



11 Junio, 2026

LA REVISTA DIARIA DE EL MUNDO. JUEVES, 11 DE JUNIO 2026

PAPÉL

LA PIERNA BIÓNICA ESPAÑOLA

QUE ENSEÑA ÁL CEREBRO A VOLVER A CAMINAR DESPUÉS DE UN ICTUS

Awake no tiene equivalente en el mundo. Pesa poco más de seis kilos y quiere evitar que los supervivientes de un accidente cerebrovascular pasen el resto de sus vidas en una silla de ruedas. Visitamos el hospital de Barcelona donde se testa antes de su certificación.

Por **Rocío R. García-Abadillo**
Fotografía de **Gorka Loinaz** (Araba)

Jesús, paciente de ictus, con el dispositivo de Robopedics durante su rehabilitación en el Hospital de la Esperanza.





Por **Rocío R. García-Abadillo** (Barcelona)
Fotografía de **Gorka Loinaz** (Araba)

A todos nos falla la salud en algún momento de la vida. Si uno es afortunado, ese trance llega tarde, cuando se han vivido algunas décadas. Pero otras personas conviven desde muy pronto con la enfermedad, bien sea de forma crónica o con procesos agudos de los que unos logran reponerse. A otros, en cambio, no les aguarda un buen desenlace. Es lo que le pasa cada año a las más de 23.000 personas que fallecen en España tras sufrir un ictus, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Se trata de la segunda causa de muerte a nivel mundial y la primera de discapacidad en España y Europa. Quienes sobreviven a estos episodios a menudo cargan con secuelas que condicionan para siempre sus vidas.

Una vez que los médicos salvan la vida eliminando el coágulo (en caso de ictus isquémico) o deteniendo y estabilizando el sangrado (si es hemorrágico), el paciente es enviado a su casa, algo que familias y asociaciones definen como desahucio clínico. La persona que vuelve a casa no es la misma que se fue y, a menudo, se siente abandonada en el momento en que más ayuda necesita para afrontar su rehabilitación. Muchas veces, confinada a una silla de ruedas.

Los sexagenarios Pedro y Jesús han esquivado ese arrinconamiento vital. Pero para conocer sus historias primero hay que conocer la de Manuel, que sufrió un ictus severo. Hace una década, los médicos le dijeron que no volvería a caminar. Su familia, no conforme con aquella sentencia, empezó a buscar alternativas y descubrió el mundo de los exoesqueletos. «Efectivamente, con estos dispositivos mi padre podía caminar. El concepto de caminar no es el que tenemos las personas sanas, tiene que ver con ser capaz de desplazarse de alguna forma», explica su hijo, Iván Martínez.

Los exoesqueletos son extremadamente caros —«en torno a los 100.000 euros»— y resultan menos versátiles de lo deseable. Pueden pesar más de 20 kilos y están pensados para rehabilitación en entornos clínicos bajo supervisión médica. «Nosotros queríamos un equipo para el día a día de mi padre, que no iba a volver al hospital y que iba a estar el resto de su vida en una silla de ruedas», explica Martínez. Aunque no se dedicaba a ello, es ingeniero de formación. Así que empezó a investigar y a desarrollar en sus ratos libres, durante varios años, un dispositivo a medida para su padre.

Manuel falleció por Covid en 2020, pero su hijo no abandonó el proyecto. Al revés. Primero se cruzó con Dionís Guzmán, director de una escuela de negocios especializada en formación digital y coordinador de un programa para directivos al que se apuntó Martínez. Éste le mostró su diseño y tocó la fibra sensible de Guzmán, cuya madre había sufrido un infarto cerebral que le había dejado secuelas idénticas a las de Manuel. «Me parecía que estaba haciendo algo muy bonito por su padre y su memoria, y me sentí muy identificado», confiesa Guzmán. Lo siguiente que hicieron fue moverlo en círculos *healthtech* (tecnología sanitaria). Así llegaron hasta Marc Serra, con años de experiencia en el sector. Decidieron que, aunque el padre de Martínez ya no podría beneficiarse de la tecnología que estaban desarrollado, hay millones de personas confinadas en su casa tras sufrir un ictus a los que sí podrían ayudar.

Juntos fundaron Robopedics en 2021. Varios años y rondas de financiación después —incluidos los más de 600.000 euros aportados en 2026 por el Ministerio para la Transformación Digital a través de los fondos europeos Next Generation—, están en pleno ensayo clínico del dispositivo bautizado como Awake (Despertar, en inglés). Su reto más inmediato es lograr la certificación europea (el Marcado CE) que les permita comercializarlo. Algo que confían en conseguir a finales de este año.



Awake es un sistema biónico avanzado para la marcha que no tiene equivalente a nivel mundial. Lo más parecido que existe en el mercado sería un exoesqueleto, pero al dispositivo de Robopedics no se le puede llamar así. «De la misma forma que si a un coche le quitas dos ruedas no tienes una moto», aclara gráficamente Guzmán. Un exoesqueleto es un armazón pesado y bilateral —para las dos piernas— diseñado para sustituir la marcha en lesiones medulares como la paraplejía. Al tratarse de dos piernas mecánicas, siempre hay una estructura apoyada en el suelo que soporta el peso y las inercias. Su *software* sabe dónde están ambas piernas. En cambio, Awake es una pierna robótica o exopierna ligera (pesa entre 6 y 6,5 kilos) que se coloca en el miembro afectado —hay modelos para pierna izquierda y para pierna derecha—, dejando libre

Arriba, Pedro Asensio en una sesión con las fisioterapeutas del Hospital de la Esperanza. Abajo, Iván Martínez (al fondo), Marc Serra y Dionís Guzmán, socios de Robopedics.



la extremidad sana, que es la que llevará un patrón de marcha natural.

La complejidad radica en coordinar esa extremidad sana con la robótica ya que, al caminar, en algunos momentos, el dispositivo se queda en el aire y no toca el

suelo. Para lograr que sea cómodo y no se desestabilice, los ingenieros instalaron acelerómetros y giroscopios y desarrollaron algoritmos de control que interpretan las intenciones de movimiento del paciente.

Para comprobar que esa tecnología funciona en la vida real hay que trasladarse a los pasillos del Hospital de la Esperanza, perteneciente al Parc de Salut Mar (Barcelona). Es el centro de referencia en el que se han centralizado las pruebas clínicas de Awake. Ahí podemos ver dos días por semana a Jesús Mendiburu Nadal (62 años). En noviembre del año pasado sufrió un ictus severo mientras dormía. Al despertar, se cayó de la cama sin poder hablar ni moverse. Su reloj inteligente detectó su caída y contactó vía móvil con el 112. Jesús fue trasladado al Clínic, hospital en cuyo equipo de contenciones trabajaba él mismo. Los médicos dijeron que si superaba las 48 horas, tendría opciones de sobrevivir. Cuando meses después de rehabilitación le ofrecieron la posibilidad de probar el dispositivo, no lo dudó. «Había probado un exoesqueleto también, pero esta pierna es más ligera y más fácil de llevar», asegura.

Jesús sólo le pone una pega: le gustaría «que se diera más prisa». Él quiere más velocidad. Se machaca en entrenamientos de entre hora y media y dos horas porque tiene un objetivo: volver a subirse a una moto el próximo verano. Se ha comprado una bicicleta estática para ir haciendo deporte en casa y evita la ayuda todo lo posible, aunque reconoce que su pareja, Esther, le ha asistido a todos los niveles. No le tiene miedo al suelo ya que, por el trabajo que realizaba, dice que sabe cómo caer sin hacerse daño. «En rehabilitación me he caído como 30 veces, me decían que era un kamikaze», cuenta entre risas. Las fisioterapeutas tienen que controlar ese ímpetu para que no se haga daño y lo vigilan de cerca en los pasillos del hospital. Un entorno seguro, plano y con barandillas.

Otros pacientes salen fuera de ese espacio seguro y son conducidos frente al hospital, a la placita del Real Santuario de San José de la Montaña. Es un espacio que les ofrecen las religiosas que allí viven. Tranquilos y sin aglomeraciones de gente, se trata de un entorno mucho más real, ya que el suelo presenta desniveles y



pequeños baches. Ahí, entre «estímulos verbales» como «Colócate bien» o «Vigila la pierna», las fisioterapeutas Sandra Torrell y Paula González tratan de estimular un cerebro que se ha olvidado de cómo se camina.

«Es un problema neurológico. Mi pierna se pone en modo protección y se queda rígida. El dispositivo me sirve para hacerlo funcionar al revés: me mueve la pierna para que mi cerebro, en cierta manera, recupere esas órdenes a la pierna. Pasas de un movimiento mecánico asistido por una máquina a interiorizarlo en una serie de neuronas que hasta ahora estaban muertas y otras que han dejado de hacer su función», detalla Pedro Asensio Izquierdo (63 años).

Su ictus fue hemorrágico. Lo sufrió el día 30 de diciembre de 2024, mientras descansaba en una casa familiar fuera de Barcelona. «Fue un problema de hipertensión y estrés que desembocó en aquello cuando estaba tranquilo», revela. Tras el accidente cerebrovascular, Pedro no hablaba ni tenía equilibrio. Estuvo dos meses ingresado en rehabilitación para ganar esa estabilidad y algo de la masa muscular que había perdido. El derrame en el hemisferio derecho le anuló el lado izquierdo, provocándole una espasticidad importante que le impide relajar los músculos del pectoral y el hombro.

«Hacer este movimiento ha requerido mucho trabajo y pelearme conmigo mismo», confiesa mientras abre y cierra la mano lentamente. «La gente de tu entorno te intenta ayudar y tú tienes que decirles, educada o no educadamente: 'No lo hagas. Tengo todo el tiempo del mundo. Para ponerme un zapato tardaré cinco minutos, pero me lo pondré'», recalca.

De alguna manera, Pedro ha hecho el proceso que Dionís Guzmán llama «duelo de tu antiguo yo»: aceptar cómo está ahora, qué puede y qué no puede hacer con sus actuales condiciones. «Aceptar ese déficit es bastante duro», remarca el socio de Robopedics. «Aprendes mucho de ti mismo. Sobre todo, dónde están los no límites o el llegar hasta donde se pueda», concreta Pedro, que recuerda el mensaje que le dan las fisioterapeutas: «Paso a paso».

Y es que tras un ictus, incluso cuando el cerebro y la pierna funcionan, la información entre ambos no circula. El *cableado* se ha roto. ¿Qué pasa cuando tenemos un estímulo externo, estable, constante, mecánico, que emula de forma muy precisa lo que vendría a ser una marcha normal durante minutos, horas, días de forma continuada? No tenemos ese antecedente que en Medicina marca mucho, no sabemos qué pasará. Quizá no se pueda hablar de *recablear*, pero puede que haya un reajuste de conexiones. Es neuroplasticidad», incide Guzmán.

Para que se pueda dar esa neuroplasticidad, el paciente tiene que tener una intención activa, es decir, no dejarlo todo en manos de la exopierna, que está preparada para moverse 100% de forma automatizada. ¿Cómo funciona exactamente? Sus materiales (aluminio especial para el sector sanitario, polímeros impresos en 3D y fibra de carbono en el pie) la han ido aligerando. No se ensambla físicamente sobre la piel, sino que se coloca de forma externa por encima de la ropa con cinchas de velcro y otros engranajes.

La pierna llega hasta la mitad de la espalda para dar estabilidad en el apoyo y lanzar el paso, y se completa con dos elementos más: un bastón inteligente cuadrípode –para garantizar la estabilidad– que dispone de pantalla y mando para manejar y ver las cosas básicas del dispositivo, como la batería con la que cuenta y una aplicación móvil en el teléfono que confiere control total. Normalmente queda en manos de los fisioterapeutas cuando se trata de una rehabilitación en el hospital o el cuidador atiende al paciente en casa. Los daños que causa el ictus pueden afectar a los reflejos o causar depresión, de ahí que por seguridad suele ser el cuidador quien decide si cede el control al bastón del paciente –éste acepta la transferencia pulsando un botón en la empuñadura del bastón– o si lo mantiene.

El dispositivo detecta si el peso está correctamente transferido antes de dar un paso; si hay riesgo de caída o existe algún problema como el pie equino –cuando el paciente arrastra la punta del pie, algo peligroso en suelos irregulares– no activa los motores o detiene la marcha. «Hay bastantes capas de seguridad», recalca Martínez, creador de la exopierna. Por ahora tiene tres niveles de marcha. En el primero, el fisioterapeuta/cuidador activa en el móvil el paso, la pierna lo lanza, el paciente se coloca y de nuevo el cuidador lanza el paso (es un modo *step by step*). El segundo es un caminar continuo: se activa con el botón y es cíclico, con una velocidad aún lenta. Y el tercero está pensado para un paciente más entrenado y que controle la pierna con la posición de su cuerpo. Lo que haríamos en una marcha normal. Es el modo que obliga a esa intención y esfuerzo neurológico que puede reconstruir el cableado.

Por ahora, Awake sólo está pensado para ictus. Para conseguir el certificado europeo, como sucede con los medicamentos, se tiene que solicitar para una indicación concreta. En caso de ampliarse a otra –una hemiplejía por daño cerebral adquirido, por ejemplo– habría que hacer más ensayos clínicos. Robopedics no descarta ampliar las indicaciones en el futuro e incluso diseñar dispositivos pediátricos. Está pensado, eso sí, para que en principio no supere los 20.000 euros y pueda financiarse en cuotas. El precio incluye un servicio de mantenimiento preventivo y sustitución de piezas, apoyado en una red de 300 centros de fisioterapia en toda España. También incluye un entrenamiento que han de hacer paciente y cuidador antes de llevarse la exopierna a casa: 10-15 sesiones de adaptación.

El último filtro de seguridad es en el propio hogar: una vez superado el entrenamiento, dos fisioterapeutas

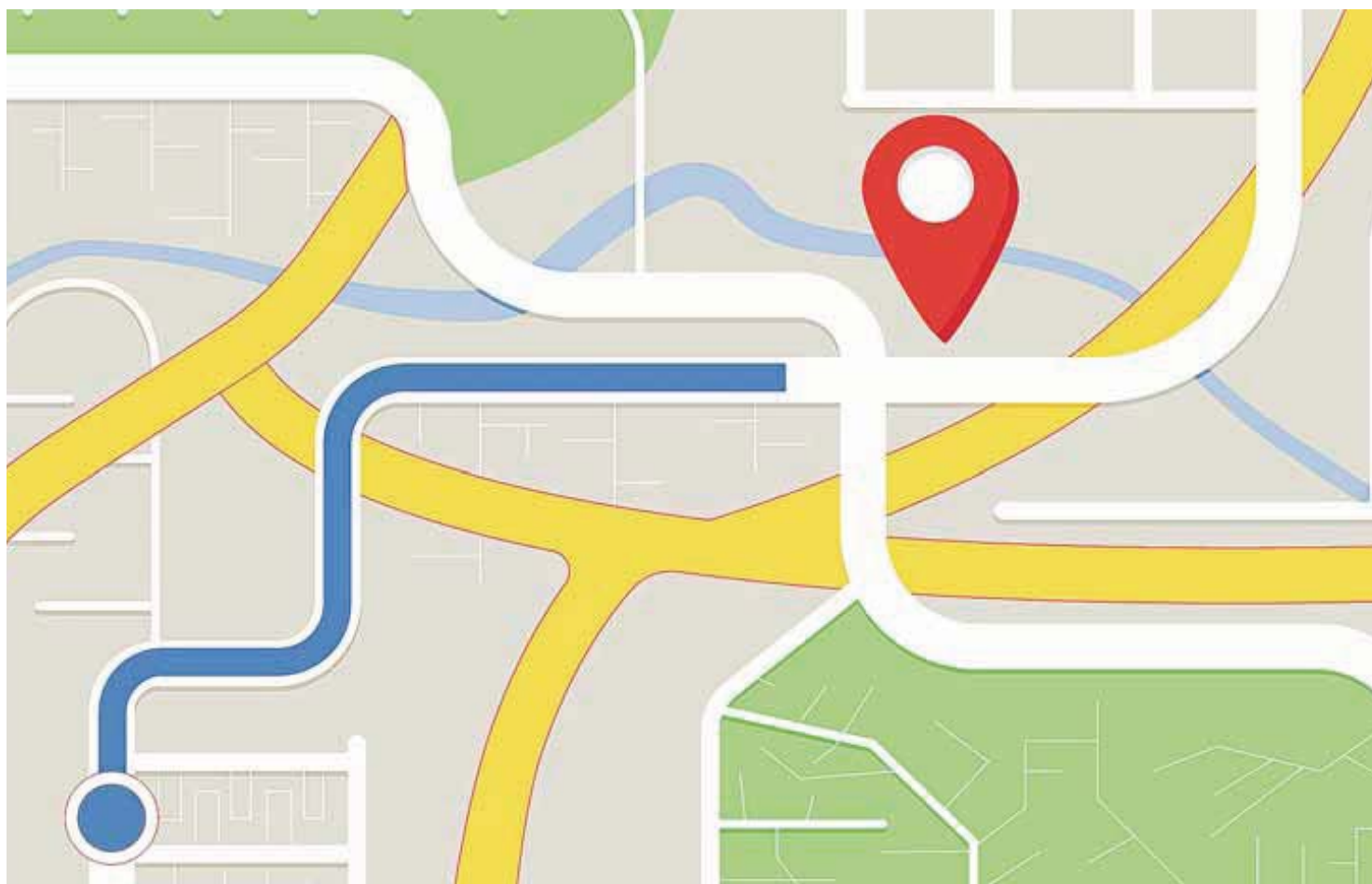
“Nosotros queríamos un equipo para el día a día de mi padre, que iba a estar el resto de su vida en una silla de ruedas”

Los que sufren un ictus tienen que pasar ‘el duelo del antiguo yo’: aceptar cómo están ahora y qué pueden hacer o no

acuden al domicilio para realizar dos sesiones de control y evaluar elementos arquitectónicos. Por ejemplo, la existencia de escalones insalvables dentro de la vivienda o para acceder a ella, si hay o no ascensor, si la rampa del portal es de mármol pulido, que puede ser muy deslizante... En caso de obtener este último visto bueno, el paciente podrá usar en su día a día la exopierna que le cambiará la vida.



13 Junio, 2026



ADOBE STOCK

No uses tanto Google Maps...

El GPS te está volviendo más torpe. Esta es solo una de las razones por las que deberías evitar consultarlo para todas tus dudas

JOSÉ CARLOS CASTILLO

GOOGLE Maps es una de las aplicaciones que más nos han cambiado la vida. Hace mucho que ya no le preguntamos a ningún transeúnte cómo llegar a determinado sitio ni consultamos un mapa de papel. Nos basta con el móvil: introducimos una dirección y en segundos obtenemos las indicaciones paso a paso y en tiempo real para llegar a pie, en coche y en transporte público.

La plataforma, disponible en más de 220 países, supera los 2.000 millones de usuarios activos mensuales. Y, según la firma de análisis Statista, está instalada en un 67% de todos los smartphones. Además, procesa la friolera de 25 millones de actualizaciones diarias (altas de negocios, cambios de trazados...). ¿Todo bueno, verdad? Pues el uso de Google Maps tiene también un lado oscuro. Aunque un 45% de los usuarios reconoce en una encuesta de Ipsos que usarlo reduce su ansiedad durante los viajes, algunos expertos advierten de los cambios neurológicos que acarrea y que convierten esa sensación de seguridad en una recompensa menor.

Memoria espacial

David Ezpeleta, vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN), nos ayuda a entender qué ocurre en nuestro cerebro cuando nos orientamos de forma habitual con aplicaciones como la de Google: "Al movernos por nuestra cuenta, sin ayudas, solemos comparar alternativas, estimar distancias, fijarnos en lugares y construir un mapa mental del entorno y el trayecto. En este proceso están especialmente implicados el hipocampo, la corteza entorrinal -ambos relacionados y situados en la parte medial de cada lóbulo temporal- y las redes frontales responsables de la planificación. Sin embargo, en la orientación delegada en navegadores la tarea se simplifica: no hay que decidir tanto, sino ejecutar instrucciones. En estudios experimentales, la navegación activa se asocia con una mayor implicación hipocámpal y prefrontal, pero cuando las decisiones principales vienen dadas por una guía externa, esa exigencia disminuye".

La consecuencia de esto último es una pérdida de la capacidad de orientación y de la memoria espacial, como se ha comprobado en un estudio de la Universidad de Montreal publicado en *Scientific Re-*

ports. Tales deterioros resultan, además, proporcionales al uso: cuanto más tiempo pasemos con la app abierta, mayor será la pérdida de habilidades. "No es que el GPS nos vuelva peores siguiendo rutas mientras lo usamos (llegando al destino), pero sí puede reducir cuánto aprendemos y luego recordamos del entorno espacial donde nos movemos",

Trucos para entrenar tu orientación

Para mantener activa nuestra memoria espacial, desde la Sociedad Española de Neurología (SEN) recomiendan que "dediquemos unos segundos a mirar el mapa completo del sitio al que vamos para hacernos una idea general y no solo pulsar el botón de inicio de la app y localizar el destino". Después, podemos estudiar el trayecto que tomaremos "y ubicar dos o tres hitos relevantes por los que vamos a pasar". Durante el viaje también ayuda "fijarse en hitos fijos como una plaza, una iglesia, un restaurante de carretera... y preguntarse su distancia al origen y al destino". Estos simples hábitos "favorecen la codificación de los lugares de paso y sus relaciones espaciales, compensando el coste cognitivo de confiarnos únicamente al móvil y su GPS".

continúa el neurólogo, que también señala que, en cualquier caso, no es correcto hablar de daño cerebral o deterioro irreversible; únicamente de "cambios funcionales".

Atención... y rendimiento

De forma indirecta, abusar del GPS nos hace prestar menos atención al entorno: no es raro cruzarse con turistas más centrados en seguir las indicaciones de su teléfono que en disfrutar de lo que les rodea, lo que a su vez aumenta el riesgo de sufrir atropellos y robos... Esto último sin entrar en otra polémica: Maps nos puede dar las rutas más cortas para llegar a donde queremos, pero no siempre son las más convenientes desde un punto de vista práctico: pueden ser peligrosas, intransitables para cierto tipo de vehículos... Cada cierto tiempo nos enteramos de algún camionero atrapado en caminos rurales por los que su tráiler no cabe.

Los expertos en ciberseguridad también coinciden al afirmar que esta app puede convertirse en una mina de oro para los malhechores digitales, quienes pueden trazar patrones de movimiento a partir de los datos que recopila sin que muchas veces seamos conscientes. Por último, mantener la aplicación abierta durante horas -en los típicos desplazamientos de larga distancia por carretera- pone a prueba nuestro móvil. La sobrecarga de trabajo a la que sometemos tanto al procesador, como a la pantalla o a la batería pueden reducir su vida útil y obligarnos a cambiar de terminal mucho antes de lo que quisiéramos.



«No hay ‘máquina’ más compleja que el cerebro humano»

David García Azorín Neurólogo

«Las enfermedades neurológicas son las más prevalentes del mundo y con el envejecimiento de la población lo serán más; debemos estar preparados», advierte el médico yeclano

PEPA GARCÍA
Murcia

David García Azorín (Yécla, 1987) no llegó a la medicina por vocación infantil ni tradición familiar. «Heredé el miedo a los sanitarios de mi padre y nunca me había llamado la atención». Sin embargo, a finales de Bachillerato, la curiosidad por entender el funcionamiento del cuerpo humano le atrajo y acabó yéndose a Madrid a estudiar Medicina. Hoy, con apenas 40 años, es neurólogo en el Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid y ocupa un lugar destacado en la profesión: es miembro de la sección de Neurología de la Unión Europea de

Médicos Especialistas y de la Federación Europea de Dolor de Cabeza, además de otros puestos internacionales y diversos galardones.
—¿Cómo fueron los inicios?
—Duros. La cantidad de teoría que teníamos que memorizar era abrumadora y poco motivadora.
—¿Hubo un punto de inflexión?, porque Medicina no es una carrera fácil y corta para hacer desmotivado.
—Sí, al terminar tercero de carrera. Fui de voluntario a la India y esa experiencia me cambió. Me hizo darme cuenta de que lo que estudiábamos servía realmente para algo, podía marcar la diferencia y salvar la vida de una persona. Al año siguiente, fui a Honduras y, al siguiente, a Camerún.
—Pero la idea de decantarse por Neurología no llegaría por ahí, ¿no?
—Es verdad que no es una especialidad muy afín a este tipo de experiencias de voluntariado. Pero, en su momento, me pareció y, afortunadamente, me sigue pareciendo la especialidad más interesante, ya que no hay ‘máquina’ más compleja que

el cerebro humano.
—¿Los problemas y enfermedades neurológicas son cada vez más frecuentes o solo se diagnostican más porque se conocen mejor?
—La Neurología está viviendo una (re)evolución muy interesante. En no muchos años y gracias a la investigación, entendemos mejor muchas enfermedades y cada vez desarrollamos tratamientos más dirigidos a la raíz del problema. Teniendo en cuenta que son las enfermedades más prevalentes del mundo y, hasta ahora, muchas tenían poca o nula solución, es crucial seguir investigando para mejorar todavía más la calidad de vida de quienes las sufren. El envejecimiento de la población hará que algunas enfermedades intimamente ligadas a la edad, como el alzhéimer o el párkinson, sean cada vez más frecuentes; debemos estar preparados a nivel social.
—Además de unas vidas más largas que deterioran más cognitivamente a las personas, en qué medida afecta el modo de vida en la salud de los

cerebros: estrés, sedentarismo, sobrealimentación o mala alimentación, no ejercitar la memoria...
—La Neurología es una especialidad tremendamente variada y sus enfermedades bastante dispares: epilepsia, dolores de cabeza, esclerosis múltiple, neuropatías, demencias, temblores, enfermedades de la médula, ictus, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedades musculares... Algunas de ellas están muy vinculadas con problemas a nivel vascular relacionados con la mala dieta y la presencia de factores de riesgo no siempre detectados o adecuadamente tratados (hipertensión, la diabetes, el colesterol...); y hábitos de vida como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol o el sedentarismo. Lamentablemente, la saturación de las consultas, tanto en Atención Primaria como a nivel hospitalario, hace que no siempre podamos detenemos a concienciar a nuestros pacientes de cuidar todos estos factores de cara a nuestro futuro. Por desgracia, es más frecuen-

te que se prescriba un medicamento sin acompañarlo de la explicación al paciente de la tremenda importancia de prevenir antes que curar.
—¿Qué enfermedades son ahora más comunes a nivel neurológico?
—Las enfermedades neurológicas más frecuentes son los dolores de cabeza, que afectan a un 20%-30% de la población en el caso de la cefalea tipo tensión, y a un 14% de la población en el caso de la migraña. Otras enfermedades se hacen más frecuentes conforme envejecemos, de manera que un 20% de los mayores de 80 años tendrá alzhéimer y un 40% de los mayores de 90, también. Otras enfermedades que parecen menos frecuentes son más comunes de lo que creemos: por ejemplo, una de cada veintea personas tendrá una crisis epiléptica a lo largo de la vida. Por su elevada frecuencia, todo el mundo debe conocerlas y los profesionales sanitarios deben estar entrenados en su detección y manejo inicial.

Algo común

—Su especialidad son los conocidos vulgarmente como dolores de cabeza y ha descubierto que las cefaleas están relacionadas con enfermedades autoinmunes. ¿Qué supone eso para los pacientes y la ciencia?
—Tener dolor de cabeza es algo tremendamente común. El 99% de las mujeres y el 93% de los hombres lo tendrá en algún momento de su vida, lo que sucede es que sus causas son muy variadas, desde una simple re-

El neurólogo David García Azorín, en uno de los pasillos del Hospital Universitario Río Hortega en el que trabaja. CEDIDA

saca a una infección gripal, pasando por un tumor cerebral o una meningitis. La primera pregunta que nos hacemos todos, cuando aparece un dolor de cabeza, es si es debido a algo malo o preocupante. Hemos investigado bastante para aprender cómo detectar cuando alguien tiene un dolor de cabeza secundario a algo, lo que en muchos casos permite iniciar el tratamiento correcto y evitar consecuencias negativas que pueden llegar a poner en peligro la vida del paciente.

—¿Se toman ya en serio cefaleas y migrañas, que han sido bastante obviadas durante décadas por la medicina? ¿Por qué cree que ha estado sucediendo eso?

—Ver para creer. Cuando vemos a un paciente afecto de ictus, de párkinson o con una paraplejia, es evidente que tiene una considerable incapacidad. En el caso de la migraña, la persona parece, desde fuera, completamente normal. Incluso durante un ataque, salvo un poco de mala cara, puede no ser visible el padecimiento que sufre. Eso no quiere decir que sea menos importante o incapacitante, ya que durante un ataque de migraña, además del tremendo dolor que impide realizar una actividad normal, los sentidos se exageran y existe una gran molestia ante luces, sonidos u olores; y, en ocasiones, hay una sensación nauseosa e incluso vómitos que obligan a guardar cama.

—¿Tienen cura o una causa clara estos procesos a veces tan incapacitantes?

—La mayor parte de dolores de cabeza siguen sin tener una cura concreta, pero día a día cambiamos la vida a quienes los sufren. El tratamiento se basa en cuatro pilares: diagnosticar el dolor de cabeza concreto de cada persona; identificar y mejorar los factores que pueden contribuir al empeoramiento o ausencia de mejoría, como problemas en la masticación, musculares, de visión u otros; asegurar que el paciente tiene un tratamiento que le permite recuperar su vida en poco tiempo cuando tiene un ataque, sin efectos secundarios que le incapaciten; y, por último, en pacientes con dolores de cabeza frecuentes, en ocasiones se pone tratamiento para reducir su frecuencia e intensidad. En los últimos años, se han desarrollado varios tratamientos, por lo que lo más frecuente de que haya personas a las que le incapaciten esos dolores hoy es no haber sido evaluadas en un sitio especializado.

—Con menos de 40 años, tiene una posición destacada en la profesión y especialidad a la que se dedica. ¿Cómo ha llegado ahí y para qué sirven las diversas organizaciones?

—La verdad es que me he metido en unos cuantos 'fregaos'. Es una mezcla de que tus mentores confíen en ti y te den oportunidades; que tengas la suerte de estar en el sitio y momento oportunos; de aprovechar las oportunidades y de seguir teniendo ganas de asumir nuevos retos y desafíos. La primera vez que me ofrecieron tener un cargo de responsabilidad fue el comité de neurólogos jóvenes de la Sociedad Española de Neurología. De ahí fui pasando a otros puestos. Representar a otros compañeros implica una gran responsabilidad y dedicación, y el tiempo que he dedicado a este tipo de roles lo he tenido que sacrificar principalmente de mi vida personal, ya que, en el mundo sanitario, el tiempo de trabajo está asignado a la actividad asistencial en su práctica totalidad.

—¿Contra qué se rebela?

—Recuerdo, cuando empecé a investigar, que un compañero me dijo que 'en España se investiga a partir de las 3 de la tarde'; hora a la que deberías estar en tu casa con tu familia. Personalmente, me rebelo un poco contra esa idea, ya que, si queremos ser un país puntero, debemos hacer una investigación competitiva y que rivalice con la de otros países europeos e internacionales, y eso no se hace investigando en tus ratos libres, sino haciendo proyectos ambiciosos y bien diseñados.

'Chairman'

—También es 'chairman' de cefaleas secundarias de la Sociedad Internacional de Cefaleas (algo comparable a tener un sillón de una letra en una Real Academia Internacional de la Lengua). ¿Qué implica profesionalmente ese cargo y qué son exactamente las cefaleas secundarias?

—La Sociedad Internacional de Cefaleas es la asociación médica internacional que se dedica a estudiar, defender y clasificar los dolores de cabeza. Hace ya unos años que me encomendaron el deber de capitanear el grupo de expertos mundiales encargados de investigar sobre causas secundarias de dolor de cabeza, rol que todavía mantengo. Desde entonces, hemos participado en numerosos estudios de investigación, entendiendo mejor cómo detectar causas peligrosas de dolor de cabeza y cómo ayudar a quienes las padecen. —Logró ser reconocido como un gran neurólogo con el premio 'Mitad de Carrera'; ¿cuál fue la clave?

—La Sociedad Internacional de Cefaleas me reconoció hace 2 años con ese galardón, probablemente por mi actividad investigadora y producción científica. He tenido la suerte de formarme muy bien en investigación,



David García Azorín con una niña, durante uno de sus voluntariados. CEDIDA

SATURACIÓN

«Es más frecuente que se prescriba un medicamento sin explicar la importancia clave de prevenir antes que curar, por desgracia»

PREVALENCIAS

«Los dolores de cabeza son lo más frecuente: el 99% de mujeres y el 93% de hombres lo tendrán»

EPILEPSIA

«Una de cada veinte personas padecerá una crisis en su vida, los profesionales deben estar entrenados en su detección y manejo inicial»

LOGROS

«Soy el primer neurólogo y el primer español del Comité Asesor Mundial sobre la Seguridad en las Vacunas desde su creación en 1999»

con compañeros españoles y en centros internacionales, como las universidades de Copenhague, Dresden o Harvard. Ello y la colaboración con varios grupos de investigación internacionales me han permitido publicar más de 210 estudios científicos reconocidos por otros investigadores y citados en sus trabajos.

—¿Habrá suficientes neurólogos para la creciente demanda en este campo?

—La neurología es una de las especialidades sanitarias que está amenazada por la inminente jubilación de muchos compañeros y la insuficiente 'repoblación' y formación de neurólogos más jóvenes. Parece que la planificación a nivel de muchos lugares de España ha sido mejorable y hemos pasado de épocas en las que había demasiados neurólogos y encontrar trabajo no era tarea sencilla al presente, en el que hay muchas ciudades de España en las que no hay neurólogos suficientes. Esto tiene consecuencias muy negativas, ya que quien lo paga, como siempre, es el paciente.

—¿Cuál es el principal problema?

—Cada vez hay menos médicos que quieran hacer guardias, por el impacto personal y desgaste que suponen; y, en especialidades como la Neurología, en las que se necesita estar preparados 24/7, ocasiona que quienes sigan haciéndolas tengan que asumir una mayor carga, contribuyendo a crear un círculo vicioso que solo empeora el problema.

—¿Cómo llega desde su Yecla natal a destacar a nivel internacional?

—Antes comentaba que es una mezcla de coincidencias, esfuerzos y sacrificios, pero algo que está claro es que los españoles, y dentro de España, en ocasiones, los murcianos, estamos algo desnotados. Por eso, tenemos que esmerarnos por hacerlo mejor que nadie y destacar. Por ejemplo, durante la pandemia por Covid-19, me invitaron a participar en un comité de la Organización Mundial de la Salud

para asesorar sobre qué medidas implementar para minimizar el impacto de la pandemia en las personas con enfermedades neurológicas.

Participar activamente y colaborar me llevó a que contaran conmigo para otros proyectos, como evaluar los posibles efectos adversos de las vacunas para prevenir la infección grave por Covid-19, incluso dirigiendo las guías de la Organización Mundial de la Salud sobre el manejo del síndrome de trombosis con trombocitopenia o asesorando a la Agencia Europea del Medicamento en este aspecto. Todo esto me permitió que recientemente aceptaran mi candidatura para participar en el Comité Asesor Mundial sobre Seguridad de las Vacunas. Y soy el primer neurólogo en formar parte del mismo y el primer español desde su creación en 1999.

UTOPIA

—¿Qué le gustaría conseguir?

—Que en España se apueste por la investigación de verdad, facilitando a aquellas personas que tengan interés y capacidad de hacer investigación que puedan dedicar parte de su trabajo a ello; y, de igual manera, que podamos dedicar parte de nuestra jornada a formar a los sanitarios del futuro. Esto parece una utopía actualmente, ya que la saturación del sistema sanitario hace que cada minuto deba ser aprovechado en atender pacientes, pero si no nos damos cuenta de lo importante que es la investigación, no podremos estar en la pugna y seguiremos siendo un país de segunda o tercera división en cuanto a investigación, a pesar del excelente nivel y profesionales que tenemos en nuestro país.

—¿De qué se ha dado cuenta?

—Tristemente, con el paso de los años, de que debes dedicar tu tiempo libre y vida personal a investigar, hace que los investigadores sanitarios tengan que remar a contracorriente para seguir haciendo ciencia.

—¿Qué le complica la existencia

—Conciliar esta doble vida de sanitario saturado, con guardias y decenas de pacientes a los que intentar ayudar, y hacer investigación a expensas de tu tiempo libre se me antoja cada vez más complejo. Los médicos y los investigadores también somos personas y disfrutamos tomándonos una caña al sol, con una marinera y una buena conversación con amigos.



14 Junio, 2026

PAÍS: España

PÁGINAS: 20

AVE: 5076 €

ÁREA: 12 CM² - 11%

FRECUENCIA: Semanal

DIFUSIÓN: 52797

OTS: 134000

SECCIÓN: SALUD



LA PUBLICACIÓN MÁS GALARDONADA DE LA PRENSA ESPAÑOLA

Premio Jaime I de Periodismo ● Premio de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica ● Premio a las Mejores Iniciativas de Servicio al Paciente de la Fundación Farmaindustria ● Premio del Colegio de Ingenieros de Montes ● Premio de la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder) ● Premio de la Fundación Internacional de Osteoporosis ● Premio de la Fundación Biodiversidad ● Premio Biocultura ● Placa de la Sanidad de la Comunidad de Madrid ● Premio de la Fundación Pfizer ● Premio Foro Español de Pacientes ● Premio de la Sociedad Española de Diabetes ● Premio de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) ● Premio de la Sociedad Española de Medicina de Atención Primaria ● Premio del Colegio de Farmacéuticos ● Premio de la Federación Española de Sociedades de Nutrición ● Premio de la Fundación Dental Española ● Premio de la Federación de Personas con Discapacidad Física ● Premio PRsalud ● Premio de la Fundación Bamberg ● Premio Ediciones Mayo a la mejor labor divulgativa ● Premio Estrellas del Mar de Iberocruceros ● Premio del Instituto Danone ● Premio del Colegio Oficial de Psicólogos ● Premio de la Asociación Multisectorial de Empresas de Tecnología de la Información ● Dos premios de la Fundación Farmacéutica Avenzoar ● Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina ● Medalla de oro del Foro Europa 2001 ● Premio del Instituto Barraquer ● Dos Premios del Club Español de la Energía ● Premios del Instituto Puleva de Nutrición ● Medalla de Honor de la Fundación Bamberg ● Premio Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid ● Premio Periodístico sobre la Heparina ● Premio Comunicación Sanitaria 2016 del Instituto de Investigación y Desarrollo Social de Enfermedades poco frecuentes ● Premio Medialover 2017 ● Premio Fundación ECO ● Premio Fundación DomusVi ● Premio Asedef ● Premio Periodismo en Respiratorio GSK ● Premio Nacional de Medicina Siglo XXI ● Premio New Medical Economics ● Premio EIT Food ● Premio Supercuidadores ● Premio Colegiado de Honor del COFM ● Premio HematoAvanza de la SEHH ● Premio Íñigo Lapetra de Periodismo Sanitario ● Premio España en el Corazón de Asedef ● Premio Fundación Humans ● Premio Sedar ● Premio Fundación CRIS Contra el Cáncer ● Premios Imparables Sanitarios ● Premio Fundación Bamberg ● Premio CEN a la Divulgación de las Neurociencias ● VI Premio de Periodismo en respiratorio GSK ● Premio del Consejo General de Dentistas ● Premio Periodístico SEMI ● Premio de Periodismo Sedar ● Premio Fundación Grünenthal ● Premio de la Sociedad Española de Neurología ● Premio de la Sociedad Española de Cardiología ● Premio Médicos y Pacientes de la OMC ● Premio Colegio de Médicos de Toledo ● Premio Los Mejores de PR ● Premio Fundación SED

> 19 de junio de 2026 a las 5:32

Neurología

El envejecimiento disparará el ELA en Europa: un 40% más en 25 años

El coste medio por paciente supera los 50.000 euros anuales, asociado tanto a la progresión de la discapacidad como a la necesidad de recursos asistenciales

NIEVES SALINAS

La ELA (esclerosis lateral amiotrófica) ya es una de las principales causas de discapacidad en la población española. Además, las proyecciones epidemiológicas estiman un incremento superior al 40% del número de personas afectadas en Europa en los próximos 25 años, impulsado principalmente por el envejecimiento poblacional. Lo recuerda el doctor Francisco Javier Rodríguez de Rivera, coordinador del Grupo de Estudio de Enfermedades Neuromusculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Este domingo, 21 de junio, se conmemora el Día Internacional de la enfermedad.

Una enfermedad neurodegenerativa con una alta letalidad y una rápida evolución clínica: en España se diagnostican alrededor de tres nuevos casos al día, una cifra similar a la de los fallecimientos diarios asociados a esta patología.

«Apostar por las unidades espe-



Imagen de archivo de un paciente con ELA.

cializadas es apostar por anticiparse al aumento previsible de la carga asistencial, que tendrá un impacto significativo en los recursos sanitarios especializados y en los sistemas de cuidados de larga duración.

Pero también por impulsar la investigación, al concentrar la experiencia clínica y los recursos, lo que mejora la capacidad de generar conocimiento y acelerar el desarrollo de nuevas terapias», indica Rodrí-

guez de Rivera. Según datos de la SEN, la ELA afecta a unos 4.000/4.500 españoles. Cada año se registra cada año un número similar de nuevos casos y fallecimientos, en torno a 900/1.000. Constitu-

ye la tercera enfermedad neurodegenerativa más frecuente, tras la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson. La edad media de inicio se sitúa entre los 60 y los 69 años, aunque puede presentarse en un amplio rango de edades que abarcan desde la adolescencia hasta edades muy avanzadas.

«La media de supervivencia tras el diagnóstico se sitúa entre los 2 y los 5 años, aunque alrededor del 20% de los pacientes supera los 5 años y aproximadamente un 10% alcanza más de 10 años de evolución. En cualquier caso, se trata de una enfermedad de evolución generalmente rápida, con una necesidad asistencial creciente desde fases tempranas», añade el neurólogo.

Distintos soportes

En fases avanzadas, suele requerir soporte ventilatorio y nutricional, además de tratamientos continuos altamente especializados. «Asimismo, más del 50% de los pacientes presentan alteraciones cognitivas, conductuales o emocionales asociadas, lo que incrementa la complejidad del manejo clínico», apunta. Actualmente, el coste medio estimado por paciente supera los 50.000 euros anuales, asociado tanto a la progresión de la discapacidad como a la necesidad de recursos asistenciales continuos. Por esta razón, la SEN destaca la importancia de las unidades multidisciplinarias de enfermedades neuromusculares, que facilitan la coordinación de los cuidados respiratorios, nutricionales, rehabilitadores y de apoyo psicológico que requieren estos pacientes. ■

EPC



> 19 de junio de 2026 a las 4:59

NIEVES SALINAS

Barcelona

Neurología

La ELA (esclerosis lateral amiotrófica) ya es una de las principales causas de discapacidad en la población española. Además, las proyecciones epidemiológicas estiman un incremento superior al 40% del número de personas afectadas en Europa en los próximos 25 años, impulsado principalmente por el envejecimiento poblacional. Lo recuerda el doctor Francisco Javier Rodríguez de Rivera, coordinador del Grupo de Estudio de Enfermedades Neuromusculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Este domingo, 21 de junio, se conmemora el Día Internacional de la enfermedad.

El coste medio por paciente supera los 50.000 euros anuales, asociado a la progresión de la discapacidad y asistencia continua

El envejecimiento disparará los casos de ELA en Europa: un 40% más

Una enfermedad neurodegenerativa con una alta letalidad y una rápida evolución clínica: en España se diagnostican alrededor de tres nuevos casos al día, una cifra similar a la de los fallecimientos diarios asociados a esta patología.

«Apostar por las unidades especializadas es apostar por antici-

parse al aumento previsible de la carga asistencial, que tendrá un impacto significativo en los recursos sanitarios especializados y en los sistemas de cuidados de larga duración. Pero también por impulsar la investigación, al concentrar la experiencia clínica y los recursos, lo que mejora la capacidad

de generar conocimiento y acelerar el desarrollo de nuevas terapias», indica Rodríguez de Rivera.

Nuevos casos

Según datos de la SEN, la ELA afecta a unos 4.000/4.500 españoles. Cada año se registra cada año un número similar de nuevos ca-

sos y fallecimientos, en torno a 900/1.000. Constituye la tercera enfermedad neurodegenerativa más frecuente, tras la enfermedad de Alzheimer y la enfermedad de Parkinson. La edad media de inicio se sitúa entre los 60 y los 69 años, aunque puede presentarse en un amplio rango de edades que abarcan desde la adolescencia hasta edades muy avanzadas.

«La media de supervivencia tras el diagnóstico se sitúa entre los 2 y los 5 años, aunque alrededor del 20% de los pacientes supera los 5 años y aproximadamente un 10% alcanza más de 10 años de evolución. En cualquier caso, se trata de una enfermedad de evolución generalmente rápida, con una necesidad asistencial creciente desde fases temprana», añade el neurólogo. ■



> 19 de junio de 2026 a las 4:56

NIEVES SALINAS

Barcelona

Neurología

La ELA (esclerosis lateral amiotrófica) ya es una de las principales causas de discapacidad en la población española. Además, las proyecciones epidemiológicas estiman un incremento superior al 40% del número de personas afectadas en Europa en los próximos 25 años, impulsado principalmente por el envejecimiento poblacional. Lo recuerda el doctor Francisco Javier Rodríguez de Rivera, coordinador del Grupo de Estudio de Enfermedades Neuromusculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Este domingo, 21 de junio, se conmemora el Día Internacional de esta enfermedad.

El coste medio por paciente supera los 50.000 euros anuales, asociado a la progresión de la discapacidad y asistencia continua

El envejecimiento disparará los casos de ELA en Europa: un 40% más

Una enfermedad neurodegenerativa con una alta letalidad y una rápida evolución clínica: en España se diagnostican alrededor de tres nuevos casos al día, una cifra similar a la de los fallecimientos diarios asociados a esta patología.

«Apostar por las unidades especializadas es apostar por anti-

parse al aumento previsible de la carga asistencial, que tendrá un impacto significativo en los recursos sanitarios especializados y en los sistemas de cuidados de larga duración. Pero también por impulsar la investigación, al concentrar la experiencia clínica y los recursos, lo que mejora la capacidad

de generar conocimiento y acelerar el desarrollo de nuevas terapias», indica Rodríguez de Rivera.

Nuevos casos

Según datos de la SEN, la ELA afecta a unos 4.000/4.500 españoles. Cada año se registra cada año un número similar de nuevos ca-

sos y fallecimientos, en torno a 900/1.000. Constituye la tercera enfermedad neurodegenerativa más frecuente, tras la enfermedad de alzhéimer y la enfermedad de párkinson. La edad media de inicio se sitúa entre los 60 y los 69 años, aunque puede presentarse en un amplio rango de edades que abarcan desde la adolescencia hasta edades muy avanzadas.

«La media de supervivencia tras el diagnóstico se sitúa entre los 2 y los 5 años, aunque alrededor del 20% de los pacientes supera los 5 años y aproximadamente un 10% alcanza más de 10 años de evolución. En cualquier caso, se trata de una enfermedad de evolución generalmente rápida, con una necesidad asistencial creciente desde fases tempranas», añade el neurólogo. ■

La ELA crecerá más de un 40% en Europa de aquí a 2050

L.R.S MADRID

Los casos de esclerosis lateral amiotrófica (ELA) aumentarán más de un 40% en Europa en los próximos 25 años debido al envejecimiento de la población, según las proyecciones epidemiológicas de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Francisco Javier Rodríguez, coordinador del Grupo de Estudio de Enfermedades Neuromusculares, advierte ayer de que esta enfermedad neurodegenerativa, una de las principales causas de discapacidad en España, tendrá un impacto creciente en los sistemas sanitarios.

En España conviven actualmente entre 4.000 y 4.500 personas con ELA, y cada año se registran entre 900 y 1.000 nuevos diagnósticos, una cifra similar a la de fallecimientos. «En España se diagnostican alrededor de tres nuevos casos al día, una cifra similar a la de los fallecimientos diarios asociados a esta patología», señaló. La edad media a la que debuta la enfermedad se sitúa entre los 60 y los 69 años, aunque los primeros síntomas pueden aparecer desde la adolescencia hasta edades muy avanzadas.

El 70% de los pacientes debuta con pérdida de fuerza en las extremidades y el 30% con alteraciones del habla y la deglución. En todos los casos, la enfermedad progresa hacia una parálisis muscular generalizada que conduce a una dependencia total. La supervivencia media tras el diagnóstico es de 2 a 5 años.

El coste medio por paciente supera los 50.000 euros anuales, lo que refuerza la necesidad de unidades multidisciplinarias especializadas. Estas estructuras, según la SEN, mejoran la calidad de vida, reducen costes, agilizan el diagnóstico –que aún se retrasa más de un año– y aumentan la supervivencia.

España acaba de autorizar la primera terapia dirigida a una forma genética de la enfermedad asociada al gen SOD1, un avance revolucionario.



> 19 de junio de 2026 a las 1:15

NEUROLOGÍA**La miastenia gravis afecta ya a más de 16.000 personas en España**

La Sociedad Española de Neurología (SEN) estima que más de 16.000 personas padecen miastenia gravis en España, una enfermedad neuromuscular autoinmune que provoca debilidad y fatiga muscular. Con motivo del Día Mundial de esta patología, los neurólogos recuerdan que su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, especialmente entre personas mayores, y que continúa siendo un trastorno infradiagnosticado. La SEN subraya que los síntomas -caída de párpados, visión doble, dificultad para hablar, masticar o tragar, y debilidad en brazos y piernas- pueden confundirse con otras enfermedades, lo que retrasa el diagnóstico. ■



> 20 de junio de 2026 a las 5:43

NIEVES SALINAS
Barcelona

Neurología

La ELA (esclerosis lateral amiotrófica) ya es una de las principales causas de discapacidad en la población española. Además, las proyecciones epidemiológicas estiman un incremento superior al 40% del número de personas afectadas en Europa en los próximos 25 años, impulsado principalmente por el envejecimiento poblacional. Lo recuerda el doctor Francisco Javier Rodríguez de Rivera, coordinador del Grupo de Estudio de Enfermedades Neuromusculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Este domingo, 21 de junio, se conmemora el Día Internacional de esta enfermedad.

El coste medio por paciente supera los 50.000 euros anuales, asociado a la progresión de la discapacidad y asistencia continua

El envejecimiento disparará los casos de ELA en Europa: un 40% más

Una enfermedad neurodegenerativa con una alta letalidad y una rápida evolución clínica: en España se diagnostican alrededor de tres nuevos casos al día, una cifra similar a la de los fallecimientos diarios asociados a esta patología.

«Apostar por las unidades especializadas es apostar por antici-

parse al aumento previsible de la carga asistencial, que tendrá un impacto significativo en los recursos sanitarios especializados y en los sistemas de cuidados de larga duración. Pero también por impulsar la investigación, al concentrar la experiencia clínica y los recursos, lo que mejora la capacidad

de generar conocimiento y acelerar el desarrollo de nuevas terapias», indica Rodríguez de Rivera.

Nuevos casos

Según datos de la SEN, la ELA afecta a unos 4.000/4.500 españoles. Cada año se registra cada año un número similar de nuevos ca-

sos y fallecimientos, en torno a 900/1.000. Constituye la tercera enfermedad neurodegenerativa más frecuente, tras la enfermedad de alzhéimer y la enfermedad de párkinson. La edad media de inicio se sitúa entre los 60 y los 69 años, aunque puede presentarse en un amplio rango de edades que abarcan desde la adolescencia hasta edades muy avanzadas.

«La media de supervivencia tras el diagnóstico se sitúa entre los 2 y los 5 años, aunque alrededor del 20% de los pacientes supera los 5 años y aproximadamente un 10% alcanza más de 10 años de evolución. En cualquier caso, se trata de una enfermedad de evolución generalmente rápida, con una necesidad asistencial creciente desde fases tempranas», añade el neurólogo. ■