



Marcelino es un vecino de Salobreña con esclerosis múltiple que ha conseguido que la playa sea más accesible

GRANADA

Un enfermo de esclerosis múltiple logra que una playa sea accesible para las personas con movilidad reducida

Marcelino Torres ha conseguido reunir más de 35.000 firmas para que el ayuntamiento prolongue las pasarelas hasta tres o cuatro metros de la orilla

Qué es la esclerosis múltiple y cómo identificar los síntomas



Marta de la Chica

24/07/2024

Marcelino Torres tiene **esclerosis múltiple**, una **enfermedad** autoinmune inflamatoria y neurodegenerativa que afecta al sistema nervioso y que padecen más de **55.000 personas** en **España**, según la Sociedad Española de Neurología. Esta afección es conocida como «**la enfermedad de las mil caras**» y entre sus principales síntomas están los problemas de visión y de movilidad, dolor, fatiga, mareos, espasmos musculares, dificultad al tragar, confusión mental e incluso, la depresión.

Marcelino vive en **Salobreña**, un municipio de la costa granadina, por el que se desplaza en sillas de ruedas desde que en el año 2009 empezara su particular lucha contra la esclerosis múltiple. Este vecino salobreñero lleva varios años sin poder ir a la playa por las dificultades que esto presenta. «Actualmente las personas con movilidad reducida tienen que ser **llevadas en brazos** por parte de familiares, amigos o socorristas para que puedan **acercarse al mar**» ha explicado Torres.

Por eso, Marcelino Torres decidió poner en marcha una campaña de

recogida de firmas para pedir al Ayuntamiento de esta localidad que prolongase la pasarela de la playa y la acercara hasta tres o cuatro metros de la orilla, ya que actualmente termina a más de 30 metros.

El pasado 1 de julio, Miguel García Paredes, un amigo de Marcelino, inició una campaña en la que consiguió recabar más de **35.000 firmas**, a través de la plataforma 'change.org'. Con esta **iniciativa** Torres demostró que las personas con movilidad reducida «también tienen calor, ganas de bañarse y derecho a sentarse en la orilla a contemplar el mar».

La **primera respuesta** que le dio el consistorio de Salobreña a Marcelino fue que «**no había presupuesto**», a lo que él le respondió : "¿De verdad hay dinero para organizar festivales pero no para cumplir con los derechos de las personas con discapacidad? Sin embargo, hace unos días y tras la reivindicación de este vecino, comenzaron a construir en esta playa la **pasarela de hormigón**.

La concejal de Bienestar Social, María Rodríguez, le indicó a Torres que estas pasarelas estaban solicitadas hace tiempo, pero debido a problemas de logística de la empresa suministradora de las mismas no se habían podido instalar hasta ahora.

Esta **situación** no es un problema exclusivo de Salobreña. La mayor parte de la Costa Tropical suspende en materia de accesibilidad, lo que no permite que las personas con movilidad reducida y otros colectivos, puedan ser independientes a la hora de pasar un día en la playa. Por tanto, Marcelino ha señalado que «tenemos que seguir luchando para que cada vez sea todo más accesible».

+

[Korokke Método Myo rep](#) [Postura de la mesa Limpiaparabrisas](#) [Psiquiatras felicidad](#) [Condimento brócoli](#) [Flan proteico](#)Menu ☐**SABERVIVIR**tveBuscar [Iniciar Sesión](#)

- [Salud Activa](#)
- [Avances médicos](#)
- [Actualidad](#)
- [Bienestar](#)
- [Nutrición](#)
- [Dieta](#)
- [En forma](#)
- [Maternidad](#)

[SUSCRÍBETE A TU REVISTA](#)[Comienza a cuidarte con la revista número 1 en salud. ¡Por solo 2€/mes!](#)[Suscríbete](#)

- [Newsletter](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [Instagram](#)
- [TikTok](#)
- [Youtube](#)
- [Pinterest](#)

[SUSCRÍBETE](#)[Salud Activa](#)

El "método del soldado" que aconseja el médico de familia Francisco Marín para conciliar el sueño en dos minutos

Según la Sociedad Española de Neurología, el 48% de la población adulta no tiene un sueño de calidad. Un problema que podría afectar a su salud física y mental. Este método ayuda a dormir más y mejor.



(https://
www.inimarehabilitacion.com)

Musicoterapia y arte en la neurorrehabilitación a domicilio, estrategias creativas para la recuperación cerebral

julio (https://
23, www.inimarehabilitacion.co
2024 m/2024/07/23/)
8:00 am
(https://
No www.inimarehabilitacion.com/
ha 2024/07/23/musicoterapia-y-
y arte-en-la-
co neurorrehabilitacion-a-
me domicilio-estrategias-
nta creativas-para-la-
rio recuperacion-cerebral/
s #respond)

La neurorrehabilitación a domicilio está adoptando métodos cada vez más innovadores y personalizados para mejorar la recuperación de pacientes con trastornos neurológicos. Entre estas estrategias, la musicoterapia y el arte en la neurorrehabilitación a domicilio emergen como herramientas poderosas que complementan los tratamientos tradicionales, ofreciendo beneficios tanto físicos como emocionales. Este artículo explora cómo la musicoterapia y las actividades artísticas pueden integrarse en programas de neurorrehabilitación a domicilio, detallando sus beneficios, aplicaciones y la ciencia que respalda su eficacia.

Gestionar consentimiento



(https://

www.inimarehabilitacion.com)

Musicoterapia y el Arte



La **musicoterapia** es el uso clínico de la música para alcanzar objetivos terapéuticos individuales, como la mejora de las funciones motoras, cognitivas y emocionales. Los musicoterapeutas utilizan actividades como escuchar, cantar, tocar instrumentos y componer música para facilitar la rehabilitación.

El **arte terapéutico**, por otro lado, involucra la expresión creativa a través de medios visuales como la pintura, el dibujo, la escultura y la fotografía para mejorar el bienestar psicológico y físico de los pacientes.

Beneficios de la Musicoterapia y el Arte en la Neurorrehabilitación

1. Mejora de la Motricidad y Coordinación

Tanto la música como las actividades artísticas requieren diferentes grados de movimiento, lo que puede ayudar a mejorar la motricidad fina y gruesa. Tocar un instrumento musical, por ejemplo, mejora la coordinación mano-ojo y la destreza manual, mientras que actividades como la pintura o el dibujo pueden fortalecer los músculos y mejorar la precisión de los movimientos.

2. Estimulación Cognitiva

La musicoterapia y el arte terapéutico pueden estimular diversas áreas del cerebro, promoviendo la neuroplasticidad. Actividades como tocar un instrumento o crear arte pueden mejorar la memoria, la atención y las habilidades de planificación.

3. Reducción del Estrés y la Ansiedad

Gestionar consentimiento

La participación en actividades musicales y artísticas puede reducir el estrés y la ansiedad, mejorando el estado de ánimo general del paciente. La música, en particular, tiene un efecto calmante y puede disminuir los niveles de cortisol, la hormona del estrés.

(<https://>

www.inimarehabilitacion.com)

4. Mejora del Lenguaje y la Comunicación

La musicoterapia puede ser especialmente beneficiosa para pacientes con afasia o dificultades del lenguaje. Cantar y utilizar ritmos puede ayudar a mejorar las habilidades lingüísticas y la fluidez verbal.

5. Fomento de la Expresión Emocional

El arte terapéutico permite a los pacientes expresar sus emociones de una manera no verbal, lo que puede ser muy útil para aquellos que tienen dificultades para comunicarse. Esto puede ayudar a procesar traumas y mejorar la salud mental.



Aplicaciones de la Musicoterapia y el Arte en la Neurorrehabilitación a Domicilio

Gestionar consentimiento



Los terapeutas pueden diseñar programas específicos que se adapten a las necesidades y preferencias de cada paciente. Esto puede incluir la creación de listas de reproducción personalizadas, sesiones de canto, o el aprendizaje de un instrumento musical.

2. Sesiones de Arte Terapéutico en Casa

Los terapeutas pueden proporcionar materiales y guías para actividades artísticas que los pacientes pueden realizar en casa. Esto puede incluir pintura, dibujo, escultura, y otras formas de arte que promuevan la creatividad y la expresión personal.

3. Integración de la Tecnología en la Terapia

Existen aplicaciones y software diseñados para apoyar la musicoterapia y el arte terapéutico. Estas herramientas pueden guiar a los pacientes a través de actividades terapéuticas, ofrecer retroalimentación en tiempo real y adaptar las tareas según el progreso del paciente.

Un estudio publicado por la Sociedad Española de Neurología (<https://www.sen.es/>) encontró que los pacientes que participaron en sesiones de musicoterapia mostraron mejoras significativas en sus habilidades motoras y cognitivas en comparación con aquellos que recibieron solo terapia convencional.

Otro estudio de la Universidad de Barcelona (<https://mediacionartistica.org/wp-content/uploads/2013/05/libro-at-pilar-dominguez.pdf>) destacó que las actividades artísticas pueden promover la neuroplasticidad, facilitando la recuperación de funciones cerebrales dañadas. Estos estudios respaldan la eficacia de la musicoterapia y el arte en la neurorrehabilitación.

La integración de la musicoterapia y el arte en la neurorrehabilitación a domicilio ofrece un enfoque holístico y efectivo para la recuperación de pacientes con trastornos neurológicos. Estas terapias no solo mejoran las capacidades físicas y cognitivas, sino que también proporcionan beneficios emocionales y psicológicos significativos. Con el respaldo de la evidencia científica, es claro que la incorporación de métodos creativos en la rehabilitación neurológica puede transformar la vida de los pacientes, haciendo la

Gestionar consentimiento

terapia más agradable y accesible, con INIMA las **actividades de musicoterapia y arte** (<https://www.inimarehabilitacion.com/estimulacion-cognitiva/>) forman parte de un conjunto de actividades de nuestros terapeutas.

Si te parece interesante este artículo tal vez te pueda interesar leer sobre **Gimnasia cerebral** (<https://www.inimarehabilitacion.com/2022/12/14/que-es-y-para-que-sirve-la-gimnasia-cerebral/>) o **¿Para qué sirve la estimulación cognitiva?** (<https://www.inimarehabilitacion.com/2022/04/27/para-que-sirve-la-estimulacion-cognitiva/>)

No olvides compartir con tus seres mas queridos!

Enlaces de interés:

- **Asociación para el Desarrollo y la Investigación de la Musicoterapia ADIMTE** (<https://feamt.es/miembros-feamt-asociacion-para-el-desarrollo-y-la-investigacion-de-la-musicoterapia-adimte/>)
- **Revista Neurología** (<https://neurologia.com/articulo/2018021>)
- **Federación Española de Asociaciones de Musicoterapia** (<https://feamt.es/>)
- **Aplicaciones y software de innovación en Terapias Creativas** (<https://www.calameo.com/books/0034795671c01ae2d6e90>)

(<https://www.inimarehabilitacion.com/2024/>

Contacta con alguna de nuestras Unidades INIMA
(<https://www.inimarehabilitacion.com/unidades-inima/>)

hola@inimarehabilitacion.com. (<mailto:hola@inimarehabilitacion.com>)

Teléfono: 634 472 942.

Calle de Ramón y Cajal, 5, 28100, Alcobendas, Madrid.

© 2021 Develop by Justeasy Digital Agency

Política de privacidad(<https://www.inimarehabilitacion.com/politica-de-privacidad/>)

Política de cookies(<https://www.inimarehabilitacion.com/politica-de-cookies-ue-2/>)

Aviso legal(<https://www.inimarehabilitacion.com/aviso-legal/>)

Gestionar consentimiento

LO AFIRMA UN ESTUDIO

¿Te cuesta dormir? Puede que necesites comprar un televisor OLED, según la ciencia

Un artículo elaborado por una universidad de Seúl y LG muestra cómo el tipo de pantalla del televisor influye en la producción de melatonina. Los resultados son claros al respecto



Los televisores OLED son los recomendados para ver antes de irte a dormir (Cortesía)

Por **R. Badillo**

23/07/2024 - 11:52



- [Creía tener una TV increíble hasta que probé el último modelo de Sony](#)
- [OLED o LCD: por qué escoger tu nueva tele ya no es un problema tan grande](#)

Según un estudio elaborado por la **Sociedad Española de Neurología**, entre el 20 % y el 48 % de la sociedad española adulta tiene problemas de insomnio, ya sea a la hora **de conciliar o de mantener el sueño**. Un trastorno que, en la mayoría de los casos, está relacionado con la ansiedad o con otros problemas de salud, como puede ser el caso de la apnea, el reflujo gastroesofágico o el asma.

En este sentido, los **suplementos de melatonina** se han puesto especialmente de moda en los últimos meses. Tanto que, incluso, es posible encontrarlos en algunos supermercados, ya que pueden venderse sin prescripción médica. Conviene recordar que la melatonina es una **hormona producida por el cuerpo de forma natural** que juega un papel clave en la conciliación y regulación del sueño.

LG Display's OLED TV panels proven to 'Sleep Friendly' supporting body and eye health: SEOUL, South Korea, July 21, 2024 /PRNewswire/ -- LG Display, the world's leading innovator of display technologies, announced today that its OLED TV panels have been... <https://t.co/JS9dGPcats>

— Stock Market News (@Stock_Market_Pr) [July 22, 2024](#)

Un reciente **artículo científico** elaborado por la Universidad Kookmin de Seúl, Corea del Sur, en colaboración con LG ha tratado de averiguar la **relación existente entre el sueño y el visionado de contenidos en diversos tipos de televisores**, midiendo el impacto en la segregación de melatonina. Los investigadores, liderados por Kim Chang-wook, utilizaron una muestra formada por un grupo de 40 hombres y mujeres divididos en dos grupos.

Las claves del experimento

Las 40 personas que participaron en el estudio visionaron el mismo contenido en **televisores con paneles LCD y OLED**. Los resultados fueron claros: los niveles de melatonina aumentaron un 8,1% en el grupo que utilizó pantallas OLED, mientras que disminuyeron un 2,7% en el grupo que usó pantallas LCD.

Foto: Foto:
iStock.

TE PUEDE INTERESAR

Toda la verdad sobre las gafas con filtro de luz azul: ¿realmente sirven para algo?

Fran Sánchez Becerril

Según Kim Chang-wook, la producción de melatonina está directamente relacionada con la **cantidad de luz azul que se recibe** durante el visionado. En este sentido, las pantallas LCD emiten, aproximadamente, dos veces más que las pantallas OLED, lo que explica esta diferencia en los porcentajes.

La luz azul es conocida por su capacidad para **interrumpir o perjudicar la producción de melatonina**, lo que puede causar problemas para conciliar el sueño y afectar negativamente los ritmos circadianos. Al emitir menos luz azul, los televisores OLED minimizan este impacto, facilitando **patrones de sueño adecuados**.

Foto: Foto: EC.

TE PUEDE INTERESAR

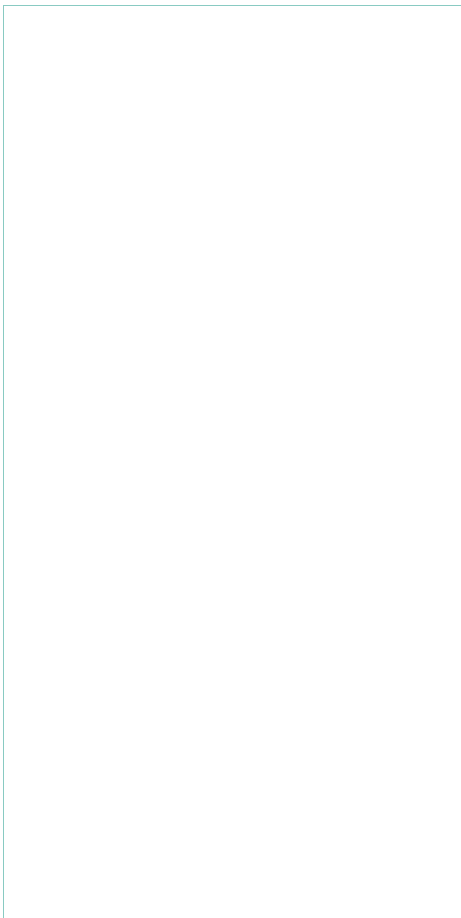
Comprar una buena tele es ahora más difícil: 30 días con la Smart TV que cambió mi opinión

M. McLoughlin

El estudio también destacó que los usuarios de **televisores OLED** experimentaron una **mayor activación de los nervios parasimpáticos**. Este tipo de paneles utilizan diodos orgánicos que emiten luz sin necesidad de retroiluminación, lo que se traduce en un contraste mayor y en unos negros mucho más profundos y realistas. Una tecnología que no solo mejora la calidad de imagen, sino que también reduce la emisión de luz azul y, como se ha demostrado, puede ser muy útil para las personas con problemas de insomnio.



window.ECCO.emit('ec:import:outbrain');



Última hora

Neurólogos de Stanford encuentran el origen de las experiencias que tenemos antes de morir

Esta es una de las mejores series bélicas de Netflix, dura 3 horas y tienes que verla sí o sí: poca gente la conoce

Barco Ielas Malvinas hundido: naufragio de los tripulantes del pesquero Argos Georgia en directo

Ver más

Cómo diferenciar un síndrome con pérdida de memoria del Alzheimer

Bienestar

✓ Fact Checked

Un grupo de investigadores ha propuesto una serie de criterios para diagnosticar un síndrome neurológico que puede confundirse con el Alzheimer y con el que comparte la pérdida de memoria pero no otras características.

Actualizado a: Martes, 23 Julio, 2024 14:28:02 CEST



LANS es un síndrome asociado a pérdida de memoria que produce daños en otras zonas del cerebro (Foto:Shutterstock)



Isabel Gallardo Ponce

Investigadores de la **Clínica Mayo**, en Rochester, Minnesota, han definido los criterios para diagnosticar un síndrome que provoca la **pérdida de memoria en personas mayores**. Este conjunto de síntomas muchas veces se puede confundir con la enfermedad de **Alzheimer**, y por ello el grupo de investigadores ha querido establecer los **criterios diagnósticos** para lo que han venido a denominar LANS, las siglas de lo que podríamos traducir como **Síndrome Neurodegenerativo Amnésico con predominio Límbico**.

Los resultados de este estudio, que se publican en ***Brain Communications***,

X

avanzan que **este síndrome progresa de forma más lenta**, tiene mejor pronóstico que el Alzheimer, y afecta específicamente al sistema límbico del cerebro.

Pautas para el diagnóstico de LANS

“Se trata de una entidad que ya conocíamos desde hace tiempo”, explica a CuídatePlus **Pascual Sánchez**, secretario del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. Así, el artículo lo que hace es poner los mimbres para los criterios de diagnóstico. Se trata de una **encefalopatía límbica** que afecta a gente por encima de los 75 años y que se denominaba LATE. “En ella se deposita la proteína T43, diferente a la que vemos en Alzheimer -TAU y betaamiloide-.”

LANS **afecta sobre todo al sistema límbico**, que fundamental abarca la amígdala, el hipocampo y parte del lóbulo frontal.

Los investigadores han definido los criterios clínicos operativos para diagnosticar este síndrome asociado a LATE o LANS. “Esto nos va a llevar a los neurólogos a tener en el radar esta entidad e identificar estos pacientes, algo que cobra cada vez más importancia porque es la era de los fármacos modificadores de la enfermedad contra el amiloide”, explica Sánchez.

Síntomas de LANS

El hecho de haber creado un criterio clínico ayuda a los neurólogos y a otros expertos a **clasificar la enfermedad del paciente que vive con síntomas**, ofreciendo un diagnóstico más preciso y el tratamiento potencial. Para el diagnóstico se consideran factores como la edad, la gravedad del deterioro de la memoria, los escáneres cerebrales y biomarcadores que indican los depósitos de proteínas específicas en el cerebro.

Entre los criterios principales para su diagnóstico los investigadores desgranar los siguientes **síntomas de LANS**:

- **Síndrome amnésico** que avanza despacio y delimitado a la memoria episódica (aquella información que recogemos a diario de lo que nos pasa, nos cuentan, lo que comemos...).
- **Mayores de 75 años.**
- Síndrome leve en el que **se preservan otras áreas cerebrales** y, por tanto, otras capacidades.
- En la imagen registrada por resonancia magnética se observa **atrofia más localizada en los hipocampos** y no en otras áreas cerebrales.

- **Defecto en la memoria semántica** en los cuadros iniciales. “Esta memoria semántica se demuestra en la cultura general. Se puede analizar mostrando a la persona imágenes de personas famosas o listas de palabras o que nombre objetos. Este tipo de memoria se afecta en estos pacientes con LANS o LATE”, dice Pascual.



¿Cómo diagnosticar este síndrome?

Para determinar la presencia de este síndrome, relata Pascual, los investigadores han determinado que **los estudios de metabolismo cerebrales** pueden ayudar a determinar si existe un hipometabolismo que afecta al sistema límbico.

“Además, tiene que haber una **baja probabilidad de taupatía cortical**, que es lo que se observa en el Alzheimer, y la forma de detectar es un PET de TAU, aunque este tipo de estudio aún no está disponible en Europa”, añade Pascual.

David T. Jones, autor principal del trabajo, explica que **entender este síndrome ayudará a manejar mejor los síntomas** y a poder tratar de forma individualizada a las personas con deterioro cognitivo. No obstante, Pascual recuerda que este trabajo es una propuesta que deberá ser replicada en otros estudios para su posterior aprobación por la comunidad científica.

Según Jones, “en la consulta vemos a pacientes con síntomas en la memoria que parecen imitar al Alzheimer pero cuando observamos las imágenes del cerebro o los biomarcadores, **está claro que no tienen este tipo de demencia**. Hasta ahora no había un diagnóstico médico al que referirnos, pero ahora podemos **ofrecer algunas respuestas**. Esta investigación crea un marco preciso para otros profesionales, tiene grandes implicaciones para las decisiones de tratamiento,

x

incluyendo la reducción de medicamentos antiproteína amiloide y nuevos estudios clínicos, así como aconsejar a los pacientes sobre su pronóstico y otros factores”.

En el estudio, en el que también ha participado el español **Michel J Grothe** de la Fundación Cien, también se habla del pronóstico de LANS. “Se trata de un curso más lento y más contenido, con **menos tendencia a afectar otras áreas del cerebro**. Los pacientes están desmemoriados pero no hay un deterioro de la función tan grande como hay en Alzheimer” dice Pascual.

Eso sí, hay pacientes que pueden desarrollar tanto el Alzheimer como LANS, y en ellos el deterioro de la enfermedad se produce de forma mucho más rápida.

Bibliografía

- Nick Corriveau-Lecavalier, David T. Jones, Clinical criteria for a limbic-predominant amnestic neurodegenerative syndrome Brain Communications. Doi.org/10.1093/braincomms/fcae183

☐ Demencia senil

Te recomendamos

Enlaces promovidos por Taboola

La propuesta de un entrenador personal para definir abdomen y marcar oblicuos

Cuídate Plus

Quiénes no deberían tomar café, según Harvard

Cuídate Plus

Esta es la práctica sexual que ha probado ya el 45% de los españoles

Cuídate Plus

La masturbación femenina y sus beneficios físicos y psicológicos

Cuídate Plus

Los españoles nacidos antes del 1970 tienen derecho a estos nuevos aparatos acústicos

Top Audífonos

Increíble: Calculadora muestra el valor de su casa al instante (Echa un vistazo)

Calculadora del valor de la vivienda





45°
ANIVERSARIO

URGENTE Sánchez se ofrece a declarar "por escrito" ante el juez que investiga a Begoña Gómez



Dos sanitarias realizan un escáner a un paciente.

Soy neuróloga y estas son las tres señales que te alertan de un ictus: cómo detectarlo a tiempo

Los expertos consideran que la población debería saber reconocerlo, puesto que en un 90% de los casos pueden llegar a ser prevenibles.

23 julio, 2024 - 17:21

GUARDAR

EN: [MUERTES](#) [CARDIOLOGÍA](#) [NEUROLOGÍA](#) [CEREBRO](#)

P. G. Santos

Un 25% de la población mayor de 25 años va a sufrir **un ictus** a lo largo de su vida. Esta es la estimación que realiza la neuróloga María del Mar Freijo acerca de este accidente cerebrovascular que sufren **más de 100.000 personas en España** cada año. La mitad de ellos pueden quedar con secuelas discapacitantes.

Por este motivo, la coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares (GEECV) de la Sociedad Española de Neurología (SEN) advierte que es "importante" no sólo conocer **qué es el ictus**, sino tener en cuenta las posibles señales que pueden ponernos en alerta, sobre todo porque un 90% de los casos son prevenibles.

El problema es que el primer síntoma que aparece, **un dolor de cabeza muy fuerte**, puede pasar desapercibido. También es posible que se confunda con una migraña. Y aunque estos pacientes no están exentos de sufrirlo, cuando se trata de un ictus suele ir acompañado de otros signos.

[Ictus, la pandemia oculta: 10 millones de personas morirán al año de infarto cerebral a partir de 2050]

La pérdida brusca de fuerza, por ejemplo, es **uno de los síntomas más comunes** en un caso de ictus. No obstante, no siempre está presente, ya que depende de la zona cerebral en la que se produzca. Esta pérdida de movilidad puede afectar tanto al brazo como a la pierna. E incluso a veces puede llegar a afectar a la mitad del cuerpo.

Recomendado por  outbrain |

**Audi Q5 Sportback Black line por 490 €/mes a 36 cuotas.
Entrada:15.422€**

Audi

Alteración en el habla

También **puede darse en una zona de la cara**. En estos casos, se puede identificar más fácilmente: uno de los cantos de la boca se coloca en una posición más baja que el otro, en una especie de "boca torcida". Si no es reconocible a simple vista, se podría reconocer en el momento en el que la persona comience a hablar.

De hecho, la pérdida repentina de la capacidad del habla es **otro de los síntomas comunes en el ictus**. Se suele producir cuando el individuo presenta dificultad para articular palabras (conocido como afasia), pero también cuando tiene problemas para

encontrarlas (afasia de Broca).

Pueden existir otro tipo de alteraciones en el habla, como por ejemplo aquellas que afectan a la comprensión y a la fluidez. En estos casos, la persona hablará de forma constante aunque sin ningún tipo de sentido, cambiando palabras en las frases e incluso **alterando su pronunciación**.

Falta de sensibilidad

La pérdida de la sensibilidad, a diferencia del anterior, es **uno de los síntomas más complicados de reconocer**. Aquellos que lo sufren pueden describirlo como "un acorchamiento" o "un hormigueo".

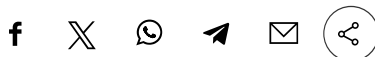
Al igual que la pérdida brusca de fuerza, este síntoma puede suceder en un solo brazo, en una pierna, en media cara o **en la mitad del cuerpo**. Aunque suele ser más común que se describa en media parte del cuerpo, y no en una extremidad sola.

Cuando es en una extremidad aislada, es más frecuente que se trate de un problema localizado en dicho brazo o pierna, y no a nivel cerebral. Y es que en el caso del ictus, esta pérdida de sensibilidad se produce **de forma rápida y brusca**, llegando a afectar a medio cuerpo.

Pérdida de visión

La pérdida de visión, **tanto de un ojo como de ambos**, también puede ser una posible señal de que estamos ante un caso de ictus. Hay ocasiones en las que se produce una pérdida de visión transitoria; es decir, se recupera la visión en unos minutos.

Se le conoce como amaurosis fugax, y puede tener su origen directamente en el mismo nervio óptico, o bien en algún trastorno cerebral, como sería el caso de los ictus. Tal y como sucede con la sensibilidad, la pérdida de visión en un ictus es brusca y rápida, pudiéndose resolver de forma espontánea y **sin una causa aparente**.

[COMENTA](#)

Te recomendamos

Recomendado por  Outbrain

1 de cada 3 casos de Alzheimer se podría prevenir con hábitos saludables

Ebook gratuito

Patrocinado por [Fundación Pasqual Maragall](#)

¡25% de descuento! ¡Todavía estás a tiempo de disfrutar este verano!

Patrocinado por [Meliá](#)

YELLOWSTONE Pánico entre los turistas tras una explosión



Alberto García, neuropsicólogo: "Próximos avances nos obligarán a replantearnos cómo creemos que funciona el cerebro"

MERCHE BORJA | NOTICIA 23.07.2024 - 15:35H



El Dr. Alberto García-Molina, neuropsicólogo en el Institut Guttmann, ha recibido el premio SEN por su divulgación [Dr. Rocamora, neurólogo experto en epilepsia: "Los mayores avances se están dando en el campo de la genética"](#).

Los hornos están
calientes, pocos conocen este
truco (sin frotar)

Publicidad Dr. Clean



A los proveedores de
internet no les gusta, pero
no es ilegal

Publicidad WifiBlast



elEconomista.es

Seguir

29.7K Seguidores



Ni leche ni chocolate, estos son los mejores alimentos para dormir

Historia de elEconomista.es • 1 día(s) • 2 minutos de lectura

Los problemas para dormir afectan a gran parte de la población española, según los datos de la Sociedad Española de Neurología, un 48% de la población adulta no tiene un sueño de calidad. Según los mismos datos, solo el 18% de los españoles consiguen mantener un sueño ininterrumpido. Descansar del tirón no es fácil y eso tiene consecuencias en la salud y en el ánimo.



Una de las cosas más importantes para nuestro bienestar físico y mental es asegurarnos un **descanso adecuado**. Por diversas razones, hay quienes no pueden dormir bien: **nos cuesta conciliar el sueño, nos despertamos demasiado pronto o no descansamos adecuadamente**.

A la larga, esto nos dificulta el día a día, porque siempre estaremos cansados y estresados. No todo el mundo sabe que el remedio puede estar en la alimentación. Así que, **si sufres insomnio hay una serie de alimentos que ayudan a descansar mejor**.

Los mejores alimentos para conciliar el sueño

Debemos asegurarnos de ingerir cantidades elevadas de **triptófano**, que estimula la serotonina; magnesio, que relaja los músculos; y **melatonina**, que combate el insomnio. Algunos alimentos que te ayudarán son los **cereales** (sobre todo integrales), **la pasta, la avena, la achicoria, los grelos, la lechuga, las espinacas, el bacalao y el salmón**.

El **queso fresco, el pollo, el pavo, el pescado, los plátanos y los frutos secos** también son grandes amigos, ya que facilitan la digestión.

Otro pequeño truco es hacer como los nórdicos y **adelantar la hora de cenar, y tomarse una taza de una infusión relajante** antes de acostarse.

 **Vídeo relacionado:** Chocolate: Tipos, presentaciones y beneficios para la salud (Dailymotion)

 **Comentarios**



(https://regiondigital.com/publicidad/count/1668)

(https://
GRUPO  DIGITAL
PRESS
digitalpress.es/)



(/index.php)

Inicio (/) / Badajoz y Provincia (/noticias/4-badajoz-y-provincia/) / El Centro Médico Quirónsalud Don Benito pone en marcha una Unidad del Dolor

El Centro Médico Quirónsalud Don Benito pone en marcha una Unidad del Dolor

Busca ofrecer opciones terapéuticas a pacientes con cualquier tipo de dolencia, a tenor de que el dolor motiva 4 de cada 10 consultas atención primaria.

(/#facebook) (/#twitter) 0 (/#pinterest) (/#linkedin) (/#email) (/#print)

23 julio 2024



Doctor Enrique Del Cojo, responsable de la Unidad del Dolor. Foto: Quirónsalud.

El Centro Médico Quirónsalud Don Benito ha puesto en funcionamiento una Unidad del Dolor destinada a ofrecer soluciones terapéuticas a todos aquellos pacientes que presentan dolor en cualquier parte de su organismo, sea del tipo que sea.

Así pues, se amplía la cartera de servicios del centro médico dombenitense con una nueva unidad especializada en el tratamiento del dolor, la causa que motiva el 40% de las consultas de atención primaria en España, según datos de la Sociedad Española de Neurología.

En este sentido, el doctor Enrique Del Cojo, médico anestesiólogo que está al frente de esta unidad, apunta que "se trata de un servicio destinado a todo tipo de pacientes que no ven controlado su dolor con los tratamientos habituales como los antiinflamatorios, analgésicos o rehabilitación".

"Atendemos desde pacientes con migrañas que no están controladas con medicación a pacientes con dolor radicular o ciática, pasando por gente con dolores musculares que no desaparecen con medidas de rehabilitación", aclara.

En concreto, en la primera consulta se valora y clasifica el dolor según la patología que sufre el paciente, en función del grado de intensidad o del tiempo que llevan experimentando dicha dolencia. Seguidamente, a partir de este diagnóstico se le ofrecerá un tratamiento terapéutico que en ocasiones puede requerir un abordaje especializado, según informa Quirónsalud en una nota de prensa.

Pese a la complejidad de tipificar un dolor en función del tiempo, ya que también hay que tener en cuenta otras características, el doctor Del Cojo señala el umbral de los tres meses como el periodo de tiempo a partir del cual el dolor se puede cronificar si no se trata.

"Pasado este tiempo el paciente tiene muchas posibilidades de desarrollar un problema a largo plazo ocasionado por el dolor en cuestión, dificultando su tratamiento", argumenta.

Por este motivo, el experto recomienda no dejar de prestar atención al dolor cuando aparece y ponerse en manos de profesionales médicos, con el objetivo de controlarlo lo antes posible y así minimizar el riesgo de que se desarrollen otras patologías.

PATOLOGÍA DISCAL

Cabe destacar que de todos los dolores, el más prevalente en este tipo de unidades es la patología discal, especialmente en pacientes jóvenes, pudiendo llegar a ser muy incapacitante incluso para el desarrollo normal de la vida cotidiana.



A este respecto, el especialista de Quirónsalud apunta que dentro de las opciones terapéuticas para este dolor se encuentra la cirugía, que sería la más agresiva, pero que antes de explorar esta posibilidad existen "muchas alternativas en las que el paciente puede ser tratado de manera mínimamente invasiva, sin abordaje quirúrgico, que ofrecen buenas oportunidades terapéuticas ya sea para controlar el dolor y hacerlo desaparecer o para retrasar lo máximo posible una cirugía".

Precisamente, la Unidad del Dolor del Centro Médico Quirónsalud Don Benito ofrece tratamientos regenerativos y paliativos. "La tendencia con el tratamiento del dolor es ser lo más regenerativo que se pueda, que el paciente mejore y no vuelva a aparecer ese dolor, aunque como esto es complejo también ofrecemos tratamientos paliativos, con los que se persigue que el paciente mejore su dolencia y pueda seguir haciendo sus actividades diarias con normalidad".

Además, más allá de los distintos tratamientos disponibles, el especialista en Anestesiología de Quirónsalud también recomienda una serie de pautas con la que minimizar el riesgo de cronificación del dolor. "Es muy importante mantener estilos de vida saludables: actividad física regular, buenos higiene postural y hábitos dietéticos óptimos, los cuales garantizan, además, un mayor éxito en los tratamientos que llevamos a cabo en la Unidad del Dolor", concluye.

QUIRÓNSALUD

Quirónsalud es el grupo de salud líder en España y, junto con su matriz Fresenius-Helios, también en Europa. Además de su actividad en España, Quirónsalud está también presente en Latinoamérica.

Conjuntamente, cuenta con más de 50.000 profesionales en más de 180 centros sanitarios, entre los que se encuentran 57 hospitales con más de 8.000 camas hospitalarias. Dispone de la tecnología más avanzada y de un gran equipo de profesionales altamente especializado y de prestigio internacional.

Entre sus centros, se encuentran el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Centro Médico Teknon, Ruber Internacional, Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, Hospital Quirónsalud Barcelona, Hospital Universitari Dexeus, Policlínica Gipuzkoa, Hospital Universitari General de Catalunya, Hospital Quirónsalud Sagrado Corazón, etc.

El Grupo trabaja en la promoción de la docencia (diez de sus hospitales son universitarios) y la investigación médico-científica (cuenta con el Instituto de Investigación Sanitaria de la FJD, acreditado por la Secretaría de Estado de Investigación, Desarrollo e Innovación).

Asimismo, su servicio asistencial está organizado en unidades y redes transversales que permiten optimizar la experiencia acumulada en los distintos centros y la traslación clínica de sus investigaciones.

Actualmente, Quirónsalud está desarrollando multitud de proyectos de investigación en toda España y muchos de sus centros realizan en este ámbito una labor puntera, siendo pioneros en diferentes especialidades como oncología, cardiología, endocrinología, ginecología y neurología, entre otras.



Noticias recientes ▶ Por el delito de trata de personas fue capturada en Armenia una mujer con círculos... 18 AGOSTO, 2024

Home - Noticias - Salud - Según una investigación, dormir menos de seis horas al día incrementa la probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2

SALUD

Según una investigación, dormir menos de seis horas al día incrementa la probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2

30 julio, 2024 97



Compartir



La Sociedad Española de Neurología advierte sobre la alarmante tendencia de los españoles a dormir apenas seis horas por noche, lo que podría tener graves consecuencias para la salud.

Un reciente estudio realizado por la Universidad de Uppsala de Suecia y publicado en la revista JAMA Network ha revelado una relación preocupante entre la falta de sueño y el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

Los investigadores analizaron datos de más de 247,000 adultos del Biobanco del Reino Unido durante más de una década.

Los resultados mostraron que aquellos que dormían menos de seis horas al día tenían un mayor riesgo de diabetes tipo 2,

CATEGORÍAS

- > Actualidad (3.020)
- > Blog (73)
- > Cultura (971)
- > Deportes (1.707)
- > Económica (1.220)
- > Judicial (2.990)
- > Noticias (1)
- > Política (1.114)
- > Salud (1.202)

re involucradas en la regulación de la glucosa en sangre.

Una limitación del estudio fue su enfoque en una definición específica de dieta saludable, sin considerar otros patrones dietéticos que podrían influir en el riesgo de diabetes. Además, la captura de información sobre el sueño y la dieta se realizó solo en el momento del reclutamiento, lo que puede no reflejar los posibles cambios a lo largo del tiempo.

La Sociedad Española de Diabetes (SED) reporta que más de 5.1 millones de personas en España sufren de diabetes tipo 2, lo que representa casi el 15% de la población. Sin embargo, un tercio de estas personas no están diagnosticadas, lo que subraya la importancia de una mayor conciencia y detección temprana para prevenir complicaciones graves.

NOTICIAS RELACIONADAS



En las ultimas horas 7 personas fallecieron a causa del Covid - 19 en Quindío

19 enero, 2022 739



En Colombia se presentaron 67 nuevos contagios de Covid-19

13 abril, 2020 3656



Durante el aislamiento preventivo, prevenga la aparición de la obesidad infantil

13 julio, 2020 741

ÚLTIMAS NOTICIAS



TELÉFONOS

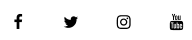
Oficinas
Tel. 7466333
Cel. 320 6754335
Estudio
Tel. 7458500- 7458501
Cel. 314 8006537

CORREOS

info@transmisoraquindio.com
Oficinas
secretaria@transmisoraquindio.com
Director comercial
comercial@transmisoraquindio.com
Periodistas
noticias720@transmisoraquindio.com
noticias@transmisoraquindio.com

DIRECCIÓN

Carrera 13 A #1A 125
Oficina 9 y 10
Edificio Plazuela de los Fundadores
Armenia, Quindío



[infobae.com](https://www.infobae.com)

Hallan una nueva forma de pérdida de memoria que se confunde con el Alzheimer

C. Amanda Osuna

4-5 minutos

Revisión de una radiografía del cerebro (Shutterstock España)

Revisión de una radiografía del cerebro (Shutterstock España)

El descubrimiento de un **nuevo tipo de pérdida de memoria** no solo revoluciona lo que sabíamos sobre el Alzheimer, sino que también abre la puerta al desarrollo de terapias más efectivas contra ambas enfermedades. Han sido los científicos de la Clínica Mayo quienes han bautizado a esta forma poco conocida de demencia y fácilmente confundible con el [Alzheimer](#) como **síndrome neurodegenerativo amnésico con predominio límbico (LANS)**.

Las observaciones del estudio, que ya ha sido publicado en la revista

Brain Communications, muestran que los cambios que se presentan en el cerebro con la enfermedad de LANS son **distintos a los del Alzheimer**, que progresa más lentamente y con síntomas más leves. Además, afecta generalmente a personas mayores de 80 años. Ambas demencias solo pueden tener el diagnóstico definitivo una vez que el paciente ha fallecido, mediante la realización de una autopsia.

Los investigadores han ofrecido a la comunidad científica internacional un marco oficial para distinguir el LANS del Alzheimer y mejorar así el abordaje de la enfermedad. “En nuestro trabajo clínico, vemos pacientes cuyos síntomas de memoria parecen **imitar la enfermedad de Alzheimer**, pero cuando se observan sus imágenes cerebrales o biomarcadores, **está claro que no tienen Alzheimer**”, ha señalado el doctor David Jones, autor principal del estudio y neurólogo de la Clínica Mayo.

En los ensayos clínicos, los expertos aplicaron estos criterios de diagnóstico en pacientes que habían fallecido con Alzheimer o LANS basándose en los datos de salud de cuando estaban vivos. La tasa de éxito fue considerablemente alta, con una **precisión superior al 70%**.

El conjunto de criterios clínicos para LANS incluyen una alta probabilidad de estar asociado con los cambios cerebrales que produce la **encefalopatía TDP-43 relacionada con la edad con predominio límbico**, también conocida como LATE. Sin embargo, aunque ambas condiciones están relacionadas, LANS puede cubrir cualquier forma de demencia que conduzca a la degeneración del sistema límbico.

Lo cierto es que los síntomas de ambos tipos de demencia son bastante parecidos entre sí, lo que induce a la confusión. Es más, incluso ambas enfermedades pueden aparecer de forma simultánea. No obstante, un riguroso estudio puede encontrar diferencias en

ambas. Los investigadores han identificado que los episodios de **LANS** sufren primero una **pérdida de memoria episódica**, que les dificulta recordar detalles de algunas historias, el nombre de algunas personas o tener una fluidez verbal.

En cambio, los pacientes de Alzheimer tienen un procesamiento visoespacial más dañado que los enfermos del síndrome neurodegenerativo amnésico con predominio límbico. Además, los pacientes con LANS padecen una pérdida de volumen del **hipocampo**, mientras que las personas con Alzheimer experimentan una reducción de su volumen en el **neocórtex**.

0 seconds of 1 minute, 26 secondsVolume 0%

Episodio: 12 cuidados para retrasar el alzheimer.

En **España**, la enfermedad de Alzheimer afecta aproximadamente a **800.000 personas**, según los últimos datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Es la forma más común de demencia, representando entre el 60% y el 70% de todos los casos de esta condición en nuestro país. La prevalencia de esta enfermedad neurodegenerativa aumenta con la edad, siendo más común en personas mayores de 65 años. Sin embargo, también puede presentarse en individuos más jóvenes, en lo que se conoce como Alzheimer de inicio temprano.

La incidencia de la enfermedad de Alzheimer en España ha ido **en aumento** en las últimas décadas, en parte debido al **envejecimiento de la población**. Este crecimiento representa un desafío para el sistema de salud y los servicios de atención a largo plazo, ya que la enfermedad requiere de cuidados especializados y constantes.

ANÁLISIS XATAKA SELECCIÓN MÓVILES CIENCIA GUÍAS DE COMPRA MOVILIDAD MAC

PARTNERS

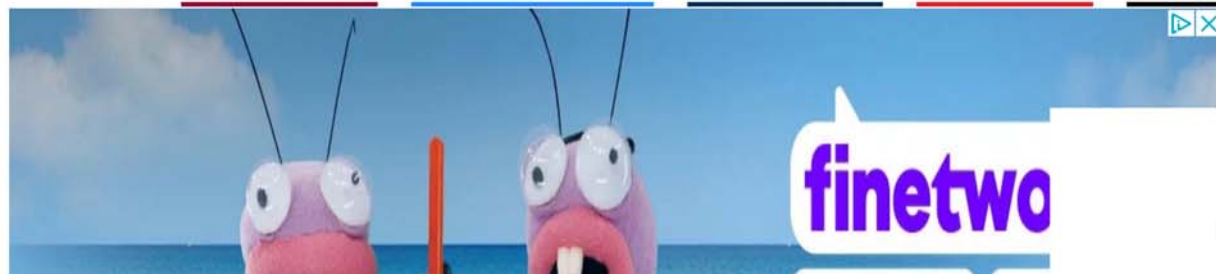
Life's Good by LG

Territorio Samsung TV

Innovación Volvo

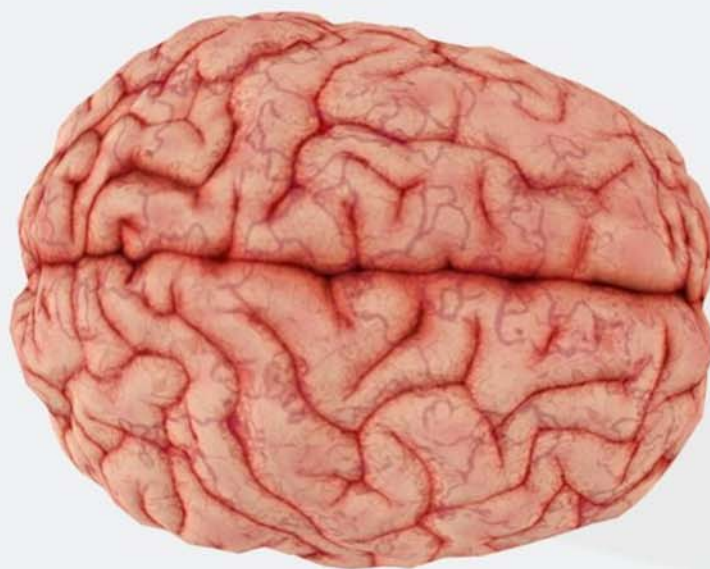
Inspirando TCL

Planeta Back Market



China — Apple Intelligence — Café — IA — Juegos gratis — PS5 — Whatsapp — Chromecast — Xiaomi —

Nuestro riesgo de padecer un ictus aumenta en verano. Estos son los principales síntomas para detectarlo a tiempo



Una repentina pérdida de fuerza, de la visión o del habla son algunos de los síntomas a tener en cuenta

6 comentarios f X F

24 Julio 2024

Actualizado 24 Julio 2024, 12:44



Pablo Martínez-Juarez



1125 publicaciones de Pablo Martínez-Juarez

Según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadísticas provistos por la Sociedad Española de Neurología (SEN), en España [murieron en 2022](#) más de 24.000 personas a causa de ictus. Los **ictus, o accidentes cerebrovasculares** (ACV) afectan anualmente a entre 110.000 y 120.000 personas. La diferencia entre una y otra cifra a menudo radica en la respuesta que se de.

PUBLICIDAD

Por eso es importante saber identificar estos eventos. [El diagnóstico](#) es una tarea que

corresponde a los profesionales sanitarios, pero estos nos proporcionan algunos síntomas clave que pueden ayudarnos a no pasar por alto un caso y poder buscar la asistencia médica pertinente.

¿Qué es exactamente un ictus? El ictus se produce cuando **se interrumpe el flujo sanguíneo a un área del cerebro**, dejando a los tejidos en esa zona desprovistos de oxígeno y nutrientes. Según el evento que desate esta falta de oxígeno se distinguen dos tipos de ACV: el isquémico, o infarto cerebral; y el hemorrágico, o derrame cerebral.

PUBLICIDAD

El primero se da cuando se obstruye una arteria. Es el tipo más frecuente de ictus y se estima que representa tres de cada cuatro casos. El segundo caso, como su nombre señala, se produce por una hemorragia, una rotura de la arteria. El ictus puede presentarse a cualquier edad, pero se hacen más frecuentes conforme nos hacemos mayores.



EN XATAKA

Tenemos un nuevo y prometedor tratamiento contra las consecuencias del ictus (y se ha creado en España)

¿Qué síntomas debemos buscar? que podemos identificar de forma sencilla y que pueden así resultar de utilidad a la hora de ponernos alerta frente a un posible ictus. Es conveniente tener en cuenta que un ictus no tiene por qué presentar todos estos síntomas o un número específico de ellos: algunos ACV se presentan con tan solo uno de ellos.

El primero de estos síntomas, y quizás uno de los más importantes, es la **pérdida brusca de fuerza** o de la sensibilidad. Esta puede manifestarse en un brazo, una pierna o incluso

en la cara. Este debilitamiento o pérdida de la sensibilidad afecta generalmente a uno solo de los lados.

PUBLICIDAD

Otro síntoma importante tiene que ver con una pérdida de capacidades lingüísticas. Esta puede manifestarse también de distintas formas, por ejemplo perdiendo nuestra capacidad de expresarnos de forma coherente o [perdiendo la capacidad de hablar](#) en su totalidad. También puede manifestarse de forma opuesta, en nuestra capacidad de comprender lo que nos están comunicando.

El tercero de los síntomas clave es la **alteración brusca de nuestra visión**. Esta puede aparecer como la pérdida total de la vista en un ojo, una pérdida más localizada, o simplemente como visión doble.

Recientemente, el neurólogo del Hospital Gregorio Marañón, Fernando Díaz Otero, [señalaba en el programa *Mediodía COPE*](#) cómo cualquiera de estos tres síntomas podía inducirnos a “sospechar” de la posibilidad de que se trate de un ictus y llevarnos a consultar a un médico.

En su entrevista, Díaz Otero también aludía también a otro de los síntomas a tener en cuenta, **el dolor de cabeza**. El dolor de cabeza asociable a estos eventos es descrito por la SEN como “muy intenso y diferente a otros dolores de cabeza habituales”.

PUBLICIDAD

El quinto y último síntoma de esta lista es la pérdida brusca de la coordinación, del equilibrio o de la estabilidad.

La importancia de llegar pronto

La detección temprana de estos eventos puede ayudar no solo a aumentar las posibilidades de salir con vida de la persona que los padece, también puede reducir las secuelas que los ictus dejan en nuestro cerebro. Según [datos de la SEN](#), se estima que la mitad de las personas que sufren uno de estos eventos bien fallecen bien acaban padeciendo “secuelas incapacitantes”.

Una atención adecuada en las primeras horas [reduce considerablemente](#) el riesgo de

padecer secuelas, por lo que los expertos recomiendan **no infravalorar estos síntomas** aún cuando su duración es breve. El motivo son los accidentes isquémicos transitorios (AIT).

Estos eventos duran una o dos horas pero **son considerados** una “advertencia” de la posible cercanía de un ACV pleno. Aunque la mitad de los ictus que suceden a un AIT suceden en las siguientes 48 horas otros pueden llegar varios meses después.

Prevenir suele ser mejor que curar. Los consejos para reducir nuestras probabilidades de sufrir uno de estos eventos no están lejos de lo que podríamos esperar: mantener una dieta equilibrada o mantener una vida activa y ejercitarse suelen estar entre las recomendaciones habituales.

La diabetes es un factor de riesgo, por lo que evitar sus factores de riesgo es un importante consejo. La presión sanguínea elevada y las enfermedades cardíacas también son factores de riesgo, por lo que un consejo que solemos escuchar es prestar atención a nuestro consumo de sal. Como otras afecciones del sistema vascular, **el calor es también un factor de riesgo**, lo que hace que el verano sea una estación propicia para elevar nuestra atención.

PUBLICIDAD

Otro factor de riesgo es el consumo de tabaco. Fumar aumenta nuestro riesgo de padecer un ACV, pero no es la única sustancia que puede perjudicarnos de esta manera: el consumo de alcohol también es considerado un factor de riesgo.

En Xataka | [No es la velocidad al recordar palabras, es la velocidad a la que hablamos: la nueva pista sobre la demencia](#)

Imagen | [BUDDHI Kumar SHRESTHA](#)

TEMAS — Medicina y Salud  cerebro

No te pierdas...

Recomendado por  Outbrain

Bienestar

800.000 ESPAÑOLES SUFREN ALZHEIMER

La estrecha relación entre el estrés crónico, la depresión y la enfermedad de Alzheimer

Varios estudios demuestran que sufrir estrés crónico y depresión al mismo tiempo pueden llegar a cuadruplicar las posibilidades de sufrir esta enfermedad del deterioro cognitivo



Istock

Por **C. Bisbal**

25/07/2024 - 05:00



Según datos de la [Sociedad Española de Neurología](#) (SEN) de 2022, en España, más de 800.000 personas padecen la **enfermedad de Alzheimer**. Un número aterrador que se completa con otro aún peor facilitado el pasado mes de noviembre por la [Confederación Española de Alzheimer y otras Demencias](#) (Ceafa).

Esta organización advirtió de que el número de pacientes de esta enfermedad **podría triplicarse antes de 2050**. Ante esta perspectiva, es fácil entender que ya en 2019, el Ministerio de Sanidad comunicara, en el [Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias](#), que "el abordaje de las demencias es una prioridad de salud pública y un problema social y sanitario de primer orden".

De ahí, la importancia de tratar de encontrar tanto sus causas como sus **posibles modos de prevención**. Es ahí donde el estrés hace su aparición: "Varios estudios indican que el estrés crónico aumenta el riesgo de deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer", afirma **Teresa Moreno**, neuróloga especialista en Demencias de la **Clínica Neuromed** y miembro del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología.

En concreto, investigadores del **Instituto Karolinska** (Suecia) publicaron el pasado noviembre un estudio que muestra que el riesgo Alzheimer se duplica en pacientes con **estrés crónico**, así como en aquellos que padecen depresión, respecto a los que no tienen ninguna de estas afecciones.

Efectos que suman

"Hay un nuevo hallazgo que es el **posible efecto aditivo** (suma de ambos efectos) del estrés crónico y la depresión, sobre el riesgo de deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer", afirma la neuróloga. En efecto, ese mismo estudio refiere que en los pacientes con estrés crónico y **depresión** a la vez, el riesgo de padecer Alzheimer se cuadruplica en estos casos.

Con el aumento de la angustia y la liberación de exceso de cortisol de manera aguda, la memoria episódica se deteriora

Lo explica la neuróloga: "Se ha demostrado que las personas en estados de estrés pueden experimentar depresión acompañada de atrofia neuronal en **el hipocampo**". Y continúa: "Se ha demostrado que los adultos que han sufrido abusos graves en la primera infancia que implican estrés, tienen una **reducción del 12%** en el hipocampo izquierdo (zona del cerebro encargada de la memoria), en comparación con personas que no han experimentado abuso".

Cómo se ve afectado el cerebro

Según Teresa Moreno, "el estrés crónico puede afectar al cerebro de diferentes maneras. La activación del eje del estrés (hipotálamo-pituitaria y eje suprarrenal) aumenta los niveles de **cortisol**, que pueden cruzar la barrera hematoencefálica e impactar en las zonas implicadas en la memoria: **la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal**".

REUTERS Brian Snyder

Por otro lado, "Se ha descubierto que con el aumento de la angustia y la liberación de **exceso de cortisol** de manera aguda, la memoria episódica se deteriora". Es decir, que en momentos de estrés, **se pierde memoria** y capacidad de concentración. "Si es ocasional, este efecto es reversible". Pero no sucede lo mismo con el estrés crónico, es decir, "el que provoca cambios fisiológicos o anatómicos en el cuerpo de manera permanente".

Más factores de riesgo

Uno de los factores de riesgo más importantes en la demencia y el Alzheimer **es la edad**. También lo es el género porque, según afirma la especialista en Demencias de la Clínica Neuromed, “en las mujeres, el efecto del estrés también está relacionado con el nivel de **determinadas hormonas**, que interaccionan con el cortisol”.

Foto: Un enorme estudio ha confirmado una conexión que muchos sospechaban que existía. (Pexels)

TE PUEDE INTERESAR
El intrigante vínculo entre la depresión y la temperatura corporal
Sarah Romero

Es evidente que **ni edad ni género son modificables**. Por eso, la prevención debe centrarse en otros factores de riesgo conocidos, como son la somnolencia diurna excesiva y comorbilidades como **trastornos respiratorios**, diabetes, trastornos cerebrovasculares e hipertensión. Algunos de estos factores son modificables y, por lo tanto, algunos casos de demencia podrían prevenirse”, concluye **Teresa Moreno**.



window.ECCO.emit('ec:import:outbrain');

Última hora

¿Volar aumenta el riesgo de padecer cáncer? El centro español que busca la respuesta

Sanidad prohíbe estos productos quemagrasas: tienen una sustancia que provoca enfermedades cardiovasculares

¿Puede el magnesio combatir la depresión? Una médica señala las evidencias científicas

Ver más

PUBLICIDAD

PUBLICIDAD



3 MESES POR
1€

EN DIRECTO La Vuelta 24 | Siga la etapa 3 entre Lousa y Castelo Branco



Dos sanitarias realizan un escáner a un paciente.

Soy neuróloga y estas son las tres señales que te alertan de un ictus: cómo detectarlo a tiempo

Los expertos consideran que la población debería saber reconocerlo, puesto que en un 90% de los casos pueden llegar a ser prevenibles.

23 julio, 2024 - 17:21

GUARDAR

EN: [MUERTES](#) [CARDIOLOGÍA](#) [NEUROLOGÍA](#) [CEREBRO](#)



P. G. Santos



neurologa Maria del Mar Freijo acerca de este accidente cerebrovascular que sufren **mas de 100.000 personas en España** cada año. La mitad de ellos pueden quedar con secuelas discapacitantes.



3 MESES POR
1€

Por este motivo, la coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares (GEECV) de la Sociedad Española de Neurología (SEN) advierte que es "importante" no sólo conocer **qué es el ictus**, sino tener en cuenta las posibles señales que pueden ponernos en alerta, sobre todo porque un 90% de los casos son prevenibles.

El problema es que el primer síntoma que aparece, **un dolor de cabeza muy fuerte**, puede pasar desapercibido. También es posible que se confunda con una migraña. Y aunque estos pacientes no están exentos de sufrirlo, cuando se trata de un ictus suele ir acompañado de otros signos.

[Ictus, la pandemia oculta: 10 millones de personas morirán al año de infarto cerebral a partir de 2050]

La pérdida brusca de fuerza, por ejemplo, es **uno de los síntomas más comunes** en un caso de ictus. No obstante, no siempre está presente, ya que depende de la zona cerebral en la que se produzca. Esta pérdida de movilidad puede afectar tanto al brazo como a la pierna. E incluso a veces puede llegar a afectar a la mitad del cuerpo.

Recomendado por Outbrain



3 MESES POR
1€

Buscamos españoles para probar gratis lo último en audífonos. ¡Apúntate ahora!

www.gaes.es

Alteración en el habla

También **puede darse en una zona de la cara**. En estos casos, se puede identificar más fácilmente: uno de los cantos de la boca se coloca en una posición más baja que el otro, en una especie de "boca torcida". Si no es reconocible a simple vista, se podría reconocer en el momento en el que la persona comience a hablar.

De hecho, la pérdida repentina de la capacidad del habla es **otro de los síntomas comunes en el ictus**. Se suele producir cuando el individuo presenta dificultad para articular palabras (conocido como afasia), pero también cuando tiene problemas para encontrarlas (afasia de Broca).

Pueden existir otro tipo de alteraciones en el habla, como por ejemplo aquellas que afectan a la comprensión y a la fluidez. En estos casos, la persona hablará de forma constante aunque sin ningún tipo de sentido, cambiando palabras en las frases e incluso **alterando su pronunciación**.

Falta de sensibilidad

La pérdida de la sensibilidad, a diferencia del anterior, es **uno de los síntomas más complicados de reconocer**. Aquellos que lo sufren pueden describirlo como "un acorchamiento" o "un hormigueo".

Al igual que la pérdida brusca de fuerza, este síntoma puede suceder en un solo brazo, en una pierna, en media cara o **en la mitad del cuerpo**. Aunque suele ser más común que se describa en media parte del cuerpo, y no en una extremidad sola.

Cuando es en una extremidad aislada, es más frecuente que se trate de un problema localizado en dicho brazo o pierna, y no a nivel cerebral. Y es que en el caso del ictus, esta pérdida de sensibilidad se produce **de forma rápida y brusca**, llegando a afectar a medio cuerpo.

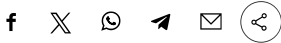
Pérdida de visión

La pérdida de visión, **tanto de un ojo como de ambos**, también puede ser una posible señal de que estamos ante un caso de ictus. Hay ocasiones en las que se produce una pérdida de visión transitoria; es decir, se recupera la visión en unos minutos.



3 MESES POR
1€

Se le conoce como amaurosis fugax, y puede tener su origen directamente en el mismo nervio óptico, o bien en algún trastorno cerebral, como sería el caso de los ictus. Tal y como sucede con la sensibilidad, la pérdida de visión en un ictus es brusca y rápida, pudiéndose resolver de forma espontánea y **sin una causa aparente**.



COMENTA

Te recomendamos

Recomendado por Outbrain

Un médico aconseja: «Si tienes grasa en el abdomen, ¡haz esto cada día!»

¡Este método para acelerar la pérdida de grasa lo deberían conocer todas las personas!

Patrocinado por [goldentree.es](#)

5 trampas ocultas de los fondos de inversión que conviene evitar en 2024

Consiga la guía y actualizaciones periódicas para inversores con un patrimonio superior a 350 000 EUR.

Patrocinado por [Fisher Investments España](#)

SEMERGEN renueva alianza con Fundación Freno al Ictus

Se promoverán actividades de concienciación, detección y abordaje, así como ayuda para mejorar la calidad de vida de afectados y familiares

🔖 Guárdalo

Última actualización: 25 de julio de 2024



Titulares

Uno de cada cuatro adultos mayores de 25 años sufrirá un ictus a lo largo de su vida, y el 35% de estos casos ocurren en edad laboral

A nivel mundial, cerca de 14 millones de personas sufrirán un ictus este año, con 5.5 millones de muertes como resultado

La **Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)** reafirma su compromiso en la lucha contra el ictus renovando el convenio de colaboración con la **Fundación Freno al Ictus**. El acuerdo fue firmado en la sede de SEMERGEN en Madrid por el **Dr. José Polo García**, presidente de SEMERGEN, y **Antonio**, presidente de la Fundación Freno al Ictus.



Objetivo

El principal objetivo de este convenio es **fomentar actividades de concienciación sobre el ictus, informar sobre su prevención, detección, abordaje y manejo entre los médicos de Atención Primaria**. Asimismo, se busca proporcionar apoyo para mejorar la calidad de vida de los afectados y sus familiares.

“En SEMERGEN, estamos profundamente comprometidos con la mejora continua de la atención sanitaria y el bienestar de los pacientes,



especialmente aquellos afectados por enfermedades tan significativas como el ictus. Nuestra colaboración con la Fundación Freno al Ictus es un paso vital hacia adelante en esta misión. A través de esta alianza, no solo buscamos fomentar la concienciación y educación entre la comunidad médica y la sociedad en general, sino también mejorar las estrategias de prevención y los protocolos de tratamiento en Atención Primaria. Creemos firmemente que esta sinergia entre SEMERGEN y Freno al Ictus potenciará nuestros esfuerzos y resultará en un impacto directo y positivo en la calidad de vida de los pacientes.” Explica el **Dr. José Polo García**.

Por su parte, **Julio Agredano**, presidente de la Fundación Freno al Ictus, señaló: “Los médicos de familia son esenciales en la lucha contra el ictus. Tienen la capacidad de controlar los factores de riesgo en la población, realizar seguimiento de los tratamientos y, lo más importante, influir significativamente en la mejora de los hábitos de salud de las personas”.

La información es clave

Informar a la población es crucial en la lucha contra el ictus. Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), en España unas 120,000 personas sufren un ictus cada año. De estos, al menos un 15% fallece y alrededor del 30% de los supervivientes queda en situación de dependencia funcional.

Uno de cada cuatro adultos mayores de 25 años sufrirá un ictus a lo largo de su vida, y el 35% de estos casos ocurren en edad laboral. A nivel mundial, cerca de **14 millones de personas sufrirán un ictus este año**, con 5.5 millones de muertes como resultado.

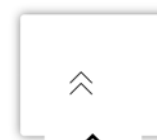
La buena noticia es que **el 90% de los ictus se pueden prevenir con un adecuado control de los factores de riesgo**. En el caso del ictus, cada minuto cuenta. Por eso, es crucial llamar al 112 ante la presencia de síntomas como debilidad o parálisis facial, pérdida de fuerza en un brazo o pierna, y alteraciones repentinas del habla.



Como parte de esta alianza, se dispondrá del portal **www.PacientesSemergen.es**, que ofrece información y formación con criterios médicos consensuados y documentados. Este convenio pondrá a disposición de los asociados de la Fundación Freno al Ictus servicios de consulta médica y recursos gratuitos relacionados con la salud, como consejos y guías proporcionados por la página web de SEMERGEN.

SEMERGEN y la Fundación Freno al Ictus continúan trabajando juntos para **reducir el impacto de esta enfermedad** y mejorar la calidad de vida de los afectados y sus familias.

Accede a más información responsable en nuestra biblioteca digital de publicaciones Corresponsables y en el Ficha Corporativa de Fundación Freno al Ictus en el Anuario Corresponsables 2024.



Inicio › Actualidad › EL PLENO MUNICIPAL NOMBRA AMOTINADO MAYOR DE LAS FIESTAS DEL
MOTÍN 2024 A LA FUNDACIÓN LUZÓN UNIDOS CONTRA LA ELA



F U N D A C I Ó N
L U Z Ó N

Actualidad

EL PLENO MUNICIPAL NOMBRA AMOTINADO MAYOR DE LAS FIESTAS DEL MOTÍN 2024 A LA FUNDACIÓN LUZÓN UNIDOS CONTRA LA ELA

🕒 24 julio, 2024

POR UNANIMIDAD

**EL PLENO MUNICIPAL NOMBRA AMOTINADO MAYOR DE LAS FIESTAS DEL
MOTÍN 2024 A LA FUNDACIÓN LUZÓN UNIDOS CONTRA LA ELA**

La ceremonia de entrega de la citada distinción será objeto de un acto institucional y solemne, que se celebrará el sábado 7 de septiembre de 2024 en el Palacio Real de Aranjuez, coincidiendo con la representación escénica del Motín de Aranjuez, en el marco de las Fiestas del Motín, declaradas de Interés Turístico Internacional.

Aranjuez, 24 de julio de 2024

En la sesión ordinaria celebrada en hoy, correspondiente al mes de julio, ^ 10

del Ayuntamiento de Aranjuez ha aprobado por unanimidad la propuesta presentada por el Alcalde-Presidente, Miguel Gómez Herrero, para el nombramiento de Amotinado Mayor de las Fiestas del Motín de Aranjuez 2024 a la Fundación Luzón Unidos contra la ELA, por su constante quehacer en apoyo de los afectados por la enfermedad de la ELA, a través de acciones en las que impera la solidaridad y la cooperación en el conocimiento e investigación de la enfermedad y su tratamiento, así como en el apoyo a pacientes y familiares, acreditándose la relevancia permanente de esa defensa y de esa labor.

La fundación estará representada por su Directora y Presidenta, Doña María José Arregui Galán, viuda del reconocido economista Francisco Luzón, que fundó esta organización privada, independiente y sin ánimo de lucro en 2016 al ser diagnosticado de ELA.

La ceremonia de entrega de la citada distinción será objeto de un acto institucional y solemne, que se celebrará el sábado 7 de septiembre de 2024 a las 21:30 horas en el Palacio Real de Aranjuez, previo a la representación escénica del Motín de Aranjuez, en el marco de las Fiestas del Motín, declaradas de Interés Turístico Internacional.

La ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica) La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa que va paralizando los músculos del cuerpo. En nuestro país, padecen esta enfermedad 4.000 personas y se realizan 1.000 nuevos diagnósticos al año.

Entre las acciones que realiza la Fundación Luzón Unidos contra la ELA, destaca:

- Impulsar la investigación científica.
- Promover la mejora de la calidad de vida de los enfermos de ELA y sus familias.
- Fortalecer el tejido asociativo y la Comunidad de la ELA.
- Fomentar el diálogo con los decisores políticos para que los derechos de los afectados estén en la agenda pública.
- Dar visibilidad y sensibilizar a los diferentes actores sobre esta enfermedad.

Fruto del trabajo llevado a cabo desde su origen, la Fundación Luzón  

contra la ELA ha logrado:

- Ser referente a nivel nacional e internacional en el conocimiento científico, social y asistencial sobre la ELA.

- Una inversión en investigación que supera los 9 millones de euros, en colaboración con entidades altamente reconocidas.

- Defender los derechos de los enfermos y sus familias; impulsar la comunidad de la ELA y la creación de ConELA, consorcio que reúne a todas las entidades y asociaciones de ELA en España.

- Crear el único observatorio de referencia nacional que recoge datos sociosanitarios y de investigación sobre la enfermedad

- Ser prescriptores en temas de ELA a nivel político para la toma de decisiones y la mejora en la actividad legislativa.

- Promover un registro único de pacientes con datos clínicos y epidemiológicos comparables a nivel nacional y europeo.

Entre los premios, reconocimientos y menciones que ha recibido la Fundación Luzón Unidos contra la ELA, se encuentra la Medalla de Oro de la Comunidad de Madrid, la Mención de Honor 2018 de la Sociedad Española de Neurología (SEN) o el premio a la Mejor Organización de Apoyo al Paciente 2018 de la Fundación Tecnología y Salud y Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, entre otros.

Francisco Luzón, economista y profesional de la banca constituyó esta fundación en 2016. Diagnosticado de Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) tras su jubilación, decidió emprender este proyecto para encontrar una cura a esta enfermedad y ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad.

En 2016, a la vez que anuncia que es paciente de ELA anuncia la creación de la Fundación Francisco Luzón para combatir la enfermedad y apoyar la investigación:

"He constituido la Fundación Francisco Luzón para impulsar mejoras, p  *ir*

esfuerzos, para alinear vías de desarrollo, para potenciar nuevas actividades. Quiero hacerlo sobre todo en investigación, caminando de la mano de los mejores centros de investigación de la ELA en el mundo.” [...]“Para mí cada minuto de la vida merece la pena. Porque lo hermoso de la vida es disfrutar de su viaje llevando contigo siempre una mochila llena de valores y principios que vas a dejar como legado a tu familia, tus amigos y a la sociedad. Este proyecto que ya está en marcha ha vuelto a devolverme la vida día a día, porque como decía Gregorio Marañón: ‘Vivir no es solo existir, sino existir y crear, saber gozar y sufrir y no dormir sin soñar’.

Este sitio web utiliza cookies para que usted tenga la mejor experiencia de usuario. Si continúa navegando está dando su consentimiento para la aceptación de las mencionadas cookies y la aceptación de nuestra política de cookies, pinche el enlace para más información.

Acepto



PUBLICIDAD

Los problemas de salud que causa el calor empiezan por no poder dormir

El impacto tiene forma de pirámide: en la punta están las muertes por golpe de calor (apenas un 2%) y lo que queda por debajo son afectaciones más difíciles de medir que van desde el malestar por no pegar ojo a los fallecimientos por el empeoramiento de enfermedades

[— El mapa de una ola de calor récord: media España registra temperaturas de hasta 10 grados por encima de lo habitual en julio](#)



Foco

SALUD PÚBLICA



Una joven se refresca en una fuente de una calle de Córdoba. EFE/Salas

[Sofía Pérez Mendoza](#)

[SEGUIR AL AUTOR/A](#) 24 de julio de 2024 -21:49h **Actualizado el 26/07/2024 -09:54h**  5

Las muertes por golpe de calor son la consecuencia más fulminante de las olas de altas temperaturas [como la que vive España esta semana](#). Sin embargo, apenas suponen el 2% del total de fallecimientos que se producen cuando el mercurio sube. Se trata de casos muy graves pero contados. Lo que hay por debajo en esa pirámide imaginaria de impactos sobre la salud es mucho más invisible y, en ocasiones, difícil de medir.

PUBLICIDAD

Más información[Las olas de calor disparan los ingresos por intoxicaciones alimentarias](#)

“Todo aquello que no nos lleva al hospital o no es enfermedad aguda pasa desapercibido. Por ejemplo, llevar una semana sin pegar ojo probablemente no te lleve a urgencias pero implica que tu organismo está teniendo una respuesta inadecuada”, dimensiona Javier Camiña, neurólogo y vocal de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

PUBLICIDAD

Cuando el cuerpo está luchando para estabilizar su temperatura –a través del sudor fundamentalmente, que activa otras muchas funciones–, otras tareas quedan más comprometidas. Una, quizá la más básica y universal, es el sueño: se interrumpe más, cuesta conciliarlo y es menos reparador. El resultado es que estamos más irritables, más impulsivos y más estresados. “Es un problema que puede desembocar en otros. Aumenta el riesgo de dolores de cabeza, de confusión y desorientación”, añade Camiña.

PUBLICIDAD

“Ese disconfort que tenemos después de una noche toledana sin descanso se nota, pero todavía a los científicos nos cuesta demostrar eso porque, a no ser de que sigamos a las personas durante años, solo nos podemos valer de indicadores de salud como los ingresos hospitalarios y la mortalidad”, explica Julio Díaz, investigador del Instituto de Salud Carlos III y uno de los mayores especialistas en el estudio de la mortalidad asociada al calor.

El científico compara el funcionamiento del cuerpo ante el calor con un botijo. “Para bajar la temperatura necesitamos sudar y el mecanismo es el mismo que el del botijo: con la transpiración hacemos que las moléculas con más temperatura (más energía) pasen al ambiente y se quedan en nuestra piel las de menos”.

Qué pasa cuando sudamos

Pero sudar tiene mucho más impacto para algunas personas que para otras porque exige poner el cuerpo a trabajar en la tarea. Se multiplica la cantidad de sangre que circula para que la evaporación sea la máxima posible. Eso eleva el ritmo cardiaco, así que si hay un problema cardiovascular, puede haber una deficiencia. A más ritmo, más tensión arterial también. “O si la dolencia es respiratoria también puede verse afectada porque tu corazón se activa más”, desgrana Díaz. A las enfermedades renales tampoco les viene nada bien el calor porque hay más riesgo de deshidratación. Tampoco a las neurológicas, añade el experto, como el párkinson o el alzhéimer, que inhiben la sensación de sed.

Nadie es invulnerable al calor, pero en las personas que ya tienen alguna patología –habitualmente las más mayores– se concentra la mayor afectación. Investigadores del Instituto de Salud Global de Barcelona diseccionaron 11 millones de admisiones en urgencias en 48 provincias españolas entre 2006 y 2019 para poner sobre el papel qué enfermedades son las que acusan más el calor. En primer lugar están los trastornos metabólicos y relacionados con la obesidad (subieron casi un 98%, es decir, se duplicaron); y detrás la insuficiencia renal (77,7%), la infección de tracto urinario (74,6%) o la sepsis (54,3%).

PUBLICIDAD

“Los mecanismos por los que el calor genera efectos perjudiciales en la salud parecen estar todos relacionados con que el cuerpo no es capaz de termorregularse y eso repercute en algunos sistemas, dependiendo de factores como la edad o las condiciones de salud que hay antes”, indica Hicham Achebak uno de los responsables del estudio. “Cada vez se está estudiando más porque vamos a un escenario de subida de grados por el cambio climático, pero todavía hay relaciones entre la exposición a la temperatura ambiental y la salud que no se han descifrado”, añade.

El científico habla también de “efectos indirectos” del calor que terminan repercutiendo en los ingresos: “Se organizan más fiestas al aire libre, reuniones donde se bebe alcohol normalmente. Así que las urgencias por consumo de sustancias repuntan”, describe. Otro ejemplo son los ahogamientos. Al hacer más calor, las personas se bañan más y hay más probabilidad de que ocurra un suceso de este tipo.

Cada vez se está estudiando más porque vamos a un escenario de subida de grados por el cambio climático, pero todavía hay relaciones entre la exposición a la temperatura ambiental y la salud que no se han descifrado"

Hachim Achebak, investigador del ISGlobal

Según el estudio MoMo, en España 3.000 muertes en 2023 se asocian al efecto de las altas temperaturas. “Aquí está el meollo del asunto, lo que hay que entender, aunque en su certificado de defunción no pongan que fallecieron por calor”, resume Díaz. Siguiendo la analogía de la pirámide, este grupo numeroso se situaría en la zona central. “Es donde tenemos más margen para actuar porque hay mucha gente vulnerable que se muere por esto y se podría evitar”, afirmaba el responsable de Salud y Cambio Climático del Ministerio de Sanidad, Héctor Tejero, [en una entrevista con elDiario.es](#) la semana pasada.

PUBLICIDAD

A la hora de afrontar el calor, el estado basal de salud es fundamental pero también las condiciones de vida, remarcan los expertos. “No es lo mismo vivir en un chalé con piscina de 250 metros cuadrados y aire acondicionado que en una habitación con un ventanuco y cuatro personas. El mayor impacto se produce en las zonas más pobres”, indica Díaz, que hace unos años realizó [un estudio que medía precisamente esas diferencias en los distritos de Madrid](#). La variable de tener climatización, continúa, no es tan significativa como tener dinero para ponerla en marcha.

De vuelta a la pirámide, en la base está la mayoría de personas sanas (y jóvenes, por lo general). El calor compromete el

bienestar aunque no suele haber riesgo para la vida. “Afecta al estado de ánimo y al rendimiento porque estamos funcionando en condiciones que no son óptimas. Es como un piloto que se activa en nuestro cuerpo que repercute en el bienestar”, sostiene el neurólogo Javier Camiña.

En el caso del cerebro, los estudios dicen que por encima de 24 grados ya hay una afectación en la velocidad para hacer tareas o rendir en exámenes. “Es una temperatura que las personas incluso no percibimos como desagradable, pero el cerebro es un órgano que necesita las mejores condiciones posibles y su margen de bienestar es muy estrecho. Cuando no las tiene, prioriza las funciones más básicas sobre otras”, ilustra el médico.

PUBLICIDAD

En las últimas 24 horas, [36 provincias de España han registrado una temperatura mucho más alta de lo habitual](#) para el mes de julio. Las noches tampoco dan tregua: son tropicales –superiores a 20 grados– en muchos territorios.

[Sociedad](#) / [Ola de calor](#) / [Cambio climático](#) / [Crisis climática](#) / [Salud](#) / [Enfermedades](#) / [Mortalidad](#)

He visto un error



Únete a la conversación  5

PUBLICIDAD

OelDiario.es

Periodismo a pesar de todo

Necesitamos tu apoyo económico para hacer un periodismo riguroso y con valores sociales

[HAZTE SOCIO, HAZTE SOCIA](#)

Descubre nuestras apps



Vivimos en redes



- [Ocio](#)
- [La vida contigo](#)
- [Cine](#)
- [Series](#)
- [Mascotas](#)
- [Gastronomía](#)
- [Hogar](#)
- [Televisión](#)
- [Cata Mayor](#)
- [Famosos](#)
- [Turismo](#)
- [Fiestas](#)



Adobe

Consigue un descuento del 46 % en Creative Cloud.

Se aplican TyC.

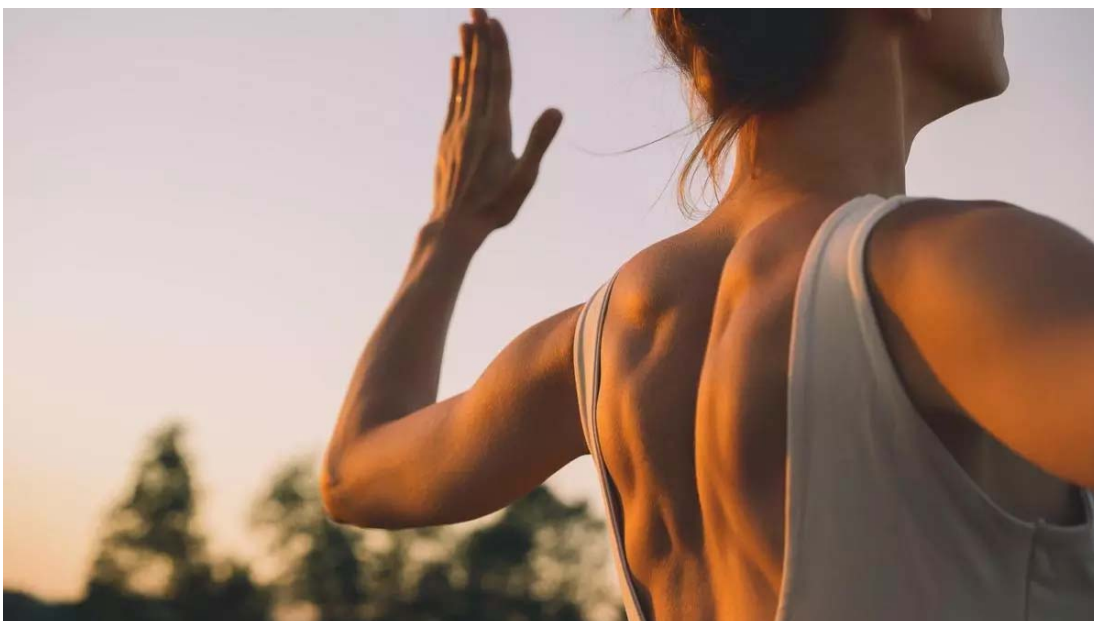
[Comprar ahora](#)

LA VIDA CONTIGO

¿Ayuda el yoga a dormir?: estas son las mejores posturas según los expertos

Una sencilla combinación de control de la respiración y ejercicios básicos adaptados a todos los niveles, producen grandes beneficios en el descanso

[Xuan Lan, maestra del bienestar: "La felicidad no es perder tres kilos e irse de vacaciones, es un viaje de autoconocimiento"](#)



Mujer con colchoneta de yoga se prepara para practicar yoga al aire libre / AGENCIAS

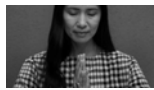


Ángeles Castellano

Madrid 24 JUL 2024 10:43 Actualizada 24 JUL 2024 10:40

¿Tienes **problemas para dormir** y que el **sueño sea profundo** y reparador? No es raro, es un **problema creciente**. El estrés de la vida diaria, la acumulación de actividades y preocupaciones y la sobre exposición a pantallas están haciendo que aumenten los problemas de sueño sin necesidad de tener graves trastornos hormonales o de otro tipo que tengan que ver con la salud. Los especialistas siempre recomiendan, entre otras cuestiones, la práctica de ejercicio físico a lo largo del día y ahí ocupa un lugar destacado **el yoga** que, en una combinación de técnicas de respiración y ejercicios de estiramiento pueden producir un gran beneficio en relación a la relajación y el sueño reparador.

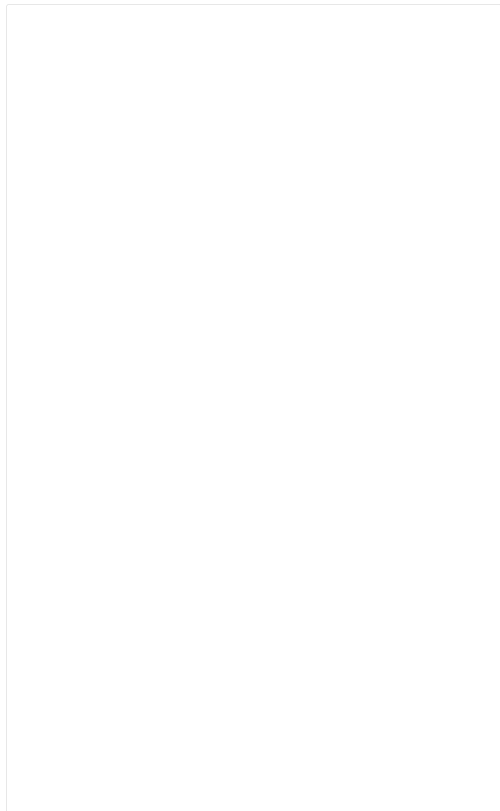
En España **dormimos mal**. Los datos lo confirman: **12 millones de españoles sufren de insomnio, según la Sociedad Española de Neurología**. Además, el 60% considera que su sueño no es de calidad, tal y como concluye el Observatorio Unobravo sobre los trastornos del sueño. Aunque los **problemas de sueño** afectan a todas las edades y sexos, mujeres y mayores son los que peor descansan. Pero, los especialistas advierten que cada vez hay más niños y adolescentes que tampoco lo hacen. Al igual que avisan de las consecuencias que esto puede desencadenar.



'Metta-Bhavana': la meditación del amor incondicional que practica Xuan Lan, la gurú del yoga en España

Yoga para dormir mejor

Una de las actividades que más se recomiendan para **mejorar la calidad del sueño es la meditación**, una de las formas más populares de mejorar el bienestar, y muy estrechamente relacionada con ella, **el yoga**, una actividad que combina cuatro elementos, tal como describe el servicio de salud de la **Universidad de Harvard** en su informe *Una introducción al yoga. Mejora tu fuerza, equilibrio, flexibilidad y bienestar*: ejercicios (o posturas), prácticas de respiración, relajación profunda y meditación. "El **yoga facilita el sueño** a través de la reducción del estrés, la ansiedad y la agitación", recoge el informe, que menciona un estudio que comprobó que la **práctica de 30 minutos al día de yoga durante ocho semanas** cada noche antes de ir a dormir hizo a sus participantes dormir 36 minutos más de media y con menos despertares durante la noche. El mismo estudio, además, reflejó que hay un efecto adicional: cuanto más se practica yoga, menos problemas de sueño se experimentan y más restaurador es el descanso.



"Realmente con quince minutos diarios de práctica de yoga se puede mejorar mucho el sueño", explica **Noelia Robles, experta en hatha yoga** —acreditada por la Escuela Internacional de Yoga—, con especializaciones en yoga restaurativo y meditación y con años de experiencia como instructora en Madrid (actualmente, entre otros, en el centro Equilibrio Pilates de Rivas-Vaciamadrid). "Quince minutos respirando en calma y profundamente haciendo los cuatro movimientos que tiene la columna vertebral es, digamos, lo básico", explica.

¿Mejor por la mañana o antes de dormir?

Los expertos suelen recomendar el ejercicio físico suave en un horario cercano al final del día, pero no justo antes de dormir. "Si quieres facilitar el sueño lo mejor es **practicar yoga por la noche**", asiente Robles. "Pero en realidad da igual. El hatha yoga es perfecto para descansar por la noche, pero **también ayuda a afrontar el día desde la calma si se practica por la mañana**, y eso también beneficia al sueño al final del día".

El yoga permite, no sólo a la hora de dormir, sino en el día a día, **aprender a llegar a la calma ante situaciones de estrés**. Los beneficios son obvios. "Saber llegar a la calma es lo más importante. Yo hago muchas dinámicas en mis talleres para tomar consciencia de esto, sobre todo a finales de curso. Los pongo a jugar a todos como si fuesen niños, con globos, pelotas, en total expansión y en plena excitación la dinámica cambia y tienen que parar y encontrar la respiración que les lleve a la calma. Es maravilloso, porque la gente se da cuenta realmente de que lo pueden trasladar a su vida diaria".

Por esto, insiste Robles, quince minutos es suficiente pero es recomendable un trabajo más profundo. "La práctica del yoga implica muchas cosas", aclara Robles. "Lo más recomendable son **sesiones de una hora y media**, que incluyen varias fases de trabajo: 15 minutos de **respiración** para conseguir la calma como inicio, un tiempo de **atención plena**, después las **asanas** y seguir hasta la relajación... Eso es lo deseable".



La postura del perro boca abajo, o adho mukha svanasana es una de las posturas invertidas que pueden contribuir a la mejora de la calidad del sueño. / EPE

¿Qué posturas son las recomendadas?

Las **asanas o posturas corporales** en el yoga suelen tener una duración de 20 segundos, se llevan a cabo con movimientos lentos, combinados con una respiración consciente y dirigida y en estado de concentración. Robles explica que las más recomendadas para mejorar la calidad del sueño son las que **mantienen la cabeza a un nivel inferior al corazón**, esto es, las que implican inversión (o semi-inversión) o una flexión del cuerpo hacia delante, "porque hace que el sistema simpático se relaje", indica. La **glándula pineal** está situada en la mitad del cerebro y es responsable de [regular el ritmo circadiano](#) (las diferencias de sueño y vigilia y la secreción de melatonina, que es la hormona relacionada con el sueño).

Cada persona lo nota en un punto, porque realmente lo importante es controlar la respiración"

Noelia Robles

— experta en hatha yoga

Entonces, para mejorar el sueño, además respirar desde el abdomen, ¿hay que aprender a hacer el pino sobre la cabeza? "No es necesario, no", aclara Robles entre risas. Hay posturas más sencillas que permiten esa inversión que facilita el sueño. Un ejemplo es la **balasana, o postura del niño** (sentados sobre las rodillas, con el cuerpo hacia delante, la cabeza en el suelo y la espalda redondeada) es una de las posturas más recomendables. "Es una **postura invertida** porque ya tienes la cabeza más baja que el corazón. No hace falta hacer el pino", ejemplifica esta experta. "Simplemente ponerte, por ejemplo, con las piernas en la pared a 90 grados, o sea, la espalda en el suelo, las piernas en la pared, ahí no estarías invertida. Pero si te colocas unas mantas debajo del sacro y levantas la pelvis, ya va a hacer una inclinación, entonces el corazón ya va a estar por encima de la cabeza y ya estás en postura invertida también".



[Todo sobre el 'brain tapping': el método para dormir mejor durante la ola de calor](#)

¿Cuándo se empiezan a notar los beneficios? A Noelia Robles, la experiencia le dice que depende de cada persona. **No hay una media**. No hay un patrón. "Cada persona lo nota en un punto, porque realmente lo importante es controlar la respiración", aclara. La **constancia**, insiste, es importante, pero más aún lo es el **control de la respiración**. "Si controlas la respiración, ya te da igual que puedas ponerte la pierna detrás de la cabeza", indica. "Si en ese momento de ponerte la pierna detrás de la cabeza no tienes la respiración tranquila, no sirve para nada. La base es la respiración y, en mi experiencia, **hay personas que lo logran en una sola sesión** y hay otras que después de años practicando no lo controlan del todo". Y concluye: "Llegar a la calma a través de la respiración es la clave del yoga".

TEMAS

- [Yoga](#)
- [La vida contigo](#)
- [Salud](#)
- [Salud Mental](#)
- [Ansiedad](#)

[Comenta esta noticia](#)

[RRSS](#) [WhatsApp](#) [RRSS](#) [Facebook](#) [RRSS](#) [Twitter](#) [RRSS](#) [email](#) [Copiar URL](#)

Noticia guardada en tu perfil

[Ver noticias guardadas](#)

-

[lagaceta.com.ar](https://www.lagaceta.com.ar)

Cuál es el síndrome que se confunde con el Alzheimer y cómo diferenciarlo

Redacción LA GACETA

4-5 minutos

[SociedadSalud](#)

Ambas enfermedades comparten la pérdida de memoria pero no otras características.



Existe un síndrome neurológico que se confunde con el alzheimer
CuidatePlus

25 Julio 2024

Alcanzaste la máxima cantidad de notas

Terapia cognitivo-conductual aplicada al insomnio: "Es una solución muy efectiva a largo plazo"

El vocal de la Junta de Gobierno de COP Madrid, Vicente Prieto, explica a ConSalud.es la efectividad de estos tratamientos centrados en la gestión de los pensamientos que nos impiden dormir y en la manera de actuar ante ellos



El Dr. Vicente Prieto, vocal de la Junta de Gobierno de COP Madrid., habla de las terapias cognitivo-conductual en el abordaje del insomnio (COP)



JAVIER LEUNDA

24 JULIO 2024 | 07:00 H



Archivado en:

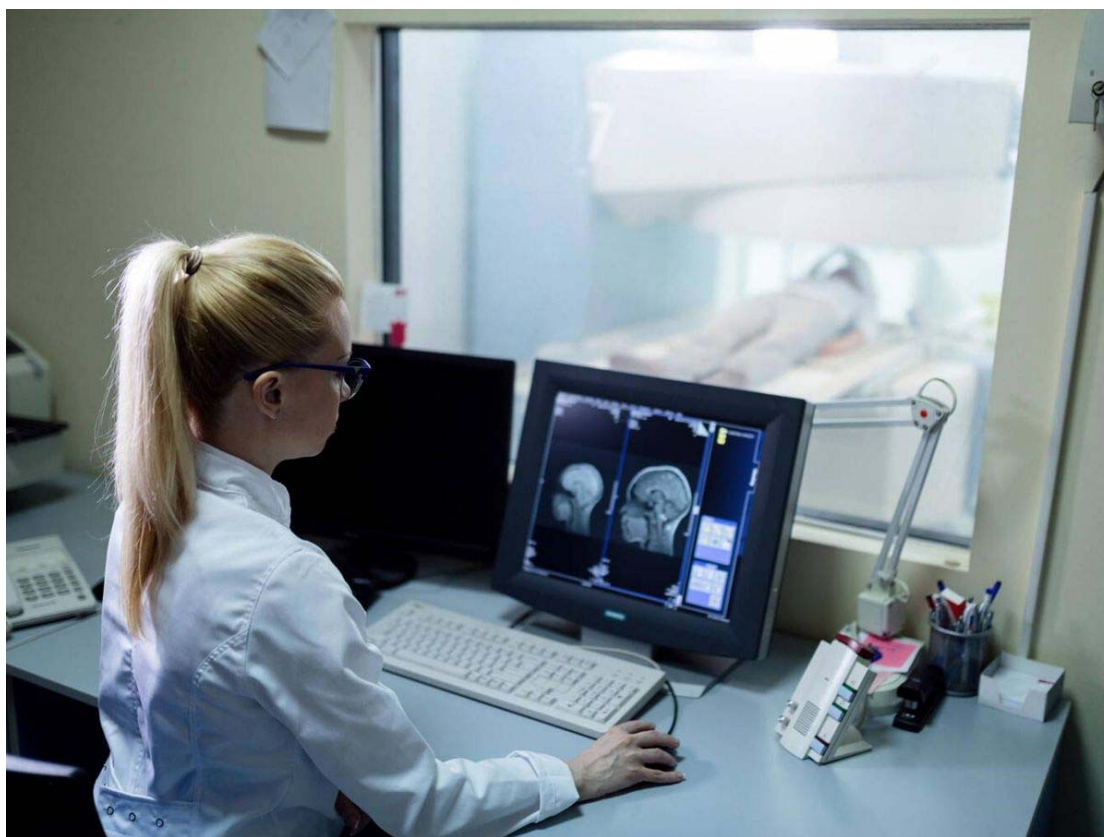
INSOMNIO · PSICÓLOGOS CLÍNICOS

Bienestar

ATENCIÓN A ESTAS SEÑALES

La Sociedad Española de Neurología indica cuáles son los síntomas que alertan de un ictus

Los neurólogos enumeran los síntomas clave y menos comunes del ictus y enfatizan la importancia de una intervención médica inmediata



La Sociedad Española de Neurología indica cuáles son los síntomas que alertan de un ictus (Drazen Zigic para Freepik)

Por **María del Pilar Díaz**

26/07/2024 - 20:53



- Una técnica pionera desarrollada en España permite medir (y evitar) los daños de un ictus
- Una neuróloga explica qué es un ictus y las señales que avisan de que puedes estar sufriendolo

El **ictus**, comúnmente conocido como **derrame cerebral**, es una **emergencia médica** que se produce cuando se interrumpe el flujo sanguíneo a una parte del cerebro. Esta interrupción puede deberse a un coágulo o a una hemorragia. Las secuelas pueden variar significativamente, desde déficits neurológicos leves hasta discapacidades graves o la muerte. Aunque cualquier persona puede sufrir un ictus, los **factores de riesgo incluyen la hipertensión, la diabetes, el tabaquismo, el colesterol alto y antecedentes familiares** de enfermedades cerebrovasculares.

Existen **dos tipos principales de ictus: el ictus isquémico y el ictus hemorrágico**. El primero es el más común y se produce cuando un coágulo bloquea una arteria en el cerebro. El ictus hemorrágico, aunque menos frecuente, es más mortal y ocurre cuando un vaso sanguíneo se rompe y causa sangrado en el cerebro.

Foto: Fuente:
iStock

TE PUEDE INTERESAR
La sencilla regla para saber si alguien está sufriendo un ictus y poder actuar rápido
A. H.

La **Sociedad Española de Neurología (SEN)** ha desarrollado una **guía oficial** para el diagnóstico y tratamiento del ictus, creada por el Comité *ad hoc* del **Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares**. Esta guía proporciona recomendaciones detalladas para la evaluación, tratamiento y manejo de los pacientes que sufren un ictus, con el objetivo de mejorar los resultados clínicos y reducir las complicaciones asociadas.

Complicaciones del ictus

Las complicaciones más frecuentes tras un ictus abarcan **parálisis o problemas de movimiento, dificultades en la comunicación, problemas de memoria y pensamiento, problemas emocionales y dolor**. Además, los pacientes pueden experimentar infecciones, úlceras por presión, trombosis venosa profunda y espasticidad muscular. La **rehabilitación** temprana y el tratamiento adecuado son esenciales para minimizar estas complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Foto: Foto:
iStock.

TE PUEDE INTERESAR
¿Conoces tu riesgo real de tener un ictus? Estas son las señales de alarma
A. Gómez

Síntomas del ictus

Los **síntomas más comunes** de un ictus incluyen la **debilidad súbita** en la cara, el brazo o la pierna, especialmente en un lado del cuerpo; **confusión repentina; dificultad para hablar o entender; problemas para ver con uno o ambos ojos; y dificultad para caminar, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación**. Estos síntomas suelen aparecer de manera brusca y requieren atención médica inmediata.

Además de estos síntomas bien conocidos, **existen signos menos frecuentes**, pero igualmente importantes, que deben generar alerta. Entre ellos se encuentran los **dolores de cabeza intensos y súbitos sin causa aparente**, que van más allá de una **migraña**, la **pérdida de conciencia, náuseas o vómitos repentinos, y convulsiones**. Estos síntomas, aunque menos frecuentes, pueden ser indicativos de un ictus hemorrágico y también requieren atención urgente.

Ante uno de estos síntomas, hay que acudir rápidamente a urgencias, cada minuto cuenta

Es fundamental reconocer estos síntomas y actuar rápidamente, ya que **la intervención médica temprana puede reducir significativamente las secuelas y mejorar las posibilidades de recuperación**. La SEN recomienda que cualquier persona que experimente síntomas de ictus busque atención médica de inmediato, puesto que **cada minuto cuenta** en el tratamiento de esta condición.

f X WhatsApp Telegram

window.ECCO.emit('ec:import:outbrain');

lunes, 19 de agosto de 2024

NEWLETTER
(REGISTRO-A-NEWLETTER)diariofarma <https://diariofarma.com>

Terapéutica

Miastenia gravis: la llegada de nuevos fármacos cambia el paradigma terapéutico

La miastenia gravis es una enfermedad rara que afronta un nuevo paradigma gracias a la llegada de fármacos que actúan sobre la etiología de la enfermedad. Así se ha visto en un coloquio online organizado por Diariofarma y que ha servido para profundizar en las claves de esta enfermedad.

Coloquios
onlineEnfermedades raras: avances
en la Miastenia Gravis

Organiza

diariofarma

Colabora

argenx

OMAKASE
consulting

Presentación del coloquio online con Eva Martínez y Elena Cortés-Vicente y moderado por José María López.

24 JULIO 2024 - 11:32

(<https://www.youtube.com/watch?v=IunxdroGhE4>)
www.youtube.com/watch?v=IunxdroGhE4

La miastenia gravis (MG) es una enfermedad rara (<https://www.youtube.com/watch?v=IunxdroGhE4>) que afecta al sistema neuromuscular, caracterizada por una debilidad y fatiga muscular fluctuante, de evolución impredecible. Está mediada por la aparición de anticuerpos patógenos que se dirigen contra componentes post-sinápticos de la unión neuromuscular, principalmente contra el receptor de acetilcolina. La MG debuta generalmente en su forma ocular, pero en el 80% de los casos evoluciona a una forma generalizada de miastenia en los dos años siguientes al diagnóstico.

Ante la ausencia de un tratamiento curativo, las terapias se han centrado en aspectos sintomáticos, inmunológicos e inmunomoduladores, con el objetivo de alcanzar la remisión o la expresión mínima de los síntomas. Los tratamientos clásicos presentan una serie de limitaciones tanto por la lentitud en el efecto y resultados, como por cuestiones de seguridad (https://diariofarma.com/tag/seguridad?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink).

o incompatibilidad con otros tratamientos además de las comorbilidades asociadas. No obstante, en 2022 se aprobaron por la Agencia Europea de Medicamentos dos nuevos fármacos (efgartigimod alfa y ravulizumab) que prometen cambiar el abordaje terapéutico de la MG.

Coloquios
onlineEnfermedades raras: avances
en la Miastenia Gravis

Organiza

diariofarma

Colabora

argenx

OMAKASE
consulting<https://www.youtube.com/watch?v=IunxdroGhE4>

La aparición de estos dos nuevos tratamientos justificó que el grupo de estudio de enfermedades neuromusculares de la Sociedad Española de Neurología (https://diariofarma.com/tag/neurologia?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink)

(SEN) elaborara un documento de consenso (https://diariofarma.com/tag/consenso?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink) con recomendaciones para el tratamiento de la MG generalizada con autoanticuerpos frente al receptor de acetilcolina (MGg AChR+), reflejando la última evidencia disponible y en línea con las recomendaciones actuales de las guías de práctica clínica nacionales e internacionales.

Para profundizar en las claves de ese documento de consenso y contribuir a su difusión entre los profesionales, Diariofarma organizó en colaboración con Omakase Consulting y argenx, el Coloquio Online titulado, "Enfermedades Raras: avances en la miastenia gravis (<https://www.youtube.com/watch?v=IunxdroGhE4>)". En el mismo participaron dos de las expertas que elaboraron el documento de consenso: Elena Cortés-Vicente, neuróloga del Hospital Santa Creu i Sant Pau (https://diariofarma.com/tag/sant-pau?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink) de Barcelona (https://diariofarma.com/tag/barcelona?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink) y coordinadora de las Guías Médicas de la Sociedad Catalana de Neurología sobre el manejo y tratamiento de la miastenia gravis; y Eva Martínez, neuróloga del Hospital Universitario Virgen de la Macarena de Sevilla y coordinadora del equipo de Enfermedades Neuromusculares.

El documento, **publicado actualmente en la página web de la SEN** (https://www.sen.es/pdf/2024/Protocolo_de_tratamiento_Miastenia_Gravis_2024.pdf), se realizó utilizando como base las guías médicas de la Sociedad Catalana de Neurología del 2020, y la revisión de recomendaciones internacionales publicadas recientemente, incluyendo las guías alemanas.. Tal y como explicó Eva Martínez, la aprobación de fármacos “radicalmente diferentes” a los utilizados tradicionalmente, hizo necesaria la creación del consenso con un **algoritmo** (https://diariofarma.com/tag/algoritmo?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink) terapéutico actualizado para “facilitar el uso de estos fármacos en todos los hospitales y tener una línea clara de cómo hay que emplearlos”. Además, se ha aprovechado para revisar las pautas de diagnóstico, la escalada terapéutica y también se han incluido algunas definiciones de términos relevantes para el seguimiento de los **pacientes** (https://diariofarma.com/tag/pacientes?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink), como la de paciente no respondedor y refractario al tratamiento.

La MG es una enfermedad que provoca fatigabilidad al paciente y que empeora con el ejercicio físico y mejora con el reposo. Es una patología fluctuante en la que pueden aparecer exacerbaciones agudas incluso en pacientes controlados y, tal y como explica Elena Cortés-Vicente, “crear una **discapacidad** (https://diariofarma.com/tag/discapacidad?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink) que no se ve y que no es apreciada por el resto de las personas”. El diagnóstico es bastante conocido para los neurólogos, aunque otros especialistas pueden tardar tiempo en dar con él. Los principales síntomas son la debilidad física afectando a brazos y piernas, y puede causar síntomas oculares como visión doble, problemas para hablar, masticar y tragar, aunque es muy heterogénea.

El documento de consenso incluye un apartado sobre diagnóstico de la enfermedad basado en un protocolo con tres pilares: estudio clínico, neurofisiológico y pruebas de laboratorio. El pilar clínico es el más importante y evalúa los síntomas que cuenta el paciente, pero también de forma objetiva mediante escalas. El estudio neurofisiológico incluye técnicas como la estimulación repetitiva y el jitter que pueden tener falsos positivos en otras enfermedades. Por otro lado, las pruebas de laboratorio evalúan los anticuerpos que producen la enfermedad. Además, hay pruebas basadas en tratamiento, como el uso de medicamentos que, en caso de MG, mejoran la afectación paraneural de forma rápida.

Tratamiento de la miastenia gravis

Los tratamientos hasta ahora consistían en el uso de medicamentos anticolinesterásicos de acción corta administrados varias veces al día. Para la MG generalizada es necesario añadir corticoides y, en función de la evolución clínica, se van añadiendo inmunosupresores como la **azatioprina** (https://diariofarma.com/tag/azatioprina?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink), el micofenolato de mofetilo, la ciclosporina y el **tacrolimus** (https://diariofarma.com/tag/tacrolimus?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink). Estos fármacos tienen varios problemas según explica Eva Martínez. Tienen “acción lenta” ya que pueden tardar hasta seis meses en ser efectivos y además hay “falta de evidencia sólida y efectos secundarios sistémicos”. Por ello, afirma con rotundidad que “ante todas estas limitaciones, las nuevas opciones terapéuticas mejoran en todos estos aspectos”.



Elena Cortés-Vicente, neuróloga del Hospital Santa Creu i Sant Pau de Barcelona y coordinadora de las Guías Médicas de la Sociedad Catalana de Neurología sobre el manejo y tratamiento de la miastenia gravis

Pese a estas limitaciones, Cortés-Vicente considera que hasta un 50% de los pacientes pueden estar bien controlados con los fármacos actuales. No obstante, hay pacientes que, debido a la resistencia a los tratamientos, efectos secundarios o comorbilidades que impiden el uso de algunos tratamientos, necesitan otras alternativas terapéuticas.

El documento de consenso busca definir el posicionamiento de los nuevos medicamentos en la estrategia terapéutica actual, tratando de evitar los fármacos con más efectos secundarios y controlando a los pacientes con medicamentos decon un mejor perfil de seguridad. Efgartigimod alfa y ravulizumab son fármacos inmunosupresores mucho más selectivos, lo que los hace más eficaces y con un mejor perfil de seguridad, según los datos de los ensayos clínicos de fase 3 aleatorizados y doble ciego. Además, a diferencia de los inmunosupresores que tardan mucho en hacer efecto, estos nuevos medicamentos muestran mejoría clínica desde la primera dosis, explica Elena Cortés-Vicente.

Eva Martínez apoyó las conclusiones de su compañera y abordó los mecanismos de acción y las diferencias existentes entre ambos. “Los dos son anticuerpos monoclonales, pero su mecanismo de acción es diferente”, aseguró. Mientras que efgartigimod alfa es un inhibidor del receptor neonatal que favorece la degradación de las IgG, reduciendo así los anticuerpos antirreceptor de acetilcolina; ravulizumab es un inhibidor del complemento que actúa sobre la proteína C5, inhibiendo la activación del complejo de ataque de membrana y

evitando el daño causado por la activación del complemento.

Martínez compara efgartigimod alfa con “una plasmaféresis química ya que realiza una limpieza de anticuerpos nocivos sin necesidad de ingreso hospitalario”. Además, en relación con ravulizumab, recuerda que este último requiere vacunación antimeningocócica al menos dos semanas antes de iniciar el tratamiento para evitar infecciones.

La neuróloga del Hospital Universitario Virgen de la Macarena de Sevilla también explicó las diferencias en posología existentes entre ambos tratamientos. “Ravulizumab se administra en dosis cada ocho semanas de forma estructurada; mientras que efgartigimod alfa se administra a demanda con un período mínimo de cuatro semanas entre ciclos de tratamiento que puede variar en función de la respuesta del paciente” explicó. Además, destacó que se ha aprobado recientemente en España la formulación subcutánea para efgartigimod alfa, que permitirá a los pacientes “ser más autónomos y no depender tanto del hospital”.

Uno de los aspectos clave del consenso es que plantea un uso más extendido de los nuevos medicamentos en casos particulares, y lamentan las restricciones que se han establecido en la financiación pública en nuestro país a la indicación aprobada por la EMA.

Restricción de uso

La neuróloga del Hospital Universitario Virgen de la Macarena de Sevilla lamenta que la financiación de los nuevos tratamientos en España se ha restringido a pacientes con clasificación MGFA II-IV (generalizada con síntomas moderados o severos) con anticuerpos antirreceptor de acetilcolina positivo que sean refractarios o que no puedan tolerar corticoides y dos inmunosupresores.

Además, se ha establecido un punto de corte mínimo en la escala MG-ADL en función de lo planteado en los ensayos: 5 o más para efgartigimod y 6 o más para ravulizumab. Estas son puntuaciones que muestran “una afectación de su vida bastante importante”, explica Martínez. Cabe señalar que en los ensayos clínicos realizados se incluyeron todo tipo de pacientes con MG, tanto refractarios como no refractarios, por lo que la autorización de la **Agencia Europea de Medicamentos (EMA)** (https://twitter.com/ema_news?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink) fue como tratamiento concomitante a las terapias actualmente utilizadas.

Esta neuróloga explica que los autores del consenso no están de acuerdo con esas “condiciones tan estrictas”. Por el contrario, consideran que sería necesario que el tratamiento se indique en “pacientes que no respondan a piridostigmina, corticoides y un inmunosupresor por los beneficios que aportan frente a los otros medicamentos, especialmente porque el beneficio terapéutico es inmediato”.

En este sentido, Elena Cortés-Vicente explicó que en el consenso recogen que no solo los pacientes que no estuvieran bien con corticoides y un inmunosupresor podían ser candidatos a estos nuevos fármacos, sino que había algunas situaciones especiales “que los hacían más idóneos que cualquier otro inmunosupresor, pudiendo ser incluso la primera línea justo después de los corticoides”. En este sentido, pone como ejemplo los pacientes graves que necesitan una respuesta farmacológica rápida. Recuerda que los inmunosupresores actuales pueden tardar “hasta un año en hacer efecto, pero si un paciente se encuentra grave necesitamos sacarlo rápidamente de esta situación. Estos fármacos nuevos tienen un perfil de **eficacia** (https://diariofarma.com/tag/eficacia?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink) mucho más rápido”.



Igualmente, el consenso también recoge casos de comorbilidades, como pacientes con cáncer en los que un inmunosupresor podría ser contraproducente, o pacientes con insuficiencia renal o hepática, donde los inmunosupresores pueden estar limitados o contraindicados y en los que se debería ir directamente a estos nuevos fármacos que tienen menos contraindicaciones. “Pedimos tener más libertad para usar el criterio clínico en la utilización de estos medicamentos”, reclama la neuróloga del Hospital Santa Creu i Sant Pau.

Esta experta también explicó que, en pacientes refractarios, efgartigimod alfa y ravulizumab son también los tratamientos recomendados ya que “han demostrado eficacia en ensayos clínicos con un perfil de seguridad muy bueno” y pueden reemplazar a los fármacos utilizados hasta ahora: **rituximab** (https://diariofarma.com/tag/rituximab?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink) y ciclofosfamida, este último con efectos secundarios potencialmente muy importantes.

Ambas expertas son optimistas con el escenario que se abre en un futuro cercano en la terapéutica de la MG ya que “esperan que cambien muchas cosas”. Para Eva Martínez, estamos actualmente en lo que puede ser “la punta del iceberg” con nuevas moléculas cuya eficacia “no tiene comparación con los medicamentos utilizados hasta ahora”. A ella le recuerda “salvando las distancias” a la revolución que supuso para la esclerosis múltiple la aparición de interferón y anticuerpos monoclonales que desplazaron completamente a los fármacos inmunosupresores

clásicos como la azatioprina. "Creo que estamos empezando un camino similar y que los nuevos fármacos en un tiempo no muy largo podrían convertirse en la primera elección".

Esta revolución terapéutica, además, podría evitar fallecimientos por crisis miasténica, "una situación que todavía ocurre y es inaceptable", lamenta Martínez, al tiempo que los pacientes más jóvenes "podrían reincorporarse rápidamente a su vida **laboral** (https://diariofarma.com/tag/laboral?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink) y social sin tener que esperar meses para ver si el tratamiento hace efecto".

Cortés-Vicente, de acuerdo con su colega, explica que estos nuevos medicamentos "supondrán un cambio de paradigma" y se muestra convencida de que a la vista de la experiencia en vida real se podrán eliminar las restricciones impuestas actualmente a la financiación. "Lo más ético es tratar al paciente con la mejor opción terapéutica y estos fármacos irán ganando terreno", explicó al tiempo que lamentó que se impida el acceso a pacientes refractarios, con puntuaciones más bajas en el MG-ADL; o a otros con crisis miasténica, que no tienen indicación al no haberse integrado en los ensayos.

Seguimiento de los pacientes

Las expertas destacaron que el seguimiento de los pacientes debe ser clínico, ya que no se dispone de un biomarcador específico. Además, las visitas deben ser muy individualizadas, por lo que es esencial que el contacto paciente-neurólogo sea directo, ya que las exacerbaciones pueden aparecer en cualquier momento.

En los últimos años se han desarrollado una serie de escalas para evaluar la gravedad del paciente y compararla a lo largo del tiempo. La más utilizada en los ensayos clínicos y en la práctica clínica es la MG-ADL (Myasthenia Gravis Activities of Daily Living) que tiene ocho ítems relacionados con los síntomas más frecuentes de la enfermedad. Cada ítem se califica de 0 a 3 con un puntaje total que refleja la gravedad del paciente. "Nuestro objetivo es que los pacientes estén en 0 o 1, es decir, con manifestaciones mínimas o asintomáticos", explica Martínez, quien recuerda la importancia de que los neurólogos dominen esta escala "para poder tomar decisiones basadas en ella".

Además, el consenso define claramente cuándo considerar que un paciente no está controlado o es refractario al tratamiento, lo cual es "muy importante" para Eva Martínez ya que "define cuándo hacer un cambio terapéutico". "Un paciente no controlado es aquel con síntomas incapacitantes que le impiden realizar sus actividades previas o con efectos secundarios limitantes del tratamiento", explicó la experta. Por su parte, un paciente refractario es aquel que no está controlado "a pesar de varios intentos terapéuticos, incluyendo piridostigmina, corticoides y al menos dos fármacos inmunosupresores". Hay otros pacientes, como los que necesitan tratamiento cíclico con inmunoglobulinas intravenosas o plasmaféresis para tener una vida medio normal, que también son considerados refractarios.

Con respecto al uso de la escala MG-ADL y su aplicación a la elección de un medicamento para un paciente, Elena Cortés-Vicente asegura que esta escala "valora poco la afectación de las extremidades dejando fuera a pacientes con debilidad en brazos y piernas que les condiciona la vida y deja fuera del tratamiento a estos pacientes". Por ello, considera que sería necesario complementar los hallazgos de la MG-ADL con otros "datos objetivos exploratorios en ciertos pacientes".

La escala, aunque tenga ciertas limitaciones, es "muy útil" para la práctica clínica ya que, como explica la neuróloga del Hospital Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, "permite evaluar rápidamente si el paciente ha mejorado o empeorado". Además, su compañera de debate añade que es muy sencilla de obtener y como lleva poco tiempo, recomienda "hacerla en la consulta para establecer un vínculo con el paciente y ver cómo responden".

Próximos pasos del consenso

El próximo paso es llevar a la práctica todos los conocimientos adquiridos y plasmados en el documento de consenso. Se trata de recopilar experiencia en la vida real tras la introducción de estos fármacos en los hospitales y viendo los beneficios en los pacientes. "Cada hospital debería incorporar este consenso en sus protocolos propios y empezar a administrar estos fármacos a los pacientes que lo requieran", planteó Cortés-Vicente.

Por su parte, Martínez consideró relevante programar sesiones en los hospitales para que todos los neurólogos conozcan estos fármacos. "Lo más útil es poner el fármaco, ver cómo va y establecer cómo administrarlo en cada hospital", explicó convencida de que "la práctica clínica demostrará la eficacia de estos **tratamientos**".

Acetilcolina (<https://diariofarma.com/tag/acetilcolina>) - Agenda Europea de Medicamentos (EMA) (<https://diariofarma.com/>)
VER MÁS

Comentarios



Deje aquí su comentario o pregunta

B I U

Nombre*

Email*

Comentar

o COMMENTS

Noticias relacionadas

Concienciación, detección y abordaje: Semergen renueva la alianza con la Fundación Freno al Ictus

Los médicos de Familia tienen una posición clave para prevenir factores de riesgo y promover estilos de vida saludables



Firma entre el Dr. José Polo García, presidente de SEMERGEN, y Julio Agredano, presidente de la Fundación Freno al Ictus (Foto. SEMERGEN)



REDACCIÓN CONSALUD

26 JULIO 2024 | 09:05 H



Archivado en:

SEMERGEN • ICTUS

Semerger reafirma su compromiso en la **lucha contra el ictus** renovando el convenio de colaboración con la **Fundación Freno al Ictus**. El acuerdo fue firmado en su sede de Madrid por el **Dr. José Polo García**, presidente de Semergen, y **Julio Agredano**, presidente de la Fundación Freno al Ictus.

El principal objetivo de este convenio es **fomentar actividades de concienciación** sobre el ictus, informar sobre su prevención, detección, abordaje y manejo entre los médicos de Atención Primaria. Además de tratar de proporcionar apoyo para mejorar la calidad de vida de los afectados y sus familias.

“Nuestra colaboración con la Fundación Freno al Ictus es un paso vital hacia adelante en esta misión. A través de esta alianza, no solo buscamos fomentar la concienciación y educación entre la comunidad médica y la sociedad en general, sino también **mejorar las estrategias de prevención y los protocolos de tratamiento** en Atención Primaria. Creemos firmemente que esta sinergia entre Semergen y Freno al Ictus potenciará nuestros esfuerzos y resultará en un impacto directo y positivo en la calidad de vida de los pacientes”, señaló el **Dr. José Polo García**.

"A través de esta alianza, no solo buscamos fomentar la concienciación y educación entre la comunidad médica y la sociedad en general, sino también mejorar las estrategias de prevención y los protocolos de tratamiento en Atención Primaria"

Por parte de **Julio Agredano**, presidente de la Fundación Freno al Ictus, explicó que los médicos de familia son esenciales en la lucha contra el ictus. “Tienen la capacidad de **controlar los factores de riesgo en la población**, realizar seguimiento de los tratamientos y, lo más importante, influir significativamente en la mejora de los hábitos de salud de las personas”.

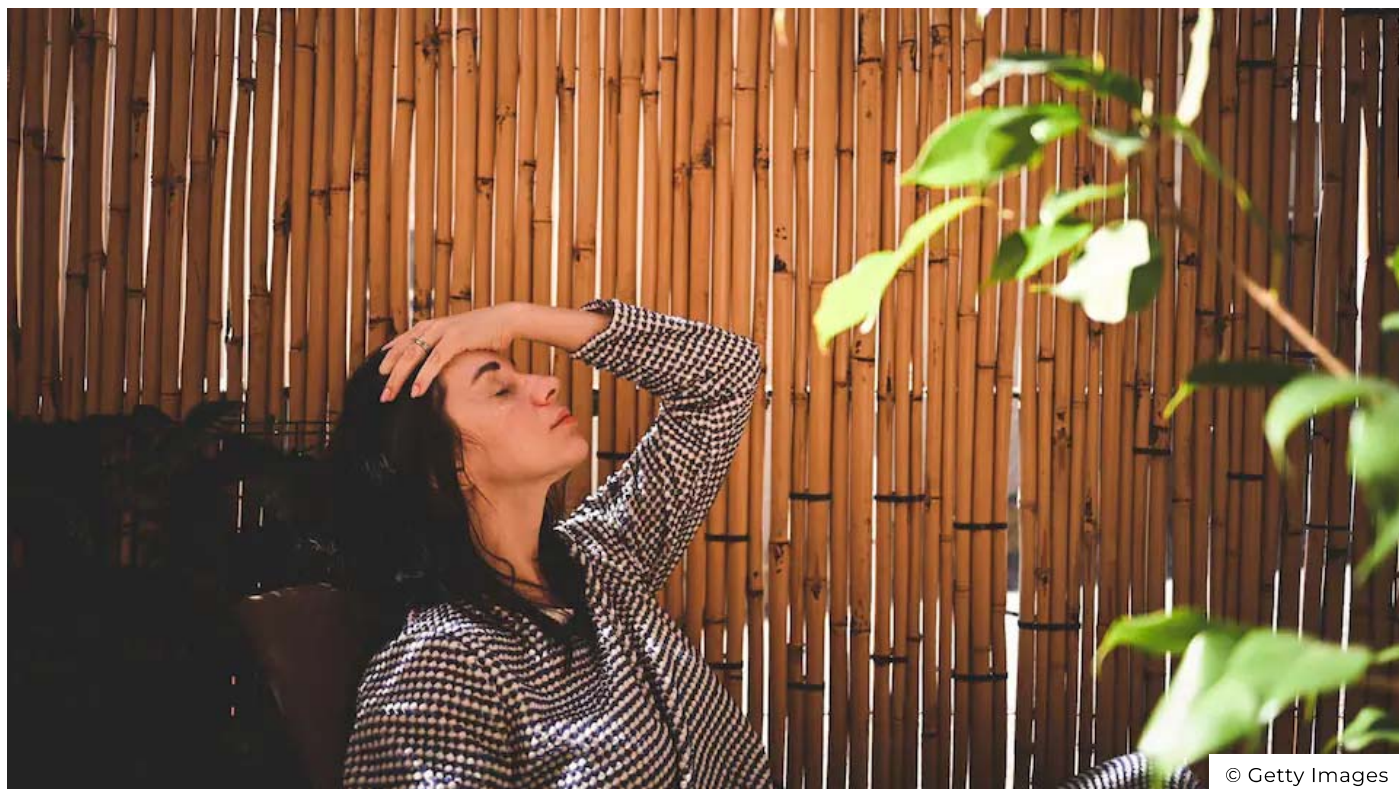
Según explican desde la Sociedad Española de Neurología (**SEN**), en España unas **120.000 personas sufren un ictus cada año**. De estos, al menos un 15% fallece y alrededor del 30% de los supervivientes queda en situación de dependencia funcional. Además, uno de cada cuatro adultos mayores de 25 años sufrirá un ictus a lo largo de su vida, y el 35% de estos casos ocurren en edad laboral. A nivel mundial, cerca de 14 millones de personas sufrirán un ictus este año, con 5.5 millones de muertes como resultado.

Ante este panorama, Semergen recuerda que un el 90% de los ictus se pueden prevenir con un adecuado control de los factores de riesgo. En el caso del ictus, cada minuto cuenta. Por eso, es crucial **llamar al 112** ante la presencia de síntomas como debilidad o parálisis facial, pérdida de fuerza en un brazo o pierna, y alteraciones repentinas del habla.

Como parte de esta alianza, se dispondrá del portal www.PacientesSemergen.es, que ofrece **información y formación** con criterios médicos consensuados y documentados. Este convenio pondrá a disposición de los asociados de la Fundación Freno al Ictus servicios de consulta médica y recursos gratuitos relacionados con la salud, como consejos y guías proporcionados por la página web de Semergen.

calor del verano?

Es posible que la temporada estival incida en la aparición de un mayor número de episodios de este nunca bienvenido dolor de cabeza



© Getty Images

PUBLICIDAD

¡HOLA!

26 de julio de 2024 - 12:19 CEST



ómo afrontan el verano las personas que padecen migraña? Lo cierto es que cada

otras, sucede todo lo contrario. De lo que no hay duda es de que esta estación, marcada por las altas temperaturas, conlleva una serie de cambios climatológicos, atmosféricos y de comportamiento que pueden afectar a nuestras rutinas, patrones de sueño y dieta, entre otras cosas. Y en el caso de las personas con migraña, es posible que la temporada estival incida en la aparición de un **mayor número de episodios de este nunca bienvenido dolor de cabeza**. O tal y como explica el **Dr. Jaime Rodríguez Vico**, responsable de la Unidad de Cefaleas del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, de Madrid, provocar todo lo contrario.

“Cada paciente con migraña tiene una combinación determinada de genes que le hacen más sensible a determinados factores desencadenantes de la cefalea migrañosa. Por tanto, **hay pacientes que empeoran en verano y otros que incluso llegan a sentir una mejora en la sintomatología**”, apunta el experto.

Lee también: [La estimulación transcraneal, ¿una alternativa para tratar la migraña?](#)

¿Qué es la migraña?

Quien padece migrañas es consciente de lo que puede llegar a limitar su día a día esta condición neurológica debilitante. Un problema de salud que, según los datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), afecta al 15-20% de las mujeres y a entre el 5 y el 8% de los hombres.

- Se trata de una **cefalea primaria frecuente e incapacitante**, cuyos episodios de dolor suelen durar, al menos, **más de cuatro horas si no se tratan**.
- **El dolor**, de carácter pulsátil, es de intensidad moderada o severa y **se localiza habitualmente en un único lado de la cabeza**.
- Pero es que, además, las crisis de migraña suelen implicar la aparición de una carga de síntomas incapacitantes que pueden incluir, entre otros, **la presencia de náuseas**, vómitos, fotofobia y/o sonofobia.

Leer más: [Sí, tus migrañas pueden estar relacionadas con tu nivel de estrés](#)





Factores que pueden desencadenar migrañas

Es en estos meses de verano cuando confluyen diversos factores que influyen en la aparición de episodios migrañosos. “Las altas temperaturas y los cambios de las rutinas, en el patrón de sueño y hormonales, asociados a modificaciones en las rutinas de trabajo” son, en opinión del doctor, indicadores de que se acerca **un período sensible para muchos de los pacientes con migraña**. Por eso, el experto considera que es el momento de **tomar las medidas de prevención necesarias**.

Consejos para prevenir la migraña

El alto impacto físico, emocional y social de esta enfermedad neurológica puede manejarse con una rutina estable y una serie de medidas preventivas que ayuden a minimizar los desencadenantes, permitiendo **disfrutar de un verano sin padecer este molesto dolor de cabeza**, que puede resultar, como decíamos al comienzo, muy incapacitante.

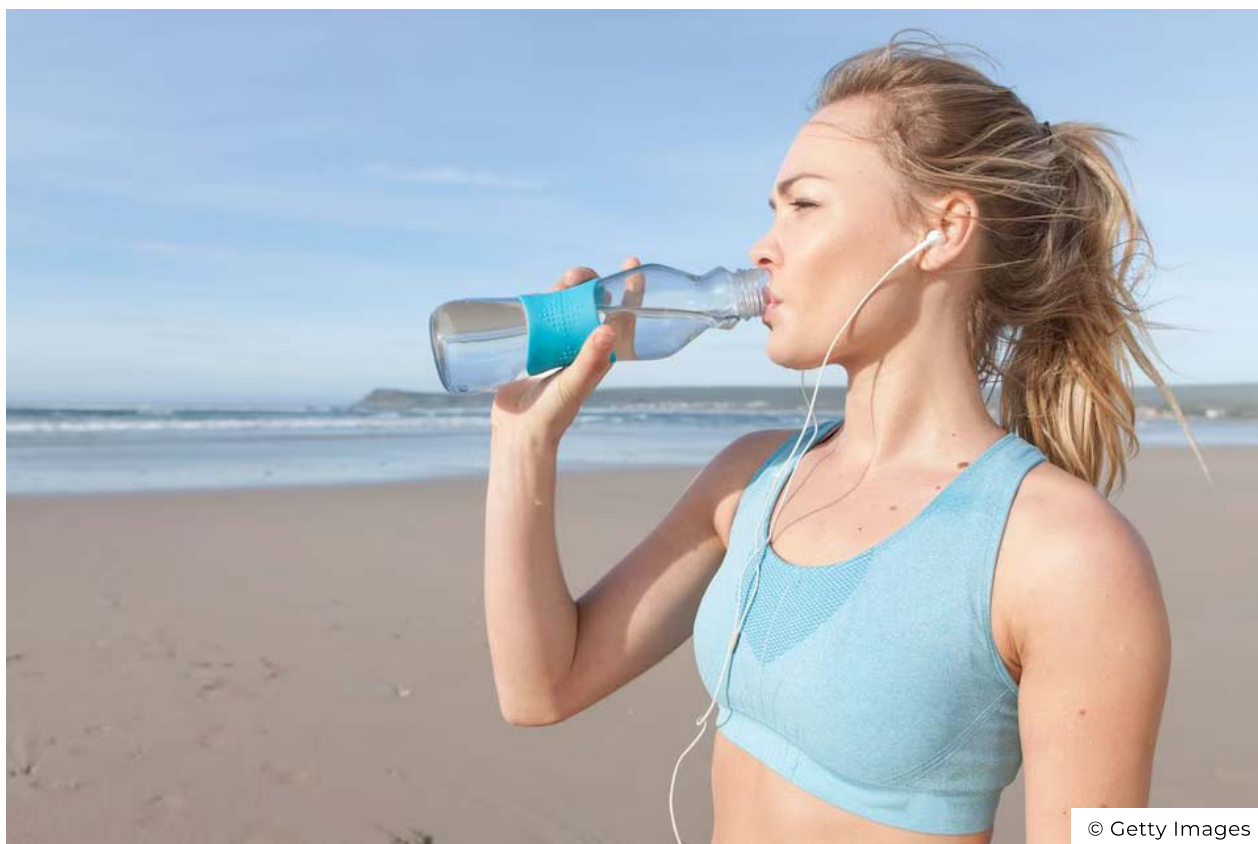
- La primera recomendación, básica en opinión del especialista, es **evitar grandes cambios en las rutinas diarias**. “El cerebro migrañoso se adapta mal a los cambios”, resalta Rodríguez Vico.
- Hay que **mantenerse, además, bien hidratado**. La deshidratación que puede producirse por el efecto de las altas temperaturas propicia la aparición de cefaleas en personas sin migraña por lo que, en personas que sí padecen esta enfermedad, puede exacerbarse. Por ello, es importante mantener una buena

trescos, especialmente en épocas de altas temperaturas.

- Por lo general, los expertos recomiendan todas las acciones que se tomen proactivamente para defender nuestro organismo de las altas temperaturas, como **usar ropa clara, gorros o sombreros y gafas de sol**.
- **Reducir la exposición al sol y humedecer la frente y el cuello** favorecen también el descenso de la temperatura corporal y, en consecuencia, ayudan a la prevención de la cefalea⁸.

Si seguimos estas recomendaciones, podemos reducir el número de episodios migrañosos. Además, estas recomendaciones pueden aplicarse en todo tipo de migraña, ya sea episódica (paciente que presenta cefalea menos de 15 días al mes) o **crónica (cefalea más de 15 días al mes)**.

Lee también: [¿Influyen las hormonas en las personas que padecen migraña?](#)



En el otro extremo, nos encontramos con que estos meses de verano implican también el momento en el que **el cambio de rutina ofrece un alivio en muchos pacientes**. En verano tenemos más momentos de relax, de disfrutar del placer del *dolce far niente*. Y precisamente la reducción del estrés, sumada a la **disminución del consumo de cafeína**, son algunos de los aspectos propios de las vacaciones que, precisamente, ayudan a mejorar a muchos pacientes. Lamentablemente no es algo que ocurra en todos los casos, pues en otras personas, tomar menos cafeína o un descanso y descenso de estrés brusco puede ser precisamente un desencadenante de un episodio migrañoso.

La importancia de acudir al neurólogo

En opinión del experto, la llegada del verano trae, por tanto, cambios que influyen en la migraña, afectando a cada paciente de manera diferente. Aclarar los mitos y falsas creencias sobre su impacto es clave para que los pacientes gestionen adecuadamente su condición durante las vacaciones, cuando las visitas al neurólogo tienden a reducirse. “Es importante que las personas que ya sufren episodios de migraña acudan al especialista, en este caso el Neurólogo, para que, de manera conjunta, se puedan poner en marcha acciones que ayuden a minimizar el impacto en la calidad de vida de estos pacientes”, concluye recomendando el Dr. Rodríguez Vico.

OTROS TEMAS

[DOLOR DE CABEZA](#)[CONSEJOS DE SALUD](#)[ENFERMEDADES](#)

[lavanguardia.com](https://www.lavanguardia.com)

El estado emocional que multiplica el riesgo de ictus a partir de los 60 años

Adrián Cordellat

11-14 minutos

Según datos del [Barómetro de la soledad no deseada en España 2024](#), uno de cada cinco ciudadanos españoles sufre soledad no deseada en el presente y un 13,5% padece soledad crónica, es decir, que esa soledad se experimenta desde hace dos años o más. La prevalencia de esa soledad es mayor entre las mujeres (21,8%) que entre los hombres (18%); y aunque es más habitual en la primera juventud (34,6% de los jóvenes de entre 18 y 24 años confiesan sentirse solos), las cifras también son elevadas en las franjas de edad que van desde los 55 años a los 75 o más, donde la soledad afecta a entre el 15% y el 20% de este grupo poblacional.

Estas cifras de prevalencia de soledad no son un dato baladí. Sobre todo, en el caso de los grupos de población de mayor edad. No en vano, numerosos estudios han mostrado ya la relación existente entre la soledad no deseada y peores resultados en salud. Una investigación publicada en 1998 en el *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, por ejemplo, concluía que la respuesta de los pacientes a la pregunta “¿Me siento solo?”, antes de una operación coronaria predecía la supervivencia de los mismos a los 30 días y a los 5 años después de la cirugía.

Lee también

[Antes de pasar por quirófano a cierta edad, prepárate “como quien prepara una maratón”](#)

Adrián Cordellat



Otro estudio de 2012 señalaba a la soledad no deseada en personas mayores de 60 años como un predictor de deterioro funcional y muerte. Y otra investigación, publicada en 2019 basándonos en una potente base de datos del Biobanco del Reino Unido, concluyó que la soledad incrementa el riesgo de infarto agudo de miocardio y de ictus, y el riesgo de mortalidad en las personas con antecedentes.

Ahora, [un nuevo estudio](#) publicado en la prestigiosa revista *eClinical Medicine (The Lancet)* utilizando datos del periodo 2006-2018 del Estudio de Salud y Jubilación (HRS) de Estados Unidos, ha asociado la soledad no deseada mantenida en el tiempo con un riesgo un 56% mayor de sufrir un ictus en personas de más de 50 años (67,4 años de media). “Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que examina cómo los cambios en la percepción de la soledad con el tiempo se asocian con el riesgo de accidente cerebrovascular.

Nuestros resultados sugieren que el impacto de la soledad en el riesgo de accidente cerebrovascular se produce a largo plazo”, explica a *La Vanguardia* Yeneeh Soh, autora principal del estudio e investigadora asociada de la T.H. Chan School of Public Health de la Universidad de Harvard.

El impacto de la soledad en el riesgo de accidente cerebrovascular se produce a largo plazo

Yeneeh SohAutora principal del estudio e investigadora asociada de la

| T.H. Chan School of Public Health de la Universidad de Harvard

“Ya sabíamos que la soledad no deseada mantenida en el tiempo es un factor de riesgo para la salud, pero este estudio se centra específicamente en el riesgo de ictus y hace un seguimiento a largo plazo a un importante grupo de población. Desde luego la edad y los factores de riesgo cardiovascular siguen siendo los factores que más influyen en el riesgo de ictus y es lo que más trabajamos, pero este tipo de trabajos son un buen punto de partida para tener en cuenta en las consultas”, reflexiona la doctora María del Mar Freijo, coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

¿Cómo se relaciona soledad e ictus?

Tal y como explica la doctora Inmaculada Navas, neuróloga de la Unidad Neurovascular del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, la literatura científica ha hallado tres vías que podrían explicar cómo la soledad puede incrementar el riesgo de ictus.

La primera vía hace referencia a los factores psicológicos y conductuales. “La gente que sufre soledad tiene más depresión, más ansiedad y eso favorece el riesgo vascular y los ictus. Y, además, la gente que está sola de forma crónica es más fácil que tenga hábitos de vida más insanos, como por ejemplo que consuman tóxicos, que fumen y no lo puedan dejar o que lleven un peor control de la medicación”, señala la portavoz de la Asociación Madrileña de Neurología.

La gente que sufre soledad tiene más depresión, más ansiedad y eso favorece el riesgo vascular y los ictus

| Inmaculada Navas Neuróloga de la Unidad Neurovascular del

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

En segunda instancia estarían los factores sociológicos. “Los roles sociales protegen contra la mortalidad en individuos solitarios, siendo el sentimiento de “ser necesitado” el factor más protector para reducir la mortalidad. Además, aquellas personas que están aisladas también tienen menos probabilidades de poder acceder a atención médica de emergencia y rutinaria; y también se ha encontrado evidencia de mala prestación de la atención médica por parte de los profesionales de la salud, que perciben a este grupo como difícil de tratar y que requiere mucho tiempo”, sostienen los autores de una [revisión publicada en 2020](#).

Por último, estarían los factores fisiológicos. Es decir, que excluyendo, por ejemplo, los otros factores citados anteriormente, la soledad por sí misma es capaz de provocar cambios fisiológicos en el organismo que tienen el potencial de desencadenar un ictus. “Se ha visto que la soledad crónica mantenida en el tiempo produce una activación biológica de ejes hormonales que aumentan la hipertensión arterial, se activan más mecanismos inflamatorios en las arterias, hay más daño vascular, más alteraciones inmunológicas...”, enumera Inmaculada Navas.

Lee también

[Por qué crecen los casos de disfunción eréctil asociada a la edad y cómo se afronta ahora](#)

Rosanna Carceller



Una triada de factores que cita también Yeneeh Soh, que no obstante

considera se necesita todavía más investigación “para generar evidencia empírica más sólida sobre los mecanismos subyacentes que vinculan la soledad y el riesgo de ictus”.

Soledad, un problema de salud pública

La investigadora asociada de la T.H. Chan School of Public Health de la Universidad de Harvard recuerda que la soledad es considerada cada vez más como un importante problema de salud pública. “El Cirujano General de EE.UU ha hablado de la soledad como una epidemia, y la OMS la ha calificado como una amenaza urgente para la salud”, afirma Yeneé Soh. Eso, unido a que el ictus es una de las principales causas de discapacidad y mortalidad a largo plazo en todo el mundo, hacen que los resultados de este estudio, según su autora, “resalten aún más la amenaza que la soledad supone para la salud pública y la realidad que supone que, si no la abordamos, pueda tener un profundo impacto en muchos resultados de salud”.

“Que se empiece a hablar de esto es superimportante”, coincide Inmaculada Navas, que recuerda que antes de este estudio ya se habían publicado otros que señalaban a la soledad como un factor de incremento de la mortalidad cardiovascular “tan relevante como el tabaco y más que la obesidad o el sedentarismo”: “No es una cuestión sentimental, sino de salud. Hoy tenemos a muchas personas mayores que viven solas, sin una red de apoyo, y hay que estar vigilantes, no nos podemos descuidar porque, como vemos, todo eso tiene una repercusión en la salud a todos los niveles”.

(La soledad) No es una cuestión sentimental, sino de salud

Inmaculada Navas Neuróloga de la Unidad Neurovascular del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

En ese sentido, Yeneé Soh destaca que una conclusión lógica del estudio es que es “importante” evaluar de forma rutinaria la soledad entre los adultos de mediana edad y mayores que pueden estar en riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular, ya que las consecuencias pueden ser peores si no se identifica y/o se ignora esta realidad. De hecho, la posibilidad de recuperación de un ictus, por ejemplo, es mucho menor en las personas que están solas. “En un entorno de atención médica, los médicos de atención primaria pueden desempeñar un papel crucial a la hora detectar y abordar la soledad y sus riesgos de salud asociados desde el principio, para ayudar a reducir la carga de soledad y enfermedad de la población”, reflexiona.

Y es que, como concluye Inmaculada Navas, “socialmente se nos ha vendido que lo ideal es ser autónomo y ser capaz de apañarte tú solo, pero cada vez estamos viendo de forma más clara que tener compañía es un bien”.

Lee también