

# Los 504 millones que Sanidad no ejecutó cubrirían un año de lecanemab para 21.000 pacientes

Por **Redacción** - 26 de agosto de 2026

## El crédito no utilizado en 2024 y 2025 equivale al coste anual estimado de miles de tratamientos con lecanemab y donanemab

El Ministerio de Sanidad dejó sin ejecutar aproximadamente 504 millones de euros de crédito definitivo durante los ejercicios de 2024 y 2025, los dos primeros años completos de Mónica García al frente del departamento. Una cifra que cobra una dimensión especialmente relevante al compararla con el coste de algunos de los nuevos tratamientos contra el Alzheimer que actualmente no cuentan con financiación pública en España.

Tomando como referencia los precios estimados de estos medicamentos, esos 504 millones de euros serían equivalentes al coste farmacológico necesario para tratar durante un año a alrededor de 21.000 pacientes con lecanemab o a unos 16.800 con donanemab. La comparación vuelve a situar en primer plano el debate sobre la incorporación de terapias innovadoras al Sistema Nacional de Salud y el impacto económico que supone hacerlo.

### El caso de lecanemab

Lecanemab, comercializado bajo el nombre de Leqembi, es uno de los nuevos tratamientos dirigidos a determinados pacientes que se encuentran en fases iniciales del Alzheimer. Su coste estimado en España se sitúa alrededor de los 24.000 euros por paciente y año.

**Leer más: Respirar conscientemente y reducir el ritmo cotidiano favorecen una mejor desconexión**

Aplicando ese importe a los 504 millones de euros de crédito que Sanidad dejó sin ejecutar durante 2024 y 2025, el resultado equivaldría aproximadamente a 21.000 tratamientos anuales. Se trata de una comparación estrictamente económica que permite visualizar la magnitud de los recursos presupuestarios que finalmente no llegaron a utilizarse.

La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, órgano en el que participan el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, ha rechazado la incorporación de lecanemab a la financiación pública del Sistema Nacional de Salud.

### También con donanemab

La situación es similar en el caso de donanemab, comercializado como Kisunla y destinado también al tratamiento del Alzheimer temprano. La Comisión de Precios volvió a rechazar en julio su financiación pública, una decisión ante la que la Sociedad Española de Neurología ha expresado públicamente su preocupación.

El precio oficial de este tratamiento se encuentra en el entorno de los 30.000 euros por paciente y año. Sobre esa referencia, los 504 millones de euros no ejecutados representarían el coste aproximado de tratar durante doce meses a unas 16.800 personas.

**Leer más: [Arabia Saudí establece un nuevo marco nacional para gestionar los riesgos de la inteligencia artificial](#)**

Entre los criterios recogidos en la resolución sobre donanemab aparecen factores como la relación coste-efectividad, la necesidad de racionalizar el gasto farmacéutico y el impacto presupuestario que tendría su incorporación sobre el Sistema Nacional de Salud.

## Una comparación económica

Estas equivalencias no significan, sin embargo, que los 504 millones de euros que quedaron sin ejecutar pudieran haberse destinado directamente a financiar estos medicamentos. Los créditos presupuestarios del Ministerio corresponden a diferentes programas y partidas, mientras que la financiación de los tratamientos farmacológicos se somete a un procedimiento específico de evaluación y aprobación.

Tampoco todos los pacientes diagnosticados de Alzheimer pueden recibir lecanemab o donanemab. Ambos tratamientos están dirigidos a perfiles concretos en fases tempranas de la enfermedad y presentan indicaciones restringidas. Además, requieren un seguimiento especializado debido a los riesgos asociados a su utilización.

## El debate sanitario

Pese a estas limitaciones, la comparación permite dimensionar el alcance de una cantidad como 504 millones de euros dentro del presupuesto sanitario. La cifra emerge además en un momento en el que el coste de las terapias innovadoras, su efectividad y la capacidad del sistema público para asumirlas vuelven a ocupar una posición central en el debate sanitario.

**Leer más: [Quirónsalud presta servicios al Ingesa en Ceuta durante el mandato de Mónica García](#)**

La decisión sobre estos medicamentos refleja así uno de los principales retos del Sistema Nacional de Salud: equilibrar el acceso de los pacientes a nuevas terapias con los criterios de sostenibilidad económica y racionalización del gasto que condicionan su financiación pública.

- Te recomendamos -

Redacción

Foros de interés general BMW > **Foro General BMW** >

Noticia

## ⚡ En España se detectan 10.000 nuevos casos AL AÑO: Párkinson, temblores al volante.

Gavira · Ayer a las 13:44



**Gavira**

Tr3s españoles, cu4tro opiniones.

Miembro del Club

Modelo:

CX5 2.5i AWD ⚡

Registrado: 28 May 2004

Mensajes: 117.684

Reacciones: 152.662

Ayer a las 13:44

#1

En España se detectan 10.000 nuevos casos AL AÑO

### Párkinson, temblores al volante

- España es el noveno país del mundo con mayor número de personas con esta enfermedad.

La enfermedad de Parkinson es una patología neurodegenerativa del sistema nervioso central. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), unos 12 millones de personas la padecen en el mundo y, desafortunadamente, la previsión es que esa cifra aumente. Es la enfermedad neurológica en la que más rápido está aumentando la prevalencia a nivel mundial, por lo que se estima que el número de pacientes llegará a los 25 millones en 2050.

**En cabeza.** España no se escapa a esa predicción. La Sociedad Española de Neurología (SEN) calcula que somos el noveno país del mundo con mayor número de personas con enfermedad de Parkinson y que para 2050 nos convertiremos en el que tenga la mayor prevalencia de este trastorno por habitante. En la actualidad, hay más de 200.000 pacientes y cada año se diagnostican 10.000 casos nuevos. La edad media de estos pacientes es alrededor de los 60 años, pero no es una dolencia exclusiva de personas mayores: un 15 % de los casos se detecta antes de cumplir los 45 años.

**Dificultad motora.** La enfermedad de Parkinson se caracteriza por la degeneración progresiva de las neuronas dopaminérgicas que son las encargadas de producir dopamina, un neurotransmisor necesario para enviar las señales eléctricas entre las células nerviosas.

La disminución de dopamina en los circuitos cerebrales afecta al control del movimiento del cuerpo, por eso los síntomas motores (temblores, movimientos involuntarios...) son los que más asociamos a esta dolencia. La rigidez, la lentitud extrema de los movimientos voluntarios y/o la inestabilidad postural pertenecen también a ese listado de síntomas motores.

Pero además de estas manifestaciones más "físicas", el párkinson puede ir acompañado de otras (insomnio, depresión, ansiedad o deterioro cognitivo) que incluso preceden a los problemas motores. De hecho, en un 30 % de los casos, la depresión es una de las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad.



Las dificultades para la conducción que presenta una persona con este diagnóstico derivan de esta sintomatología. Según aparece en la 'Guía de consejo sanitario vial laboral 2024', los impedimentos que se pueden encontrar a la hora de conducir estos pacientes pasan por la dificultad para iniciar el movimiento y el alargamiento del tiempo de reacción además de una respuesta psicomotora enlentecida, imprecisa, con alteraciones de la coordinación (mal control de los pedales, dificultad en el control de las manos) y fatiga excesiva. Por ello esta guía recomienda el abandono progresivo de la conducción a medida que evoluciona la enfermedad. Una perspectiva, la de dejar de conducir, que preocupa a los pacientes.

**Valorar y revisar.** *"Lo de conducir o no es una cuestión que tratamos en consulta habitualmente. Obviamente se desaconseja cuando hay un claro deterioro; pero se permite a las personas que se encuentran en el extremo contrario, aquellas que están en las fases iniciales de diagnóstico. La dificultad se encuentra en determinar qué hacer en los casos intermedios, cuando alguien empieza a tener algún tipo de problema de movilidad o de manifestación cognitiva. Esas situaciones hay que valorarlas con cuidado",* explica el doctor Álvaro Sánchez Ferro, coordinador del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la SEN.

Para ofrecer una solución, saber reconocer los síntomas de alerta y la confianza con el médico resultan fundamentales. *"Intentamos transmitir a los pacientes que si aprecian cualquier dificultad al realizar una tarea cotidiana, lo comuniquen en consulta para poder hacer una valoración conjunta. En el caso de la conducción se puede requerir una revalorización psicotécnica e incluso plantear una adaptación del vehículo. Por ejemplo, si sólo se sufren problemas con el cambio de marchas, se puede optar por un vehículo automático. Intentamos mantener la autonomía, pero con responsabilidad y cautela",* concreta el experto de la SEN.

Además de a las dificultades físicas, el conductor con enfermedad de Parkinson debe prestar atención a la sintomatología que afecta a su mente, estado de ánimo y capacidades mentales. Es muy habitual, por ejemplo, que esta patología disminuya la capacidad de atención, entre otros factores que pueden afectar a la conducción, o que vaya acompañada de insomnio, un síntoma que puede derivar en somnolencia diurna, lo que reduce la concentración al volante.

*"También hay pacientes a los que la enfermedad altera la capacidad visoespacial, que es la que permite analizar, interpretar y manipular mentalmente objetos y espacios. Esto influye en cómo gestionan el entorno. Se puede sospechar que se sufre una alteración de este tipo cuando aparecen dificultades para, por ejemplo, mantener las distancias de seguridad en carretera o aparcar",* expone Álvaro Sánchez.

**Efectos adversos.** Capítulo aparte merecen los efectos secundarios que pueden provocar los tratamientos destinados a controlar los síntomas de esta patología. La mayoría de los fármacos están dirigidos a restaurar o modular la función dopaminérgica. De todos ellos los que más influyen en la conducción son los agonistas dopaminérgicos. *"A un grupo reducido de pacientes (menos del 10 %) estos fármacos (el pramipexol, la rotigotina y el ropinirol) les provocan episodios súbitos de sueño. Por eso recomendamos comenzar a usarlos en fin de semana y que el paciente no conduzca hasta comprobar cómo los tolera",* asegura el experto.

La medicación oral también puede tener otros efectos indeseados, como las fluctuaciones (oscilaciones motoras que aparecen y desaparecen varias veces al día de forma brusca) y las discinesias, que son movimientos involuntarios en las manos, el tronco y las extremidades que empeoran con el estrés. Por eso una recomendación general para estos conductores es que eviten situaciones estresantes, circulando por trayectos conocidos y eludiendo las horas punta.

**Cuándo dejarlo.** La normativa de tráfico no hace referencia expresa a la enfermedad de Parkinson, sólo incide en que para conducir no deben existir enfermedades que produzcan pérdida o disminución importante de las funciones motoras sensoriales o de coordinación. Por ello la recomendación es, desde el estadio inicial de la enfermedad, establecer un diálogo sincero con el médico para decidir las pautas de conducción de menor riesgo adaptadas a cada paciente. *"A pesar de las limitaciones que hemos mencionado, hay que recordar que muchas personas con párkinson son aptas para conducir y mientras esa conducción siga siendo segura es deseable que la mantengan porque les ayuda a hacer una vida normal",* concluye el experto.

Párkinson, temblores al volante  
Revista Tráfico y Seguridad Vial - DGT  
 revista.dgt.es



[Inicio](#) / [Equipo](#) / [Dra. Lorena Gómez López](#)

 NEUROCIRUJANA · BASE DE CRÁNEO Y CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

## Dra. Lorena Gómez López

Neurocirujana formada en el Hospital Clínic de Barcelona, con dedicación a la cirugía de base de cráneo por vía endoscópica transorbitaria, la neurooncología, la cirugía endoscópica de columna y la cirugía funcional.

  
Contactar



**Contactar**

Medicina · Universitat de Barcelona (2014-2020)

Especialidad en Neurocirugía · Hospital Clínic de Barcelona (2021-2026)

Rotación externa · Samsung Medical Center, Seúl (2025)

### ÁREAS

Base de cráneo y abordaje transorbitario

Neurooncología

Cirugía endoscópica de columna

Cirugía funcional y DBS

Cirugía de epilepsia y SEEG

### INVESTIGACIÓN

Publicaciones en Neurosurgical Focus, World Neurosurgery y Clinical Neurology and Neurosurgery

Ponente en EANS, SEN, SENEK y Societat Catalana de Neurocirurgia

Cursos internacionales de base de cráneo en Barcelona, Seúl y Hong Kong

### IDIOMAS

Español · nativo

Catalán · nativo

Inglés

Francés · intermedio

[Solicitar consulta](#)

## Trayectoria

La Dra. Lorena Gómez López se licenció en Medicina por la Universitat de Barcelona y completó la residencia de Neurocirugía en el Hospital Clínic de Barcelona, uno de

[Contactar](#)

Durante su formación realizó una rotación externa en el Samsung Medical Center de Seúl, en Corea del Sur, y ha participado en cursos internacionales de disección y cirugía en directo en Barcelona, Seúl y Hong Kong.

[SOLICITAR INFORMACIÓN](#)

## Consulta con Dra. Lorena Gómez López

La Dra. Gómez revisará tu caso (base de cráneo, neurooncología, columna endoscópica) y se centra en el abordaje endoscópico transorbitario de la base de cráneo, mínimamente invasiva que permite alcanzar lesiones profundas sin grandes riesgos en la neurooncología. Ha intervenido como ayudante y como primera



TELÉFONO DIRECTO

+34 696 94 06 00

ad la cirugía funcional: estimulación cerebral profunda asistida



EMAIL

[contacto@brainandspine-bcn.com](mailto:contacto@brainandspine-bcn.com)

## Publicación

Es coautora de trabajos publicados en *Neurosurgical Focus*, *World Neurosurgery* y *Clinical Neurology and Neurosurgery*, sobre anatomía del abordaje transorbitario, terapia térmica intersticial guiada por resonancia en epilepsia refractaria y el uso de neuronavegación en gliomas supratentoriales.

Ha presentado su trabajo en congresos de la European Association of Neurosurgical Societies (EANS), la Sociedad Española de Neurología (SEN), la Sociedad Española de Neurocirugía (SENEC) y la Societat Catalana de Neurocirurgia.

[Contactar](#)

ENTRENACONDANI / PATOLOGÍAS CRÓNICAS / PATOLOGÍA NEUROLÓGICA

GUÍA · NEUROLOGÍA, FUNCIÓN, FATIGA Y ENTRENAMIENTO

# Enfermedad neurológica y ejercicio: cuando el movimiento cambia, el plan no puede depender solo de “esforzarte más”.

Parkinson, esclerosis múltiple, secuelas de un ictus y enfermedades neuromusculares pueden afectar de formas muy distintas a la marcha, el equilibrio, la fuerza, la coordinación, la fatiga, la atención o la tolerancia al esfuerzo. Entrenar bien no consiste en aplicar una rutina “neurológica”: exige saber qué diagnóstico existe, qué función está limitada, qué tratamiento y rehabilitación hay alrededor y qué capacidad quiere recuperar o conservar la persona.

Cuéntame tu situación [Ver qué cambia la decisión](#) →



La misma dificultad para moverse puede venir de mecanismos distintos. Diagnóstico, síntomas, función, tratamiento, fatiga y contexto cambian la decisión.

#### RESPUESTA DIRECTA

## ¿Se puede hacer ejercicio con una enfermedad neurológica o neuromuscular?

En muchas situaciones, sí. Las directrices de la OMS incluyen a personas con enfermedades crónicas y discapacidad dentro de sus recomendaciones de actividad física, y documentos específicos respaldan el ejercicio en Parkinson, esclerosis múltiple, después de un ictus y en numerosas enfermedades musculares. Pero la evidencia no apoya una única receta para todas estas condiciones.

fisioterapia neurológica, terapia ocupacional, logopedia o supervisión médica, el entrenamiento no reemplaza ese trabajo: se coordina con él.

AUTORÍA • SALUD, PATOLOGÍA Y ENTRENAMIENTO

## Daniel Cobo Hervella

GRADUADO EN CIENCIAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEL DEPORTE • ENTRENACONDANI

NEUROLOGÍA

FUNCIÓN

ENTRENAMIENTO

COORDINACIÓN



Esta guía aborda enfermedades neurológicas y neuromusculares desde el ámbito del entrenamiento. El diagnóstico, tratamiento, neurorrehabilitación y terapia clínica pertenecen al equipo sanitario; el trabajo de entrenamiento consiste en entender cómo ese contexto modifica la carga, la seguridad, la recuperación y la capacidad que la persona quiere desarrollar o conservar.

[Conoce mi formación y cómo trabajo](#) →

### 01 • CUANDO MOVERTE DEJA DE SER AUTOMÁTICO

# El problema no siempre es “estar en baja forma”. Puede cambiar cómo controlas, percibes o sostienes el movimiento.

del día y otra porque una debilidad concreta limita tareas que antes hacía sin pensar.

El objetivo no es convertir cada síntoma en una prohibición. Es distinguir qué puede entrenarse, qué necesita una adaptación y qué pertenece a rehabilitación o valoración clínica.

01

**“No sé cuánto puedo exigirme sin empeorar”**

La tolerancia no depende solo del diagnóstico: importan estabilidad, síntomas, experiencia, tratamiento, recuperación y la respuesta que deja la sesión.

02

**“Me da miedo caerme o bloquearme”**

Equilibrio, freezing, coordinación, atención y velocidad de reacción pueden cambiar el entorno, la supervisión y el tipo de tarea razonable.

03

**“Hay días u horas en los que mi cuerpo responde distinto”**

Fatiga, calor, sueño, medicación, síntomas autonómicos y fluctuaciones propias de algunas enfermedades pueden cambiar la disponibilidad real.

04

**“Quiero recuperar vida, no solo completar ejercicios”**

Caminar con confianza, jugar con tus hijos, volver al gimnasio, hacer una ruta o mantener autonomía son objetivos distintos y deben guiar el plan.

## 02 • “TENGO UNA ENFERMEDAD NEUROLÓGICA” NO BASTA PARA PROGRAMAR

# El sistema nervioso puede alterar el movimiento de muchas maneras, y no todas exigen la misma respuesta.

Antes de decidir intensidad, modalidad o progresión, hay que entender qué mecanismo y qué limitación funcional estamos intentando manejar.

**DIAGNÓSTICO Y FASE****No es lo mismo  
Parkinson, esclerosis  
múltiple, ictus o una  
miopatía**

La fisiopatología, la evolución, los riesgos y el papel de la rehabilitación cambian. Una etiqueta amplia como “neurológico” sirve para ordenar el contexto, no para prescribir una dosis universal.

**FUNCIÓN****Marcha, equilibrio, fuerza,  
coordinación y control  
motor**

Importa qué tareas están limitadas, si existen ayudas técnicas, cómo se mueve la persona y qué nivel de supervisión requiere para entrenar con seguridad.

### La capacidad disponible puede fluctuar

Fatiga, atención, doble tarea, procesamiento, sueño y estrés pueden modificar el rendimiento incluso cuando la sesión escrita es la misma.

### Medicación y momento del día

En algunas condiciones el estado funcional cambia con la medicación o aparecen efectos autonómicos. Ajustar fármacos pertenece al equipo sanitario; programar alrededor de su efecto conocido puede formar parte del contexto.

#### REHABILITACIÓN

### Qué se está recuperando y qué se está entrenando

Si existe un objetivo de recuperación neurológica, aprendizaje motor o tratamiento de una alteración funcional, el trabajo debe coordinarse con neurorrehabilitación y fisioterapia especializada.

#### PERSONA

### Autonomía, participación y objetivos

El plan debe responder a la vida real: levantarte mejor, caminar más, mantener fuerza, volver a una actividad o preparar una meta deportiva cuando el contexto lo permite.

#### 03 • MISMA CATEGORÍA, DECISIONES MUY DISTINTAS

**La evidencia cambia según la enfermedad. Por eso esta guía separa escenarios en vez de mezclarlos.**

que impiden trasladar una pauta de una condición a otra.

### **Parkinson**

Las recomendaciones Parkinson's Foundation–ACSM actualizadas en 2026 incluyen actividad aeróbica, fuerza, flexibilidad y trabajo de equilibrio, agilidad y multitarea. También piden considerar fase de medicación, freezing, hipotensión ortostática, respuesta de frecuencia cardíaca y necesidad de supervisión.

### **Esclerosis múltiple**

NICE recomienda considerar ejercicio aeróbico, resistido y de equilibrio para la fatiga relacionada con EM. La movilidad, la fatiga y la sensibilidad al calor pueden modificar formato, pausas, entorno y progresión.

### **Después de un ictus**

La guía AHA/ASA 2026 sitúa la rehabilitación multidisciplinar como parte crítica de la recuperación y recomienda reevaluar necesidades a lo largo del proceso. La actividad física y el ejercicio pueden apoyar función, movilidad y salud cardiovascular, pero las secuelas, el riesgo de caídas, la fase de recuperación y el contexto vascular determinan qué necesita supervisión o evaluación previa.

### **Enfermedades musculares y otros trastornos neuromusculares**

En enfermedades musculares, el consenso ENMC 2025 concluye que el ejercicio personalizado es seguro y beneficioso en la gran mayoría de casos, pero subraya que no existe una receta única y que algunas miopatías requieren restricciones específicas de intensidad o tipo de contracción. En otros trastornos neuromusculares, la pauta debe apoyarse en recomendaciones propias del diagnóstico y del equipo clínico.

**Conclusión práctica:** “neurológico” describe una familia de contextos, no una prescripción. El diagnóstico exacto y la función actual son parte de la dosis.

## 04 • ENTRENAR CAPACIDAD SIN PERDER DE VISTA EL CONTROL MOTOR

# Resistencia, fuerza, equilibrio y tareas funcionales pueden perseguir objetivos distintos.

La mejor combinación depende de qué limita a la persona y de qué parte corresponde a rehabilitación frente a acondicionamiento físico.

## Resistencia

Caminar, bici, remo u otras modalidades pueden desarrollar capacidad cardiorrespiratoria cuando la marcha, el equilibrio y el contexto clínico permiten usarlas con seguridad.

## Fuerza

Puede apoyar autonomía, transferencias, marcha y tolerancia a tareas, pero la selección de músculos, rango, fatiga y técnica debe respetar déficits específicos y cualquier enfermedad muscular de base.

## Equilibrio y neuromotor

Cambios de dirección, estabilidad, agilidad o doble tarea pueden ser relevantes, especialmente en Parkinson, pero el nivel de desafío tiene que ser compatible con el riesgo de caída y la supervisión disponible.

## 05 • FATIGA, VARIABILIDAD Y RECUPERACIÓN

# Fatiga neurológica no significa automáticamente “falta de ganas” ni se resuelve siempre bajando el entrenamiento.

En esclerosis múltiple, por ejemplo, la evidencia reciente sigue respaldando el ejercicio estructurado para reducir fatiga, pero también muestra que el formato y la tolerancia individual importan. En otras enfermedades, la fatiga puede estar relacionada con debilidad, sueño, medicación, esfuerzo cognitivo, estado autonómico o progresión de la enfermedad.

La pregunta útil es qué patrón aparece: cuándo empieza, cuánto dura, qué tareas lo desencadenan, cómo cambia con descanso, temperatura, medicación y carga acumulada, y si existe un cambio nuevo respecto al funcionamiento habitual.

**Objetivo:** usar la respuesta al entrenamiento para ajustar la dosis, no convertir cada día variable en improvisación ni cada síntoma en una prueba de voluntad.

## 06 • NEURORREHABILITACIÓN ≠ ENTRENAMIENTO PERSONAL

# Recuperar una función neurológica y

# Solaparse, pero no solaparse el trabajo.

Ictus, Parkinson con alteraciones motoras relevantes, esclerosis múltiple con limitación funcional y muchas enfermedades neuromusculares pueden necesitar fisioterapia, terapia ocupacional u otros profesionales especializados.

## Neurorrehabilitación

Puede abordar aprendizaje motor, marcha, equilibrio, transferencias, espasticidad, uso de ayudas, actividades de la vida diaria y otras necesidades clínicas dentro de un equipo sanitario.

## Entrenamiento

Puede desarrollar resistencia, fuerza y capacidad para sostener objetivos de vida cuando existe un marco funcional y clínico claro.

## Zona de solapamiento

Algunas tareas se parecen por fuera, pero el propósito, la evaluación y la responsabilidad profesional cambian. Por eso la coordinación evita duplicar o contradecir intervenciones.

## Cuándo derivar

Un cambio nuevo de marcha, equilibrio, fuerza, función o síntomas neurológicos no se resuelve simplemente modificando series y repeticiones. Puede requerir reevaluación sanitaria.

**07 • MEDICACIÓN, CALOR Y SISTEMA AUTONÓMICO**

# El mismo cuerpo puede responder diferente según el momento del día y el contexto.

En Parkinson, las recomendaciones actuales aconsejan tener en cuenta el estado de medicación y posibles problemas como hipotensión ortostática o una respuesta de frecuencia cardiaca atenuada. En esclerosis múltiple, la sensibilidad al calor puede aumentar temporalmente síntomas y hacer necesario ajustar entorno, pausas o modalidad.

Estos factores no convierten el entrenamiento en tratamiento médico. Sirven para programar de forma más inteligente alrededor de información ya conocida y para identificar cuándo el problema debe volver al equipo sanitario.

**08 • SUEÑO, NUTRICIÓN Y VIDA REAL**

# La sesión no ocurre aislada del resto del día.

Sueño, horarios, alimentación, hidratación, apoyo familiar, accesibilidad y carga cotidiana pueden aumentar o reducir la capacidad disponible.

Una noche peor puede disminuir la agilidad, atención y tolerancia al esfuerzo. El plan debe distinguir un patrón de recuperación de un cambio clínico inesperado.

Forman parte del contexto general del entrenamiento. Si existen problemas de deglución, necesidades nutricionales clínicas o pérdida de peso relevante, la valoración corresponde a los profesionales sanitarios adecuados.

### Entorno

Superficies, iluminación, temperatura, acceso a apoyos y presencia de otra persona pueden cambiar radicalmente la seguridad de una misma tarea.

### Participación

El resultado útil no es solo un test mejor: es conservar o recuperar actividades que importan en la vida diaria.

## 09 • SEGURIDAD Y COORDINACIÓN

# Un síntoma neurológico nuevo o un deterioro marcado no es una sesión “mala”: cambia el nivel de decisión.

deterioro neurológico agudo requieren atención sanitaria, no una adaptación de entrenamiento.

También debe revisarse el marco cuando aparecen cambios relevantes de medicación, ayudas técnicas, rehabilitación, estado cardiovascular o respiratorio, o cuando una enfermedad neuromuscular tiene riesgos específicos conocidos.

**Coordinación:** neurología, rehabilitación, fisioterapia neurológica, terapia ocupacional, logopedia y otros profesionales pueden ser necesarios según la enfermedad y la función afectada.

#### 10 • ADAPTAR SIN CONVERTIR CADA SÍNTOMA EN UNA ALARMA

## Un buen plan necesita reglas para mantener, ajustar y coordinar.

La variabilidad puede formar parte de la enfermedad. La clave es saber qué cambios entran dentro del patrón conocido y cuáles no.

### Cuando la respuesta coincide con el patrón esperado

Si la persona está estable, la tarea es segura y la recuperación es la prevista, el diagnóstico por sí solo no obliga a reducir la carga.

### Cuando cambia la capacidad disponible

Duración, pausas, modalidad, complejidad, apoyo, carga o entorno pueden modificarse según fatiga, equilibrio, calor, sueño o momento funcional del día.

#### COORDINAR

### Cuando el problema ya no es de programación

Síntomas nuevos, deterioro marcado, caídas nuevas, cambios clínicos o dudas sobre rehabilitación y tratamiento requieren volver al equipo sanitario.

## 11 • EL PROCESO

**Entender el diagnóstico → observar la función → definir el objetivo → entrenar → registrar → adaptar.**

### Entender

Diagnóstico, fase, tratamiento, rehabilitación, síntomas, ayudas, comorbilidades y restricciones conocidas.

---

Marcha, equilibrio, fuerza, fatiga, control motor, tolerancia, atención y recuperación en tareas reales.

---

## Priorizar

Qué capacidad tiene más valor ahora: autonomía, resistencia, fuerza, confianza, participación o una meta concreta.

---

## Construir

Elegir modalidad, carga, entorno, apoyo y progresión compatibles con esa prioridad y el marco sanitario.

---

## Adaptar

Mantener, progresar, simplificar, cambiar el entorno o coordinar según la respuesta y la información nueva.

---

### PREGUNTAS FRECUENTES

# Dudas habituales cuando quieres entrenar con una condición neurológica sin reducirte al diagnóstico.

---

**¿La esclerosis múltiple y la fatiga impiden entrenar?** +

---

**¿Puedo entrenar después de un ictus?** +

---

**¿La fuerza es peligrosa en una enfermedad neuromuscular?** +

---

**¿Tengo que entrenar siempre cuando la medicación está haciendo más efecto?** +

---

**¿El equilibrio se puede entrenar fuera de fisioterapia?** +

---

**¿Esta guía sirve igual para ELA, epilepsia, lesión medular o neuropatías?** +

---

#### EVIDENCIA Y FUENTES

**La guía usa un marco general y documentos específicos porque “neurológico” no es una sola enfermedad.**

individual de neurología, rehabilitación o fisioterapia especializada.

00 **World Health Organization.**

Guidelines on physical activity and sedentary behaviour · 2020. Incluye recomendaciones para personas con enfermedades crónicas y discapacidad.

00 **Parkinson's Foundation + American College of Sports Medicine.**

Updated Exercise Recommendations for Parkinson's Disease · 2026.

00 **Sociedad Española de Neurología.**

Manual SEN de Recomendaciones Diagnósticas y Terapéuticas en Enfermedad de Parkinson · capítulo de actividad física y ejercicio · edición 2025.

00 **NICE.**

Multiple sclerosis in adults: management · recomendaciones sobre fatiga, ejercicio y movilidad · publicada en 2022 y actualizada en junio de 2026.

00 **National MS Society / Consortium of Multiple Sclerosis Centers.**

Exercise and lifestyle physical activity recommendations throughout the MS disease course · 2020.

00 **Rubio-Arias et al.**

Structured exercise training for fatigue management in multiple sclerosis · umbrella review · 2026.

00 **American Heart Association / American Stroke Association.**

Guideline for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery · 2026.

00 **American Stroke Association.**

Exercise after stroke · recurso actual sobre actividad física, función y seguridad.

00 **European Neuromuscular Centre (ENMC).**

281st International Workshop: consensus-based exercise recommendations in muscle diseases · 2025.

SI EL DIAGNÓSTICO HA CAMBIADO CÓMO TE MUEVES, PERO NO QUIERES RENUNCIAR A LO QUE TE IMPORTA

# Cuéntame qué quieres recuperar o conservar y qué está limitando ahora mismo tu capacidad.

El primer paso no es elegir ejercicios “neurológicos”. Es entender tu diagnóstico, función actual, síntomas, tratamiento, rehabilitación, experiencia, entorno y objetivo para saber qué parte corresponde al entrenamiento y qué parte necesita coordinación sanitaria.

Cuéntame tu situación

[Volver a la guía de patologías crónicas →](#)

---

infosalus / **farmacia**

## **Empresas.- Philips recibe hasta 29 millones de euros de ARPA-H para impulsar la robótica y la IA en la atención al ictus**



Ilustración de una sala de control robótica.

- PHILIPS

## Infosalus

Publicado: jueves, 27 agosto 2026 17:23



Seguir en

MADRID 27 Ago. (EUROPA PRESS) -

La compañía Royal Philips ha anunciado la concesión de una financiación de hasta 29 millones de euros en el marco del programa Autonomous Interventions and Robotics (AIR) de la Advanced Research Projects Agency for Health (ARPA-H), agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

El programa, liderado por la doctora Ileana Hancu, busca impulsar la automatización de procedimientos robóticos mediante inteligencia artificial para la atención al ictus. En este proyecto, Philips trabajará junto con Johns Hopkins University, Boston University y el doctor J Mocco, de Weill Cornell Medicine, para desarrollar tecnologías destinadas a procedimientos endovasculares remotos y progresivamente automatizados, con el fin de ampliar el acceso a la atención especializada del ictus.







Garantizar que los pacientes con ictus reciban tratamiento dentro del tiempo adecuado continúa siendo uno de los principales desafíos para los sistemas sanitarios, apuntan desde Philips. En Estados Unidos, aproximadamente 335.000 pacientes al año son candidatos a una trombectomía, un procedimiento mínimamente invasivo que, cuando se realiza a tiempo, puede reducir significativamente las secuelas del ictus y prevenir discapacidades a largo plazo.

Sin embargo, solo alrededor del 12 por ciento de los pacientes que podrían beneficiarse de este tratamiento lo reciben, mientras que más de la mitad de la población estadounidense vive a más de una hora de un hospital con capacidad para realizarlo.

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año se producen alrededor de 90.000 nuevos casos de ictus y más de 23.000 fallecimientos por esta causa. Además, más del 30 por ciento de las personas que sobreviven presentan algún grado de discapacidad o dependencia.

### **Te puede gustar**

#### **Fallece una mujer de 56 años en una piscina comunitaria de Camarena**

[Europa Press](#)

#### **La dieta que más reduce la grasa del hígado y revierte la prediabetes**

[Europa Press](#)

#### **Cómo aumentar tus ingresos usando esta herramienta de IA**

[HonestES](#) | [Patrocinado](#)

Más información

La SEN señala asimismo que todavía no todas las provincias españolas cuentan con Unidades de Ictus plenamente operativas, lo que pone de

X

relieve la importancia de seguir avanzando en el acceso rápido y equitativo a la atención especializada.

A nivel mundial, menos del 3 por ciento de los pacientes elegibles con oclusión de grandes vasos recibe una trombectomía mecánica, a pesar de que el ictus sigue siendo la segunda causa de muerte y la tercera causa combinada de muerte y discapacidad en el mundo.

La compañía resalta que ampliar el acceso a estos procedimientos altamente especializados requiere nuevos enfoques que combinen imagen médica, robótica e inteligencia artificial para extender el conocimiento experto más allá de los centros especializados en ictus.

## **AUTOMATIZACIÓN ROBÓTICA DE PROCEDIMIENTOS**

Philips está impulsando la automatización robótica de procedimientos mediante la integración de imagen médica, robótica, inteligencia artificial y dispositivos intervencionistas inteligentes sobre su plataforma 'Azurion' de terapia guiada por imagen.

El proyecto desarrollará tecnologías para la navegación endovascular, el control robótico de dispositivos, el guiado de procedimientos basado en imagen, la automatización de flujos de trabajo y la intervención remota.

Estas capacidades estarán diseñadas para apoyar procedimientos guiados por imagen y permitir niveles crecientes de autonomía supervisada, siempre bajo el control de profesionales clínicos expertos.

"Este programa de ARPA-H acelera nuestra visión a largo plazo para la intervención guiada por imagen. Estamos contribuyendo a construir un futuro en el que el acceso a la atención especializada no esté limitado por la geografía o por la disponibilidad de profesionales. El objetivo no es sustituir la experiencia clínica, sino ampliar su alcance para que más pacientes puedan beneficiarse de ella", ha afirmado Bert van Meurs, chief business leader Image-Guided Therapy de Philips.

"La investigación en robótica e igencia artificial ha sentado las bases

científicas de este proyecto. Este trabajo se apoya en años de investigación sobre automatización de procedimientos guiados por imagen y robótica, con el objetivo de desarrollar tecnologías que ayuden a ampliar el acceso a tratamientos para el ictus, donde cada minuto cuenta", ha añadido Betsabeh Madani-Hermann, head of Research de Philips.

## **COLABORACIÓN CON CENTROS ACADÉMICOS**

Como parte del programa, Philips colaborará con Johns Hopkins University y Boston University, combinando su experiencia en terapia guiada por imagen y automatización de flujos de trabajo con las capacidades académicas de ambos centros en robótica, traslación clínica y automatización de procedimientos.

Johns Hopkins University liderará el desarrollo de la navegación autónoma de dispositivos bajo la dirección de Axel Krieger, PhD, Associate Professor in Mechanical Engineering. Boston University liderará el desarrollo de catéteres direccionables, codirigido por Tommaso Ranzani, PhD, Associate Professor in Mechanical Engineering and Materials Science & Engineering, y Sheila Russo, Associate Professor in Mechanical Engineering and Materials Science & Engineering.

"La robótica tiene el potencial de mejorar la precisión de la atención endovascular del ictus y ampliar el alcance del conocimiento especializado mediante procedimientos remotos", ha afirmado J Mocco, chair of Neurological Surgery de Weill Cornell Medicine y colaborador clínico adicional de Philips.

"Me entusiasma trabajar junto con Philips y los socios académicos de este programa para transformar ese potencial en innovación clínicamente relevante y desarrollar tecnologías que apoyen a los profesionales sanitarios y estén diseñadas para mejorar los resultados de los pacientes", ha añadido.

**Últimas noticias sobre estos temas >**

X

# Los 504 millones que Sanidad no ejecutó cubrirían un año de lecanemab para 21.000 pacientes

Por **Redacción** - 26 de agosto de 2026



## El crédito no utilizado en 2024 y 2025 equivale al coste anual estimado de miles de tratamientos con lecanemab y donanemab

El Ministerio de Sanidad dejó sin ejecutar aproximadamente 504 millones de euros de crédito definitivo durante los ejercicios de 2024 y 2025, los dos primeros años completos de Mónica García al frente del departamento. Una cifra que cobra una dimensión especialmente relevante al compararla con el coste de algunos de los nuevos tratamientos contra el Alzheimer que actualmente no cuentan con financiación pública en España.

Tomando como referencia los precios estimados de estos medicamentos, esos 504 millones de euros serían equivalentes al coste farmacológico necesario para tratar durante un año a alrededor de 21.000 pacientes con lecanemab o a unos 16.800 con donanemab. La comparación vuelve a situar en primer plano el debate sobre la incorporación de terapias innovadoras al Sistema Nacional de Salud y el impacto económico que supone hacerlo.

## El caso de lecanemab

Lecanemab, comercializado bajo el nombre de Leqembi, es uno de los nuevos tratamientos dirigidos a determinados pacientes que se encuentran en fases iniciales del Alzheimer. Su coste estimado en España se sitúa alrededor de los 24.000 euros por paciente y año.

**Leer más: El mercado del pan creció un 3 % y alcanzó los 3.480 millones en 2025**

Aplicando ese importe a los 504 millones de euros de crédito que Sanidad dejó sin ejecutar durante 2024 y 2025, el resultado equivaldría aproximadamente a 21.000 tratamientos anuales. Se trata de una comparación estrictamente económica que permite visualizar la magnitud de los recursos presupuestarios que finalmente no llegaron a utilizarse.

La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, órgano en el que participan el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, ha rechazado la incorporación de lecanemab a la financiación pública del Sistema Nacional de Salud.

## También con donanemab

La situación es similar en el caso de donanemab, comercializado como Kisunla y destinado también al tratamiento del Alzheimer temprano. La Comisión de Precios volvió a rechazar en julio su financiación pública, una decisión ante la que la Sociedad Española de Neurología ha expresado públicamente su preocupación.

El precio oficial de este tratamiento se encuentra en el entorno de los 30.000 euros por paciente y año. Sobre esa referencia, los 504 millones de euros no ejecutados representarían el coste aproximado de tratar durante doce meses a unas 16.800 personas.

**Leer más: La presión migratoria en Ceuta reaviva el debate sobre la sanidad externalizada**

Entre los criterios recogidos en la resolución sobre donanemab aparecen factores como la relación coste-efectividad, la necesidad de racionalizar el gasto farmacéutico y el impacto presupuestario que tendría su incorporación sobre el Sistema Nacional de Salud.

## Una comparación económica

Estas equivalencias no significan, sin embargo, que los 504 millones de euros que quedaron sin

ejecutar pudieran haberse destinado directamente a financiar estos medicamentos. Los créditos presupuestarios del Ministerio corresponden a diferentes programas y partidas, mientras que la financiación de los tratamientos farmacológicos se somete a un procedimiento específico de evaluación y aprobación.

Tampoco todos los pacientes diagnosticados de Alzheimer pueden recibir lecanemab o donanemab. Ambos tratamientos están dirigidos a perfiles concretos en fases tempranas de la enfermedad y presentan indicaciones restringidas. Además, requieren un seguimiento especializado debido a los riesgos asociados a su utilización.

## El debate sanitario

Pese a estas limitaciones, la comparación permite dimensionar el alcance de una cantidad como 504 millones de euros dentro del presupuesto sanitario. La cifra emerge además en un momento en el que el coste de las terapias innovadoras, su efectividad y la capacidad del sistema público para asumirlas vuelven a ocupar una posición central en el debate sanitario.

**Leer más: El Ingesa de Mónica García adjudica servicios médicos a Quirónsalud en Ceuta**

La decisión sobre estos medicamentos refleja así uno de los principales retos del Sistema Nacional de Salud: equilibrar el acceso de los pacientes a nuevas terapias con los criterios de sostenibilidad económica y racionalización del gasto que condicionan su financiación pública.

---

- Te recomendamos -

---

**Redacción**

---

# Los 504 millones que Sanidad dejó sin ejecutar equivalen a tratar un año a 21.000 pacientes de Alzheimer con lecanemab

Por **Javier González** - 26 agosto, 2026



## El crédito no utilizado en 2024 y 2025 equivale al coste anual estimado de miles de tratamientos con lecanemab y donanemab

El Ministerio de Sanidad dejó sin ejecutar aproximadamente 504 millones de euros de crédito definitivo durante los ejercicios de 2024 y 2025, los dos primeros años completos de Mónica García al frente del departamento. Una cifra que cobra una dimensión especialmente relevante al compararla con el coste de algunos de los nuevos tratamientos contra el Alzheimer que actualmente no cuentan con financiación pública en España.

Tomando como referencia los precios estimados de estos medicamentos, esos 504 millones de euros serían equivalentes al coste farmacológico necesario para tratar durante un año a alrededor de 21.000 pacientes con lecanemab o a unos 16.800 con donanemab. La

comparación vuelve a situar en primer plano el debate sobre la incorporación de terapias innovadoras al Sistema Nacional de Salud y el impacto económico que supone hacerlo.

## El caso de lecanemab

Lecanemab, comercializado bajo el nombre de Legembi, es uno de los nuevos tratamientos dirigidos a determinados pacientes que se encuentran en fases iniciales del Alzheimer. Su coste estimado en España se sitúa alrededor de los 24.000 euros por paciente y año.

Aplicando ese importe a los 504 millones de euros de crédito que Sanidad dejó sin ejecutar durante 2024 y 2025, el resultado equivaldría aproximadamente a 21.000 tratamientos anuales. Se trata de una comparación estrictamente económica que permite visualizar la magnitud de los recursos presupuestarios que finalmente no llegaron a utilizarse.

La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, órgano en el que participan el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, ha rechazado la incorporación de lecanemab a la financiación pública del Sistema Nacional de Salud.

## También con donanemab

La situación es similar en el caso de donanemab, comercializado como Kisunla y destinado también al tratamiento del Alzheimer temprano. La Comisión de Precios volvió a rechazar en julio su financiación pública, una decisión ante la que la Sociedad Española de Neurología ha expresado públicamente su preocupación.

El precio oficial de este tratamiento se encuentra en el entorno de los 30.000 euros por paciente y año. Sobre esa referencia, los 504 millones de euros no ejecutados representarían el coste aproximado de tratar durante doce meses a unas 16.800 personas.

Entre los criterios recogidos en la resolución sobre donanemab aparecen factores como la relación coste-efectividad, la necesidad de racionalizar el gasto farmacéutico y el impacto presupuestario que tendría su incorporación sobre el Sistema Nacional de Salud.

## Una comparación económica

Estas equivalencias no significan, sin embargo, que los 504 millones de euros que quedaron sin ejecutar pudieran haberse destinado directamente a financiar estos medicamentos. Los créditos presupuestarios del Ministerio corresponden a diferentes programas y partidas, mientras que la

financiación de los tratamientos farmacológicos se somete a un procedimiento específico de evaluación y aprobación.

Tampoco todos los pacientes diagnosticados de Alzheimer pueden recibir lecanemab o donanemab. Ambos tratamientos están dirigidos a perfiles concretos en fases tempranas de la enfermedad y presentan indicaciones restringidas. Además, requieren un seguimiento especializado debido a los riesgos asociados a su utilización.

## El debate sanitario

Pese a estas limitaciones, la comparación permite dimensionar el alcance de una cantidad como 504 millones de euros dentro del presupuesto sanitario. La cifra emerge además en un momento en el que el coste de las terapias innovadoras, su efectividad y la capacidad del sistema público para asumirlas vuelven a ocupar una posición central en el debate sanitario.

La decisión sobre estos medicamentos refleja así uno de los principales retos del Sistema Nacional de Salud: equilibrar el acceso de los pacientes a nuevas terapias con los criterios de sostenibilidad económica y racionalización del gasto que condicionan su financiación pública.

### Recibe NoticiasDe en tu mail

Tu Correo electrónico\*

☐ Al darte de alta aceptas la [Política de Privacidad](#)

Suscríbete

- Te recomendamos -

# Sanidad dejó sin ejecutar 504 millones, el equivalente a tratar a 21.000 pacientes de Alzheimer con lecanemab

Por **Redacción** - 26 de agosto de 2026



## El crédito no utilizado en 2024 y 2025 equivale al coste anual estimado de miles de tratamientos con lecanemab y donanemab

El Ministerio de Sanidad dejó sin ejecutar aproximadamente 504 millones de euros de crédito definitivo durante los ejercicios de 2024 y 2025, los dos primeros años completos de Mónica García al frente del departamento. Una cifra que cobra una dimensión especialmente relevante al compararla con el coste de algunos de los nuevos tratamientos contra el Alzheimer que actualmente no cuentan con financiación pública en España.

Tomando como referencia los precios estimados de estos medicamentos, esos 504 millones de euros serían equivalentes al coste farmacológico necesario para tratar durante un año a alrededor de 21.000 pacientes con lecanemab o a unos 16.800 con donanemab. La comparación vuelve a situar en primer plano el debate sobre la incorporación de terapias innovadoras al Sistema Nacional de Salud y el impacto económico que supone hacerlo.

### El caso de lecanemab

Lecanemab, comercializado bajo el nombre de Leqembi, es uno de los nuevos tratamientos dirigidos a determinados pacientes que se encuentran en fases iniciales del Alzheimer. Su coste estimado en España se sitúa alrededor de los 24.000 euros por paciente y año.

**Leer más: [Sanidad ejecuta el 84,1 % de su presupuesto y deja 504 millones pendientes con Mónica García](#)**

Aplicando ese importe a los 504 millones de euros de crédito que Sanidad dejó sin ejecutar durante 2024 y 2025, el resultado equivaldría aproximadamente a 21.000 tratamientos anuales. Se trata de una comparación estrictamente económica que permite visualizar la magnitud de los recursos presupuestarios que finalmente no llegaron a utilizarse.

La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, órgano en el que participan el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, ha rechazado la incorporación de lecanemab a la financiación pública del Sistema Nacional de Salud.

### También con donanemab

La situación es similar en el caso de donanemab, comercializado como Kisunla y destinado también al tratamiento del Alzheimer temprano. La Comisión de Precios volvió a rechazar en julio su financiación pública, una decisión ante la que la Sociedad Española de Neurología ha expresado públicamente su preocupación.

El precio oficial de este tratamiento se encuentra en el entorno de los 30.000 euros por paciente y año. Sobre esa referencia, los 504 millones de euros no ejecutados representarían el coste aproximado de tratar durante doce meses a unas 16.800 personas.

**Leer más: [Un estudio de LALIGA vincula la cantera con 23 títulos y 466 millones de euros en traspasos](#)**

Entre los criterios recogidos en la resolución sobre donanemab aparecen factores como la relación coste-efectividad, la necesidad de racionalizar el gasto farmacéutico y el impacto presupuestario que tendría su incorporación sobre el Sistema Nacional de Salud.

## Una comparación económica

Estas equivalencias no significan, sin embargo, que los 504 millones de euros que quedaron sin ejecutar pudieran haberse destinado directamente a financiar estos medicamentos. Los créditos presupuestarios del Ministerio corresponden a diferentes programas y partidas, mientras que la financiación de los tratamientos farmacológicos se somete a un procedimiento específico de evaluación y aprobación.

Tampoco todos los pacientes diagnosticados de Alzheimer pueden recibir lecanemab o donanemab. Ambos tratamientos están dirigidos a perfiles concretos en fases tempranas de la enfermedad y presentan indicaciones restringidas. Además, requieren un seguimiento especializado debido a los riesgos asociados a su utilización.

## El debate sanitario

Pese a estas limitaciones, la comparación permite dimensionar el alcance de una cantidad como 504 millones de euros dentro del presupuesto sanitario. La cifra emerge además en un momento en el que el coste de las terapias innovadoras, su efectividad y la capacidad del sistema público para asumirlas vuelven a ocupar una posición central en el debate sanitario.

**Leer más: [Ceuta lleva su sanidad al límite tras dos años de avisos y fuerza el viaje de Mónica García](#)**

La decisión sobre estos medicamentos refleja así uno de los principales retos del Sistema Nacional de Salud: equilibrar el acceso de los pacientes a nuevas terapias con los criterios de sostenibilidad económica y racionalización del gasto que condicionan su financiación pública.

- Te recomendamos -

Redacción



[philips.es](https://www.philips.es)

# Philips, seleccionada por ARPA-H para impulsar la robótica y la IA en la atención al ictus - Philips

7-9 minutos

---

- Aug 28, 2026
- 3 minutos

## En resumen

- *Philips obtiene una financiación de hasta 33,7 millones de dólares de ARPA-H para desarrollar tecnologías destinadas a ampliar el acceso a intervenciones endovasculares mediante robótica e inteligencia artificial*
- *Philips colaborará con Johns Hopkins University y Boston University en el desarrollo de tecnologías para procedimientos endovasculares remotos y progresivamente automatizados*
- *El proyecto aprovecha la experiencia de Philips en terapia guiada por imagen y la plataforma Azurion para sentar las bases de un futuro entorno intervencionista que integre robótica, inteligencia artificial y dispositivos inteligentes en un único flujo de trabajo clínico*

**Cambridge, MA, USA y Amsterdam, Países Bajos, 27 de agosto de 2026.** [Royal Philips](https://www.philips.es) (NYSE: PHG, AEX: PHI), compañía líder mundial en tecnología de la salud, ha anunciado la concesión de una financiación de hasta 33,7 millones de

dólares en el marco del programa **Autonomous Interventions and Robotics (AIR)** de la **Advanced Research Projects Agency for Health (ARPA-H)**, agencia del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos.

El programa, liderado por la Dra. Ileana Hancu, busca impulsar la automatización de procedimientos robóticos mediante inteligencia artificial para la atención al ictus. En este proyecto, Philips trabajará junto con Johns Hopkins University, Boston University y el Dr. J Mocco, de Weill Cornell Medicine, para desarrollar tecnologías destinadas a procedimientos endovasculares remotos y progresivamente automatizados, con el fin de ampliar el acceso a la atención especializada del ictus.



## Ampliar el acceso a intervenciones especializadas

Garantizar que los pacientes con ictus reciban tratamiento dentro del tiempo adecuado continúa siendo uno de los principales desafíos para los sistemas sanitarios. En Estados Unidos, aproximadamente 335.000 pacientes al año son candidatos a una trombectomía<sup>1</sup>, un procedimiento mínimamente invasivo que, cuando se realiza a tiempo, puede reducir significativamente las secuelas del ictus y prevenir

discapacidades a largo plazo.

Sin embargo, solo alrededor del 12 % de los pacientes que podrían beneficiarse de este tratamiento lo reciben<sup>1</sup>, mientras que más de la mitad de la población estadounidense vive a más de una hora de un hospital con capacidad para realizarlo<sup>1</sup>.

En España, el ictus también representa un importante reto asistencial. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año se producen alrededor de 90.000 nuevos casos y más de 23.000 fallecimientos por esta causa. Además, más del 30 % de las personas que sobreviven presentan algún grado de discapacidad o dependencia. La SEN señala asimismo que todavía no todas las provincias españolas cuentan con Unidades de Ictus plenamente operativas, lo que pone de relieve la importancia de seguir avanzando en el acceso rápido y equitativo a la atención especializada.<sup>4</sup>

A nivel mundial, menos del 3 % de los pacientes elegibles con oclusión de grandes vasos recibe una trombectomía mecánica, a pesar de que el ictus sigue siendo la segunda causa de muerte y la tercera causa combinada de muerte y discapacidad en el mundo<sup>2 3</sup>.

Ampliar el acceso a estos procedimientos altamente especializados requiere nuevos enfoques que combinen imagen médica, robótica e inteligencia artificial para extender el conocimiento experto más allá de los centros especializados en ictus.

## **Automatización robótica de procedimientos**

Philips está impulsando la automatización robótica de procedimientos mediante la integración de imagen médica, robótica, inteligencia artificial y dispositivos intervencionistas

inteligentes sobre su plataforma Azurion de terapia guiada por imagen.

El proyecto desarrollará tecnologías para la navegación endovascular, el control robótico de dispositivos, el guiado de procedimientos basado en imagen, la automatización de flujos de trabajo y la intervención remota. Estas capacidades estarán diseñadas para apoyar procedimientos guiados por imagen y permitir niveles crecientes de autonomía supervisada, siempre bajo el control de profesionales clínicos expertos.

"Este programa de ARPA-H acelera nuestra visión a largo plazo para la intervención guiada por imagen", afirmó Bert van Meurs, Chief Business Leader Image-Guided Therapy de Philips.

"Estamos contribuyendo a construir un futuro en el que el acceso a la atención especializada no esté limitado por la geografía o por la disponibilidad de profesionales. El objetivo no es sustituir la experiencia clínica, sino ampliar su alcance para que más pacientes puedan beneficiarse de ella."

"La investigación en robótica e inteligencia artificial ha sentado las bases científicas de este proyecto", añadió Betsabeh Madani-Hermann, Head of Research de Philips. "Este trabajo se apoya en años de investigación sobre automatización de procedimientos guiados por imagen y robótica, con el objetivo de desarrollar tecnologías que ayuden a ampliar el acceso a tratamientos para el ictus, donde cada minuto cuenta."

## **Colaboración con centros académicos**

Como parte del programa, Philips colaborará con Johns Hopkins University y Boston University, combinando su experiencia en terapia guiada por imagen y automatización de flujos de trabajo con las capacidades académicas de ambos

centros en robótica, traslación clínica y automatización de procedimientos.

Johns Hopkins University liderará el desarrollo de la navegación autónoma de dispositivos bajo la dirección de Axel Krieger, PhD, Associate Professor in Mechanical Engineering.

Boston University liderará el desarrollo de catéteres direccionables, codirigido por Tommaso Ranzani, PhD, Associate Professor in Mechanical Engineering and Materials Science & Engineering, y Sheila Russo, Associate Professor in Mechanical Engineering and Materials Science & Engineering.

"La robótica tiene el potencial de mejorar la precisión de la atención endovascular del ictus y ampliar el alcance del conocimiento especializado mediante procedimientos remotos", afirmó el Dr. J Mocco, Chair of Neurological Surgery de Weill Cornell Medicine y colaborador clínico adicional de Philips. "Me entusiasma trabajar junto con Philips y los socios académicos de este programa para transformar ese potencial en innovación clínicamente relevante y desarrollar tecnologías que apoyen a los profesionales sanitarios y estén diseñadas para mejorar los resultados de los pacientes."

## **Una base global en terapia guiada por imagen**

Actualmente, Philips presta apoyo a profesionales sanitarios mediante más de 20.000 sistemas de terapia guiada por imagen instalados en más de 80 países. Cada segundo, en algún lugar del mundo, un paciente recibe tratamiento utilizando un sistema de terapia guiada por imagen de Philips.

Sobre esta base, Philips acumula más de 40 años de experiencia liderando colaboraciones público-privadas destinadas a acelerar la innovación sanitaria y complementar

sus programas globales de investigación y desarrollo.

Con este programa, Philips da un nuevo paso en su compromiso de ampliar el acceso a terapias guiadas por imagen y contribuir a que más pacientes puedan beneficiarse de una atención endovascular especializada.

Las tecnologías descritas están actualmente en desarrollo. Su uso clínico futuro y su disponibilidad comercial estarán sujetos a los requisitos regulatorios aplicables.

## Recursos

1. ARPA-H. [Autonomous Interventions and Robotics \(AIR\) Program](#). Asif KS, Otite FO, Desai SM, et al. Mechanical Thrombectomy Global Access for Stroke (MT-GLASS). Circulation. 2023. World Stroke Organization. Global Stroke Fact Sheet 2025 Sociedad Española de Neurología. Día Mundial del Ictus, 28 de octubre de 2025.

## Media assets

## Contacto medios



## **César García Requena**

Brand & Communications Manager Health System Philips  
Ibérica

► Información de contacto

## **Noticias relacionadas**

## Migraña: una enfermedad neurológica que va más allá del dolor de cabeza



30 de agosto de 2026

HOSPITAL UNIVERSITARI GENERAL DE CATALUNYA    NEUROLOGÍA

La migraña es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes y, al mismo tiempo, una de las que más condiciona la vida cotidiana de las personas que la padecen. Aunque a menudo se asocia únicamente al dolor de cabeza, se trata de un trastorno complejo que puede afectar al bienestar físico, emocional, social y laboral de millones de personas.

Según datos de la Sociedad Española de Neurología, más de cinco millones de personas conviven con migraña en España, y aproximadamente 1,5 millones presentan una forma crónica de la enfermedad. Esto significa que sufren dolor de cabeza durante al menos 15 días al mes, con ocho o más jornadas de características migrañosas. Ante esta realidad, el Hospital Universitari General de Catalunya apuesta por un abordaje multidisciplinar desde los servicios de Medicina Familiar y Neurología.

### Cuando el dolor afecta a todas las áreas de la vida

La migraña pertenece al grupo de las cefaleas primarias y suele manifestarse mediante episodios de dolor intenso, habitualmente pulsátil y localizado en un lado de la cabeza. Además, es frecuente que se acompañe de síntomas como náuseas, vómitos y una elevada sensibilidad a la luz o al ruido. Las

crisis pueden prolongarse entre cuatro y 72 horas si no reciben tratamiento.

La Dra. Silvia Falcón, coordinadora de la Unidad de Medicina Familiar del Hospital Universitari General de Catalunya, explica que la migraña es una enfermedad neurológica en la que intervienen factores genéticos y ambientales, con una repercusión importante en la calidad de vida de las personas afectadas.

Aunque todavía no se conocen con exactitud las causas que la desencadenan, sí se sabe que existe una relación con la hiperexcitabilidad del sistema nervioso central. Entre los factores que pueden favorecer la aparición de una crisis se encuentran el estrés, las alteraciones hormonales, los cambios en los hábitos de sueño, determinados alimentos como el chocolate o los quesos curados, el consumo de alcohol, los periodos prolongados de ayuno o las variaciones meteorológicas.

La especialista también destaca el papel de la herencia genética. Según señala la Dra. Falcón, cuando uno de los progenitores padece migraña, las probabilidades de que los hijos también la desarrollen se sitúan en torno al 50%.

## El impacto de la migraña crónica

Las personas que conviven con migraña frecuente o crónica suelen ver limitada su capacidad para desarrollar actividades cotidianas. Trabajar, estudiar, practicar deporte o mantener una vida social activa puede resultar complicado durante las crisis.

A estas limitaciones físicas se suma, en muchas ocasiones, una importante carga emocional. El miedo a sufrir un nuevo episodio puede generar ansiedad e inseguridad, y condicionar la planificación de actividades personales o profesionales.

Tal como señala la Dra. Silvia Falcón, el componente psicológico asociado a la enfermedad no debe infravalorarse, ya que muchas personas viven pendientes de cuándo aparecerá el siguiente ataque, lo que repercute directamente en su bienestar emocional.

## Un abordaje personalizado para mejorar la calidad de vida

A pesar de su impacto, la migraña dispone hoy de diferentes opciones terapéuticas capaces de reducir la frecuencia de las crisis y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por ello, resulta fundamental realizar una valoración individualizada que permita establecer el tratamiento más adecuado en cada caso.

La Dra. Falcón subraya la importancia de comenzar con un diagnóstico preciso, basado en una historia clínica detallada y, cuando sea necesario, en pruebas complementarias que permitan descartar otras causas del dolor de cabeza.

Las alternativas terapéuticas incluyen medicamentos dirigidos al tratamiento de las crisis agudas,

como analgésicos y triptanes, así como tratamientos preventivos destinados a disminuir la frecuencia y la intensidad de los episodios. Entre estos se encuentran determinados betabloqueantes, antidepresivos y los anticuerpos monoclonales dirigidos contra el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (CGRP), una proteína implicada en los mecanismos de la migraña.

En pacientes con migraña crónica también se pueden emplear otras opciones, como la toxina botulínica o diversas técnicas de neuromodulación, que han demostrado resultados beneficiosos en determinados casos.

## El papel de los hábitos saludables

Más allá del tratamiento farmacológico, los hábitos de vida tienen un papel esencial en el control de la enfermedad. Mantener horarios regulares de sueño, practicar ejercicio físico moderado, reducir el estrés, evitar el consumo de alcohol y adoptar rutinas saludables puede contribuir de manera significativa a disminuir la aparición de nuevas crisis.

La combinación de un diagnóstico adecuado, un tratamiento personalizado y una educación adecuada sobre los factores desencadenantes constituye actualmente una de las herramientas más eficaces para ayudar a las personas con migraña a recuperar su bienestar y desarrollar sus actividades diarias con más normalidad.



## Estilo de vida

---

### ENTREVISTAS

# Tomás Navarro, psicólogo, sobre cómo recordar las cosas con el paso del tiempo: "Es posible 'hackear' la curva del olvido"



Tomás Navarro, psicólogo. Carlos Ruiz



**Sara Andrade**

28 AGO 2026 - 06:00h.

Nutrición

# **Roberta Colletti, nutricionista: "Cuando combinamos una microbiota equilibrada con nutrientes específicos, no sólo mejoramos el sueño, sino también la energía, el estado de ánimo y la salud a largo plazo"**

Hemos normalizado vivir cansados, asumido que despertarse agotada, depender de varios cafés al día o pasar la tarde con la sensación de no llegar a todo forma parte de ser adulta. Pero no debería ser así.

Por Lauren Izquierdo Publicado: 29/08/2026

 [Añadir Women's Health en Google](#)

- Lauren Manaker, dietista, explica si se pueden tomar a la vez melatonina y magnesio para un mejor descanso: "Pueden abordar simultáneamente múltiples obstáculos para el sueño"
- Marte Marcè, nutricionista: "A partir de los 40 la hora a la que cenas empieza a importar mucho más"
- Valter Longo, doctor especialista en longevidad, sobre la hora perfecta para cenar: "Como los centenarios longevos: si se hace más tarde afecta a la quema de calorías"

---

**Dormir bien** es un pilar fundamental, pero durante años hablamos de ello como si todo dependiera de acostarnos antes, dejar el móvil fuera de la habitación o aprender a gestionar mejor el estrés. Y sí, **todo eso importa**. Sin embargo, cada vez más expertos coinciden en que hay otro factor que apenas se menciona y que podría explicar por qué te despiertas cansada incluso después de haber dormido ocho horas, y **es la salud de tu microbiota**.

**Hoy los expertos tienen claro que dormir ocho horas no sirve de mucho si tu cuerpo no es capaz de aprovecharlas.** Por lo que quizá tú también te has acostumbrado a vivir con falta de energía, digestiones pesadas, hinchazón abdominal o esa sensación de necesitar dos cafés antes de sentirte persona. Lo curioso es que todos esos síntomas podrían estar relacionados. Tal y como explica la marca de suplementación **Nutricel** en su ebook '**Microbiota y sueño: la conexión oculta para un descanso reparador**' (en colaboración con la dietista **Roberta Colletti**), "**Cuando combinamos una microbiota equilibrada con nutrientes específicos, no sólo mejoramos el sueño, sino también la energía, el estado de ánimo y la salud a largo plazo**".

**No, despertarte cansada cada mañana no es normal**





Olga Rolenko // Getty Images

---

Si llevas tiempo levantándote con la sensación de que podrías dormir otras tres horas, merece la pena que le prestes atención. Según datos de la **Sociedad Española de Neurología**, cerca de la mitad de la población adulta española no disfruta de un sueño de calidad y una de cada tres personas asegura despertarse sin haber descansado adecuadamente. **"No solo es**

**importante dormir entre siete y ocho horas, sino conseguir un descanso reparador",** señala la experta.

Además, **la conexión entre tu intestino y tu almohada es lo más importante.** Aunque suene sorprendente, el intestino participa en la producción de algunos neurotransmisores fundamentales para ello. De hecho, **alrededor del 90% de la serotonina del organismo se produce en esta zona,** y esta es la precursora de la melatonina, la hormona que regula el ciclo sueño-vigilia. "El eje intestino-cerebro desempeña un papel clave en funciones como el sueño, el estado de ánimo y la respuesta al estrés".

## Los síntomas que muchas veces atribuimos al estrés (y no lo son)



Westend61 // Getty Images

---

Hay algo que se repite constantemente en las consultas, y son las **personas que llevan meses convencidas de que todo lo que les ocurre es consecuencia de una mala racha**. Ansiedad, cansancio, irritabilidad o dificultades para concentrarse. Sin embargo, el estrés no siempre es el único culpable. "**El aumento sostenido del cortisol altera la microbiota y puede reducir la producción de serotonina y GABA, neurotransmisores fundamentales para la relajación y el sueño**".



getty // Getty Images

Y aquí es donde entra en juego la **alimentación**. Los nutrientes que los expertos relacionan con un mejor descanso por su papel en la producción de neurotransmisores y en la regulación del sueño son el **magnesio, zinc, vitamina D, omega-3 y triptófano**. A ellos se suman los **prebióticos**,

**probióticos y polifenoles** presentes en alimentos como el cacao puro, los frutos rojos, las legumbres o el aceite de oliva virgen extra. **"Una dieta rica en estos compuestos puede tener un efecto muy positivo sobre la microbiota y la calidad del descanso".**

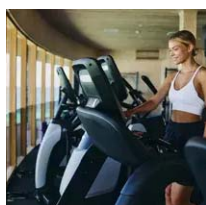
#### Lo más leído



**Entrenadores, fisiólogos del ejercicio y fisioterapeutas explican cuánto peso deberíamos poder levantar según edad y nivel para obtener todos los beneficios del entrenamiento: "Esta década es crucial para la salud a largo plazo"**



**Sonia Alfaro, entrenadora personal: "Mis 5 ejercicios de fuerza imprescindibles en la menopausia"**



**La entrenadora personal Virginia Cantero comparte su ejercicio preferido para bajar de peso: "Si quisiera perder grasa caminando, haría esto"**



#### **Lauren Izquierdo**

Lauren Izquierdo es una periodista especializada en moda, belleza y lifestyle, con una sólida trayectoria en el mundo editorial. Nacida en España, se graduó en periodismo en la Universidad Carlos III de Madrid y desde el inicio su carrera ha estado vinculada al sector de la moda y la belleza, el lujo y el mundo wellness. Durante su trayectoria profesional, Lauren ha escrito para algunas de las publicaciones más destacadas del sector, entre ellas Mujer Hoy, Instyle, Lecturas o Women's Health, donde ha aportado su visión sobre tendencias, belleza y hábitos saludables. A lo largo de su carrera, Lauren ha demostrado una habilidad excepcional para detectar las tendencias más emergentes y traducirlas en contenido relevante para distintos públicos. Su conocimiento del sector le ha permitido abordar temas desde una perspectiva crítica y cercana, a través de reportajes, entrevistas y crónicas que han capturado la esencia de la industria y sus protagonistas. También es...

**[Ver bio completa](#)**