Estructura general de la sesión

- **Nombre del programa:** *«Radio de guardia: Las ondas Preventivas de la primaria»*

- **Ambientación escénica:**

    - Mesa con tres micrófonos tipo flexo o de mesa con filtro antipop.
    - Cartel luminoso o caja de luz portátil que ponga **«ON AIR» / «EN EL AIRE»**.
    - Sintonía sutil de fondo (jazz nocturno, *lo-fi* o una cortinilla radiofónica clásica) que entra y baja de volumen al hablar (*efecto ducking*).
    - Atrezo: Tazas de café, auriculares de diadema sobre la mesa y hojas de guion impresas.

- **Reparto de roles para este bloque:**

    - **Locutor de guardia (asensio):** Modera, lee los mensajes de los "oyentes" (buzón de voz, WhatsApp ficticio o llamadas telefónicas simuladas) y lanza la pregunta clínica.
    - **Expertos en Prevención (paco y cruz):** Responde con rigor científico, utilizando las recomendaciones del PAPPS 2026, aterrizando los números (sobrediagnóstico, falsos positivos, intervalos) en un lenguaje clínico accesible.
    - **Voz en off / Mensaje de voz**

Guión radiofónico: Bloque de Prevención del Cáncer, Vacunas y Mujer (PAPPS 2026)

(Suena sintonía de guitarra nocturna o sintetizador suave. Se enciende el cartel de «ON AIR». El locutor habla con tono pausado, cálido y confidencial).

Locutor (Asensio):

Buenas noches, compañeras, compañeros. Son las dos de la madrugada en este Congreso Nacional y abrimos las líneas de nuestro consultorio de guardia. Hoy no buscamos resolver urgencias de atención continuada, ni siquiera de guardia hospitalaria; venimos a escuchar las dudas cotidianas que quitan el sueño tanto a la población como a quienes pasamos consulta por la mañana.

Esta noche nos acompañan en el estudio dos expertos, el Dr Paco Camarelles del grupo de estilos de vida del PAPPS y la Dra. Cruz Bartolomé, del Grupo de Prevención del Cáncer del PAPPS. Tenemos el contestador colapsado con dudas sobre estilos de vida, nutrición, cribados, vacunas y sobrediagnósticos que llegan a los buzones. ¿Listos para responder a los oyentes?

Experto (paco):

Buenas noches. Listo para responder a los oyentes e intentar solucionar todas sus dudas e inquietudes

Experta (cruz):

Buenas noches. Encantada de ponerme al micrófono. La noche es el mejor momento para desmitificar pruebas y hablar con serenidad de lo que realmente salva vidas y separarlo de lo que solo genera ruido o daño innecesario.

Llamada 1: Inmunizaciones en el adulto y “recelo a las vacunas"
(Efecto de pitido de contestador automático: «Mensaje nuevo recibido a las 01:10 h»)

Locutor (Asensio):
Nos llega un mensaje de voz que mezcla informes de alta, recetas electrónicas y dos generaciones de una misma familia. Al aparato tenemos a Pedro, de 59 años. Escuchemos su consulta.

Voz en off / Mensaje de voz (Pedro, 59 años):
"Hola, buenas noches al equipo de guardia. A ver si me sacan de un lío. Este verano me dio un susto tremendo el corazón, un infarto estando de vacaciones. Ya estoy bien, con mi tratamiento y todo en orden, pero el otro día fui a mi centro de salud para actualizar la receta electrónica y salí con la cabeza como un bombo.

Por un lado, a mi padre, que tiene 89 años, demencia avanzada y acaba de entrar en una residencia de mayores, le quieren poner una vacuna nueva que no es ni la de la gripe ni la del covid; me hablaron de un virus respiratorio raro y no sé si fiarme o si es necesaria con su edad.

Y para colmo, la médica me dice que yo también me tengo que vacunar de la gripe, del covid y de otra para el pulmón... ¡Pero si solo tengo 59 años! Toda la vida he oído que las vacunas son para los mayores de 65. ¿No se estarán pasando de frenada?"

Locutor (Asensio):
Dos dudas en una misma llamada: una vacuna nueva para un padre en residencia y un paciente menor de 65 años que no entiende porqué su corazón recién infartado necesita pinchazos.
¿Qué opina el público?
Doctora, pongamos orden en esta familia y digamos al público la opción correcta

Experta (cruz):

Buenas noches, mkPedro. Tu llamada permite hacernos una idea del cambio que ha dado la vacunación en el adulto en España. Vamos por partes, empezando por tu padre.
Esa vacuna nueva es frente al Virus Respiratorio Sincitial (VRS). Solemos asociar el VRS a la bronquiolitis de los bebés, pero en personas mayores frágiles provoca neumonías graves, descompensaciones de patologías de base y una altísima tasa de hospitalización.
El Ministerio de Sanidad la ha incorporado formalmente al calendario para personas de 60 o más años institucionalizadas en residencias, además de pacientes inmunodeprimidos, trasplantados o en tratamiento oncológico. Dile a la residencia que adelante con total tranquilidad:

Es dosis única (al menos de momento).
Se administra en cualquier época del año, no hay que esperar al otoño.
Protege durante al menos 3 años frente a hospitalización grave por VRS.
Es segura (apenas da molestias locales un par de días) y se puede coadministrar sin problema con la gripe, el covid o el neumococo. Tu padre se beneficiará.

Locutor (asensio):
Aclarado el caso del padre de Pedro. Pero, ¿qué pasa con el propio Pedro? ¿Por qué le insisten tanto con las vacunas si no llega a los 60 años?

Experta (cruz):
Aquí viene la clave de la consulta, Pedro: la indicación de vacunarte a ti no te la da tu fecha de nacimiento, te la da tu arteria coronaria.

Al haber sufrido un infarto, entras de lleno en el grupo de alto riesgo cardiovascular, independientemente de tu edad. Te corresponden:

Vacuna conjugada frente al Neumococo (VNC20 o VNC21 según tu Comunidad Autónoma): Para protegerte de la neumonía bacteriana bacteriémica.

Vacuna frente al Covid-19 en campaña otoñal.

Y, sobre todo, la vacuna de la Gripe anual.

Y esto no es para evitarte estornudos o un par de días de fiebre en la cama. Ya no se ve la vacuna de la gripe como una simple herramienta de salud pública; la guía 2026 del American College of Cardiology la sitúa como el cuarto pilar de la prevención secundaria cardiovascular, al mismo nivel que tomarte la aspirina, la estatina o el antihipertensivo.

Cuando una persona con cardiopatía pasa la gripe, la cascada inflamatoria y el estrés hemodinámico multiplican el riesgo de sufrir un nuevo infarto o caer en insuficiencia cardíaca. La evidencia demuestra que la vacunación antigripal (especialmente la de alta carga) administrada tras un evento cardiovascular reduce hasta un 36% los eventos cardiovasculares mayores (MACE) y un 41% la mortalidad cardiovascular. Vacunarte es, literalmente, proteger tu corazón.

Locutor (asensio):
Mensaje nítido para Pedro y para todos los oyentes de la noche: la vacuna del VRS salva vidas en las residencias, y la vacuna de la gripe es hoy por hoy un protector cardíaco de primera línea. Gracias por llamar a Radio de Guardia.

Llamada 2: Estilos de vida
Son las dos y 10 de la madrugada en Radio de Guardia: Las Ondas Preventivas de la Primaria.

Voz en off / Mensaje de voz de oyente ("Silvia, 34 años"):
«Hola, buenos días. Soy Silvia, médica de familia de un centro de salud de Canarias.
Llevo años recomendando a mis pacientes que dejen de fumar, hagan más ejercicio, coman mejor y reduzcan el consumo de alcohol. Pero tengo la sensación de que, aunque conocen perfectamente mis consejos, muchos no consiguen cambiar sus hábitos. He oído que las nuevas recomendaciones PAPPS 2026 hablan de un modelo llamado COM-B y de nuevas estrategias para conseguir cambios de conducta.

Mi pregunta es: ¿qué podemos hacer los médicos y enfermeras para que nuestros consejos sobre estilos de vida se conviertan en cambios reales y duraderos?
Y, sobre todo, ¿cómo lo hacemos en una consulta de apenas seis minutos?»

Locutor (asensio):
Bueno Paco, creo que Silvia ha dado en la diana de una de las preocupaciones de seguro mucho de nuestros oyentes de hoy. Mientras piensas la respuesta paso el testigo al público que nos acompaña esta noche y esta vez vamos a una pregunta relacionada con este tema ¿cuáles son los tres componentes del modelo COM-B que influyen en el cambio de comportamiento?

Experto (paco):
Qué pregunta más pertinente la de Silvia que me permite explicar cuatro aspectos destacados del documento PAPPS 2026:
1. Pasar del consejo al cambio de conducta. No basta con informar de los riesgos: hay que ayudar a las personas a modificar sus hábitos.
2. Modelo COM-B. Para cambiar una conducta se necesitan tres elementos: capacidad, oportunidad y motivación. No todo depende de la voluntad del paciente.

3. Técnicas eficaces de cambio de conducta. Establecer objetivos concretos, planificar acciones, proporcionar apoyo social, monitorizar los progresos y asegurar seguimiento.
4. Condiciones para implementar las recomendaciones. Tiempo, formación, herramientas prácticas, trabajo multiprofesional y recursos comunitarios.

Llamada 3: Bloque de Consejo Preconcepcional (PAPPS)
(Efecto de pitido de contestador automático: «Mensaje nuevo recibido a las 01:14 h»)

Son las dos y 20 de la madrugada en Radio de Guardia: Las Ondas Preventivas de la Primaria.
Doctora, esta noche las redes sociales y los foros de internet están quitando el sueño a más de una futura madre. En nuestro contestador parpadea el mensaje de Laura, de 32 años, que está planificando un embarazo y viene con la lista de la compra que le han recomendado sus amigas. Escuchemos su consulta.

Voz en off / Mensaje de voz de oyente ("Laura, 32 años"):
"Hola, buenas noches. Le llamo porque mi pareja y yo hemos decidido que dentro de un par de meses nos pondremos a buscar un bebé. Mi grupo de amigas y varias cuentas de Instagram dicen que antes de ponernos a ello tengo que pedir en el centro de salud una analítica completa para ver las defensas del toxoplasma.

Además, ya he fichado en internet un cóctel multivitamínico con yodo de esos que anuncian para la fertilidad, y sé que tengo que tomar ácido fólico... pero tengo la duda de si comprar el de 5 miligramos, que dicen que es el más potente y seguro. ¿Qué me aconseja para ir sobre seguro y que no le falte de nada al bebé?"

Locutor (asensio):
La eterna batalla entre la evidencia del PAPPS y la parafarmacia de Instagram.
¿Qué opina el público que tenemos esta noche?
Dra, ¿por dónde empezamos a desenredar la lista de Laura?

Experta (cruz):
¡Mucha suerte Laura y pareja de Laura con la decisión! Y, qué acierto planear las cosas con tiempo y sobre todo llamar a la consulta antes de empezar a comprar, el consejo preconcepcional es una de las intervenciones preventivas más agradecidas en Medicina de Familia. Pero vamos a poner orden porque Laura ha expuesto varios temas.

Empecemos por el ácido fólico:
Laura, en tu caso, rotúndamente NO a los 5 miligramos. Tu peso es saludable (tienes un índice de masa corporal normal), no eres diabética ni tienes antecedentes familiares de defectos del tubo neural. Por tanto, la recomendación con máxima evidencia es tomar 400 microgramos al día (0,4 mg) en monoterapia. Debe iniciarse al menos un mes antes de la concepción y mantenerse durante todo el primer trimestre. La dosis de 5 mg la reservamos exclusivamente para situaciones de alto riesgo, no para la población general.

Locutor (asensio):
¿Y qué le decimos a ese multivitamínico con yodo que ha visto por internet?

Experta (cruz):
Que guarde la tarjeta de crédito. Las recomendaciones del PAPPS son muy claras: no hay justificación para la suplementación universal con yodo en pastillas. Si en casa cocina habitualmente con sal yodada y consume unas tres raciones de lácteos al día, además de pescado o legumbres, cubre de sobra sus necesidades fisiológicas de yodo. Solo pautaríamos yoduro potásico si detectásemos una dieta con déficit evidente. Menos pastillas y más sal yodada en el salero.

Locutor (asensio):
Llegamos al clásico de todas las consultas preconcepcionales: «Doctora, mírame el toxoplasma». ¿Qué hacemos con ese análisis?

Experta (cruz):
Fíjate: el PAPPS no recomienda pedir la serología de toxoplasmosis de forma sistemática. La prevalencia en España ha caído en picado, los análisis generan un volumen notable de falsos positivos o resultados indeterminados que desatan una cascada de angustia, amniocentesis y tratamientos antibióticos no exentos de riesgos fetales. La verdadera protección no se consigue con un pinchazo, se consigue en la cocina con prevención primaria e higiene alimentaria: Cocinar la carne a más de 70 grados (o congelarla previamente varios días). Lavar

minuciosamente frutas y verduras crudas.Y si Laura tiene contacto con tierra de jardín o gatos, utilizar guantes y lavarse las manos con agua y jabón tras manipularlos.
¿Esto quiere decir que no hace falta hacerse analíticas? No, pero mediremos otros parámetros que de verdad cambien el pronóstico. En el caso de Laura, al tener 32 años (más de 30 años), está indicado solicitar una determinación de TSH, ya que un hipotiroidismo inadvertido sí puede alterar la fertilidad y el desarrollo neurológico inicial. También comprobamos su estado inmunitario frente a la rubéola y realizamos el cribado serológico de VIH y hepatitis C.

Locutor (asensio):
¿Y si en esa analítica vemos que Laura no está inmunizada contra la rubéola?

Experta (cruz):
Muy fácil: le administramos una dosis de la vacuna triple vírica en el centro de salud, pero con una advertencia en letras rojas: debe posponer la búsqueda del embarazo al menos un mes tras la inyección, puesto que se trata de una vacuna de virus vivos atenuados.

Y antes de colgar con Laura, tres mensajes de estilo de vida para grabarse en la puerta de la nevera desde esta misma noche:
Alcohol cero: No existe ninguna dosis segura ni antes ni durante la gestación. La copa de vino social se suspende ya.
Cafeína con moderación: Reducir el consumo a menos de 150-200 mg al día (el equivalente a una taza de café diaria).
Cuidado con el pescado: Evitar especies con alto contenido en mercurio (pez espada, emperador, atún rojo o cazón). Mucho mejor optar por pescados pequeños o pescado blanco, limitándolo a un par de raciones semanales.

Locutor (asensio):
Ácido fólico a dosis justa de 400 microgramos, sal yodada, higiene en la cocina frente al toxoplasma y analítica con diana clara. Despejadas las dudas de Laura y silenciadas las modas de internet. Gracias, Dra.

Llamada 4: cardiovascular
Son las dos y 30 de la madrugada en Radio de Guardia: Las Ondas Preventivas de la Primaria.

Voz en off / Mensaje de voz de oyente ("Antonio, 67 años"):
«Buenos días, consultorio PAPPS. Soy Antonio, de Las Palmas. Tengo 67 años y llevo tiempo tomando pastillas para la tensión.
Mi cuñado, que sabe mucho de medicina porque lo consulta todo en Internet, me ha dicho que las pastillas para la tensión funcionan mejor si las tomo por la noche, antes de acostarme. Pero mi médica de familia me ha dicho que lo importante es tomarlas todos los días y que elija el horario que mejor me venga.
¿Quién tiene razón, mi cuñado o mi médica? ¡A ver si me sacan ustedes de dudas, que en casa ya tenemos bastante discusión con el fútbol!»

Locutor (asensio):
Pregunta de Paco sobre un tema peliagudo, el mejor horario para las pastillas de la tensión.
Vamos a pasarle la “patata caliente” al público ¿qué os parece?
Dr, ¿qué recomendamos? ¿el público tiene razón?

Experto (paco):
¡Esta vez tiene razón su médica de familia!
Las recomendaciones PAPPS 2026 señalan que no hay evidencia suficiente para aconsejar sistemáticamente la toma nocturna de antihipertensivos con el objetivo de reducir los eventos cardiovasculares. Lo importante es conseguir un buen control de la presión arterial, tomar correctamente la medicación y elegir un horario que facilite la adherencia, respetando las indicaciones específicas de cada medicamento. Mensaje para llevarse a casa: «Para controlar la tensión, importa más tomar bien la medicación que tomarla de noche».

Llamada 5: Cáncer de mama, sobrediagnóstico y la frontera de la edad
(Efecto de pitido de contestador automático: «Mensaje nuevo recibido a las 01:16 h»)

Son las dos y 35 de la madrugada en Radio de Guardia: Las Ondas Preventivas de la Primaria y vamos a escuchar ahora la consulta de Rosa

Voz en off / Mensaje de voz de oyente ("Rosa, 44 años"):

"Hola, soy Rosa y tengo 44 años: 'Mi ginecóloga privada insiste en que tengo que hacerme mamografía y ecografía cada año desde los 40. He leído noticias de que en Europa y en España ya, recomiendan empezar a los 45, pero mi médica de familia me dice que aún tengo 44 años, y que no me toca nada por el sistema público. Siento que la sanidad pública me está recortando cuidados. ¿Quién tiene razón?'"

Locutor (asensio):
Pregunta de fondo que abre uno de los debates más intensos en las consultas: la presión por adelantar cribados y el miedo social al cáncer de mama.
¿Qué opina el público sobre este candente tema que nos ha traído Rosa?
Dra, ¿qué les decimos? ¿el público tiene razón?

Experta (cruz):
Entiendo perfectamente la angustia de Rosa, pero su médica de familia la está protegiendo de la **iatrogenia y el sobrediagnóstico**, un pilar que en la actualización del PAPPS 2026 subraya con mucha firmeza.

La evidencia consolidada y la recomendación firme en población de riesgo medio sigue siendo la **mamografía bienal entre los 50 y los 69 años**. Es cierto que Europa y España debate tramos como los 45 años, pero descender la edad en mujeres asintomáticas sin mutaciones ni historia familiar de alto riesgo multiplica los falsos positivos y la

detección de lesiones que jamás habrían amenazado la vida de la paciente (como ciertos carcinomas ductales *in situ*).

El PAPPS recuerda que el sobrediagnóstico en cáncer de mama puede superar el 19% (e incluso alcanzar estimaciones superiores en según qué cohortes). Esto implica biopsias, cirugías, radioterapia y angustia vital innecesarias para una mujer que nunca habría enfermado.

Por no hablar de la ecografía mamaria sistemática en asintomáticas como método de cribado aislado o de la autoexploración mamaria: ninguna ha demostrado reducir la mortalidad específica y sí disparan las cascadas diagnósticas innecesarias.

Llamada 6: celiaquia
Son las dos y 40 de la madrugada en Radio de Guardia: Las Ondas Preventivas de la Primaria.

Voz en off / Mensaje de voz de oyente ("Encarnación, madre preocupada"):
Buenas noches, mi nombre es Encarnación y llamo desde Badajoz. Quisiera hacer una
pregunta sobre mi hija mayor que cumple 14 años en diciembre.
Tenemos 2 hijos más pequeños, una de 7 y otro de 9 años, que han sido diagnosticados
de celiaquía.
Parece ser que en la familia de mi ex – marido hay también casos de celiaquía, que han
sido difíciles de diagnosticar, pues es una familia pequeña.
El caso es que a mi hija mayor le han hecho varias pruebas, y con una de ellas, algo así
como LA o HLA, y me han asegurado que no tengo que preocuparme, pues es seguro
que no aparecerá la enfermedad.
Pero les digo, me quedan dudas. ¿Me aconsejan que le haga alguna prueba más?. He
leído en la IA que solo es seguro si le hacen la prueba del tubo por la boca.
¿Puedo fiarme de lo que me han dicho?. Pues con mi hijo de 9 también dijeron algo
parecido y pasamos una temporada muy mala de diarreas, pérdida de peso, …. ¡El crío
se puso fatal!
¡Muchas gracias!

Locutor (asensio):
Una llamada llena de angustia materna comprensible tras haber vivido el debut florido y el retraso diagnóstico en su hijo pequeño. Encarnación tiene a dos hijos celíacos y consulta a la inteligencia artificial, que le habla de biopsias y tubos por la boca, mientras en el centro de salud le

dan el alta preventiva a su hija de 14 años basándose en un estudio genético HLA.

Pregunto primero a los asistentes cuál sería su respuesta para Encarnación

Y bien Doctor, ¿puede Encarnación fiarse de esa prueba o debe exigir más estudios y esa temida endoscopia digestiva?

Experto (paco):
Experto/a en la mesa:

Buenas noches, Encarnación. Te damos un mensaje rotundo de tranquilidad: puedes fiarte plenamente de lo que te han dicho los médicos de tu hija y no necesitas hacerle ninguna prueba más, y mucho menos someterla a una biopsia o endoscopia.

Vamos a explicar por qué con los datos científicos en la mano:

Por qué estuvo bien estudiada tu hija:

En la población general sana menor de 18 años (al igual que en adultos) no existe evidencia de buena calidad que apoye el cribado masivo sistemático. Sin embargo, sí hay pruebas de buena calidad para hacer cribado en grupos de riesgo, y el primer grupo son precisamente los familiares de primer grado de pacientes con celiaquía (como es tu hija mayor respecto a sus dos hermanos pequeños), además de personas con diabetes tipo 1, tiroiditis, enfermedades autoinmunes, baja talla, anemia crónica o síndromes genéticos como Down, Turner y Williams. Por eso fue una indicación clínica impecable estudiarla.

El poder del HLA y su «seguro de vida»:

Esa prueba genética que mencionas analiza las moléculas HLA-DQ2 y HLA-DQ8. En nuestro medio, la molécula HLA-DQ2 la expresan el 97% de las personas con enfermedad celíaca, mientras que en la población sana de control solo aparece en el 36,5%. ¿Qué significa esto en la

práctica? Que el HLA tiene un altísimo Valor Predictivo Negativo (VPN). Si el resultado es negativo, significa que tu hija no tiene la base genética imprescindible para desarrollar la enfermedad; es decir, descarta con una seguridad prácticamente absoluta que sea susceptible de presentar celiaquía a lo largo de su vida.

¿Qué pasa con la prueba del tubo que leíste en la IA?

Históricamente, el diagnóstico definitivo ha requerido la práctica de una biopsia intestinal (la histopatología de la mucosa) o, en la actualidad, constatar una elevación de marcadores serológicos diez veces superior al límite de la normalidad. Pero la biopsia es una prueba invasiva para confirmar la enfermedad en personas con sospecha o serología alterada, jamás un método de cribado para una adolescente asintomática cuya genética descarta que pueda llegar a enfermar. Hacerle pasar por un tubo digestivo en su situación aportaría cero beneficio y solo molestias innecesarias.

Y para los compañeros que nos escuchan en los centros de salud, conviene recordar cómo se aborda el despistaje en estos grupos de riesgo:

La herramienta serológica más útil hoy en día es la determinación de los anticuerpos antitransglutaminasa 2 (tTGA) por método ELISA.

Es fundamental solicitar siempre de forma simultánea la IgA total. Al ser los tTGA anticuerpos de clase IgA, si el paciente presenta un déficit asociado de esta inmunoglobulina (algo frecuente en patología autoinmune), obtendríamos un falso negativo.

En casos confirmados de déficit de IgA, la alternativa diagnóstica es solicitar anticuerpos de tipo IgG frente a péptidos deaminados (DGP-IgG).

Combinar la serología con el HLA DQ2/DQ8 es el consenso habitual, permitiendo dar altas preventivas definitivas gracias a su enorme valor

predictivo negativo, exactamente como se ha hecho con la hija de Encarnación.

Mensaje cerrado para Badajoz: Encarnación, desconecta las alertas de la IA. Tu hija mayor no tiene la genética de la celiaquía, no necesita tubos ni más extracciones de sangre, y puede seguir disfrutando de su adolescencia con total tranquilidad. Gracias por llamar a Radio de Guardia.

Llamada 7: La nutrición en el mayor
(Efecto de pitido de contestador automático: «Mensaje nuevo recibido a las 01:16 h»)

Son las dos y 50 de la madrugada en Radio de Guardia: Las Ondas Preventivas de la Primaria y vamos a escuchar ahora la consulta de Rosa con el tema

Voz en off / Mensaje de voz de oyente ("Thiago, nutricionista"):

Hola, buenas noches, mi nombre es Thiago, soy nutricionista chileno afincado en España hace más de cinco años.
Estoy muy interesado en conocer sus opiniones sobre la oportunidad de indicar dieta mediterránea a las personas mayores, y conocer si es suficiente para contemplar el conjunto de nutrientes necesarios para ese grupo de edad.
Porque me queda una duda, ¿corremos el riesgo de quedarnos "cortos" en la indicación de proteínas?
Muchas gracias

Locutor (asensio):
Una pregunta muy certera desde la perspectiva nutricional para nuestra guardia de hoy. En consulta solemos recomendar la dieta mediterránea de forma casi automática, pero las personas mayores tienen cambios metabólicos, pérdida de ingesta y un mayor gasto basal que las coloca en riesgo de pérdida de peso.

Paso primero la respuesta al público: personas mayores con sobrepeso o con obesidad, Muy bien, el público ya ha opinado ¿qué piensa nuestra experta?¿es suficiente la dieta mediterránea en el paciente mayor o realmente corremos el riesgo de quedarnos cortos con el aporte proteico? ¿Cómo debemos enfocarlo desde la consulta de atención primaria?

Experta (cruz):
Buenas noches, Thiago. La respuesta corta es que la dieta mediterránea sigue siendo nuestro mejor prototipo de alimentación

saludable, pero en las personas mayores el manejo nutricional exige hilar mucho más fino, especialmente con las proteínas.

Las personas mayores pueden presentar un riesgo elevado de desnutrición por una ingesta reducida, un balance negativo de proteínas y un mayor gasto energético basal. Esto no es solo una cuestión de peso: la desnutrición se asocia directamente a sarcopenia, fragilidad, úlceras por presión, mayor tasa de infecciones, ingresos hospitalarios más frecuentes, convalecencias prolongadas y un incremento significativo de la mortalidad. Según los criterios GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition), la prevalencia de desnutrición se sitúa entre el 7% y el 13% en no institucionalizadas y roza el 50% en personas institucionalizadas, hospitalizadas o con insuficiencia cardíaca o cáncer.

Respecto a la duda de Thiago sobre si nos quedamos cortos:

Requerimientos basales en el mayor sano:

Sus necesidades de proteína no son iguales a las de un adulto joven; son más altas. Para preservar la masa magra y la funcionalidad, un adulto mayor necesita entre 1 y 1,2 g de proteína/kg/día (con una ingesta energética de 30 kcal/kg/día). La dieta mediterránea clásica —adaptada a sus gustos, rica en fibra y con un aporte adecuado de líquidos y alimentos ricos en proteína— cubre perfectamente estos objetivos. La única excepción a individualizar con cautela es la enfermedad renal crónica avanzada prediálisis (estadios 4-5), donde se valora restringir a 0,8 g/kg/día.

El paciente desnutrido o en riesgo:

Aquí es donde la indicación estándar sí se queda corta. Cuando el paciente ya está desnutrido o en riesgo, los requerimientos aumentan notablemente: la energía sube a 31-37 kcal/kg/día y las proteínas a 1,2-1,5 g/kg/día, pudiendo llegar hasta 2 g/kg/día en situaciones de enfermedad o desnutrición grave. En estos casos no basta con la pauta

general; se requiere aumentar activamente la ingesta con dieta enriquecida.

Cuándo dar el salto a los suplementos (SON):

Si la dieta adaptada y enriquecida no alcanza para cubrir estas necesidades, debemos recurrir a los Suplementos Nutricionales Orales (SON). Deben pautarse aportando al menos 400 kcal/día y 30 g/día de proteínas, utilizándolos siempre como complemento (nunca en sustitución de las comidas) y manteniéndolos durante un periodo mínimo de un mes.

Y un apunte clínico crucial para el día a día en el centro de salud: la evaluación diagnóstica no debe basarse exclusivamente en el IMC. El índice de masa corporal no diferencia entre masa grasa y masa muscular, ni refleja cómo se distribuye la grasa en el organismo.

Para identificar a tiempo a quienes pueden beneficiarse de una intervención antes de que caigan en la fragilidad, la herramienta de cribado validada de elección en nuestro medio es el MNA-SF (Mini Nutritional Assessment Short Form).

Agradecemos a Thiago su consulta en las ondas de nuestra guardia y pasamos al siguiente oyente

Llamada 8: salud mental
Son las dos y 40 de la madrugada en Radio de Guardia: Las Ondas Preventivas de la Primaria.

Voz en off / Mensaje de voz de oyente ("Fulgencio de Cieza, Murcia"):
«Buenas noches, mi nombre es Fulgencio y llamo desde Cieza, Murcia. Disculpen que estoy un poco nervioso, porque estoy pasando un momento muy difícil y no sé si podré explicar con claridad mi situación.

Bueno, quiero decirles que además de nervioso, estoy cabreado. Mi padre tiene un cáncer terminal. Los médicos del hospital lo han desahuciado; dicen que ya nada se puede hacer por él y, con las mismas, lo han enviado para casa.

No se pueden imaginar lo que eso significa. Él no puede estar solo, mi madre falleció hace años en un accidente y, con sus 68 años, le dicen que se va a morir y se ha venido a vivir con nosotros. Está muy flojo, ya no come, lo han traído con un cacharro para el oxígeno. Aquí han venido su médico de cabecera y la enfermera del centro de salud, y el otro día otras dos personas que dijeron que eran del equipo de apoyo para las fases terminales; pero como todavía parece que no va a suceder, dijeron que volverían cuando indique el médico de cabecera.

Miren, nos han dejado tirados… ¡Esta situación es inhumana! Mi denuncia es, y quiero que ustedes lo denuncien también: las personas en esta situación DEBEN ESTAR CUIDADAS EN UN HOSPITAL, ¡TODO EL TIEMPO! Esto es lo que yo quería contarles. Muchas gracias y buenas noches.»

Locutor (asensio):
Gracias de corazón por tu testimonio, Fulgencio. Sentimos ese nudo en la garganta y ese enfado; cuando te enfrentas al final de la vida de tu padre con un concentrador de oxígeno en el salón y ves que deja de comer, el miedo te paraliza y la primera reacción es pensar que solo un hospital puede ofrecer seguridad.

¿Qué opina el público sobre una cuestión relacionada con el tema que plantea Fulgencio?
Doctor, la frase «ya no se puede hacer nada y lo mandan a casa» sigue resonando con dolor en la sociedad. ¿Por qué la evidencia científica insiste tanto en cuidar en el domicilio y no mantener a estos pacientes ingresados de forma continua? ¿Cómo explicamos a familias como la de Fulgencio que la Atención Primaria no los está abandonando, sino que hay todo un modelo detrás?

Experto (paco):
Buenas noches, Fulgencio. Tu enfado y tu angustia son completamente legítimos: la enfermedad avanzada y el proceso de morir conllevan una carga física, emocional y social inmensa, no solo para el paciente, sino de forma muy directa para quien cuida. Pero lo primero que queremos decirte es rotundo: a tu padre no lo han desahuciado ni lo han dejado tirado; queda muchísimo por hacer.

Vamos a ordenar lo que la evidencia científica más sólida nos demuestra hoy:

¿Hospitalizar todo el tiempo o cuidar en casa?

Existe la creencia de que el hospital es el único entorno seguro, pero las revisiones sistemáticas con metodología GRADE muestran otra realidad. Una revisión Cochrane analizó los cuidados paliativos hospitalarios y concluyó que la evidencia sobre sus costes y coste-efectividad es de certeza muy baja e insuficiente para afirmar que sea el mejor modelo.

En cambio, la evidencia apoya claramente los programas de cuidados al final de la vida en el propio domicilio, demostrando que aumentan el número de personas que pueden fallecer en su hogar con confort. Las revisiones más recientes señalan que la atención paliativa domiciliaria es el modelo con mayor evidencia de beneficio clínico y de adecuación de recursos, especialmente cuando se basa en modelos integrados entre la Atención Primaria y los equipos especializados de soporte

paliativo, que son exactamente los profesionales que ya han visitado tu casa.

Ajustar la intensidad sin abandonar:

El modelo de Atención Primaria no consiste en invadir la intimidad del hogar a diario si el paciente está clínicamente estable, sino en valorar precozmente las necesidades y factores de riesgo, acompañar a la familia y ajustar la intensidad de la intervención profesional a la situación real. Se busca evitar tanto el abandono como una hipermedicalización o profesionalización innecesaria. El equipo de soporte acude a valorar y deja el seguimiento coordinado con el médico y enfermera de cabecera, preparados para intensificar las visitas en cuanto el estado de tu padre cambie o aparezcan síntomas difíciles de controlar.

Cuidar específicamente al cuidador (Fulgencio):

Los metaanálisis muestran que los cuidados paliativos precoces mejoran la calidad de vida y reducen la ansiedad del paciente con cáncer, pero para que el cuidador no se hunda en la sobrecarga y la depresión, se necesitan intervenciones dirigidas específicamente a la persona cuidadora. Fulgencio, tú también eres paciente de este proceso: tu centro de salud tiene que atender tu sobrecarga, resolver tus dudas sobre el oxígeno o la falta de apetito y ofrecerte apoyo emocional.

Locutor (asensio):
Y hay una herramienta esencial que debe ponerse en marcha ya en ese salón: la planificación anticipada de la atención ¿no doctor?

Experto (paco):
La evidencia demuestra que cuando el paciente, su familia y los profesionales se sientan a conversar y planificar de forma conjunta, mejora de forma notable la concordancia sobre las preferencias del final de la vida, mejora la comunicación, aumenta la satisfacción con los cuidados y se obtienen resultados de duelo mucho más saludables. Permite que el padre de Fulgencio exprese cómo y dónde quiere ser

cuidado, qué tratamientos desea priorizar y cómo preparar a su entorno para la toma de decisiones sin la angustia de la improvisación.

Locutor (asensio):

Cuidar en casa no es recortar cuidados; es ofrecer un modelo preventivo, anticipatorio, integral e integrado en el entorno de la persona, respaldando al cuidador con el apoyo conjunto de la Primaria y los equipos especializados. A Fulgencio le mandamos un abrazo inmenso desde las ondas y le recordamos que su equipo de cabecera está al otro lado de la puerta para acompañarles en cada paso.

Llamada 9: Implementación
Son las dos y 50 de la madrugada en Radio de Guardia: Las Ondas Preventivas de la Primaria.

Voz en off / Mensaje de voz de oyente ("Javier, médico de familia"):
«Hola, buenos días, compañeros del consultorio PAPPS. Soy Javier, médico de familia, y os llamo desde un centro de salud de Tenerife.
Mirad, yo estoy completamente de acuerdo con las recomendaciones del PAPPS. Hay que preguntar por el tabaco, por el alcohol, aconsejar sobre alimentación, actividad física... ¡Si me las sé casi de memoria!
Pero tengo un pequeño problema: ¡mi agenda no se las ha leído!
Tengo cuarenta pacientes al día, consultas de cinco minutos, urgencias que se cuelan y una historia clínica que parece que tiene vida propia.
Y encima nos dicen que tenemos que hacer más cursos para mejorar la prevención.
Mi pregunta es: ¿de verdad el problema es que los médicos no estamos suficientemente formados o es que no tenemos tiempo ni condiciones para hacer prevención?
Y, sobre todo, ¿qué podemos hacer mañana mismo en nuestros centros de salud para cambiar esta situación?
¡Porque yo quiero hacer prevención, pero también quiero llegar vivo al final de la consulta!»

Locutor (asensio):
Esta vez es un cambio de rumbo el que nos ha hecho Javier, no se trata de un paciente, es un médico de familia que representa yo creo a todos los que pasan consulta en cualquier centro de salud, posiblemente más en centros urbanos con mayor presión.
¿qué os parece al público que estáis hoy aquí en nuestra emisora?
Dr, ¿qué les recomendamos a los médicos y médicas de familia?

Experto (paco):
«Javier, tienes mucha razón en plantear esa contradicción. Sabemos qué actividades preventivas debemos realizar, pero no siempre disponemos de las condiciones necesarias para llevarlas a cabo.

En nuestro estudio, casi la mitad de las barreras mencionadas estaban relacionadas con el tiempo y la organización.

La formación es importante, pero no basta. Necesitamos actuar en tres niveles:
profesionales mejor preparados, equipos coordinados con herramientas sencillas y organizaciones que faciliten tiempo y agendas adecuadas.
Y para empezar mañana mismo, propondría que cada equipo eligiera una actividad preventiva prioritaria, acordara cómo repartirla entre medicina y enfermería y facilitara su registro en la historia clínica».

«Javier, el problema no es solo saber hacer prevención. ¡Es conseguir que nos dejen hacerla!»

Cierre de la mesa (2 minutos): TITULARES
(Sube ligeramente la sintonía nocturna).

Locutor (Asensio):

A modo de titular de guardia, podemos sintetizar las claves de esta mesa-resumen del PAPPS 2026 en seis ideas:

Experta (cruz):

1. **La vacuna del VRS salva vidas en las residencias, y la vacuna de la gripe es hoy por hoy un protector cardíaco de primera línea.** La vacuna antigripal tras un IAM reduce hasta un 36% los eventos cardiovasculares mayores (muerte, infarto, ictus) y un 41% la mortalidad cardiovascular**.**

2. **La prevención cuaternaria como deber deontológico:** Proteger al paciente asintomático del sobretratamiento. Ácido fólico: 400 mcg/día universal en monoterapia (5 mg solo en alto riesgo: IMC mayor a 30, diabetes pregestacional o antecedentes de defecto de tubo neural). Desmitificar los suplementos: Yodo farmacológico universal no justificado; promover sal yodada en la dieta. La evidencia descarta la serología sistemática; la prevención es 100% higiene alimentaria. Cribado selectivo con valor: TSH (indicada por edad mayor a 30 años), serologías dirigidas (VIH, VHC, rubéola) y respeto a la ventana de seguridad de 1 mes tras vacunas de virus atenuados.

3. **El valor del cribado organizado frente al oportunista:** Adherirse a los programas poblacionales probados y evitar analíticas y pruebas "a la carta". El médico, la médica de familia debe proporcionar información objetiva y contrastada basada en la evidencia, y es vital la detección de familias de alto riesgo en consulta y el respeto a los tramos de edad con beneficio probado. Importante integrar la toma de decisiones compartida en la consulta para que cada persona tome su propia decisión.

4. **Los requerimientos nutricionales en las personas mayores:** Para prevenir la desnutrición y la sarcopenia en el paciente mayor, los requerimientos proteicos deben superar a los del adulto joven (1 a 1,2 g/kg/día en personas sanas y de 1,2 a 1,5 g/kg/día en desnutrición o riesgo), evaluando mediante el test MNA-SF y recurriendo a suplementos nutricionales orales cuando la dieta adaptada y enriquecida no resulte suficiente.

Experto (paco):

5. **El peso insustituible de la prevención primaria:** No hay cribado que compense el sedentarismo, la alimentación sin control, el tabaco o el consumo de alcohol (para el cual no existe nivel seguro en términos oncológicos).

6. **La prevención cardiovascular:** no hay evidencia suficiente para aconsejar sistemáticamente la toma nocturna de antihipertensivos con el objetivo de reducir los eventos cardiovasculares.

7. **Celiaquía en grupos de riesgo:** un HLA negativo descarta la susceptibilidad de por vida y evita la iatrogenia de biopsias o pruebas repetidas.
8. **El peso insustituible de la prevención primaria en la implementación:** Necesitamos actuar en tres niveles: profesionales mejor preparados, equipos coordinados con herramientas sencillas y organizaciones que faciliten tiempo y agendas adecuadas.
9. **La atención paliativa domiciliaria** precoz e integrada en Atención Primaria aporta la mayor evidencia de beneficio al final de la vida, requiriendo planificación anticipada conjunta y apoyo específico a la persona cuidadora para evitar la sobrecarga y el abandono

Locutor (Asensio):
Antes de finalizar tenemos que dar el nombre del ganador de nuestro concurso en las ondas de hoy. Se trata de_____

Os dejamos unos códigos QR con el avance de la publicación de las actualizaciones del PAPPS 2026.

Ahora si. Se apaga la luz roja de nuestro estudio por hoy. Agradecemos a la Dra. bartolomé y al Dr camarelles su claridad en las ondas y a ustedes por su sintonía.
Pasamos ahora los auriculares a la siguiente actividad del congreso... Buenas noches y buena salud.

(Se apaga el cartel de «ON AIR» y se baja la música).