeo más afectado. Los 139

casos registrados hasta el 5 de agosto son menos que los 168 contabilizados en el mismo momento de 2025, pero mantienen al país a la cabeza de la incidencia en Europa durante esta temporada.

La expansión territorial también merece atención. Hasta el 5 de agosto se habían detectado casos humanos en 58 regiones NUTS (Unidades Territoriales Estadísticas) de siete países, frente a las 40 regiones de seis países afectadas en el mismo momento de 2025. No obstante, el alcance geográfico todavía está lejos de los niveles registrados al cierre de temporadas especialmente intensas: 160 regiones afectadas en 2025 y 218 en 2024, año que mantiene el récord de extensión geográfica del virus en Europa.

Durante 2026, además, seis regiones han notificado casos humanos adquiridos localmente por primera vez. Se trata de Pyrénées-Orientales, en Francia; Rhein-Pfalz-Kreis, en Alemania; Campobasso y Viterbo, en Italia; y Pelagoniski y Vardarski, en Macedonia del Norte.

La mayoría de los pacientes graves son mayores de 65 años
El perfil de los casos mantiene patrones observados en temporadas anteriores. La mayoría de las infecciones se han registrado en hombres de 65 años o más. El 72% de los pacientes fueron hospitalizados y el 58% presentó síntomas neurológicos.

Aunque ambos porcentajes son inferiores a las medias observadas durante la última década, el ECDC recuerda que los datos clínicos de la temporada todavía no están completamente cerrados. La tasa de hospitalización histórica se sitúa en el 87% y la proporción de casos con síntomas neurológicos en el 64%. La letalidad estimada para 2026 ronda actualmente el 5%, frente al 11% de media durante la década anterior, aunque esta cifra también podría modificarse a medida que se complete el seguimiento de los pacientes.

El impacto real de la infección es, además, previsiblemente superior al reflejado por los registros oficiales. La mayoría de las infecciones por virus del Nilo Occidental son asintomáticas o subclínicas, por lo que la vigilancia epidemiológica humana detecta fundamentalmente los casos confirmados mediante laboratorio. Los retrasos en el diagnóstico y en la notificación contribuyen también a que las cifras comunicadas puedan infraestimar la circulación real del virus.

Fuente: <https://gacetamedica.com>
Por Andrea Rivero García / AGOSTO 2026



El ébola Bundibugyo de 2026 no es una reaparición: la evidencia genética apunta a un nuevo salto zoonótico

El análisis de muestras de República Democrática del Congo y Uganda identifica un grupo viral diferenciado y evidencia de transmisión sostenida entre personas.



El brote de enfermedad por virus de ébola Bundibugyo (BDBV) declarado en mayo de 2026 en la República Democrática del Congo (RDC) y Uganda no parece ser la reaparición de las variantes responsables de los episodios registrados anteriormente en la región. Un estudio publicado en *Nature Medicine*, en versión de publicación anticipada, concluye que los virus identificados durante el brote actual forman un grupo genético diferenciado de los detectados en los brotes de 2007-2008 en Uganda y de 2012 en la RDC. Los resultados son compatibles con un nuevo evento de salto zoonótico.

Mutaciones dentro del virus ébola

Para llegar a esta conclusión, el equipo internacional de investigadores generó 22 genomas virales a partir de muestras obtenidas de personas con enfermedad por virus de Bundibugyo en ambos países. El análisis filogenético de los genomas de mayor calidad mostró que los virus de 2026 forman un clúster bien diferenciado y separado de las variantes asociadas a los brotes anteriores. Según los autores, esta posición evolutiva es consistente con una nueva introducción del virus desde un reservorio animal a la población humana, más que con la reactivación de una variante que hubiera permanecido circulando desde episodios previos.

El estudio también aporta información sobre la expansión geográfica del brote. El análisis genómico confirma la existencia de transmisión entre la RDC y Uganda. Los investigadores advierten, no obstante, de que las diferencias observadas entre algunas secuencias no deben interpretarse como evidencia de múltiples introducciones independientes en Uganda, ya que las investigaciones epidemiológicas disponibles indican que los casos analizados en el país forman parte de una misma cadena de transmisión, aunque nuevos genomas podrían permitir precisar estas relaciones.

Fuente: <https://gacetamedica.com>
Por Andrea Rivero García / AGOSTO 2026

DEDICATE 100% A TUS PACIENTES. ¡NOS ENCARGAMOS DEL RESTO!





Tu aliado integral para simplificar tu práctica sin contratos ni ataduras, pagando solo si lo usas

 Alquiler Flexible de Consultorios Espacios modernos en Montevideo, hora/día/mes	 Historia Clínica Digital (HCD) Historia clínica digital segura y ágil
 Gestoría y Contabilidad Soporte contable y eficiente, BPS, DGI y administración	 Marketing y Soporte Digital Branding y redes sociales

¡RECUPERA TU TIEMPO Y MEJORA TU RENTABILIDAD HOY MISMO!

www.ip-salud.com

Tel: +598 92 172 222 | Email: contacto@ip-salud.com | Montevideo, Uruguay

Récord de agresiones a médicos en España: los datos que muestra cómo la violencia se cronifica en las consultas

Ha sido el curso más violento con 879 agresiones, dejando la incidencia de ataques en 2,71 por cada 1.000 médicos, mientras las médicas concentran el 63,7% de las agresiones y la Atención Primaria acumula el 58,6% de los conflictos, impulsados por la sobrecarga y las listas de espera.



El sistema sanitario español continúa enfrentando una de sus crisis más persistentes que trasciende la gestión asistencial para convertirse en un problema de seguridad. Según los últimos datos del Observatorio Nacional de Agresiones de la Organización Médica Colegial (OMC), durante 2025 se comunicaron 879 agresiones comunicadas, el dato más alto desde que se iniciaron los registros en 2010. Este pico eleva el acumulado de la última década y media a casi 9.000 incidentes, consolidando una tendencia ascendente que la profesión médica define como una violencia cronificada.

La radiografía de 2025 muestra que la violencia en el ámbito sanitario no es un evento coyuntural ni una suma de incidentes aislados. La incidencia se sitúa actualmente en 2,71 agresiones por cada 1.000 colegiados, superando con creces la media histórica de 2,10. Este incremento, según los expertos, crece a un ritmo superior al del propio colectivo médico, lo que sugiere un fallo estructural en la relación entre el sistema y el usuario.

Uno de los puntos más críticos del informe es la persistente brecha de género. Las médicas son las principales víctimas de esta hostilidad, ya que representan el 63,7% de las agresiones, a pesar de que suponen el 54,8% del total de la colegiación. Esta asimetría se ha agravado en los últimos años, revelando una feminización del riesgo que impacta especialmente en las profesionales más jóvenes. De hecho, los médicos menores de 35 años son los que soportan la mayor carga de riesgo, concentrando casi el 30% de los incidentes.

Atención Primaria: el «punto negro» de la asistencia
El escenario principal de estos conflictos sigue siendo la Atención Primaria, que acumula el 58,6% de los casos. La sobrecarga de agendas, los tiempos de espera y la presión asistencial se señalan como los principales catalizadores de la violencia en este nivel. Sin embargo, el informe arroja un dato inédito: un salto sin precedentes en el sector privado, donde las agresiones han pasado de representar un 12% histórico a un 17% en el último ejercicio.

La violencia no toca techo: la incidencia escala hasta las 2,71 agresiones por cada 1.000 colegiados en el último año.

En cuanto al momento y lugar del ataque, las estadísticas desmitifican la idea de que la violencia ocurre en situaciones excepcionales. El 96,1% de las agresiones se producen en horario laboral y dentro de los centros de salud. Esto confirma que el riesgo es intrínseco al desempeño diario de la profesión y no un conflicto externo a la consulta.

De la anatomía del agresor a la baja laboral

El perfil del agresor también desafía los prejuicios comunes. No se trata mayoritariamente de personas con facultades alteradas o deterioro cognitivo, sino que el 49,9% son adultos de entre 40 y 60 años con plena capacidad funcional. Además, el conflicto nace en el núcleo de la relación médico-paciente porque el 48% de los agresores son pacientes programados que ya tenían una cita previa, seguidos de pacientes no programados (31,3%) y acompañantes (19,4%).

Los motivos detrás de estos ataques son eminentemente asistenciales en un 74,9% de los casos. El detonante suele ser la disconformidad con la atención recibida (44,2%), seguido de discrepancias sobre la Incapacidad Temporal (solicitud de bajas laborales) o exigencias de recetas e informes que el médico considera clínicamente innecesarios. En esencia, la violencia surge de un choque de expectativas entre lo que el usuario demanda y el criterio profesional del facultativo.

Aunque la violencia física es la más visible, el daño psicológico es el predominante. El 81% de las agresiones consisten en insultos, amenazas, coacciones y vejaciones. Sin embargo, el informe alerta sobre un preocupante aumento de la violencia física directa, que ya representa el 19% del total, lo que supone un incremento del 73% respecto al año anterior.

Fuente: <https://gacetamedica.com>
Por Marcos Yebra Fernández / AGOSTO 2026

¡TU SALUD, SIN ESPERAS!

Con IP Salud, la medicina de calidad profesional llega a donde estés. Evita traslados con nuestras videoconsultas de medicina general.

¡Reservá tu cita en ip-salud.com/telemedicina/!

- ✓ Consultas de Rutina
- ✓ Seguimiento
- ✓ Recetas
- ✓ Exámenes

IP Salud

contacto@ip-salud.com | 092 172 222 | www.ip-salud.com

Dos de cada cinco personas en las Américas viven con una afección neurológica, según un nuevo Estudio

Investigación publicada en The Lancet Regional Health – Americas revela que la carga de los trastornos neurológicos en la región se está desplazando de la mortalidad prematura hacia la discapacidad a largo plazo, lo que pone de relieve la necesidad de fortalecer la prevención, la rehabilitación y los cuidados de largo plazo.



Washington, D.C., 22 de julio de 2026 (OPS) – Cerca de 470 millones de personas en las Américas, o dos de cada cinco habitantes de la región, viven con al menos uno de los principales trastornos no transmisibles del sistema nervioso o relacionados con lesiones, incluidos la migraña, el accidente cerebrovascular (ACV), la epilepsia y la enfermedad de Alzheimer, según un nuevo estudio publicado en The Lancet Regional Health – Americas.

El análisis, basado en las estimaciones del Estudio de la Carga Mundial de Enfermedad 2023, muestra que la carga de los trastornos neurológicos en las Américas está cambiando. Aunque las tasas de mortalidad han disminuido desde 1990, cada vez más personas sobreviven y viven durante más tiempo con discapacidad, impulsando una creciente demanda de atención, rehabilitación y cuidados de largo plazo.

El estudio, liderado por investigadores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), analizó 19 trastornos neurológicos no transmisibles y relacionados con lesiones en 38 países y territorios de las Américas entre 1990 y 2023. Entre ellos se incluyen el accidente cerebrovascular (ACV), la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, la enfermedad de Parkinson, la epilepsia, la migraña, la cefalea tensional, el trastorno del espectro autista y las lesiones cerebrales traumáticas.

Estas afecciones afectan el cerebro, la médula espinal o los nervios y pueden alterar funciones como el movimiento, la memoria, el aprendizaje, la comunicación o el comportamiento.

En 2023, estas afecciones causaron aproximadamente 1,1 millones de muertes y fueron responsables de 37,5 millones de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs, por sus siglas en inglés), una medida que combina los años perdidos por muerte prematura y los años vividos con enfermedad o discapacidad.

En conjunto, representaron alrededor del 12% de la carga total de enfermedades no transmisibles y lesiones en la región.

“Hoy más personas sobreviven a los trastornos neurológicos, pero también viven más tiempo con sus consecuencias. Esto exige que los sistemas de salud se adapten para ofrecer más rehabilitación, cuidados de largo plazo y apoyo a las personas que viven con discapacidad”, afirmó Ramón Martínez, especialista en métricas de salud de la OPS y autor principal del estudio.

Una transición hacia la discapacidad crónica

Aunque las tasas ajustadas por edad de mortalidad y carga de enfermedad disminuyeron entre 1990 y 2023, el número absoluto de personas afectadas siguió aumentando debido al crecimiento y envejecimiento de la población.

El estudio identifica una transición epidemiológica en la región: mientras el impacto asociado a algunas afecciones vasculares y congénitas ha disminuido, los trastornos neurodegenerativos y otras enfermedades neurológicas crónicas relacionadas con el envejecimiento están adquiriendo un peso cada vez mayor. La migraña y la cefalea tensional concentraron el mayor número de personas afectadas, lo que refleja el enorme impacto que las enfermedades neurológicas crónicas tienen sobre la calidad de vida y la productividad.

En términos de DALYs, la migraña fue la principal causa de pérdida de salud entre los trastornos neurológicos, seguida por la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, el ACV isquémico y la hemorragia intracerebral.

Los hallazgos también muestran que las afecciones neurológicas afectan de manera diferente a lo largo de la vida.

Entre los niños menores de 5 años, los defectos del tubo neural, los trastornos del espectro autista y la epilepsia fueron las principales causas de pérdida de salud.

En adolescentes y adultos jóvenes, la migraña fue una de las principales causas de discapacidad.

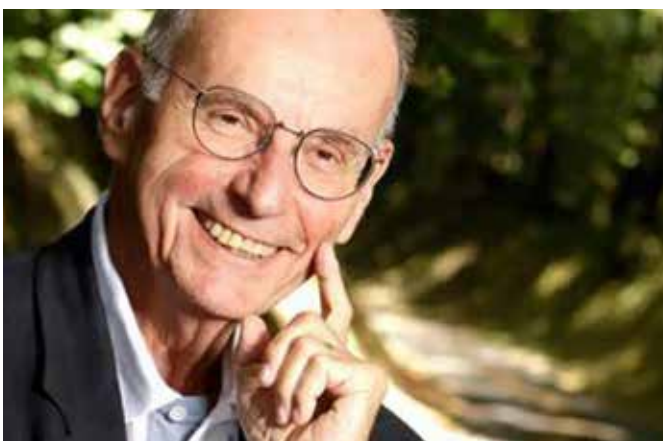
Entre las personas mayores, la enfermedad de Alzheimer, otras demencias y los distintos tipos de ACV concentraron la mayor carga de enfermedad, lo que pone de relieve el creciente impacto del envejecimiento poblacional sobre la salud cerebral.

Fuente: OPS / JULIO 2026



Boris Cyrulnik, padre de la resiliencia: “Una persona resiliente comprende que es el arquitecto de su propia alegría y de su propio destino”

Podemos reconstruirnos. Hacer algo con lo que nos pasó y volver a avanzar a partir de ese problema o esa desgracia vivida. El mayor experto en resiliencia, el psiquiatra Cyrulnik nos explica cómo.



El neuropsiquiatra Cyrulnik enseña que la resiliencia no es comenzar desde cero otra vez.

Cuando uno llega a los sesenta años, como es mi caso, raro es que no hayas recibido golpes duros. He perdido a seres queridos, algunos muy jóvenes, amigos e incluso a un hermano. He fracasado en proyectos en los que había invertido mucho tiempo y esfuerzos, o simplemente me han despedido de trabajos que consideraba estables.

De todo eso he salido. Con cicatrices, pero he salido entero y con fuerzas. Me han dicho que es por mi capacidad de resiliencia. ¿Y de dónde me viene? ¿La tenía genética o he sabido crearla?

A mí me ha ayudado siempre mucho relativizar. Tengo como un mantra: los estudios que se han hecho a las personas con enfermedades terminales y que están en cuidados paliativos.

Casi todos se reprochaban haberse preocupado en exceso por cosas que en perspectiva no eran tan importantes. ¿De qué me voy a quejar yo, comparado con ellos?

La fuerza de la resiliencia

No pretendo ser ejemplo de nada, sino solo exponer una fórmula que a mí me ha funcionado. Otros encuentran fuerzas apoyándose en personas de su entorno o mirándose en el ejemplo de figuras a las que admiran.

La resiliencia tiene muchos caminos. Es lo que nos enseña el psiquiatra Boris Cyrulnik, el verdadero maestro a la hora de tratar el campo de la resiliencia.

alimentos y bebidas se sitúan entre los tres tipos de residuos más comunes en el 93 % de los países analizados.

Esta tendencia es transversal y no depende de la región ni del nivel de desarrollo económico. Se repite tanto en las cinco naciones más pobladas del mundo —India, China, Estados Unidos, Indonesia y Pakistán— como en países europeos como el Reino Unido.

En concreto, tres tipos de residuos plásticos destacan en la contaminación de las playas:
Envases de alimentos | Tapas y tapones | Botellas

Estos objetos figuran entre los más comunes en más de la mitad de los países estudiados. A ellos se suman las bolsas de plástico y las colillas de cigarrillos, cuya presencia es prácticamente universal.

Más allá del ranking, el estudio revela un patrón estructural: la basura marina está compuesta mayoritariamente por productos de vida útil muy corta, diseñados para un solo uso y desechados en cuestión de minutos.

Un problema global, pero con matices locales

A escala mundial, se estima que 20 millones de toneladas de residuos plásticos llegan cada año al medio ambiente. Aunque los sistemas de recogida y reciclaje han mejorado en muchas regiones, los investigadores alertan de que estas medidas siguen siendo insuficientes.

“Los mismos tipos de residuos dominan las costas de todo el mundo, independientemente del nivel de ingresos o de la calidad de la gestión de residuos, lo que refuerza la necesidad de medidas globales jurídicamente vinculantes”, señala Richard C. Thompson, investigador principal del estudio, en declaraciones a SINC, que es el Servicio de Información y Noticias Científicas, dependiente de la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT).

El análisis también detecta particularidades regionales. En países como Corea del Sur, por ejemplo, adquieren mayor peso los residuos vinculados a la pesca y la actividad marítima. Sin embargo, incluso allí, las botellas de plástico continúan ocupando posiciones destacadas.

Fuente: <https://www.cuorpomente.com>

Por Pablo Cubí del Amo (Periodista especializado en actualidad, bienestar y estilo de vida) / MAYO 2026



Para mayores de 60: cohousing, el sueño de la generación silver

Este modelo autogestionado y colaborativo, en franco crecimiento, es una alternativa habitacional para los años de retiro que da la posibilidad de compartir el día a día en espacios comunes y superar la soledad, sin perder la independencia del departamento propio.



Detrás de cada historia hay siempre un sueño compartido. Un grupo de amigos en el esplendor de la vida que la pasan muy bien juntos, (45, 50 años), empiezan a fantasear con la idea de envejecer juntos, de compartir en comunidad esos tiempos en que el horizonte se vuelve nítido y cercano. Un recurso para prolongar la amistad, pero también un antídoto contra la soledad.

Vivir juntos los años del retiro es una forma de envejecer de la que mucho se habla hoy en el mundo silver, que no tiene nada que ver con los geriátricos o los hospitales de día y que, bien pensado y bien organizado, podría aportar salud y calidad de vida. “El cohousing no es solo una alternativa habitacional, es un motor de bienestar donde la autogestión y la toma de decisiones colectivas actúan como un ‘gimnasio mental’ constante, preservando capacidades como la memoria y la fluidez mental”, dice María Luisa Delgado Losada, investigadora de la Universidad Complutense de Madrid y autora del primer estudio científico que demuestra los beneficios del cohousing senior y que se publicó este año en *Frontiers in Public Health*.

Se trata de un modelo autogestionado y colaborativo, casi siempre en formato cooperativa, que en la práctica se traduce en una propiedad horizontal con equis cantidad de departamentos, o un petit hotel reciclado, un convento reformado, como uno muy famoso de Londres, o un conjunto de casas pequeñas (tiny houses) donde un grupo decidió vivir en comunidad, conservando la independencia que da un departamento privado, pero con un gran menú de zonas comunes de intercambio social. Comedores, salas de juegos, coworking, jardines, talleres, biblioteca, vida al aire libre, pasatiempos, actividades sociales, etc.

Muchos pronostican que será una tendencia en alza debido a un mix de factores: la gente vive más tiempo, la soledad aumenta, hay crisis habitacional en muchos países y los costos suben en dirección inversa a las pensiones de la tercera edad. Con el dato de que seis de cada diez personas experimentan actualmente soledad

significativa, la OMS creó no hace tanto una Comisión sobre Conexión Social para tratar el tema. Y según publicó la revista *The Lancet*, basándose en un estudio sobre 204 países y territorios, en apenas una generación la esperanza de vida mundial pasó de 64,6 años a 73,8.

Todos los entrevistados refieren lo mismo: el proyecto nace de la fantasía de un grupo de amigos y esta semilla es más que importante porque, como suelen decir los holandeses, “primero se construye la comunidad, luego el edificio”. Dinamarca, a mediados de los 70, fue la cuna del cohousing, quizá como una reformulación práctica de las comunidades hippies de la década anterior. El movimiento se esparció por Europa y cruzó a los Estados Unidos, donde el arquitecto Charles Durrett, hoy uno de los principales apóstoles de estas experiencias, inauguró el término basándose en el concepto danés de *bofaellesskaber* (comunidades de convivencia). Junto a su colega Kathryn McCamant, lo popularizó en América con el libro *Cohousing: a contemporary approach to housing ourselves*, considerado una obra de referencia.

Siguen por la misma senda Canadá; Israel, que tiene mucho background en experiencias comunitarias (los kibutz, por ejemplo) y presta especial atención al cuidado de su población senior; y Uruguay, considerado un referente importante por los cohousing españoles. En España surgieron entre 30 y 40 de 2018 a 2022, pero ahora las cifras se han duplicado según el *Cohousing Finder Spain*, aunque mucho de este aumento son proyectos. Algo que los que saben se ocupan de resaltar es que la preparación lleva mucho tiempo. Entre la utopía soñada y el entrar a vivir pueden pasar varios años, entre siete y diez más o menos.

Los cohousers de ley se encargan de aclarar que no es un emprendimiento inmobiliario, sino un emprendimiento social, de ahí que estén organizados con un sistema cooperativo que desaliente la especulación y apunta a la convivencia solidaria, al cuidado mutuo, a bajar los costos y combatir la crisis de la vivienda. Acá no hay escrituras: los miembros compran el derecho de uso de la propiedad de por vida, operación que en general suele ser más económica que comprar un departamento de dimensiones similares en el mercado inmobiliario. Seniors, gente grande ya retirada, entre los 65 y los 80, más grandes aún incluso, autónomas y sin deterioro cognitivo, o con deterioro muy leve, conforman principalmente la población de los cohousing. Sin embargo, cada vez aparecen más experiencias multigeneracionales y hasta algunas solo para mujeres o solo para hombres, aunque estos son los menos.

Fuente: <https://www.lanacion.com.ar>
Por Ana D'Onofrio / AGOSTO 2026



No es soledad, es el síntoma de vivir sin comunidad

Seamos sinceros: no encontrará usted consenso a la hora de definir la soledad. Una perspectiva bastante extendida señala que es la evaluación (por tanto, un juicio, un proceso subjetivo) que hacen las personas de la diferencia que existe entre las relaciones sociales que tiene y la que desearía tener.



Cuando la persona siente que tiene menos relaciones sociales de las que le gustaría y esta percepción viene acompañada de sufrimiento y malestar, entonces aparece la soledad (a veces, etiquetada con un “no deseada”).

Ese elemento subjetivo significa que se puede mantener contacto y conexión con pocas personas, pero no sentir soledad. A la inversa, se puede estar solo en medio de una agenda pantagruélica de contactos. De hecho, solemos diferenciar soledad (sensación negativa y subjetiva) de aislamiento (una condición objetiva de escasez radical de relaciones sociales).

Algunos autores distinguen entre soledad social (la que se deriva de la insatisfacción con las relaciones sociales que se mantienen) y soledad emocional (la que ocurre al carecer de confidentes, de una relación de intimidad, de máxima confianza).

Por otro lado, la soledad puede ser deseada, buscada, reconfortante: es la soledad que permite el disfrute de la ausencia de otras personas. También puede identificar un sentido trágico del ser humano y, por tanto, definir nuestra existencia. Es, por tanto, compleja.

Y acecha a cualquiera, porque es muy probable que experimentemos la soledad en primera persona en algún momento de la vida. En efecto, sabemos que soledad y edad tienen una relación en forma de U, ya que es frecuente entre las personas jóvenes (incluyendo adolescentes) y entre las personas que superan los 75 años. Pero la forma de esa relación es imperfecta.

En el estudio Redes para la Vida, realizado por la plataforma de ayuda y asesoramiento a mayores Emancipatic y la Universidad Complutense de Madrid, se halló que el porcentaje de personas que experimentan soledad en la antesala de la jubilación era superior al de las personas que ya habían cumplido los 65. En estas últimas, el porcentaje era del 9 %, mientras que para las personas

entre 60 y 64 años era de 16.6 % y para las personas entre 55 y 59 era de casi el 24 %.

No es algo nuevo ni una enfermedad

“La soledad es la nueva pandemia”. Seguro que usted ha escuchado y leído esa expresión (o su variante, en forma de epidemia) en numerosas ocasiones, en la televisión, en las noticias, en la radio, en las redes, en las conversaciones con sus amigos y vecinos. Sentimos ir a contracorriente: no es cierto.

Es verdad que la soledad se ha convertido en un problema de salud pública. Como indica la estimación de la Organización Mundial de la Salud (2025), una de cada seis personas en el mundo se ve afectada por ella. En España, el Observatorio de la Soledad no Deseada señala que afecta a una de cada cinco.

Además, la soledad se relaciona con una mayor probabilidad de sufrir diferentes enfermedades, incluidas por supuesto las enfermedades mentales. Por ejemplo, un informe del Joint Research Centre de la Unión Europea señala que las personas mayores que sufren carencias sociales enfrentan un incremento de los riesgos para su salud, incluyendo el riesgo de mortalidad prematura, equivalente a fumar o a la obesidad.

Pero, a pesar de todo ello, insistimos: la soledad no es una nueva pandemia. Y no lo es, al menos, por dos importantes motivos.

En primer lugar, tenga en cuenta que la soledad no es algo nuevo. De hecho, se puede mencionar la obra de Robert S. Weiss titulada Loneliness, publicada en 1973, como el inicio del estudio sistemático de la soledad. Por cierto, ni siquiera tenemos evidencia empírica concluyente de que afecte hoy a más población que hace veinte o treinta años, aunque sospechamos que va a más.

En segundo lugar, le sugerimos que no piense en la soledad como una enfermedad, tampoco como una enfermedad mental. No lo es. No se trata solo de una cuestión de precisión terminológica, sino de evitar desenfocar el análisis, ya que medicalizar el lenguaje de la soledad supone perder de vista su origen y naturaleza: lo social.

Hablamos de un problema social, y entre sus efectos encontramos importantes consecuencias en la salud de las personas que lo experimentan. Buena prueba de ello es que el boom de la soledad es impulsado por una pandemia, esta sí, la de la covid-19. Recuerde que cuando comenzó la pandemia, la única forma de controlarla no fue un fármaco o una tecnología: fueron medidas sociales.

Fuente: <https://theconversation.com/>

Autores: Esteban Sánchez Moreno - Lorena Patricia Gallardo Peralta
Abril 2026



ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA
DE LONGEVIDAD INTELIGENTE

VIVIR MÁS. VIVIR MEJOR. VIVIR CON PROPÓSITO



ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA
DE LONGEVIDAD INTELIGENTE

VIVIR MÁS. VIVIR MEJOR. VIVIR CON PROPÓSITO



ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA
DE LONGEVIDAD INTELIGENTE

VIVIR MÁS. VIVIR MEJOR. VIVIR CON PROPÓSITO



ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA
DE LONGEVIDAD INTELIGENTE

VIVIR MÁS. VIVIR MEJOR. VIVIR CON PROPÓSITO



ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA
DE LONGEVIDAD INTELIGENTE

VIVIR MÁS. VIVIR MEJOR. VIVIR CON PROPÓSITO

Cómo la música puede ayudar a reducir el dolor

Los científicos están estudiando cómo el sistema nervioso se sincroniza con el ritmo y el sonido, lo que abre nuevas posibilidades para la atención neurológica.



Los científicos están tratando de identificar cuál de sus componentes —el ritmo, el tempo, la familiaridad, la melodía o los impulsos sensoriales sincronizados con precisión— produce efectos medibles en el cerebro y el cuerpo.

En el documental de 2014 *Alive Inside*, Henry, un residente de 94 años de una residencia de ancianos que padece demencia, está sentado encorvado en su silla de ruedas, con la cabeza gacha y las manos entrelazadas. Entonces, una trabajadora social le coloca unos auriculares a Henry y le pone una canción de Cab Calloway de la década de 1930, de su juventud.

Henry abre los ojos. Levanta la cabeza, empieza a balancearse al compás de la música y, al poco tiempo, comienza a cantar y a hablar con entusiasmo sobre sus recuerdos.

Los científicos siguen intentando explicar momentos como el de Henry. La música familiar a veces puede despertar recuerdos y respuestas emocionales en personas con demencia, mientras que las señales auditivas rítmicas pueden mejorar aspectos de la marcha en algunas personas con enfermedad de Parkinson o ictus. Ahora los investigadores van más allá de la observación general de que la música puede ayudar. Están tratando de identificar cuál de sus componentes —el ritmo, el tempo, la familiaridad, la melodía o los impulsos sensoriales sincronizados con precisión— produce efectos medibles en el cerebro y el cuerpo.

Las pruebas varían mucho. Pero, en conjunto, las investigaciones sugieren que la música no es un tratamiento único, sino un conjunto de señales biológicas, y que su potencial terapéutico puede depender de que se asocie el elemento sonoro adecuado con el hemisferio cerebral adecuado.

Cómo detecta el cerebro el ritmo

Antes de que la música pueda mover el cuerpo o despertar un recuerdo, el sonido debe convertirse primero en una señal neuronal.

Las vibraciones en el aire golpean el tímpano y mueven tres pequeños huesos del oído medio. El último de ellos, el estribo, transfiere ese movimiento a través de la ventana oval a la cóclea, llena de líquido. Allí, las células ciliadas sensoriales de la cóclea convierten las vibraciones en señales eléctricas que viajan a lo largo del nervio auditivo, pasando por el tronco encefálico y el tálamo, antes de llegar a la corteza auditiva.

Pero escuchar música implica mucho más que la mera corteza auditiva. También moviliza redes relacionadas con el movimiento, la predicción, la memoria, las emociones y la recompensa.

Edward Large, neurocientífico teórico y físico que dirige el Laboratorio de Dinámica Musical de la Universidad de Connecticut, estudia cómo el cerebro detecta y anticipa el ritmo. Contribuyó al desarrollo de la teoría de la resonancia neuronal (NRT), que propone que el cerebro humano sincroniza físicamente sus propios impulsos neuronales con un compás musical externo.

Al principio, Large afirma que se mostraba escéptico respecto a que la musicoterapia tuviera una base científica cuantificable. El punto de inflexión se produjo cuando la musicoterapeuta Concetta Tomaino —cofundadora del Instituto para la Música y la Función Neurológica junto con el difunto neurólogo Oliver Sacks— invitó a Large a observar y participar en un círculo de percusión de 30 minutos con pacientes. Cuando el grupo comenzó a tocar, Large observó cómo pacientes que antes se mostraban retraídos empezaban a dar golpecitos con los pies, a balancearse al compás y a interactuar entre sí. Para él, la escena ofrecía un ejemplo vívido de cómo un ritmo externo podía organizar la atención y el movimiento.

El laboratorio de Large probaron más tarde una idea relacionada: si el cerebro se limita a seguir un compás o si lo construye activamente. Crearon secuencias de 30 segundos de patrones de percusión complejos y sincopados en los que los oyentes podían percibir un pulso constante, aunque el sonido no contuviera energía acústica a esa frecuencia. Mientras los participantes escuchaban, los investigadores utilizaron magnetoencefalografía (MEG) para medir los minúsculos campos magnéticos producidos por la actividad neuronal.

Los investigadores detectaron actividad en la frecuencia del pulso ausente en la corteza auditiva.

«No se limitaban a recordar el ritmo», explica Large. «Lo estaban generando físicamente en su interior».

¿Puede el ritmo cambiar el cuerpo?

Los efectos del ritmo también pueden depender de lo bien que se adapte al oyente. En un estudio reciente, Caroline Palmer y su equipo de la Universidad McGill midieron primero la cadencia espontánea de



cada participante: el tempo natural al que la persona marcaba el compás de una melodía familiar. A continuación, los investigadores reprodujeron música a esa cadencia o a tempos un 15 % más rápidos o más lentos.

Los participantes declararon sentir menos dolor cuando la música coincidía con su tempo natural. El estudio utilizó dolor térmico inducido experimentalmente en adultos sanos, por lo que no demuestra que la música personalizada pueda sustituir a los analgésicos. Sin embargo, sugiere que los efectos de la música pueden depender no solo de lo que una persona oye, sino también de cómo su sincronización se relaciona con los propios ritmos del cuerpo.

Otros investigadores están estudiando una posibilidad más experimental: si la estimulación sensorial sincronizada con precisión puede influir en los patrones de actividad neuronal alterados por una enfermedad.

Uno de los aspectos en los que se centran es la actividad gamma, un rango de oscilaciones neuronales rápidas implicadas en procesos como la percepción, la atención y la memoria. Diversos estudios han revelado que la actividad gamma puede verse alterada en la enfermedad de Alzheimer, lo que ha llevado a los investigadores a preguntarse si una estimulación aplicada desde el exterior podría reforzar esos ritmos.

En un estudio, la neurocientífica Li-Huei Tsai y sus colegas del Instituto Tecnológico de Massachusetts expusieron a ratones modificados genéticamente para desarrollar una acumulación de amiloide similar a la del Alzheimer a tonos que pulsaban 40 veces por segundo durante una hora al día a lo largo de siete días. La estimulación aumentó la actividad neuronal a 40 hercios en la corteza auditiva y el hipocampo, y redujo varios indicadores de la carga amiloide en ambas regiones. Los ratones también obtuvieron mejores resultados en pruebas de memoria espacial y de reconocimiento.

Cuando los investigadores combinaron los tonos con luz parpadeante a la misma frecuencia, la actividad sincronizada se extendió a otras áreas, incluida la corteza prefrontal medial, y produjo reducciones más amplias de la patología amiloide. Los investigadores están comprobando ahora si la estimulación a 40 hercios puede activar de forma fiable la misma actividad neuronal en humanos y, lo que es más importante, si hacerlo puede ralentizar de manera significativa el deterioro cognitivo o funcional.

Con el objetivo de trasladar la ciencia subyacente a una terapia aplicable, Large cofundó Oscillo Biosciences para desarrollar un sistema portátil llamado SynchronyGamma. El sistema combina música con estimulación visual sincronizada con precisión, en lugar de pedir a los usuarios que escuchen únicamente tonos repetitivos de laboratorio.

Aún no se ha determinado si ese formato más personalizado mejora la adherencia al tratamiento, modifica la actividad neuronal o produce beneficios clínicos. Ese es el mayor reto al que se enfrenta este campo: convertir un efecto biológico intrigante en una intervención que ayude de forma cuantificable a los pacientes.

Convertir la música en una receta

Algunas de las aplicaciones más desarrolladas clínicamente ya están saliendo del laboratorio para incorporarse a la rehabilitación. El neurólogo de la Universidad Johns Hopkins Alexander Pantelyat está

trabajando en lo que él describe como una «receta acústica» personalizada y basada en datos. Ha colaborado con investigadores de la Universidad de Boston y con la empresa de terapias digitales MedRhythms para probar un sistema de estimulación auditiva rítmica de bucle cerrado.

La tecnología resultante —clasificada como dispositivo médico de clase II por la FDA para el ictus (InTandem®) y la enfermedad de Parkinson (Movive®)— utiliza sensores integrados en el calzado para transmitir datos de la marcha en tiempo real a un software que ajusta el tempo y las señales rítmicas de la música en respuesta a ellos. Si un usuario pierde el paso, el sistema puede ralentizar el tempo o añadir un compás más marcado para ayudarle a recuperar el ritmo de la marcha.

En un ensayo controlado aleatorio de 2025, se asignó a 44 personas con enfermedad de Parkinson a caminar con el sistema musical autónomo o a completar un programa de marcha rápida sin señales rítmicas. Tras seis semanas, quienes utilizaron el sistema habían aumentado una media de 3.343 pasos diarios con respecto al valor inicial, frente a los 172 pasos del grupo de control. También dedicaron más tiempo a caminar a intensidad moderada y mostraron una menor variabilidad entre zancadas, un indicador asociado a una marcha más estable. Esas mejoras en el número de pasos diarios y en la marcha a intensidad moderada dejaron de ser evidentes una vez que los participantes dejaron de utilizar el dispositivo.

Los resultados en casos de ictus también son alentadores. En un ensayo aleatorizado con 87 adultos con dificultades crónicas para caminar tras un ictus, los participantes que utilizaron InTandem durante cinco semanas mejoraron su velocidad al caminar más que aquellos que siguieron un programa de marcha activa. El 40 % de los usuarios de InTandem logró una mejora clínicamente significativa, en comparación con el 13 % del grupo de control.

Los futuros estudios tienen como objetivo evaluar si este sincronismo auditivo puede, en última instancia, reducir el riesgo de caídas. «Si logramos reducir las caídas entre un 10 % y un 20 %, eso supondrá un hito clínico importante», afirma Pantelyat.

Sin embargo, los investigadores creen que ajustar el tempo es solo el principio. «La música no es un tratamiento único, sino un conjunto de componentes terapéuticos», afirma Kyurim Kang, neurocientífica y musicoterapeuta certificada del Centro de Música y Medicina de la Universidad Johns Hopkins.

El siguiente reto consiste en determinar qué componentes —el ritmo, el tempo, la familiaridad, la melodía o el significado emocional— son los más importantes para un síntoma y un paciente concretos, lo que acercará a los investigadores a la «receta acústica» individualizada que Pantelyat tiene en mente.

La música actúa como una medicina complementaria y real.

Programas médicos en algunas regiones permiten prescribir conciertos sinfónicos o sesiones guiadas. La American Music Therapy Association respalda su uso clínico para reducir el estrés, calmar el dolor postoperatorio y mejorar trastornos de salud mental mediante la musicoterapia.

Fuente: <https://www.nationalgeographic.com.es>
Por Jackie Oberst / AGOSTO 2026



El calor extremo achicharra la salud: más irritados, peor sueño y más desajustes cardiovasculares

La mortalidad por calor crece un 35% por cada grado de aumento de la temperatura ambiental. Convivir con el clima sofocante requiere un cambio de mentalidad



El calor extremo enferma y mata. De muchas maneras. Lo más llamativo —aunque poco frecuente— son los golpes de calor, una emergencia médica que se caracteriza por una temperatura corporal superior a los 40°C y que causa una alteración del estado mental con un riesgo elevado de fallo multiorgánico y muerte. Pero hay muchos más desequilibrios fisiológicos potencialmente graves vinculados a las altas temperaturas. El estrés térmico, que ocurre cuando la necesidad de disipar el calor supera la capacidad del organismo para hacerlo, puede provocar también más desajustes cardiovasculares, empeorar la calidad del sueño, volvernos más irritables o descompensar trastornos mentales.

Los expertos advierten de que los fenómenos de calor extremo serán cada vez más frecuentes y auguran que tocará hacer cambios más pronto que tarde para evitar males mayores. “Tendrá que haber un cambio de mentalidad. Tenemos que aprender a convivir con el calor extremo de forma habitual”, alerta Elisabeth Diago, investigadora de ISGlobal. Un ejemplo simple: “Llevar agua encima siempre y beber, aunque no tengas sed”. Otro: “No puede ser que te pongas a correr a las cuatro de la tarde... ¡Te puede dar un síncope por calor!”, exclama Diago. El autocuidado, redes comunitarias de apoyo a los vulnerables, viviendas mejor preparadas y un cambio en la salud urbana (evitar el efecto isla de calor) serán clave.

Cuando el ser humano se enfrenta a episodios de calor intenso, el organismo responde desplegando estrategias fisiológicas para mantener la temperatura corporal interna a unos 37 grados, el nivel óptimo para la vida. El cuerpo usa, por ejemplo, la sudoración, que es el gran mecanismo de termorregulación para disipar el calor al evaporar el sudor en la superficie cutánea. Y también recurre a la vasodilatación periférica, que aumenta el flujo de sangre hacia la piel para facilitar la pérdida de calor.

Todo eso suele ayudar a mantener la temperatura adecuada, pero son mecanismos que tienen límites. Y cuando se sobrepasan, aparece lo que los expertos llaman el estrés térmico, que se manifiesta con un abanico de malestar que va desde el cansancio, los calambres o la irritabilidad, hasta cuadros más graves, como el síncope o el golpe de calor.

El impacto de las altas temperaturas en la salud puede ser brutal. En el verano de 2022, uno de los más cálidos registrados en Europa, hubo más de 61.000 muertes asociadas a las altas temperaturas, según un estudio. Este año, solo en el mes de junio, en España se contabilizaron más de un millar. Los decesos por

golpes de calor son poco frecuentes; la mayoría de los fallecimientos vinculados al calor extremo se producen por el agravamiento de patologías preexistentes.

Un informe reciente de ISGlobal para el Observatorio DKV de Salud y Medioambiente recuerda que, según la literatura científica, por cada aumento de un grado centígrado en la temperatura ambiental, aumenta un 35% la mortalidad por calor y un 2,1% los decesos vinculados a cuadros cardiovasculares; también el número de personas que enferman crece un 18% (un 25% en el caso de los mayores de 65 años). “Los efectos no son iguales para todos porque la vulnerabilidad es diferente. Depende de la exposición; de factores intrínsecos de la persona, como sus enfermedades de base; y también de la vulnerabilidad estructural, como el barrio en el que vives o la capacidad socioeconómica para acceder a determinados recursos”, explica Diago, que ha coordinado el informe.

Los ancianos y los niños se llevan la peor parte. Entre otras cosas, porque ninguno de estos dos colectivos tiene el termostato del organismo en condiciones óptimas: el de los mayores está desgastado por la edad y el de los críos, subdesarrollado todavía. Las personas más añosas, además, acostumbran a tener enfermedades de base que, ante el calor, pueden descompensarse con más facilidad, cuenta Alfons Aguirre, jefe de sección del servicio de Urgencias del Hospital del Mar de Barcelona. “Suelen tener los mecanismos de adaptación al calor más comprometidos. Además, si tienen una alteración neurológica, pierden el reflejo de la sed y tienen más riesgo de deshidratarse”, ejemplifica. La soledad no deseada también es un factor de vulnerabilidad.

Otro colectivo de riesgo son los trabajadores al aire libre, por la exposición directa a las altas temperaturas. Y también las embarazadas: estar bajo calor extremo, sobre todo en el primer trimestre, se relaciona con un mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y muerte fetal.

Las mujeres también se mueren más en las olas de calor. Según recoge ISGlobal, en el verano de 2022, la mortalidad fue un 56% más alta que en hombres. Los expertos achacan esta brecha a diferencias fisiológicas en la termorregulación, sobre todo en la menopausia, pero también a que sufren más aislamiento y tienen menos acceso a zonas refrigeradas.

La factura del mal descanso

El cuerpo humano emplea las horas nocturnas para liberar el calor acumulado durante el día. Pero cuando hay noches muy calurosas, todo ese proceso de recuperación fisiológica se ve comprometido. Cuesta más dormir, nos despertamos más veces y el sueño suele ser menos profundo y reparador, cuenta Marta Garaulet, catedrática de Fisiología y Bases Fisiológicas de la Nutrición en la Universidad de Murcia: “El cuerpo tiene que dedicar más esfuerzo a regular la temperatura, aumenta la activación fisiológica y se altera la arquitectura normal del sueño. En general, el calor se asocia con más vigilia nocturna y con una reducción del sueño profundo y del sueño REM, que son fases importantes para la recuperación física, cognitiva y emocional”.

Garaulet matiza que el calor no altera nuestro reloj biológico como lo hace, por ejemplo, la luz nocturna, pero sí puede “desorganizar la expresión” de los ritmos circadianos. “Dormimos peor, nos acostamos más tarde, nos levantamos más cansados y al día siguiente solemos

estar menos activos. Todo esto puede acabar afectando al ritmo sueño-vigilia, al metabolismo y al bienestar general”.

En sus investigaciones, la científica descubrió también el poder de la siesta en contextos de calor extremo: “Vimos que en el 11% de las personas, la siesta no aparece como un hábito constante durante todo el año, sino como un comportamiento estacional, que se da sobre todo en verano”. Lo descubrió en estudios hechos en Murcia, donde es habitual que en las tardes de verano se alcancen los 40°C. “En esas condiciones, el cuerpo tiende de forma natural a reducir la actividad y favorecer el descanso. La siesta no sería solo una costumbre cultural, sino también una respuesta biológica al entorno. Cuando el calor es extremo, descansar en las horas centrales del día ayuda a evitar el estrés térmico, conservar energía y reorganizar la actividad hacia momentos más frescos”, explica.

Según Garaulet, “en regiones cálidas, una siesta breve y bien situada puede ser una respuesta fisiológica adaptativa”. Y da más consejos: “Es recomendable que la habitación tienda a estar fresca, más que caliente, para dormir bien. Y, aunque a veces se piensa lo contrario, las duchas muy calientes justo antes de acostarse pueden dificultar el sueño si aumentan demasiado la temperatura corporal o impiden esa pérdida natural de calor que necesitamos para dormir”.

Más irritación y estrés

Como un efecto dominó, la falta de descanso adecuado es uno de los factores que espolea también un empeoramiento de la salud mental. En atención primaria, el calor persistente se ha asociado con un aumento de las consultas por ansiedad (43%) y por depresión (23%), según el informe de ISGlobal. Por cada grado que aumenta la temperatura, asciende hasta un 1,7% el riesgo de suicidio y las hospitalizaciones psiquiátricas crecen casi un 10% durante las olas de calor.

Los expertos achacan este impacto a una confluencia de factores. Desde mecanismos psicológicos, relacionados con la percepción del calor a través de sentimientos de estrés y ansiedad; hasta elementos conductuales, con cambios en el comportamiento a causa del calor; o mecanismos sociales, vinculados a cambios en las interacciones a causa del calor (más aislamiento, por ejemplo).

El sobreesfuerzo del corazón

En una situación de estrés térmico, también aumenta el riesgo de desajustes en la función cardiovascular. En ese intento de disipar el calor, el corazón hace un sobreesfuerzo. “Y eso puede contribuir a descompensar enfermedades cardiovasculares”, sintetiza Aguirre.

Además, hay fármacos que pueden empeorar más la situación, subraya Christian Garriga, pediatra y director médico corporativo de DKV: “Los antihipertensivos [para controlar la presión arterial alta], los betabloqueantes [reducen la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea] y los diuréticos [ayudan a eliminar exceso de agua y sal por la orina] afectan al sistema vascular y también a los líquidos”. Con el calor, por ese mecanismo de vasodilatación periférica, puede bajar la tensión y con la sudoración se eliminan más electrolitos. Estos fármacos acentúan todavía más estos síntomas y pueden provocar deshidratación, mareos, cansancio o, incluso, desmayos.

Los pulmones trabajan más

Las enfermedades respiratorias también pueden desequilibrarse. Con el calor, el organismo hace más gasto cardíaco e hiperventilación, lo que puede empeorar dolencias como el asma o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). “Al aumentar la vasodilatación, el cuerpo lo compensa con una frecuencia cardíaca más alta y más esfuerzo respiratorio para oxigenar la sangre”, cuenta Bernardino Alcázar-Navarrete, presidente electo de la Sociedad Española de Pneumología.

Esa situación, en personas con enfermedades crónicas, puede complicar su cuadro clínico. Pone un ejemplo: “Se ha descrito que con el calor del verano aumenta un 8% el riesgo de hospitalización por EPOC. Hay agudizaciones porque cuando cambia la temperatura, cambia también la densidad del aire y los pacientes lo notan más; también suele coincidir con episodios de calima, un momento en el que hay más polvo ambiental y partículas en suspensión; y además, con el calor hay más riesgo de deshidratarse y esto afecta a las secreciones [el moco es más espeso y más difícil de eliminar por la tos, lo que favorece la obstrucción de las vías respiratorias]”.

Fuente: <https://elpais.com>

Por Jessica Mouzo Yolanda Clemente Pomedá (Gráficos) Laura Navarro (Gráficos) / JULIO 2026



CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA MUJER DE CASMU: TU SALUD, NUESTRA PRIORIDAD

Entendemos que la salud de la mujer merece un enfoque especializado, por eso contamos con el Centro Integral de Atención a la Mujer, un espacio pensado para brindarte un cuidado completo y personalizado en cada etapa de tu vida. Con profesionales de excelencia y tecnología de última generación, ofrecemos una amplia gama de servicios, desde controles ginecológicos y asesoría en salud reproductiva, hasta apoyo en salud mental y prevención de enfermedades.

Nuestro compromiso es acompañarte, escuchar tus necesidades y responder con soluciones integrales y de calidad. En CASMU, estamos aquí para cuidar de ti en cada paso del camino.

Afiliate llamando al 1444 o en casmu.com.uy

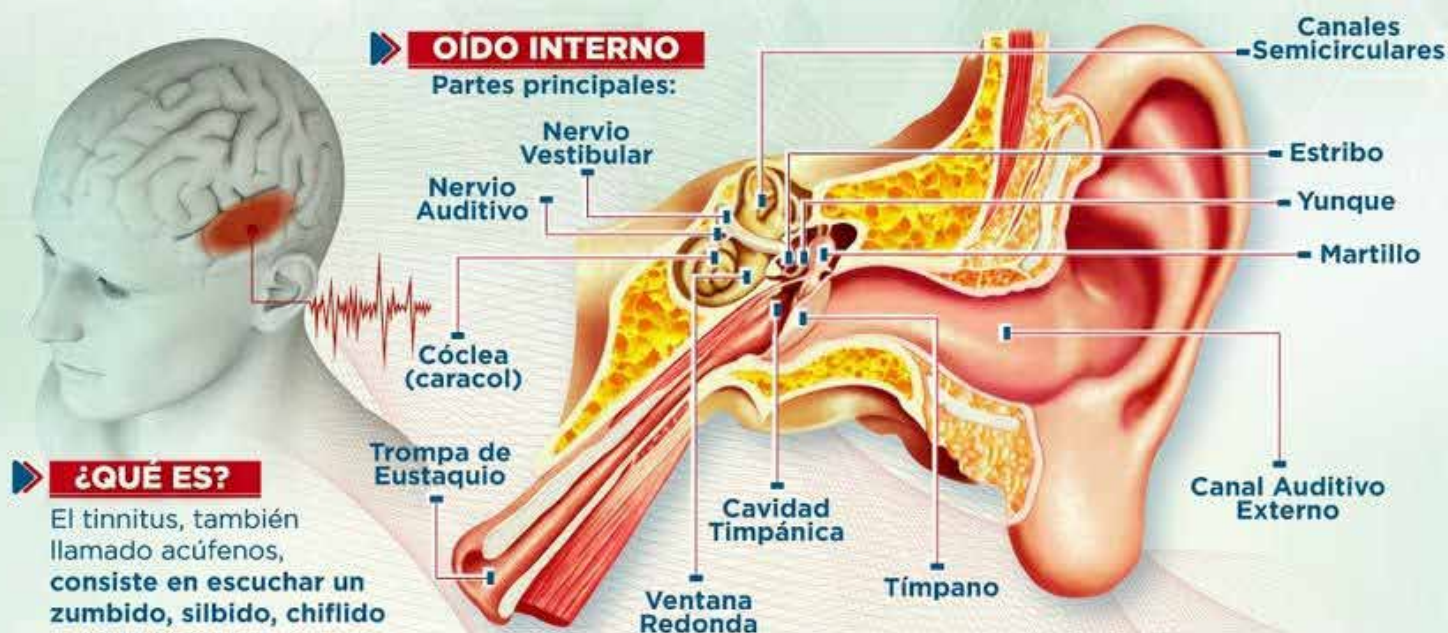


TINNITUS

EL INCURABLE ZUMBIDO EN EL OÍDO

SOMOS CIENCIA
MSP
www.revistamsp.com

Los músicos son de los profesionales que más sufren este mal que, en la mayoría de los casos, está asociado justamente a la exposición al ruido excesivo. No obstante, no existe una causa exclusiva.



¿QUÉ ES?

El tinnitus, también llamado acúfenos, consiste en escuchar un zumbido, silbido, chiflido o ruido constante en uno o ambos oídos o en cualquier parte de la cabeza.

CAUSAS

-  Exposición excesiva al ruido.
-  Golpes en la cabeza.
-  Estrés.
-  Consumo de ciertos medicamentos.
-  Enfermedades como hipertensión.

El tinnitus puede generarse en cualquier parte del oído interno.

CONSECUENCIAS Y TERAPIA

-  El tinnitus puede ocasionar problemas psicológicos, físicos y sociales, como depresión, dificultad para concentrarse, pérdida de energía y aislamiento.
- No existe cura, pero los expertos recomiendan terapia psicológica o enmascarar el ruido con "ruido blanco".



ALGUNOS CASOS FAMOSOS



ERIC CLAPTON: El guitarrista y cantante británico, de 72 años, teme quedarse sordo por este padecimiento.



ANTHONY KIEDIS: En 1993, el cantante de Red Hot Chili Peppers dio a conocer que tenía un daño auditivo permanente.



BARBRA STREISAND: La cantante y compositora vive con este padecimiento desde su adolescencia.



LUIS MIGUEL: En 2015 dio a conocer que padece este mal desde hace más de 30 años, afectando sus altos decibeles.

Fuentes: Mayo Clinic | OTOTECH | UNAM

Cinco consejos para producir más leche materna

Como regla básica, cuanto más mama el bebé, más leche produce la madre.



La idea de que la mujer se quedó sin leche materna o de que la leche no alcanza es un mito. Puede pasar que en algún momento la producción de leche de la madre no se adecue exactamente a las necesidades del bebé, pero esto tiene solución. No hay que confundir una crisis transitoria de lactancia en la que la producción de leche puede bajar momentáneamente —como la que puede ocurrir cuando madre e hijo regresan a la casa después del parto, o alrededor de los tres meses— con la idea de que la leche se acabó o no alcanza para satisfacer al bebé.

La lactancia materna es muy beneficiosa para el bebé y la mamá a nivel inmunológico y de fortalecimiento del vínculo madre-hijo.

En términos generales, cuanto más mama el bebé, y cuanto más se vacíen los pechos en cada toma, más leche produce la madre. Para mayor tranquilidad, presentamos cinco consejos para producir más leche materna.

1. Ofrecer el pecho más seguido

Es importante ofrecer el pecho a libre demanda dejando que el bebé marque las pautas, tanto en el intervalo entre una mamada y otra como en su duración. Durante el primer mes de vida, o hasta el primer control con el médico, se recomienda que el bebé realice al menos ocho tomas diarias.

2. No saltar mamadas para acumular más leche

Contrario a lo que se cree, hacerlo disminuye la producción. El cerebro interpreta que está “sobrando” y pone en marcha mecanismos para producir menos. Gran parte de la leche se produce cuando el bebé está tomando, por lo que no es necesario sentir los pechos llenos antes de ponerlo a mamar.

3. Evitar los tiempos fijos de las mamadas

Acortar la duración puede privar al bebé de tomar la leche final, que es más rica en grasa y calorías y lo ayuda a sentirse satisfecho y aumentar de peso. Por eso es importante permitirle al bebé mamar del primer pecho hasta que se desprenda o no succione más. Recién ahí ofrecerle el otro y sin preocupación si no quiere seguir mamando. La siguiente vez, se le debe ofrecer como primera opción el último pecho del que tomó o el que quedó sin ser estimulado en caso que tomara de un solo pecho.

4. Ofrecer el pecho de día y de noche

Las mamadas nocturnas son muy útiles para aumentar la producción de leche.

5. Extraerse leche entre las tomas

Estimular la bajada de la leche, aunque sea muy poca cantidad,

mandará la señal al cerebro de que es necesario producir más.

¡A tener en cuenta! La leche materna es el único alimento que el bebé necesita hasta los 6 meses. No precisa tomar agua, té o cualquier otra infusión de hierbas.

Consejos para el papá y la familia durante la lactancia

Culturalmente, se suele depositar en la mujer toda la tarea de crianza de los hijos y se subestima el efecto negativo que tiene la falta de compromiso del resto de los integrantes de la familia en esta etapa de gran exigencia para la mujer. Amamantar es una tarea que se suma a todas las que la madre venía desarrollando. Es necesario alentar a los padres a ocupar un rol activo y de corresponsabilidad en el cuidado para promover momentos de descanso para la mujer, mientras disfruta más de su paternidad. Pedir ayuda a familiares y vecinos también es una buena idea. Además, el apoyo de los grupos de madres o de los servicios de salud para la lactancia tiene un gran valor en esta etapa.

La participación del padre en las primeras etapas de la lactancia es muy importante, para toda la familia. Puede estimular y dar seguridad a la madre en relación con su capacidad de amamantar. Aquí algunos consejos:

Que el padre participe del momento del amamantamiento estimulará el vínculo afectivo entre madre, padre e hijo.

Que comparta los cuidados del bebé, es decir: cambiar pañales, preparar el baño, vestirlo, cargarlo, etc., así como en las tareas de la casa.

Fuente: UNICEF



La demencia precoz deja huella en la productividad mucho antes del diagnóstico

La demencia precoz se asocia a una caída de la productividad laboral hasta 15 años antes del diagnóstico. Algunos subtipos se relacionan con un mayor impacto en el trabajo.



La demencia precoz tiene dos significados. En psiquiatría antigua, es un término obsoleto para la Esquizofrenia. Hoy, en medicina general, significa demencia de inicio temprano. Describe enfermedades que dañan el cerebro en personas menores de 65 años. Estas causan pérdida de memoria y cambios de conducta.

El vínculo entre actividad laboral y demencia se ha estudiado desde diferentes perspectivas, con un claro predominio de los estudios sobre cómo afecta el tipo de trabajo a la evolución del deterioro cognitivo hacia Alzheimer u otras patologías. Una nueva investigación se centra en un aspecto menos conocido: el impacto sobre la productividad en los años previos al diagnóstico definitivo. Los resultados, publicados en *Neurology*, son muy llamativos, aunque se trate de un estudio observacional.

Este trabajo longitudinal y retrospectivo revela que la demencia precoz (antes de los 65 años de edad) está asociada con una reducción de la productividad laboral que ya se empieza a reflejar 15 años antes del diagnóstico. Se evaluó a casi 800 pacientes finlandeses y miles de controles emparejados.

"La demencia de inicio temprano afecta a las personas durante sus años más productivos y se asocia con una menor capacidad laboral, un mayor desempleo y el abandono del trabajo antes de lo previsto", afirma el autor principal del estudio, Eino Solje, de la Universidad del Este de Finlandia. "Estos cambios pueden reducir los ingresos familiares y contribuir a un impacto económico más amplio".

Los diagnósticos se validaron a través de la revisión de datos clínicos; los datos demográficos, educativos y de comorbilidades se obtuvieron de registros nacionales; y los ingresos brutos anuales se extrajeron de la principal entidad de análisis estadísticos de Finlandia (Statistics Finland). Se utilizó el enfoque de capital humano para calcular las pérdidas de productividad, estimando la diferencia de ingresos anual en relación con los controles.

Los pacientes con demencia precoz mostraron una pérdida de

productividad sustancial y progresivamente creciente hasta 15 años antes del diagnóstico. El descenso acumulado fue de 74.577 euros por paciente durante esos tres lustros. La caída anual inicial se situó en una media de 2.774 euros por paciente, llegando a 12.021 en el año del diagnóstico.

Caída de la productividad según el tipo de demencia
Se apreciaron diferencias significativas en función del subtipo de demencia precoz. En el caso de la enfermedad de Alzheimer, el descenso de productividad aparecía 6 años antes del diagnóstico (2.767 euros) y alcanzaba los 11.431 euros en el diagnóstico.

En cuanto a la demencia frontotemporal, la pérdida apareció 11 años antes del diagnóstico (4.799 euros) y aumentó hasta llegar a los 16.116, siendo una de las más altas. Este subtipo mostró descensos en los ingresos anuales y un impacto financiero particularmente altos.

En las alfa-sinucleinopatías se apreció una gran variabilidad entre pacientes y las caídas de productividad solo fueron significativas en el diagnóstico (11.284 euros).

Por último, en otras demencias precoces (principalmente demencias vasculares y mixtas) la pérdida de productividad fue consistentemente alta durante todo el seguimiento, con 8.322 15 años antes del diagnóstico y 8.744 en el año de la confirmación clínica de la patología.

Aumento del desempleo

Los hallazgos de esta investigación ponen de manifiesto el gran impacto socioeconómico de la demencia precoz y la necesidad de un reconocimiento más temprano de cara a la puesta en marcha de intervenciones dirigidas al diagnóstico y tratamiento precoz. En términos generales, estas patologías de inicio temprano se asocian con una reducción marcada en la participación en la fuerza laboral y un aumento en las tasas de desempleo años antes del diagnóstico, especialmente acusadas en los pacientes con demencia frontotemporal y demencia vascular.

La pérdida de productividad observada puede explicarse, al menos en parte, por los retrasos en el diagnóstico, lo que prolonga el período durante el que los pacientes experimentan síntomas no reconocidos.

Fortalezas y limitaciones

Estos resultados no son directamente extrapolables a otros países, dada la diversidad de los sistemas de atención médica, mercados laborales y marcos de bienestar. El estudio se realizó en un país en el que el sistema sanitario se caracteriza por la cobertura universal.

Fuente: <https://www.diariomedico.com>
Por María Sánchez-Monge / JULIO 2026

FUNDACIÓN
Ave Fénix

FUNDACIÓN
Ave Fénix

FUNDACIÓN
Ave Fénix

Hasta un 45 % del riesgo de demencia podría prevenirse o retrasarse

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado unas directrices actualizadas sobre la reducción del riesgo de deterioro cognitivo y demencia.



La demencia es una afección causada por una enfermedad del cerebro que afecta a la memoria, el pensamiento y la capacidad de funcionar. Más de 57 millones de personas en todo el mundo viven con demencia y la cifra de individuos a los que, cada año, se les diagnostica esta afección asciende a prácticamente 10 millones. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia y se estima que representa entre el 60 % y el 70 % de los casos.

Aunque no existe una cura para la demencia, factores de riesgo modificables como el tabaco, el consumo de alcohol, el aislamiento social, la inactividad física, la contaminación atmosférica y las enfermedades no transmisibles (ENT), como la hipertensión o la diabetes, pueden representar cerca del 45 % del riesgo. Además de los efectos sobre la salud, la demencia también tiene consecuencias en la independencia, la dignidad y la seguridad de la persona.

Hoy tenemos más información que nunca sobre qué impulsa el riesgo de demencia, y estas directrices traducen estos conocimientos en medidas prácticas», declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. «Los países cuentan en la actualidad con recomendaciones claras y basadas en la evidencia que pueden implementar de inmediato para proteger la salud cognitiva de las personas».

Las nuevas directrices de la OMS se hacen eco de la evidencia y las innovaciones más recientes en materia de reducción del riesgo de demencia, y presentan intervenciones de eficacia probada capaces de reducir de manera efectiva el riesgo mediante actividades de sensibilización precoz y medidas oportunas. Suponen una verdadera oportunidad de reducir la carga de la demencia en los próximos decenios mediante una integración más robusta de los servicios relativos a las enfermedades no transmisibles, la salud mental y la salud cerebral.

Reducción del riesgo, prevención de enfermedades
Las directrices actualizadas, que muestran que la base empírica ha crecido de manera significativa desde que la OMS formuló en 2019

sus recomendaciones sobre la reducción del riesgo de demencia, contienen recomendaciones consolidadas sobre cómo abordar conductas que no son saludables, manejar afecciones médicas y reducir la exposición a factores ambientales que puedan contribuir al deterioro cognitivo y a la demencia.

Las directrices recomiendan distintas conductas saludables e intervenciones sobre el modo de vida encaminadas a reducir el riesgo de demencia, entre ellas el entrenamiento cognitivo y la estimulación cognitiva o la participación en actividades sociales para adultos cuya capacidad cognitiva es normal o que experimentan un deterioro cognitivo leve.

El texto actualizado también incluye intervenciones que reducen el riesgo de ENT, como aumentar la actividad física, abandonar el consumo de tabaco, reducir el consumo de alcohol, adoptar una dieta saludable y una nueva recomendación para reducir la exposición a la contaminación atmosférica.

El manejo de afecciones cardiometabólicas como la hipertensión, la diabetes y la hipercolesterolemia también puede ayudar a reducir el riesgo de demencia. Además, pueden ofrecerse auxiliares auditivos como parte de las estrategias de reducción de riesgos.

Las directrices no recomiendan, como intervención para reducir el riesgo de deterioro cognitivo y/o la demencia, la suplementación con vitaminas B y E, omega-3, ácidos grasos poliinsaturados o multivitaminas/minerales en ausencia de una deficiencia diagnosticada, debido a la falta de evidencia de posibles beneficios que superen los efectos nocivos imprevistos.

Costo humano y económico

La demencia incide en la capacidad de una persona para vivir de manera independiente, trabajar y funcionar, e impone una carga considerable a familias y cuidadores. Supone cuantiosas pérdidas económicas, y su costo anual para la economía mundial se estima en USD 1,3 billones. Aproximadamente la mitad de este se debe a los cuidados no remunerados que ofrecen familiares y amigos. Comprender los factores de riesgo y adoptar medidas para prevenir la demencia puede mejorar la salud y la calidad de vida, lo que ayudará a las personas a llevar una vida más longeva, saludable e independiente.

Panorama general

La demencia altera la memoria, el pensamiento y la capacidad de realizar las actividades cotidianas. Puede deberse a distintas enfermedades que dañan el cerebro.

Fuente: Organización Mundial de la Salud
JULIO 2026

La caminata 6-6-6: el paseo diario que quema grasa y tonifica piernas y tripa mejor que el ejercicio intenso

Sólo vas a tener que reservar una hora de tu día para ponerte en forma, y no hacen falta esfuerzos titánicos ni terminar agotada. Conseguirás objetivos sin darte cuenta.



Hacer ejercicio es necesario por muchos motivos. Es la única manera fiable, efectiva y realmente saludable para ponerse en forma, pero además, es básico para oxigenar la mente, desconectar y encontrar más fácilmente el equilibrio emocional. Lo malo es que lo que ocurre con el deporte es que hay que ponerse a ello, y esto se nos hace cuesta arriba, no sólo por la pereza, sino por lo difícil que es encontrar el momento en una rutina que nos tiene agotadas.

Pero no son necesarias rutinas extremas de entrenamiento súper intenso para conseguir estos objetivos. Sólo hace falta que al día saques un ratito para dar un paseo. En concreto, necesitas 60 minutos y da igual si lo das por la mañana o por la tarde, lo importante es que camines ese tiempo al día con consciencia. Pero lo más básico es que emplees 6 minutos en calentar y otros 6 en enfriar los músculos.

En esto es en lo que se basa la caminata 6-6-6, una tendencia fitness que arrasa en redes sociales para perder peso y tonificar el cuerpo sin darte cuenta.

En que consiste la caminata 6-6-6

Es una marcha rítmica, es decir, que no es un paseo muy tranquilo, para conseguir los beneficios de andar durante una hora al día. Todo gira alrededor del 6. Como decíamos, desde el tiempo de calentamiento y de relajación, a la duración de la caminata, que son 60 minutos. También por la hora a la que se puede llevar a cabo: a las 6 de la mañana o a las 6 de la tarde, y lo ideal es hacerlo 6 veces en semana.

Consiste en andar a una velocidad media, de 5 o 6 kilómetros por hora para conseguir dar más o menos 6.000 pasos. Pero tranquila, porque se ha demostrado que lo realmente importante es ser constante hasta donde tú puedas llegar.

Además, no hay una sola buena forma de hacerlo. Puedes caminar en terreno plano o con distintas elevaciones, con lastres en piernas o manos, intercalando distintos ritmos, etc.

La elección del número 6 no se ha hecho sólo porque una serie con esta cifra repetida sea más sencillo de recordar o sea algo que llame la atención. Seis minutos de calentamiento es el tiempo suficiente para que aumente poco a poco la frecuencia cardíaca y el cuerpo se prepare para hacer frente al esfuerzo, igual que seis minutos de relajación son justos y necesarios para volver a una posición de reposo de forma natural.

Por su parte, 60 minutos de ejercicios es lo mínimo que se debe hacer al día. Además, con ese tiempo se da el margen suficiente para mejorar y llegar a objetivos de pasos más ambiciosos.

Beneficios de la marcha 6-6-6

La constancia en este ejercicio trae consigo muchos beneficios, además de la disciplina que te hará aprender sin necesidad de forzarlo.

Al ser una marcha que se repite cada día a un ritmo más o menos constante y activo, es mucho más fácil tonificar los músculos de las piernas y los glúteos. Aunque también se observa un cambio en el abdomen bajo, especialmente.

La caminata activa el metabolismo, lo que hace que el organismo controle mejor los picos de glucosa y no se acumule la grasa, sino que se transforme. Como es un ejercicio aeróbico, es eficaz para quemar calorías y grasa y también ayuda a aumentar la resistencia.

Tienen un gran impacto en la figura, pero también tiene muchas propiedades a nivel mental y emocional. Reduce la ansiedad y el estrés, ayuda a desconectar pero luego mejora la concentración.

Y lo mejor es que cualquiera puede hacerlo porque no requiere material ni una cuota mensual como el gimnasio. Además, andar es una actividad que todos hacemos de manera natural, por eso puedes aprovechar el tiempo libre sin necesidad de reajustar tu agenda. Por ejemplo, puedes aprovechar e ir andando al trabajo.

Cuándo es mejor caminar

Esta tendencia wellness da dos opciones o la mañana o la tarde. No hay un momento mejor, todo depende de los beneficios que más quieras explotar.

Fuente: <https://www.elle.com/es>
Por María Muñoz / MAYO 2026

Atención al cliente: 0800 8313
tresul@adinet.com.uy
www.tresul.com



Calidad internacional al alcance de sus manos

Laboratorio Tresul S.A.

Av. Centenario 2989
TeleFax: 2487 4108
2486 3683 - 2486 3747

El dengue ya no es solo tropical: la prevención, clave ante su avance en Europa

La prevención es uno de los pilares fundamentales de la medicina moderna. Detectar riesgos antes de que aparezcan, anticiparse a la enfermedad y reducir su impacto no solo mejora la salud individual, sino que protege al conjunto de la sociedad.



En un mundo caracterizado por la elevada movilidad internacional y por la rápida expansión de patógenos emergentes, la prevención se convierte en la herramienta más eficaz para preservar la salud pública.

En este contexto, las medidas preventivas desempeñan un papel esencial. No solo ayudan a disminuir la carga de enfermedades conocidas, sino que se han consolidado como una barrera estratégica frente a infecciones cuyo comportamiento evoluciona con rapidez, como es el caso de las enfermedades tropicales.

Algunos virus, como el virus del dengue, tradicionalmente asociados a regiones tropicales, está experimentando una expansión hacia nuevas áreas debido al cambio climático, la globalización y la expansión de los vectores. Acudir a un centro sanitario antes de viajar, informarse sobre el riesgo en el país de destino y adoptar medidas para evitar picaduras son pasos clave para reducir el impacto de esta enfermedad transmitida por mosquitos.

El dengue es una infección viral transmitida por el mosquito Aedes aegypti, con síntomas como fiebre alta, dolor intenso de cabeza/detrás de los ojos, dolores musculares y sarpullido. No existe un tratamiento específico, se enfoca en aliviar los síntomas con paracetamol, hidratación y reposo, evitando aspirinas. La prevención se basa en eliminar criaderos y usar repelente.

La prevención se ha convertido en la herramienta más eficaz frente a esta infección vírica que, aunque en muchos casos cursa de forma leve, puede evolucionar hacia formas graves e incluso mortales. Anticiparse es fundamental: el riesgo no comienza en el destino, sino en la planificación del viaje.

En las últimas dos décadas, el dengue ha experimentado un marcado aumento de incidencia, también en regiones donde tradicionalmente no era endémico, como Europa. En España, durante 2024 se notificaron 1.119 casos en 17 comunidades

autónomas y una ciudad autónoma, lo que confirma que la enfermedad ha dejado de ser exclusivamente importada y supone ya un reto para el sistema sanitario. A nivel europeo, tras la malaria, el dengue es la enfermedad que genera un mayor número de ingresos hospitalarios en personas que regresan del extranjero.

Según datos oficiales, tras la pandemia el turismo español se recuperó con fuerza: en 2024 los viajes al extranjero aumentaron un 12,1% respecto al año anterior. Solo hasta mayo de 2024, España había notificado 387 casos de dengue importados, procedentes principalmente de Cuba, República Dominicana, Tailandia e India, destinos con elevada circulación del virus. Además, en los tres primeros meses del año más de 5,7 millones de personas viajaron desde zonas con dengue hacia Europa continental, más del doble que en todo 2023.

En este escenario, y con la presencia consolidada del mosquito Aedes albopictus en amplias áreas de España, el elevado volumen de desplazamientos internacionales incrementa no solo la probabilidad de casos importados, sino también la de transmisión local.

A escala global, la tendencia sigue al alza: los casos reportados a la OMS han pasado de poco más de 500.000 en el año 2000 a 14,6 millones en 2024, con más de 12.000 muertes.

2025 también marcó un año con una muy alta incidencia donde notificaron 4,46 millones de casos sospechosos solo en el área de las Américas, con 2.207 muertes, aunque supuso un descenso significativo respecto al récord observado en 2024.

El dengue continúa extendiéndose a nuevas áreas, incluidas regiones de Europa y del Mediterráneo Oriental.

Factores como el cambio climático, el aumento de temperaturas y precipitaciones, la expansión de los vectores (Aedes aegypti y Aedes albopictus) y la intensa movilidad internacional están favoreciendo este escenario.

La prevención empieza antes del viaje

En el caso de los viajeros, la prevención debe abordarse de forma integral, antes, durante y después del desplazamiento.

Antes del viaje, se recomienda acudir con antelación -al menos dos meses antes- a un Centro de Vacunación Internacional, donde es posible informarse del nivel de riesgo en el país de destino y recibir asesoramiento sanitario personalizado.

Fuente: <https://www.pmfarma.com>
MARZO 2026

Atención al cliente: 0800 8313
tresul@adinet.com.uy
www.tresul.com



Calidad internacional al alcance de sus manos

Laboratorio Tresul S.A.

Av. Centenario 2989

TeleFax: 2487 4108

2486 3683 - 2486 3747

Caídas de mayores: cómo prevenirlas y mejorar la fragilidad asociada al envejecimiento

Casi el 5% de las caídas, la primera causa de accidente en el adulto mayor, vienen acompañadas de una fractura ósea. La gran mayoría de ellas (en torno al 80 %) ocurren en personas mayores de 75 años, predominantemente mujeres.



Esta condición suele acompañarse de estancias hospitalarias próximas a las dos semanas. Entre las posibles consecuencias no solo está la incapacidad que el contexto genera en los pacientes, que culmina en la institucionalización de un 25 % de los mismos; también en una elevada mortalidad (10 % en el primer mes y 30 % en el primer año).

Estas cifras, en un panorama de envejecimiento real que vive la población, muestran que aplicar acciones preventivas de situaciones similares es un eslabón olvidado en los programas de salud. Es una condición que no duele, que no acerca al sistema sanitario a los posibles pacientes y que cuando aparece ya es “tarde”.

Es cierto que actualmente existen muchas herramientas terapéuticas farmacológicas. Pero, viendo los resultados, ¿son suficientes? Podríamos afirmar que no, y no por ello estar diciendo que no eran útiles.

En este sentido, el uso del ejercicio terapéutico cobra especial relevancia. Sabemos que se utiliza, pero podríamos hacernos la misma pregunta: “¿Es suficiente?”. Quizás la respuesta también sería similar. Aquí, sin embargo, podríamos ser más críticos y cuestionarnos si el ejercicio que se realiza es el adecuado.

El ejercicio como prevención a las fracturas provocadas por las caídas.

Los ejercicios más habituales que se prescriben al adulto mayor se centran en la resistencia y el ejercicio aeróbico. Por ejemplo, paseos diarios continuos y largos. Quizás ahí esté la carencia.

Como aspecto curioso, en muchas ocasiones la principal recomendación de ejercicio es en una piscina, a través de actividades acuáticas. Revisando la bibliografía al respecto, se puede afirmar que

los deportistas de estas disciplinas son los que menor densidad mineral ósea tienen. Por tanto, es cierto que ese tipo de actividad puede mantener al paciente con movilidad. Ahora bien, ¿le ayuda a recuperar o al menos mantener su densidad mineral ósea? Un programa de ejercicio en el adulto mayor debería estar compuesto de ejercicios de resistencia, de fuerza, de equilibrio y de flexibilidad.

Empecemos por la última, la flexibilidad. En muchas ocasiones buscamos que el paciente mejore sus niveles de fuerza, pero su fuerza puede ser más eficiente si las resistencias en contra son menores.

Con programas de movilidad y flexibilidad se consigue una calidad de movimiento mayor. El motivo es que las resistencias son menores y, con la misma fuerza, se es más ágil. Desde el punto de vista emocional, este primer aspecto favorece la realización del ejercicio: el sujeto nota una mejora en su independencia. Con ello, se anima a practicarlo con mayor frecuencia.

¿Pero qué sucede con el equilibrio y la estabilidad?

Si queremos conseguir un paciente activo y comprometido con su salud, que salga a caminar o realice ejercicios de fuerza, pero su equilibrio se lo impide, ¿conseguiremos los mismos resultados?

La respuesta es clara: no. Por ello, se deben poner en valor las actividades que le ayudarán a mejorar esta habilidad en todas sus variantes. Desde el control postural en bipedestación (sobre las dos piernas) hasta en apoyos monopodales (sobre un pie) y bipodales (sobre dos pies). Tanto en superficies estables como inestables e incluso en sedestación (sentados).

Más estabilidad será sinónimo de seguridad, siendo más fácil afrontar los ejercicios de fuerza y resistencia.

La importancia de la fuerza

El objetivo sigue siendo que el paciente logre evitar las caídas. Para ello, en el momento crítico necesita hacer un movimiento rápido, que frene todo el peso de su cuerpo. Aquí entra en juego la potencia, la máxima fuerza a la máxima velocidad. Es precisamente a esta condición del ejercicio a la que la literatura científica atribuye el beneficio de mejorar o mantener la densidad mineral ósea.

Fuente: <https://theconversation.com/>

Autores: Daniel López Fernández, Fisioterapeuta. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Profesor adjunto. Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y José Javier López Marcos, Fisioterapeuta. Profesor Asociado UCM (Profesor Invitado ULPGC por Venia Docendi), Universidad Complutense de Madrid
MARZO 2022

 www.alianzapacientesuy.org

 contacto@alianzapacientesuy.org

 [alianzapacientesuy](https://www.facebook.com/alianzapacientesuy)

 [pacientesuy](https://twitter.com/pacientesuy)

 [@alianzadepacientesuy](https://www.instagram.com/alianzadepacientesuy)

 [alianzadepacientesuy](https://www.youtube.com/alianzadepacientesuy)

 **ALIANZA de
PACIENTES**
URUGUAY

Leche materna, un alimento milagroso todavía indescifrable para la ciencia

La leche materna es un alimento vivo y complejo, capaz de adaptarse al bebé. La ciencia conoce muchas de sus funciones, pero no ha descifrado todos sus mecanismos.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida, y numerosos estudios han demostrado que sus beneficios van mucho más allá de la nutrición. La leche de fórmula cumple un papel esencial cuando la lactancia materna no es posible o no es la opción elegida, pero la leche materna sigue siendo un fluido biológico extraordinariamente complejo que, de momento, es imposible replicar de manera artificial.

La leche materna es un tejido vivo y el alimento ideal para el bebé. La Organización Mundial de la Salud recomienda lactancia exclusiva hasta los 6 meses y complementada con otros alimentos hasta los 2 años o más. Aporta nutrientes esenciales y anticuerpos que protegen al recién nacido.

Su composición cambia, se adapta y combina nutrientes con compuestos bioactivos que intervienen en procesos clave para el bebé, desde la maduración del intestino hasta el desarrollo del sistema inmunitario. Pese a años de investigación, la ciencia aún no comprende del todo cómo interactúan todos sus componentes ni cómo logra coordinar tantos procesos a la vez.

¿Qué hay en la leche humana?

La leche materna está lejos de ser un alimento estático. Su composición varía con los meses, a lo largo del día e incluso dentro de una misma toma. También cambia en función del propio binomio madre-bebé. “La leche materna se adapta a la edad evolutiva del bebé”, resume Vanessa Pleguezuelos, bióloga y responsable del Banco de Leche Materna de Cataluña. “Al final, la producción de la leche es un proceso vivo y dinámico”, añade Nadia García Lara, neonatóloga del Hospital 12 de Octubre y coordinadora del Banco Regional de Leche Materna de la Comunidad de Madrid.

Esta capacidad de adaptación es tan notable que una revisión científica publicada en 2016 planteó que la composición de la leche podría “ajustarse” a las necesidades cambiantes del bebé. La hipótesis resulta fascinante y cuenta con indicios que la respaldan, aunque los mecanismos que la explican todavía no se entienden.

Hoy conocemos muchos de los compuestos presentes en la leche materna y algunas de las funciones que desempeñan, pero todavía quedan incógnitas por resolver. Se estima que contiene más de 200 componentes, entre ellos agua, grasas, azúcares, proteínas, hormonas, vitaminas, minerales, bacterias y otras muchas moléculas bioactivas.

Sin embargo, el reto ya no está solo en identificarlos. Lo difícil es averiguar la función de cada uno, cómo interactúa con el resto de componentes y cuáles son sus efectos sobre el organismo del bebé. En otras palabras, conocemos muchas de las piezas del puzzle, pero todavía no sabemos exactamente cómo encajan todas. Más allá de la lista de compuestos, la clave está en cómo actúan juntos: la leche

materna funciona como una matriz biológica en la que sus componentes interactúan entre sí y generan efectos que no se explican por separado.

Leche materna: del calostro a la leche madura

Para entender mejor la leche materna, hay que conocer sus etapas. El calostro es la de los primeros días y cumple una función muy importante. “Tiene un color más amarillento, es más espesa y tiene un alto contenido proteico y de inmunoglobulinas”, explica Pleguezuelos.

“El sistema inmune del recién nacido aún es inmaduro y ese primer fluido que la madre transfiere al bebé contiene parte de su experiencia inmunológica. Es decir, le pasa defensas ya fabricadas. Podríamos decir que sería como la primera vacuna. Es el primer alimento que pasa por su sistema digestivo”, añade la experta. Esta primera leche a veces preocupa a las madres porque “sale poco”, pero lo cierto es que su volumen encaja con la anatomía del recién nacido.

Al cabo de unos tres días se produce la subida de la leche. Aquí empieza a aparecer la leche de transición y, después, la leche madura, cada una con una composición y unas funciones diferentes. “En las primeras semanas su contenido es más proteico y, a medida que crece el bebé, aumenta la concentración de carbohidratos y grasas”, señala Vanessa Pleguezuelos.

Fuente: <https://www.consumer.es>
Por Adam Martín Skilton / JULIO 2026

ALIANZA de PACIENTES
URUGUAY

www.alianzapacientesuy.org

contacto@alianzapacientesuy.org

[alianzapacientesuy](https://www.facebook.com/alianzapacientesuy)

[pacientesuy](https://twitter.com/pacientesuy)

[@alianzadepacientesuy](https://www.instagram.com/alianzadepacientesuy)

[alianzadepacientesuy](https://www.youtube.com/alianzadepacientesuy)

España y Madrid: líderes europeos en longevidad

El estilo de vida también juega un papel fundamental. Los españoles caminan más, mantienen una vida social activa y disfrutan de un clima templado que favorece la actividad física al aire libre durante casi todo el año.



España se ha consolidado como el país con la mayor esperanza de vida de la Unión Europea. Según los datos más recientes de Eurostat, la esperanza de vida al nacer en España ronda los 84 años, claramente por encima de la media comunitaria (alrededor de 81,5 años). Las mujeres españolas lideran además el ranking europeo, con cifras que superan los 86 años. Este liderazgo no es casualidad ni un fenómeno pasajero: es el resultado de décadas de mejoras en salud pública, hábitos de vida y un modelo social que favorece el envejecimiento saludable.

La Comunidad de Madrid destaca todavía más. Con una esperanza de vida que ronda los 86,1 años, se sitúa como la región europea con mayor longevidad. Madrid no solo supera a otras capitales de la Eurozona, sino que supera a la mayoría de las regiones del continente, incluyendo zonas tradicionalmente longevas de Italia o el norte de Europa. Esto convierte a la capital española en un verdadero referente mundial de longevidad urbana.

¿Cuáles son las claves de este éxito? En primer lugar, la dieta mediterránea. El consumo habitual de aceite de oliva virgen extra, legumbres, frutas, verduras, pescado y frutos secos reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y ciertos tipos de cáncer. Estudios internacionales han demostrado de forma reiterada que este patrón alimentario está asociado a una mayor longevidad y a una mejor calidad de vida en edades avanzadas.

En segundo lugar, el sistema sanitario español. El acceso universal y de calidad a la atención primaria y hospitalaria permite detectar y tratar enfermedades de forma temprana. La mortalidad por las grandes patologías ha descendido de manera significativa en los últimos años, especialmente en regiones como Madrid, donde los resultados hospitalarios en insuficiencia cardíaca y otras patologías son de los mejores del país.

El estilo de vida también juega un papel fundamental. Los españoles caminan más, mantienen una vida social activa y disfrutan de un clima templado que favorece la actividad física al aire libre durante casi todo el año. Las redes familiares y de amistad, todavía muy presentes, protegen contra el aislamiento, uno de los factores de

riesgo más importantes para la salud mental y física en la vejez. Además, el bajo consumo de tabaco en generaciones más jóvenes y la mejora continua de las condiciones laborales y residenciales completan el cuadro.

Madrid añade a estos factores una combinación única: una oferta cultural y de ocio excepcional, parques y espacios verdes accesibles, una red de transporte eficiente y una densidad de servicios sanitarios y sociales muy elevada. Todo ello permite que muchas personas lleguen a edades avanzadas manteniendo autonomía e interés por la vida.

El resultado es evidente: España no solo vive más años, sino que vive mejor. Y Madrid se ha convertido en el laboratorio vivo de esta longevidad exitosa.

Fuente: <https://www.eluniversal.com>
Por Jose Luis Cordeiro / AGOSTO 2026



ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA
DE LONGEVIDAD INTELIGENTE

VIVIR MÁS. VIVIR MEJOR. VIVIR CON PROPÓSITO



ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA
DE LONGEVIDAD INTELIGENTE

VIVIR MÁS. VIVIR MEJOR. VIVIR CON PROPÓSITO



ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA
DE LONGEVIDAD INTELIGENTE

VIVIR MÁS. VIVIR MEJOR. VIVIR CON PROPÓSITO



ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA
DE LONGEVIDAD INTELIGENTE

VIVIR MÁS. VIVIR MEJOR. VIVIR CON PROPÓSITO



ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA
DE LONGEVIDAD INTELIGENTE

VIVIR MÁS. VIVIR MEJOR. VIVIR CON PROPÓSITO