



La competición por dormir más: el descanso es la nueva obsesión de la industria del bienestar

El sueño de calidad es la tendencia de bienestar más aspiracional del momento, pero ¿cuándo se convierte su monitorización en una neura contraproducente?

MARITA ALONSO
MADRID

Ventiladores específicos para regular la temperatura de las sábanas, gafas inteligentes que reducen el estrés y favorecen el sueño, mantas pesadas para mejorar y combatir los trastornos a la hora de dormir y cintas bucales que promueven la respiración nasal durante el sueño son algunos de los aliados para intentar alcanzar el descanso perfecto. Todos se engloban bajo el paraguas del *sleepmaxxing*, el término que alude a la práctica de optimizar el sueño al máximo. Como señala la Sociedad Española de Neurología, los trastornos a la hora de dormir afectan a entre el 22% y el 30% de la población española. "El sueño saludable es aquel que se adapta a las necesidades de la persona y su entorno, es satisfactorio, tiene una duración y horario adecuado, es eficiente sin periodos de despertar durante la noche y permite una alerta sostenida durante las horas de vigilia", señala la doctora Ana Fernández Arcos, coordinadora del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

La sociedad que glorificaba estar siempre ocupados, la denominada *hustle culture* promovida por figuras como Elon Musk, que presume de dormir seis horas y de trabajar 17 horas, ha dejado paso a figuras como Jeff Bezos, que explica a *Wall Street Journal* que su mente tiene mayor claridad si duerme bien. "Me siento mucho mejor si duermo ocho horas", dijo.

Dormir como los ángeles es el acto más aspiracional del momento: Gwyneth Paltrow y Kim Kardashian compiten por ver quién duerme no solo más sino ante todo mejor, al compartir los resultados de sus anillos Ora, los *wearables* que monitorizan el sueño desde 399 euros. "Duermo todo lo que puedo. Dormir es mi prioridad número uno en la vida. No soy funcional si duermo menos de 10 horas, y puedo dormir hasta 14 horas", explicó a *Wall Street Journal* Dakota Johnson.

Dormir bien es el nuevo lujo, pero muchos creen que la preocupación por hacerlo ha ido demasiado lejos. "El *sleepmaxxing* comenzó con el auge de los relojes inteligentes. Comencé a advertir que venían pacientes a la consulta quejándose de que su reloj les decía que no dormían, y por más que estos dispositivos pueden aportar alguna información del sueño, en realidad no son tan fiables", advierte la doctora Anjana López, miembro del Grupo de Trabajo de Insomnio de la Sociedad Española de Sueño (SES). "A los pacientes siempre les comento que cuando alguien no tiene problemas de sueño, jamás se plantea cómo va a dormir cuando



GETTY IMAGES / CSA IMAGES RF

se acuesta. Cuando nos obsesionamos con ver cómo dormimos y cuál es la calidad del sueño, desencadenamos un mecanismo de alertamiento cerebral que impide que el cerebro se relaje", dice a *S Moda*. "Querer dormir bien de esta forma obsesiva genera en el cerebro una ansiedad y una angustia

Según los expertos, querer dormir bien de forma obsesiva genera en el cerebro una angustia de actividad mental

Antes de usar soluciones para mejorar el sueño hay que tener en cuenta las particularidades de cada persona

de actividad mental e intelectual; lo paradójico es que se transforma en una manera de mantenernos alterna frente al descanso. Creo que es contraproducente porque el sueño perfecto ocurre de manera natural sin esfuerzos, ya que cualquier esfuerzo mental conduce al alejamiento de la paz mental que es necesaria para poder dormir", señala Marín. Esta doctora es autora de *Alimenta el sueño para un cerebro sano* (Roca, 2022), donde ofrece pautas sobre cómo cuidar y mejorar la calidad del sueño y disfrutar de una mejor salud física y mental.

Sumidos en una cultura obsesionada con controlar, medir y optimizar cada aspecto de la vida, la industria del bienestar promulga realizar un seguimiento constante destinado a intentar mejorar cualquier actividad. Sin embargo, a la hora de apostar por diferentes métodos y dispositivos, hay que tener en cuenta las necesidades, edades y particularidades de cada persona. "Hay una tendencia a considerar que las mantas con peso activan el sistema nervioso parasimpático, pero no todas las personas las aceptan bien. Están contraindicadas en niños, personas de la tercera edad, quienes tienen problemas

endocrinos, aquellos con osteoporosis...", advierte Marín. "Respecto a las lámparas de fototerapia para optimizar el entorno del sueño, hay que considerar que, por ejemplo, en los adolescentes se han de emplear a horas muy diferentes a la gente mayor, ya que los más jóvenes tienden a dormir más tarde y por ello, tienen más sueño por la mañana. Por ese motivo las lámparas de luz se ponen en horarios completamente distintos a los ancianos o, por ejemplo, a quienes trabajan a turnos", dice la doctora Anjana López.

Rutinas de belleza y sueño

Por si fuera poco, el ansia por optimizar resultados alcanza el mundo de la belleza de la mano de tendencias como la denominada *Go to Bed Ugly to Wake Up Pretty* (Acuéstate fea y levántate guapa), que consiste en apostar por todo tipo de rutinas de belleza para que las horas de sueño se conviertan a su vez en un auténtico spa. Aunque el sueño es el momento en el que el cuerpo activa su sistema de reparación y regeneración, por lo que es durante la noche cuando la piel entra en un estado de renovación celular más intenso, tácticas como el *face taping*, consistente en pegar cinta adhesiva durante la noche en las zonas del rostro en las que suelen aparecer arrugas o pliegues en la piel, han de tomarse con cautela. "Aunque pueda parecer que ayuda temporalmente a tensar la piel, los resultados no son comparables a tratamientos médicos como el bótox. Además, puede provocar irritaciones o alergias si la piel es sensible", dice Elisabeth Álvarez, CEO de Elisabeth Álvarez Cosmetics.

Del mismo modo que quienes se preocupan en exceso por intentar optimizar las horas de sueño pueden terminar por entorpecer el descanso, aclara que quienes se empeñan en hacer del sueño un espacio en el que apostar por rutinas de belleza muy complejas no están haciendo lo correcto. "Una buena rutina nocturna no debería ser un trabajo extra, sino un momento de cuidado personal. Lo importante es limpiar, hidratar y aplicar un tratamiento específico si se necesita, como un sérum o una crema reparadora", dice la fundadora de InOut.

Como dice en *Alimenta el sueño para un cerebro sano* Raquel Marín, la falta de sueño afecta al sistema inmune, cardiovascular, metabólico, muscular y al sistema nervioso. Los desvelos generan fatiga mental y pérdida de la concentración, merman la memoria, afectan al ánimo y envejecen el cerebro prematuramente.

Lamentablemente, los trastornos del sueño han subido ante la incertidumbre, la crisis sanitaria y socioeconómica y la reestructuración de la vida personal y laboral forzada, por lo que la calidad del sueño no tendría que ser considerada como un lujo, sino como algo accesible a todo el mundo.



16 Enero, 2025



El neurólogo aragonés Jesús Martín Martínez, en el Hospital Universitario Miguel Servet. TONI GALÁN

EN LA ÚLTIMA **JESÚS MARTÍN MARTÍNEZ**

COORDINA EL GRUPO DE ESTUDIO DE GESTIÓN CLÍNICA Y CALIDAD ASISTENCIAL DE LA SEN

«El cerebro es lo que somos, no hay zonas silenciadas»

Lleva más de 40 años dedicado a la Neurología clínica.

Yo quería ser médico y me interesó esta especialidad, que trata de las enfermedades que afectan al cerebro y a los nervios, a lo que es el núcleo de la persona. El cerebro es lo que somos. El pensamiento, al fin y al cabo, es una secreción del cerebro, lo que nos configura como seres humanos.

¿Es de las especialidades más complejas de la Medicina?

Siempre se ha visto así. Hay como una especie de fobia neurológica, parece que es una especialidad críptica, que es muy difícil,

muy compleja. Pero no es más que aplicar el método clínico.

Su trayectoria está ligada al Hospital Miguel Servet.

Este servicio de Neurología ha sido puntero en aspectos fundamentalmente de calidad. Este compromiso se traduce en Unidades como las de Trastornos del Movimiento y Parkinson, Epilepsia o Esclerosis Múltiple, que son de referencia a nivel autonómico.

Ha sido reelegido coordinador del Grupo de Estudio de Gestión Clínica y Calidad Asistencial de la Sociedad Española de Neurología (SEN). ¿Cuál es su objetivo?

El grupo está formado por neurólogos de la SEN con especial interés en la gestión y la mejora de la calidad en la asistencia neurológica. El objetivo es adquirir y transmitir los conocimientos y herramientas necesarias para proporcionar, con los recursos disponibles, la mejor asistencia a los pacientes neurológicos. Atendiendo a aspectos como pueden ser la efectividad, la seguridad del paciente o la optimización de los procesos asistenciales.

Habla de intentar garantizar los mejores cuidados.

Así es, que los tratamientos y los

EL PERSONAJE

● Jesús Martín (Zaragoza, 1958) ha sido reelegido para potenciar la investigación y la formación continuada de los neurólogos españoles en gestión clínica y calidad asistencial de la Sociedad Española de Neurología.

cuidados que proporcionamos a los pacientes con trastornos neurológicos sean de la mayor calidad. Y también ponemos en marcha lo que llamamos buenas prácticas, basadas en evidencias. Intentamos normalizar qué cosas se deben hacer y cuáles no. El grupo trabaja también en el desarrollo y revisión de guías clínicas, auditorías y evaluaciones de la calidad. Es un trabajo multidisciplinar, sin olvidar el uso de la tecnología.

Se ha centrado en el estudio de la esclerosis múltiple. ¿Por qué se le denomina la enfermedad de las mil caras?

Es una enfermedad que afecta a múltiples áreas del sistema nervioso central, es decir, cerebro, médula, cerebelo, y tiene especial incidencia en personas jóvenes, sobre todo mujeres. En personas que tienen un plan, un proyecto vital que empieza.

Eso es muy duro.

Sobre todo porque son personas que habían planificado su vida y de pronto les llega el diagnóstico de la esclerosis múltiple. Se enfrentan, además, a problemas laborales, mayor tasa de desempleo, problemas a nivel familiar y social, de integración y de continuidad de un plan de vida.

¿Se ha avanzado mucho en investigación?

Sí, y en tratamiento, pero todavía queda mucho por hacer.

¿Se conoce bien el cerebro?

Conocemos bastante. Somos lo que somos porque nuestro cerebro funciona, no hay zonas silenciadas, que estén ahí esperando una activación, no hay áreas ocultas que en algunas personas se manifiestan y son genios. Eso va muy bien para las películas.

E. PÉREZ BERIAIN



18 Enero, 2025

RAQUEL SÁNCHEZ DEL VALLE NEURÓLOGA

«El lecanemab no es el fármaco más eficaz, barato o seguro; pero abre una nueva era»

Este nuevo tratamiento contra el alzhéimer se ha visto envuelto en polémicas, incluso antes de ser aprobado

CINTHYA MARTÍNEZ
 REDACCIÓN / LA VOZ



La neuróloga Raquel Sánchez del Valle, natural de Lugo, ejerce en el Hospital Clínico de Barcelona. Es autora de más de 300 artículos científicos publicados en revistas nacionales e internacionales y ha participado en más de 25 proyectos de investigación. Entre sus intereses principales, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias neurodegenerativas, sobre todo, aquellas genéticamente determinadas o de inicio precoz.

—**La acaban de reelegir coordinadora del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la SEN. ¿Qué relación tiene la conducta con las demencias?**

—Cuando hablamos de demencias nos referimos a un proceso adquirido de pérdida. Normalmente la gente piensa en la capacidad cognitiva. Pero la cognición, habitualmente, también va asociada a cambios de conducta. Por eso, dependiendo del tipo de demencia del que hablemos, los síntomas iniciales pueden ser alteraciones en la conducta. De ahí que, desde el punto de vista neurológico, hablemos de problemas de conducta, cognición y demencias, todo junto. En unas demencias predominan unos y en otras, otros.

—**¿Puede proporcionar algún ejemplo?**

—En la demencia frontotemporal, los pacientes lo que notan primero son cambios en la conducta, en su personalidad. Antes de los cambios cognitivos, como la pérdida de memoria.

—**¿Cree que son menos conocidos estos cambios de conducta?**

—Sí, es evidente que en la mayor parte de las personas, las demencias se asocian más a pérdidas cognitivas que a cambios conductuales. Cuando estos pueden ser incluso los que más afectan. Es decir, una persona que tenga problemas de memoria, con recordatorios, podría sobre-

llevarlos. Por el contrario, cambios de conducta como apatía, falta de iniciativa o de ganas de hacer cosas, o irritabilidad, son menos conocidas.

—**Me habla de diferentes tipos de demencia, ¿cuántos hay?**

—Depende de las clasificaciones. La más frecuente, el 60 % de los casos, es enfermedad de Alzheimer. La segunda en prevalencia tiene que ver con lo que llamamos deterioro cognitivo vascular, que no es degenerativo, sino que se produce por lesiones vasculares como ictus. También está la demencia con cuerpos de Lewy, que es una enfermedad que se relaciona con el párkinson. La frontotemporal, que comentaba anteriormente, y la afasia primaria progresiva, que significa una pérdida de capacidad de lenguaje. Por último, las enfermedades crónicas, como la de Creutzfeldt-Jakob, que tienen como característica especial que son rápidamente progresivas. A partir de ahí, otras menos frecuentes. Cada vez se están descubriendo nuevas formas.

—**¿El diagnóstico precoz es una de las prioridades?**

—Sí, el diagnóstico precoz es muy relevante. Primero, porque los tratamientos que tenemos, no

Las pruebas en sangre están demostrando ser igual de eficaces que la del líquido cefalorraquídeo»

son curativos, pero su efecto es mayor cuanto antes los inicies. Y por otra parte, en estas enfermedades en evolución el paciente pierde la capacidad de decidir sobre sí mismo. Así, al dar el diagnóstico cuando la persona puede decidir le hará poder elegir cómo quiere ser cuidado.

—**Existe un análisis de sangre que es capaz de detectar de forma precoz el alzhéimer. ¿Cuál es la situación de esta prueba en nuestro país?**

—Solamente con la valoración clínica, es difícil saber si los problemas de memoria iniciales son realmente el principio de una en-



Sánchez del Valle es coordinadora del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la SEN.

fermedad, o cambios producidos por envejecimiento o por una depresión. Es lo que llamamos deterioro cognitivo leve y necesitamos alguna prueba biológica para saber si es alzhéimer o no. Hasta el momento teníamos el estudio del líquido cefalorraquídeo, que exigía punción lumbar; y el PET (tomografía de emisión de positrones) de amiloide, que está disponible en muchos centros, pero tiene un coste elevado.

Las pruebas de sangre están demostrando que son igual de válidas que la del líquido o la del PET y, además de ser mucho más fáciles de realizar, también son más baratas. Recientemente, la Sociedad Española de Neurología ha publicado un artículo diciendo en qué casos se pueden realizar. Nos falta la aprobación europea para su uso más extenso, pero aún así, como es lo mejor que tenemos, en muchos centros ya se empiezan a implantar.

—**La Unión Europea recomendó en julio del año pasado no conceder la autorización comercial a Leqembi (lecanemab) para el tratamiento del alzhéimer, pero a los cuatro meses, cambio de opinión: tras revisar nuevos datos, los beneficios superaban a los riesgos. ¿Qué opinión le merece este hecho?**

—Sí, en noviembre el comité asesor de la Agencia Europea del Medicamento hizo esta recomendación de aprobación. Esperamos que, en los próximos días, la Unión Europea haga la aprobación definitiva de este fármaco que está disponible en Estados Unidos desde enero del 2023. Su mecanismo de acción es contra la causa de la enfermedad, contra las proteínas que se acumulan en los cerebros de los pacientes. En los ensayos clínicos que se han hecho, no es que mejoren los síntomas, porque los neurologos que han muerto no las recuperan, pero sí que se consigue eliminar la placa amiloide. Así, los pacientes que reciben

este fármaco empeoran un 30% menos que los que no lo hacen. ¿Qué ocurre? Es un fármaco que se tiene que administrar de forma intravenosa y no está exento de efectos secundarios, porque la placa, cuando la eliminamos de golpe en algunos sujetos, puede provocar irritación, inflamación cerebral e incluso alguna rotura de un vaso sanguíneo o hemorragias. Además, también es caro. No obstante, desde la SEN estamos contentos con que la Unión Europea haya cambiado su posición, porque si no, nos quedaríamos aislados. Otras organizaciones de países de nuestro entorno ya lo habían aprobado.

—**No está destinado para todos los pacientes.**

—La recomendación de la Agencia Europea de Medicamentos fue que se aprobase para todos los pacientes con alzhéimer, excepto un subgrupo, cerca de un 15 %, que tienen una variante genética que los hace más predispuestos a te-

lo pueden administrarse en fases muy iniciales. Pero si empezamos a tratar causas, podríamos decir que, dentro de unos años, ya no tratamos pacientes, sino a sujetos que no tienen síntomas, pero sabemos que tienen esta proteína. Trabajar en prevención para que la enfermedad no evolucione.

—**Usted tiene especial interés en demencias genéticamente determinadas. ¿El paciente nace propenso a padecerlas?**

—Sí, estamos hablando de enfermedad de Alzheimer autosómica dominante o demencia frontotemporal. En cualquiera de estas formas, que son menos de un 1 % de los casos, los sujetos heredan de sus padres, en un 50 % de probabilidades, un gen alterado que causa la enfermedad. A veces se presentan sobre los 40 años, pero tenemos casos desde 20 y pico hasta 60.

—**¿Una persona sana podría prevenir sufrir una demencia?**

—A nivel individual es difícil.

Normalmente, estas formas tienen una combinación de factores genéticos y no genéticos. Ahora sabemos que estos últimos podrían ser sobre un 45 % del riesgo. Pero hablamos más de poblaciones que de individuos.

—**¿Qué nos puede proteger de sufrir una?**

—A nivel poblacional, la educación. Hay otros factores que pueden tener una acción más individual. Sabemos que la pérdida auditiva o de visión no tratada favorecen el deterioro cognitivo. También que todo lo que es bueno para el corazón, lo es para el cerebro. El sedentarismo es un factor de riesgo y realizar ejercicio, protector. Otros están relacionados con el bienestar emocional: sabemos que la depresión y el aislamiento social son factores de riesgo.

Solo con valoración clínica es difícil saber si problemas de memoria iniciales son por una enfermedad neurológica»

ner efectos secundarios. Veremos la ficha técnica cuando se publique, pero esto es lo que ha recomendado. Probablemente no es el fármaco más eficaz, barato o seguro, pero abre la puerta a una nueva era del tratamiento del alzhéimer: pasamos de tratar consecuencias o síntomas, a causas.

—**¿Cómo cree que va a evolucionar este panorama terapéutico?**

—Evidentemente, para administrar estos fármacos a los pacientes, tendremos que ajustar nuestro sistema de detección. Probablemente menos de un 5 % de los pacientes sean candidatos a recibir estos fármacos, porque so-

19 Enero, 2025



Ictus en bebés: difícil diagnóstico pero una rehabilitación eficaz

Las secuelas pueden revertirse en mayor medida que en los adultos gracias a la neuroplasticidad **p.4-5**



Ictus en bebés:
 un diagnóstico difícil pero una rehabilitación más eficaz que en adultos



Ictus en bebés:

un diagnóstico difícil pero una rehabilitación más eficaz que en adultos

►Hasta el 70% de menores sufren secuelas que en el caso de los más pequeños pueden revertirse en mayor medida gracias a la neuroplasticidad

Belén Tobalina. MADRID

Pone los pelos de punta pensar que tu pequeño puede sufrir cualquier enfermedad. Un ictus es algo que nadie se espera. Sin embargo, aunque parezca algo exclusivo de los adultos, también se da en niños, incluidos los bebés. Entre los síntomas ante los que hay que estar alerta: pérdida de fuerza y de visión, alteración sensitiva de un lado del cuerpo, inestabilidad o disminución del nivel de conciencia. Y en el caso de los más pequeños, son frecuentes las convulsiones. Ante estos síntomas hay que ponerse en manos de un médico inmediatamente.

Por suerte, se trata de algo muy infrecuente. Así, según los datos facilitados por la Sociedad Española

de Neurología (SEN), la probabilidad de sufrir un ictus en edades pediátricas es muy baja, y son aún más raros los casos que se producen en bebés pasada la edad perinatal (entre la semana 20 de gestación y los primeros 28 días de vida).

Se estima que se producen 6 ictus por cada 100.000 menores de 15 años al año, precisan desde SEN. En edad pediátrica ocurre el 15% de los casos de ictus que se contabilizan cada año y un 30% de estos casos pediátricos se dan en menores de 1 año. En todo caso los ictus en bebés son muy infrecuentes.

Para hacernos una idea, «en adultos se producen entre 180 y 190 ictus al año por cada 100.000 habitantes, y en niños es mucho más infrecuente. Tan solo 1-2 casos por cada 100.000 niños, excluyendo el periodo neonatal. Y es que en esta etapa, aumenta la frecuencia a 29

por cada 100.000 nacimientos; o lo que es lo mismo un ictus por cada 3.500 niños que nacen. Es decir, es un periodo de mucho más riesgo, pero en todo caso ese riesgo es mucho menor que en los adultos», detalla Francisco Moniche, jefe de la sección de Neurología del Hospital Universitario Virgen del Rocío y miembro de la junta directiva del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN.

«De 0 a 3 años consideramos que los ictus son más infrecuentes que en el grupo de escolares y adolescentes, aunque no hay estudios poblacionales que lo corroboren. Pero en la práctica clínica se puede afirmar que son más infrecuentes, salvo en el grupo de pacientes afectados de una cardiopatía congénita, o en el contexto de otras patologías como meningitis, sepsis...», afirma Noemí Núñez, neuróloga pediátrica

Son muy infrecuentes en niños y, aunque raros, se producen más casos en los primeros 28 días de vida



ca del Hospital 12 de Octubre.

En todo caso «muchas veces está infradiagnosticado, y cuesta más hacer un diagnóstico precoz como hacemos en los adultos al ser menos frecuente», apunta Moniche. De hecho, según Núñez, «puede confundirse un ictus con que el bebé esté sufriendo una crisis epiléptica, con una encefalitis con bajo nivel de conciencia aunque surge de forma menos brusca o con un absceso cerebral».

«También –prosigue– con que esté sufriendo un cuadro infeccioso del Sistema Nervioso Central como encefalitis y meningoencefalitis, una intoxicación por drogas y por eso no pueda caminar, y también con abscesos cerebrales como una otitis cuya infección vaya al cerebro. En niños más mayores lo más frecuente es que se confunda con una migraña con aura, en pequeños no, ya que esta patología aparece a partir de 6 años sobre todo.

Respecto al tipo de ictus, Moniche explica que «hasta los 30 días es más frecuente el isquémico, a partir de ahí se dividen el hemorrágico y el isquémico al 50%, cuando en adultos el hemorrágico es mucho menos frecuente».

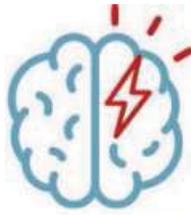
En cuanto a las causas, en hemorrágicos, según Núñez, «las más frecuentes son las malformaciones vasculares, pero tienen mayor incidencia en la adolescencia. En más pequeños, de 0 a 3 años, esta causa es menos frecuente. En ellos es más habitual que se deba a cardiopatías congénitas, tras una cirugía cardiovascular, traumatismos, patologías que alteren coagulación, infecciones del sistema nervioso central, sepsis...», precisa Núñez, quien explica que los zarañeos, pueden producir lesiones cerebrales graves, pero «no causan un ictus como tal», eso sí los problemas de deglución son una de las manifestaciones que pueden dar el ictus.

El diagnóstico y el tratamiento precoz es fundamental para mejorar el pronóstico y reducir las secuelas, ya que, según un comunicado de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica (Senep), cada minuto que se retrasa el tratamiento supone una pérdida de más de un millón de neuronas.

Pero al ser tan desconocido no se sabe reaccionar a tiempo, lo que multiplica la peligrosidad de sus consecuencias. De hecho, el grado de secuelas a largo plazo que se producen son muy relevantes. «Aunque la mortalidad es baja, del 5-10%, las secuelas a largo plazo son altas, de más del 60%», afirma Núñez. Desde la SEN elevan el riesgo de secuelas al 70% en el caso de los menores de 0 a 15 años.

Las secuelas dependen de la localización de la lesión, pero las más

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR PEDIÁTRICO



Un ictus es el daño cerebral que ocurre a consecuencia de la falta de flujo sanguíneo. Hay dos tipos:

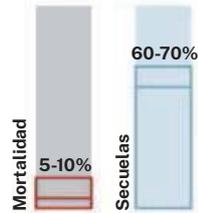
ICTUS HEMORRÁGICO

Cuando la causa es la rotura de un vaso sanguíneo



ICTUS ISQUÉMICO

Obstrucción o trombosis de un vaso cerebral



Se estima que hay **6 ictus por cada 100.000 menores de 15 años** al año frente a los **180 y 190 ictus al año por cada 100.000 habitantes**



El mayor pico en menores es hasta los **primeros 28 días** **1 caso** por cada 1.500-5.000 recién nacidos vivos

FACTORES DE RIESGO



Las enfermedades cardíacas se consideran responsables de un **30% de los casos**



Diagnóstico: resonancia

SÍNTOMAS

- Pérdida de fuerza
- Pérdida de visión
- Alteración sensitiva en un lado del cuerpo
- Inestabilidad o bien disminución del nivel de conciencia
- En el caso de los más pequeños, son frecuentes las convulsiones

SECUELAS

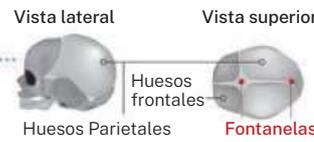
- Afectación motora
- Pérdida sensitiva
- Espasticidad
- Afectación visual
- Afectación del lenguaje
- Alteración sensitiva en un lado del cuerpo

TRATAMIENTO

Ictus isquémico:

Fibrinólisis o trombectomía mecánica. Craniectomía descompresiva a partir de un año, antes no, ya que las **fontanelas están abiertas** y eso protege frente al edema cerebral, al impedir el aumento de la presión intracraneal.

A largo plazo, se recomienda tratamiento antiagregante con aspirina al menos dos años en cualquier ictus.



REHABILITACIÓN

Las técnicas dependen de la edad. Si es bebé lactante el movimiento se consigue a base de repetición del movimiento normalizado. También tratamiento postural y tratamiento sensorial.

El papel de la familia es fundamental para la rehabilitación del bebé



Fuente: SEN, Senep, Hospital 12 de Octubre y Gregorio Marañón

habituales, según Núñez, es que pueda sufrir dificultad de movimiento en un lado del cuerpo, epilepsias, retraso madurativo y trastornos del aprendizaje.

Comenzar la rehabilitación, «lo antes posible» es fundamental. «Entre las primeras 24 y 48 horas tras el ictus el paciente está estable y ya podemos comenzar», explica Mirley Echevarría, rehabilitadora del Hospital Gregorio Marañón; que incide en que así se obtienen «mejores resultados por la neuroplasticidad, la capacidad de recuperar la función de las neuronas dañadas o que las neuronas que están en desarrollo, sin función específica, sustituyan las neuronas que han muerto».

La rehabilitación más aguda, según Núñez, se hace «durante mínimo 3 meses en el propio hospital y se recupera más del 50% del déficit.

Luego más adelante cuando ha recuperado parte de la función o así se estima se deriva a centros de atención temprana que cogen niños de 0 a 6 años y después a centros de rehabilitación ambulatoria».

En aquellos niños con alguna

La familia es clave en la evolución de los más pequeños tras sufrir este problema cerebrovascular

Menos del 30% sufrirá un segundo ictus y ese riesgo es más alto en los primeros 6 meses

secuela neurológica como «déficit motor tienes que hacer fisioterapia de por vida porque si no la espasticidad va a más. También hay que vigilar que no haya retracciones, crezcan extremidades de forma correcta, etc.», detalla Núñez.

Ahora bien, aunque el diagnóstico es más difícil, la rehabilitación en bebés es más eficaz, como sucede con el tema de aprendizaje de idiomas. «Es mucho más eficaz porque tenemos a nuestro favor su neuroplasticidad neuronal. De ahí que se recuperen mucho más que los adultos. Así si el paciente tiene dos años y el ictus ha afectado al lóbulo temporal izquierdo, que es el que afecta al lenguaje, el bebé podrá hablar porque otro lóbulo adquiere su función. En un adulto esto no sucede o es mucho más difícil», destaca Núñez.

«Con la rehabilitación, las secuelas pueden revertirse más en bebés que en adultos gracias a la neuroplasticidad, pero depende de la extensión de la lesión», precisa Echevarría. En todo caso, a misma lesión se recuperaría antes un bebé que un adulto.

Además, en la rehabilitación con un bebé, «que dependerá de si es a nivel motor, del lenguaje, deglución, partimos de un médico rehabilitador que describe la técnica, frecuencia e intensidad, un fisioterapeuta o terapeuta que hace el tratamiento y se lo explica con el menor al progenitor. Este último tiene que hacer el ejercicio delante del fisio y luego con repetición en domicilio. En definitiva, el papel de la familia es fundamental en la rehabilitación del bebé», describe Echevarría.

«Se trata de fisioterapia activa que hace el especialista como ejercicios de estiramiento. Existen dos métodos: vojta y bobath. Vojta consiste en trabajar con reflejos posturales de los niños, generar mediante maniobras trabajos con la musculatura afectada y el otro es más de estiramiento y para conseguir la funcionalidad adecuada», detalla Núñez. También se hace terapia bimanual y de restricción del movimiento. «El primer método consiste en intentar que los menores hagan cosas con ambas manos si por ejemplo mueve menos un brazo por culpa del ictus, y la de restricción, si tienes lado derecho afectado, pues intentas que el paciente trabaje solo con la mano afectada», añade Núñez.

En cuanto a la probabilidad de sufrir un segundo ictus, depende de la causa. «Algunas te pueden predisponer a sufrir más ictus. En todo caso, menos del 30% sufrirá un segundo ictus y ese riesgo es más alto en los primeros 6 meses. Es elevado en todo caso», concluye Núñez.



Pasatiempos

No son simples juegos para pasar el tiempo: los pasatiempos desempeñan una función preventiva al colaborar en retrasar el deterioro cognitivo. Según la Sociedad Española de Neurología, en España se diagnostican 40.000 nuevos casos de alzhéimer cada año, alcanzando una cifra total de 800.000 personas afectadas en la actualidad.

Un reciente estudio de la

Corporación Rand, realizado en California durante 30 años y con más de 20.000 pacientes mayores, sugiere que solo tres factores principales influyen en el desarrollo de la demencia: la ausencia de hobbies o pasatiempos, la obesidad y el sedentarismo.

En una sociedad donde la esperanza de vida se prolonga, la calidad con la que vivimos esos años adicionales es determinante. La vida laboral es indispensable para garan-

tizar recursos económicos que nos permitan sobrevivir, pero, una vez cumplidas las obligaciones del trabajo, saber cómo ocupar el tiempo libre es clave para prevenir el deterioro cognitivo y evitar enfermedades relacionadas con la demencia. No es casualidad que el 90% de los casos de alzhéimer ocurran en personas mayores de 65 años.

Nuestra formación y nuestro entorno nos enseñan a trabajar, pero no siempre nos

preparan para disfrutar del tiempo libre. Aprender a ocupar ese tiempo de manera activa y gratificante es una herramienta poderosa para mejorar la calidad de vida, especialmente después de una larga etapa laboral. Desarrollar pasatiempos no solo es una fuente de disfrute, sino también un acto de cuidado hacia uno mismo y un paso hacia una vejez más plena y saludable.

Pedro Marín Usón Bilbao



El fraude del azul de metileno

Alertan del consumo sin control de una sustancia que se vende en los gimnasios con supuestos poderes contra el cáncer y frente a la demencia

FERMÍN APEZTEGUIA



BILBAO. Cada equis tiempo, no mucho, se pone de moda un bulo, una mentira, un engaño social. Siempre hay gente que se lo cree y lo defenderá a pies juntillas, muchísima. Lo peor es que cuando esa farsa tiene que ver con el ámbito de la salud, muchos pacientes con enfermedades graves deciden que no tienen nada que perder y se juegan la vida, que quizás era lo único que tenían. La última de estas patrañas tiene que ver con una sustancia llamada azul de metileno. Es un tinte que dicen que mejora el rendimiento deportivo, protege contra el cáncer y va fantástico para el cerebro. Especialistas médicos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) y la Sociedad Española de Neurología (SEN) advierten de sus peligros. «No hagan caso, no es oro todo lo que reluce», recetan.

Sólo la 'gente guapa' sabe qué gana con propagar embustes que pueden comprometer la salud de las personas. Lo hizo la modelo Elle McPherson, cuando el año pasado publicó un libro de memorias en el que aseguraba que afrontaba un cáncer de mama desde hacía ¡siete años! y que le habían aconsejado un tratamiento con quimioterapia. Pero ella lo rechazó. «Opté por un enfoque intuitivo, holístico y guiado por el corazón», interpretó la actriz de 'Sirenas'. Ahora quien la ha liado con el azul de metileno ha sido, entre otros, claro, el protagonista de 'La pasión de Cristo'.

Mel Gibson afirmó hace unos días en el podcast de Joe Rogan, uno de los más escuchados de Estados Unidos, que tenía tres amigos con cáncer en estado muy avanzado, el cuarto, que es el último. Los cuatro se habían curado tras tomarse productos como fenbendazol (que utilizan los veterinarios para desparasitar perros), ivermectina (un medicamento contra las enfermedades infecciosas), hidrocloreuro (un tipo de sales) y, ¡vualá, ahí está!, azul de metileno.

Como medicina, poca cosa

Las redes sociales, que se han convertido en la Biblia de la juventud y de buena parte del resto de la población, han hecho el resto. La idea de que el azul de metileno mejora el rendimiento deportivo y cognitivo ha corrido como la pólvora en los últimos meses.

EL SUPUESTO BÁLSAMO DE MODA



Un 'influencer' saca la lengua, con rastros de azul de metileno. EL CORREO

El mejunje en cuestión es un colorante orgánico que, efectivamente tiene propiedades antisépticas y un uso en medicina muy limitado para el tratamiento de una enfermedad rara llamada metahemoglobinemia y muy poca cosa más. Para teñir tejidos sobre los que hay que intervenir y como antiséptico. Pero ni los especialistas en salud recomiendan su consumo, menos aún indiscriminado, ni la cosa, que tiene ya sus años, se inventó con fines terapéuticos.

El cloruro de metilitionina, que es como lo llaman los farmacéuticos, se sintetizó en 1876 como tinte para la industria textil. Si escribe en cualquier buscador de internet 'azul de metileno, imágenes', verá más de una de personas que supuestamente lo han consumido y muestran su lengua azul porque ése es su color.

A los deportistas y usuarios de gimnasios les han dicho que tiene la capacidad de aumentar la producción de óxido nítrico, que

es algo que mejora el flujo sanguíneo y aporta nutrientes a los músculos durante el ejercicio. Esa condición le presupone propiedades para ayudar a reducir la fatiga muscular, pero esto, que podría ser cierto, requiere todavía mucha investigación, porque si algo hay de verdadero en torno al azul de metileno es que los esca-

7

miligramos (ml) es la dosis máxima acumulada para los casos más graves que se utiliza frente a la metahemoglobinemia

► En los gimnasios, se dice que pueden tomarse hasta 1 ó 2 miligramos «por kilo de peso», aunque se advierte del riesgo de «problemas hepáticos y renales».

► Negocio en marcha. Se venden a 31 € el frasco de 25 ml.



REFLEXIONES

CONTRA EL CÁNCER (SEOM)

«Buscan un impacto agudo en personas en situación límite, pero la población española en términos de salud es muy madura»

CONTRA EL ALZHEIMER (SEN)

«Cualquier producto que no esté estudiado, como éste, tiene riesgo de posibles complicaciones»

amigo Gibson. El presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), César Rodríguez, tiene respuesta para él. «Lo que conocemos como cáncer son más de 200 enfermedades que requieren tratamientos muy diversos, de cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, fármacos contra dianas. La terapia resulta cada vez más personalizada. Por eso la llamamos medicina de precisión. No es justo buscar protagonismo con mensajes dirigidos que donde calan más hondo es precisamente en personas enfermas que buscan remedios a la desesperada».

Una investigación muy básica y sin resultados concluyentes sobre su posible impacto frente al alzhéimer sirve a los gurús de las redes sociales para atribuir a azul de metileno potencial frente al párkinson y la demencia. Tan falso como el billete de seis euros. «Son enfermedades muy complicadas en las que intervienen procesos muy distintos de neurodegeneración. Conseguir un fármaco como tratamiento para cualquiera de ellos supone un auténtico desafío, una labor titánica; pretender que una única sustancia tenga beneficio para todas es simplemente una utopía», resume el especialista Javier Camiña, de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Un consejo final: navegue con brújula, la red está llena de bulos. Ser 'influencer' todos los días debe ser muy duro.

sísimos beneficios que se le atribuyen requieren de «más estudios para determinar su eficacia y seguridad a largo plazo».

Jugar con pacientes graves

Lo peor que se está diciendo se refiere a su supuesto alto potencial como remedio para superar el cáncer, como ha asegurado el



«Trabajo con la esperanza de decirle a un paciente 'su ataxia tiene cura'»

Irene Sanz Neuróloga del Río Hortega y coordinadora en la Sociedad Española de Neurología

La especialista estará al frente de la Comisión de Estudio de Ataxias y Paraparesias Espásticas Degenerativas, enfermedades raras de gran afectación para el paciente

S. ESCRIBANO

VALLADOLID. Ataxias y paraparesias espásticas. Bajo esa denominación médica de complicada pronunciación se encuentran dos tipos de enfermedades neurológicas degenerativas muy minoritarias, que no se ven comúnmente en consulta, pero con un impacto muy fuerte en las pocas personas que reciben ese diagnóstico, porque afectan profundamente a la coordinación de movimientos y son patologías que en este momento no tienen cura. Y es la doctora Irene Sanz, neuróloga del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid, la especialista que renueva dos años de mandato para coordinar la comisión de estudio que en el seno de la Sociedad Española de Neurología (SEN) aborda estas enfermedades. Los enfermos llegan a las consultas al notar problemas de equilibrio y descoordinación de movimientos que, a medida que avanza el tiempo, llegan a impedir el caminar y a afectar al habla, a la deglución y a otros sistemas del cuerpo.

Los grupos de trabajo de la Sociedad Española de Neurología como el que coordina la doctora Sanz se convierten en un foro de contacto que ayuda a actualizar conocimientos y a poner en común avances terapéuticos y de investigación en distintos ámbitos, desde este más minoritario de las ataxias a otros de un espectro más amplio, como el de cefaleas o las enfermedades neurovasculares.

«En las ataxias se produce un desequilibrio o falta de coordinación en los movimientos, que puede tener o no asociada afectación en otros sistemas de la persona... en la ataxia de Friedreich, por ejemplo, se ve afectado el cerebro, la sensibilidad, afectación visual, auditiva, desarrollan diabetes y cardiopatías... Todas tienen en común que va a producirse una degeneración con el paso del tiempo», explica la doctora Sanz. El origen suele ser hereditario



La doctora Irene Sanz Gallego. JOSÉ C. CASTILLO

o tener una causa desconocida y que afectan a pacientes de todas las edades, desde niños a ancianos. En el caso de las paraparesias espásticas, hay decenas descritas y otras que están en vías.

Paso por La Paz

El interés por estas dos enfermedades dentro del ámbito que comprende la Neurología le surge a la doctora Sanz de su paso por La Paz, donde se formó como residente de esta especialidad hasta 2010 y participó después en ensayos clínicos en la una unidad de referencia sobre ataxias y paraparesias espásticas que hay en el centro madrileño. «Son enfermedades duras y el hecho de no tener una terapia efectiva que ofrecer es duro, pero mi esperanza es trabajar para poder ver que eso cambia y poder decirle a un enfermo que tiene cura», apunta la especialista del Río Hortega, hospital vallisoletano al que llegó tras una etapa de trabajo en el Nuestra Señora de Sonsoles abulense. «Son muy pocos casos los que vemos, pero con una gran repercusión en esos pacientes y en su entorno, porque suelen provocar una

gran dependencia en ellos», añade.

Campo genético

La investigación se mueve en el ámbito genético y ese avance en conocer el 'apellido' genético de las diferentes ataxias y paraparesias permitiera en un futuro una indicación terapéutica con fármacos dirigidos y terapias génicas. El grupo de la SEN permite una puesta en común y el contacto entre profesionales interesados para hacer posible, por ejemplo, la aportación de casos para que una investigación logre un tamaño muestral que permita extrapolar datos y resultados.

«En un paciente con estos síndromes clínicos, lo primero que haces es descartar causas tratables, déficit vitamínicos, infecciones... Cuando descartas eso y ves que estás ante un paciente con una enfermedad degenerativa no tenemos una terapia que nos permita frenar la evolución de la enfermedad, disponemos de tratamientos muy paliativistas. Son pacientes que necesitarán ayuda y rehabilitación y que en muchos casos no tienen acceso a terapias prolongadas», describe Irene Sanz Gallego, que subraya el papel que asumen las asociaciones de enfermos, agrupaciones de ámbito nacional por el escaso número de pacientes y su dispersión. En España hay varios hospitales que disponen de unidades de referencia nacional en estas dos tipologías de enfermedades neurológicas: en Madrid, en el País Vasco, Valencia, Sevilla y Barcelona.

PATOLOGÍAS DEL GRUPO

«Todas tienen en común que va a producirse una degeneración con el paso del tiempo»

21 Enero, 2025

Guía básica contra la epilepsia

La Universidad presenta un documento que ayudará a mejorar la convivencia

MANUELA ROSA JAENES

Un instrumento necesario. La Universidad de Jaén, desde su firme compromiso por la inclusión, el reconocimiento de las diversidades y el principio de solidaridad y no discriminación, presenta la "Guía Básica de Actuación en caso de una crisis epiléptica", editada a través de la Unidad de Diversidad del Vicerrectorado de Igualdad, Diversidad y Responsabilidad Social, en colaboración con el Vicerrectorado de Universidad Sostenible y Saludable.

Desde la Unidad de Diversidad de Jaén se apunta que, en la convivencia dentro de la comunidad universitaria con personas con epilepsia, es fundamental disponer de una serie de conocimientos sobre cómo actuar. "La mayoría de las crisis epilépticas duran apenas unos minutos y las personas terminan recuperándose por sí solas, sin necesidad de intervenir. Sin embargo, es necesario prevenir. Saber cómo actuar de manera adecuada puede marcar una gran diferencia en la seguridad y el bienestar de la persona afectada. Reconocer las



situaciones de riesgo y conocer los primeros auxilios pueden ayudar a evitar lesiones y complicaciones para la persona. Incluso, en ocasiones, salvarle la vida", apunta Javier Cortes, director de la Unidad de Diversidad de la Universidad de Jaén. En este sentido, esta guía preten-

de ofrecer a la comunidad universitaria unas pautas básicas de actuación ante una crisis epiléptica, puesto que al conocer cómo intervenir, se puede transformar una situación potencialmente estresante en una oportunidad para brindar ayuda y apoyo. De esta mane-

ra, se recomienda al alumnado con epilepsia que soliciten cita con el Servicio de Atención y Ayuda al Estudiante; en el caso del Personal Técnico de Gestión y de Administración de Servicios (PTGAS), Personal Docente e Investigador (PDI) y Personal de Investigación en For-

mación que tengan epilepsia, que contacten con el Servicio de Prevención de la Universidad de Jaén. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y otras fuentes, se estima que en España hay entre 400.000 y 500.000 personas con epilepsia.



21 Enero, 2025

MARTA BLÁZQUEZ

Jefa de la sección de Enfermedades Neurodegenerativas del HUCA

La Unidad de Trastornos del Movimiento del HUCA recibe hoy el sello de la Sociedad de Neurología. «Esperamos revalidarlo», dice ya la jefa de sección Marta Blázquez

«En Asturias, el 2% de los mayores de 65 años tiene párkinson»

A. G.-OVIES
Oviedo

La Unidad de Trastornos del Movimiento Médico-Quirúrgica del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) recibirá hoy la certificación de calidad de la Sociedad Española de Neurología. Una acreditación que alza al equipo asturiano como una referencia en este ámbito. Marta Blázquez, jefa de la sección de Enfermedades Neurodegenerativas y coordinadora de esta acreditación, destaca la importancia de esta distinción, que reco-

noce el trabajo de un equipo que trata a una media de 3.500 personas al año.

— **¿Qué significa esta certificación para el hospital?**

— El hospital ya forma parte de la red de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR), una distinción que esperamos revalidar y que nos sitúa como centro de referencia para la cirugía de trastornos del movimiento. Esta certificación es distinta porque engloba todo el proceso de trabajo que se realiza en la Unidad: la cirugía, la parte asistencial, la docencia, la atención al paciente...



Miki López

Marta Blázquez.

— **¿Cuál es el origen de la Unidad?**

— Como todo, empiezas por consulta monográfica y luego va creciendo, vas adquiriendo más capacidad para tratar nuevas especialidades y al final no solo implica la neurología, sino que implica a muchos

ámbitos. Estamos hablando de un trabajo en equipo para dar la mejor atención al paciente: psicológica, neurológica... Un tratamiento de excelencia. Actualmente, el equipo lo conforman una decena de profesionales.

— **¿En qué enfermedades se enfocan?**

— Párkinson, enfermedad de Huntington, temblores, displasia, tics... Las más importantes de trastorno de movimiento las tratamos todas.

— **¿Cuántos pacientes atienden a lo largo del año?**

— Estamos en torno a los 3.500 pacientes y realizamos una media de entre 20 y 25 intervenciones al año, con una lista de espera de menos de seis meses. Pueden parecer pocas intervenciones, pero estamos hablando de una cirugía muy concreta en la que el HUCA fue pionero dentro de la Seguridad Social. Desde que comenzamos en 1996 hemos operado a 534 pacientes de trastornos del movimiento, más del 80% por párkinson.

— **Se entiende de estos datos que los pacientes con párkinson son mayoritarios.**

— Sí, sin duda. De todos los pacientes que atendemos, un millar es por párkinson. En Asturias, en torno al 2% de los mayores de 65 años tiene párkinson, pero es verdad que me-

nos del 10% son candidatos quirúrgicos. Hay que tener en cuenta que la edad límite para la cirugía es de 70 años, a partir de ahí el riesgo no merece la pena.

— **¿Hay algo que la ciudadanía pueda hacer para intentar sortear esta enfermedad?**

— No, las enfermedades neurodegenerativas en la mayoría de los casos son por causas desconocidas. A veces, pueden ser genéticas o, incluso, por factores ambientales, pero esos casos son mínimos. Lo único que se puede hacer es llevar una vida saludable, ejercicio físico, una dieta mediterránea...

— **¿Y después del diagnóstico?**

— Todo lo que sean terapias complementarias, logopedia, mantenerse activos... Va a contribuir en beneficio. Nosotros colaboramos mucho con las asociaciones y les derivamos pacientes porque son muy importantes.

— **¿En qué proyectos están inmersos actualmente?**

— Estamos en muchos proyectos de investigación, consorcios nacionales e internacionales. Participamos en ensayos clínicos, registros de pacientes... Y somos el único hospital asturiano que forma parte de una red europea de enfermedades neurológicas raras. ■

22 Enero, 2025



El HUCA logra la excelencia en la atención a pacientes neurológicos

La Unidad de Trastornos del Movimiento del hospital asturiano consigue la acreditación de calidad de la Sociedad Española de Neurología

SORAYA PÉREZ

OVIEDO. La Unidad de Trastornos del Movimiento del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) está de enhorabuena y no es para menos. Ayer recibió la acreditación de calidad del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento (GETM) de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Este reconocimiento, que

sólo poseen siete hospitales a nivel nacional, avala la excelencia de la atención en el tratamiento a personas con enfermedades neurológicas como párkinson, distonía o temblor esencial.

Esta unidad, que atiende a cerca de 3.500 personas al año, es pionera en el tratamiento quirúrgico de los trastornos del movimiento y en 2012 fue reconocida como referencia dentro del Sistema Nacional de Salud.

El acto de entrega de la acreditación contó con la participación del gerente del Servicio de Salud (Sespa), Aquilino Alonso; la gerente del área sanitaria IV, Beatriz López Muñoz; la direc-

tora médica del HUCA, María José Villanueva; la jefa de sección de Enfermedades Neurodegenerativas, Marta Blázquez; el coordinador del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología, Álvaro Sánchez-Ferro, y Fernando Seijo, de la Real Academia de Medicina del Principado.

«La búsqueda de la excelencia en la práctica clínica no es un objetivo lejano para el Sespa, sino más bien una constante, un compromiso que nos lleva a tratar de ofrecer lo mejor para cada paciente en cada momento», subrayó Aquilino Alonso.

Por su parte, Marta Blázquez,



Fernando Seijo, Beatriz López, Aquilino Alonso, Álvaro Sánchez y Marta Blázquez. **M. ROJAS**

recordó que el hospital trabaja «desde hace décadas» para alcanzar la excelencia en el campo de la neurología. «Esta acreditación sigue confirmando el trabajo excelente de nuestro

equipo y nos anima a seguir avanzando para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes», concluyó la jefa de sección de Enfermedades Neurodegenerativas.