



EL MEDIO DE LA FARMACIA COMUNITARIA

Farmacia Iconika acredita su preparación para responder ante un posible ictus

La certificación 'Espacio Cerebroprotegido', impulsada por la Fundación Freno al Ictus, reconoce la formación para identificar las señales de alerta de esta enfermedad y activar rápidamente los servicios de emergencia.





GUARDAR Reproducir 30/10/2026

Coincidiendo con el **Día Mundial del Ictus, Farmacia Iconika** refuerza su compromiso con la prevención y la promoción de la salud mediante la certificación 'Espacio Cerebroprotegido', impulsada por la **Fundación Freno al Ictus**. Esta iniciativa supone un nuevo paso en su apuesta por un modelo de farmacia cada vez más asistencial, cercana y comprometida con la salud de las personas.

La certificación reconoce la preparación para identificar los síntomas de un posible ictus y actuar con rapidez ante una emergencia sanitaria, facilitando la activación de los servicios de emergencia a través del 112. Con esta iniciativa, Farmacia Iconika pone en valor el papel de la farmacia comunitaria como espacio sanitario de proximidad, capaz de contribuir a la detección de señales de alerta y a una respuesta temprana ante situaciones de riesgo.

El ictus constituye una de las principales causas de discapacidad adquirida en adultos y representa un importante reto para la salud pública. Ante esta enfermedad, **el tiempo de respuesta resulta determinante** para mejorar el pronóstico y reducir el riesgo de secuelas. En este contexto, la farmacia comunitaria, por su accesibilidad y proximidad con los ciudadanos, puede desempeñar un papel relevante en la identificación de señales de alerta y la activación temprana de los servicios de emergencia.

La certificación 'Espacio Cerebroprotegido', concedida por la Fundación Freno al Ictus, se obtiene mediante una formación en línea desarrollada con la colaboración de la **Sociedad Española de Neurología** (SEN). Esta formación forma parte del proyecto *Brain Caring People* y cuenta con el apoyo de la **Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo** (AEEMT) y la **Asociación Española de Servicios de Prevención Laboral** (AESPLA).



Iconika Impact: un compromiso con la salud que va más allá de la farmacia

Esta iniciativa se enmarca en **Iconika Impact**, el programa de compromiso social de Farmacia Iconika junto a la **Fundación Fedefarma**, que tiene como propósito impulsar acciones que generen un impacto positivo en la salud y la sociedad, reforzando el papel sanitario y social de la farmacia comunitaria.

En palabras de **Albert Rovira**, *presidente de Farmacia Iconika*, *"la farmacia es mucho más que un punto de dispensación de medicamentos. Es un espacio sanitario de proximidad donde cada día se escucha, se acompaña y se cuida de las personas. Con iniciativas como esta queremos seguir potenciando su papel asistencial, dotándola de herramientas y conocimientos que le permitan contribuir de manera activa a la salud de las personas"*.

Con proyectos como este, Farmacia Iconika continúa avanzando en su propósito de construir una comunidad de farmacias que, además de reforzar su independencia y competitividad, contribuya activamente a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas.

#ictus #formación #farmacia iconika #prevención

Autor: IM Farmacias



Te recomendamos



SALUD

Día Mundial del Ictus: grupos de mayor riesgo y síntomas para identificarlo

29 octubre, 2026 TRA Noticias 5 Mins Lectura



En España se estima que alrededor del 30 % de las personas menores de 50 años que sufren un ictus han consumido drogas ilegales, según datos proporcionados por la SEN.

Fuente: Agencia EFE/agencia_efe@hoy.com.do

En los últimos años se ha registrado un incremento en los casos de ictus en personas menores de 55 años, y el consumo de drogas ilegales como la cocaína, el cannabis o las metanfetaminas está estrechamente vinculado a este aumento. Aunque el consumo sea esporádico o puntual, estas sustancias generan diversos efectos en el organismo, como elevación de la presión arterial, taquicardias o vasoespasmos, que incrementan el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular.

Según un estudio reciente de la Universidad de Cambridge publicado en "International Journal of Stroke" (Revista Internacional de Ictus), el consumo de cocaína eleva el riesgo de ictus en un 96 %, el de anfetaminas en un 122 % y el de cannabis en un 37 %.

Cuando los investigadores centraron su análisis en personas menores de 55 años, hallaron que el

consumo de anfetaminas casi triplica la probabilidad de sufrir un ictus (174 %); el del cannabis aumenta ese riesgo en un 14 %; y la cocaína lo hace en un 97 %.

En la misma publicación, un estudio sobre la creciente incidencia del ictus en población joven indica que entre el 5 % y el 15 % de las personas menores de 55 años que viven en países desarrollados han sufrido un accidente cerebrovascular, cifra que puede alcanzar hasta el 24 % en naciones con menos recursos.

El doble de casos de ictus en menores de 55 años

Con motivo del Día Mundial del Ictus, Marta Guillán, neuróloga y miembro del grupo de estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN), señala que en España los casos de ictus en menores de 55 años se han duplicado desde el año 2000, pasando de 7 a 15 por cada 100.000 habitantes.

"No es para alarmar a la población, porque aunque duplicar suene impactante, ha pasado de 7 a 15 casos; sin embargo, el ictus sigue siendo mucho más común en las personas mayores", aclara Guillán, quien trabaja en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, en Madrid.

La especialista explica que ahora los jóvenes presentan más factores que aumentan ese riesgo, como la obesidad vinculada al sedentarismo, la dislipemia –alteración de los lípidos sanguíneos como el colesterol– y también, efectivamente, el consumo de drogas ilegales.

De acuerdo con una encuesta poblacional realizada por la SEN y publicada en junio pasado sobre hábitos cerebrovasculares en España, el 7 % ha consumido drogas en los últimos meses y más del 15,5 % de jóvenes entre 18 y 34 años consumió algún tipo de droga ilegal durante el último año.



En España se estima que alrededor del 30 % de las personas menores de 50 años que sufren un ictus han consumido drogas ilegales, según datos proporcionados por la SEN.

Los daños relacionados con el consumo

Las sustancias ilegales más relacionadas con el ictus debido a su alta prevalencia son la cocaína, las metanfetaminas y anfetaminas (que pertenecen al mismo grupo) y el cannabis, según estudios recientes.

El consumo puntual, esporádico o habitual implica riesgos importantes por diversas razones.

En primer lugar, provoca aumentos bruscos de la presión arterial que facilitan hemorragias

cerebrales y formación de aneurismas.

"También pueden producirse vasoespasmos, es decir, que la arteria se cierre repentinamente debido al consumo de la droga", explica la neuróloga de la SEN, especialmente asociado al uso de cocaína.

Además, pueden generarse arritmias cardiacas que derivan en trombos capaces de desplazarse hasta el cerebro.

Ictus hemorrágicos e isquémicos

Estas sustancias pueden ocasionar tanto ictus isquémicos como hemorrágicos.

Guillán detalla que los isquémicos se originan por una falta de flujo sanguíneo: "la arteria se obstruye ya sea por cierre o por trombosis, impidiendo la circulación hacia otras áreas cerebrales".

Por otra parte, los ictus hemorrágicos ocurren cuando una arteria se rompe y provoca una hemorragia dentro del cerebro.

La especialista añade que si bien era sabido que tanto cocaína como anfetaminas aumentaban el riesgo de ictus, no existía tanta evidencia respecto al cannabis: "Siempre fue más difícil demostrar el daño causado por esta sustancia".

"La percepción era que el cannabis no era tan perjudicial ni dañino. Se conocía su impacto sobre la memoria y funciones cognitivas pero no tanto sobre los vasos sanguíneos. Hoy sabemos gracias a estudios recientes que también puede causar daño vascular", enfatiza Guillán.

Dejar las drogas

Interrumpir el consumo de drogas ilegales como cocaína o metanfetaminas reduce drásticamente el riesgo de ictus salvo cuando ya existan lesiones previas.

En cambio, con respecto al cannabis ocurre algo similar al tabaco: "Los años fumando cannabis o tabaco lesionan pulmones y arterias. Para disminuir el riesgo cardiovascular deben transcurrir muchos años tras dejarlo. Por ejemplo, una persona fumadora durante 40 años tarda cerca de una década para disminuir su riesgo cancerígeno; sin embargo algunos riesgos permanecen contigo", añade Guillán.

Señales de alarma

Es fundamental reconocer siempre las señales alertantes del ictus.

"Tener súbitamente la boca torcida, parálisis parcial del cuerpo o dificultad repentina para hablar son indicios claros de un fallo brusco cerebral y requieren acudir inmediatamente al hospital", indica la neuróloga miembro de la SEN.

No obstante, recomienda no trasladarse por cuenta propia ni caminando sino llamar al 112 para activar el Código Ictus. Así una ambulancia llegará rápidamente al lugar del incidente para llevar al paciente al hospital ya preparado para actuar con rapidez y eficacia.



Etiquetas Amphetamine Artery Bleeding Blood pressure Brain Cambridge Cannabis (drug) Cholesterol Cocaine Drug Dyslipidemia Incidence (epidemiology) Ischemia Lipid madrid Methamphetamine Neurology Obesity Recreational drug use Stroke Tachycardia Thrombosis

Sobre el Autor

29 de octubre: Día Mundial del ACV (Accidente Cerebro Vascular)

octubre 29, 2026

El 29 de octubre se celebra el Día Mundial del ACV, también llamado Ictus, una enfermedad que supone la segunda causa de muerte en España, la primera en mujeres. La primera causa de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda causa de demencia.

¿Qué es un ictus o ACV?

Un ictus es un trastorno brusco en la circulación sanguínea del cerebro que puede ser producido por obstrucción (85% de los casos) o por hemorragia (15%).

El daño cerebral que produce un ictus depende del tiempo

en el que dura este trastorno y de la zona que se haya visto afectada. Por lo tanto, saber identificar los síntomas para acudir cuanto antes al hospital, puede ayudar mejorar significativamente el pronóstico de esta enfermedad.

Un ictus es siempre una urgencia médica y se recomienda llamar a emergencias y no trasladar al paciente al hospital por medios propios.

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año 110.000-120.000 personas sufren un ictus en España, de los cuales un 50% quedan con secuelas que les causan discapacidad o fallecen.

En los últimos 20 años, la mortalidad y discapacidad por ictus ha disminuido, gracias a la mejora en la detección precoz y el control de los factores de riesgo. Pero aun así su incidencia sigue aumentando.

Principales síntomas del ictus

Los principales síntomas del ictus son:

Alteración brusca en el lenguaje, con dificultades para hablar o entender.

Pérdida brusca de fuerza o sensibilidad en una parte del cuerpo. Generalmente afecta a una mitad del cuerpo y se manifiesta sobre todo en la cara y/o en las extremidades.

Alteración brusca de la visión, como pérdida de visión por un ojo, visión doble o incapacidad para apreciar objetos en algún lado de nuestro campo visual.

Pérdida brusca de coordinación o equilibrio.

Dolor de cabeza muy intenso y diferente a otros dolores de cabeza habituales.

Pueden aparecer varios de estos síntomas, aunque uno solo

es motivo suficiente para llamar a Urgencias.

Famosos que han superado un ictus

A pesar de ser una urgencia médica y un problema grave de salud, el ictus puede tratarse a tiempo y es posible la recuperación tras el ictus. De hecho, te contamos el caso de algunas personas relevantes que se han recuperado de un ictus y han seguido con su vida personal y profesional después de sufrirlo:

Joaquín Sabina: sufrió un accidente isquémico leve en 2001.

Monserrat Caballé: en 2012, la conocidísima soprano sufrió un ictus, se quedó inconsciente y cayó al suelo, rompiéndose el húmero. Al poco tiempo, se encontraba bien.

María Escario: esta periodista deportiva lo contó como si le golpearan con un bate de beisbol en la nuca.

Sharon Stone: en 2001 sufrió un accidente cerebrovascular a consecuencia de un aneurisma.

Silvia Abascal: la actriz española tuvo que ingresar de urgencia en el hospital debido a una hemorragia cerebral, mientras preparaba el Festival de Málaga en 2011. Escribió un libro sobre la experiencia con el título «Todo un viaje».

Fuente: diainternacionalde.com

Últimas Noticias

Telde se une al Día Mundial del Ictus para concienciar sobre prevención y actuación rápida

El Ayuntamiento de Telde difunde información sobre síntomas, factores de riesgo y la importancia de llamar al 112 ante la sospecha de un ictus.

Por **Jonay Mesa Rodríguez** • 30 octubre 2026 a las 09:0



Imagen genérica de un escáner cerebral con áreas resaltadas, simbolizando un ictus.

El Ayuntamiento de Telde se suma este jueves a la conmemoración del Día Mundial del Ictus para concienciar a la ciudadanía sobre la importancia de conocer los síntomas,

prevenir factores de riesgo y actuar con rapidez ante cualquier sospecha.

La Concejalía de Sanidad de Telde, dirigida por **Janoa Anceaume**, difunde un mensaje clave: identificar las señales de alarma y actuar de inmediato puede marcar la diferencia y reducir las secuelas de esta emergencia médica. El ictus, una alteración repentina de la circulación sanguínea cerebral, requiere atención inmediata, ya que el tiempo es crucial para la recuperación.

Según datos de la **Sociedad Española de Neurología (SEN)** de 2024, España registra alrededor de 90.000 nuevos casos de ictus anualmente, con más de 23.000 fallecimientos. La SEN recuerda que síntomas como la pérdida de fuerza en un lado del cuerpo, desviación de la boca, dificultades para hablar, pérdida de visión o un dolor de cabeza intenso y súbito son señales de alarma.

Una forma sencilla de detectar estos síntomas es pedir a la persona que sonría, levante ambos brazos y pronuncie una frase. Si se observa asimetría facial, incapacidad para mantener los brazos levantados o problemas al hablar, es fundamental llamar al **112** de inmediato. No se debe esperar a que los síntomas desaparezcan ni intentar trasladar a la persona por medios propios.

La prevención es clave y comienza con hábitos cotidianos. La SEN enfatiza el control de factores de riesgo cardiovascular como mantener una tensión arterial adecuada, controlar la diabetes y el colesterol, evitar el tabaco, realizar actividad física regular y seguir una alimentación equilibrada. La hipertensión arterial es un factor de riesgo principal, por lo que los controles periódicos de salud son especialmente recomendables.

Información elaborada a partir de la fuente oficial: Ayuntamiento de Telde (30/10/2026)

Compartir:

Noticias Relacionadas

Directo

Última hora del accidente de trenes en Toledo

Directo

Comparecencia en directo de Óscar Puente

El nuevo virus cognitivo

La IA nos roba habilidades cognitivas como la memoria y la atención; unas capacidades que las tecnológicas ya se disputaban en redes sociales



▲ **Los niños pueden pasar hasta 6-7 horas al día viendo pantallas** dreamstime

EVA MARTÍNEZ RULL

Creada: 30.10.2026 10:30
Última actualización: 30.10.2026 10:30

Porque si a ti te importa,
a nosotros, también
Infórmate aquí
Más información, en CaixaBank.es
NRI: 10191-2026/16969

Chatbot socrático. Es el tipo de chatbot al que pertenece **Maike, desarrollado por la Fundación Ellis** específicamente para ayudar a la formación de estudiantes. Su nombre, como se ve, está inspirado en el método socrático porque, a diferencia de otro bot conversacional convencional que ofrece respuestas inmediatas a las preguntas, este invita a reflexionar, expresar ideas y revisar el propio razonamiento. Es decir, no delega el esfuerzo cognitivo ni el pensamiento crítico. Maike se ha utilizado ya en un piloto con estudiantes de secundaria y, antes de que acabe el año, se quiere usar con alumnos de Derecho, en «asignaturas en las que tienen que escribir ensayos argumentativos, originales, contestar a preguntas difíciles y que no tienen una respuesta inequívoca», detalla Nuria Oliver, directora y cofundadora de la Fundación Ellis Alicante.

Desde la Fundación se preguntan si es momento de detenerse a pensar en la fascinación que sentimos por esta tecnología y lo que puede hacer por nosotros. **¿Estamos dispuestos a perder una cierta capacidad cognitiva?** «Está claro que si dejamos de escribir y de leer, perderemos esas habilidades y con ellas dejamos de pensar críticamente», comenta Oliver, quien considera que cuando las tecnológicas hablan del fin del mundo en 2030, en cierta forma, parecen referirse al final de esas habilidades que nos hacen «sapiens».

Lo cierto es que ya hay estudios incipientes que apuntan a una pérdida de capacidades humanas como la memoria, la creatividad, la concentración, la paciencia o el espíritu crítico. **«Los estudiantes que usan la IA para salir del paso de forma rápida caen en rendimiento en evaluaciones a libro cerrado**

Ezpeleta, vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología.

La aparición de la IA generativa es el último punto en esta carrera en la que las habilidades cognitivas parecen haberse convertido en el último bien con el que comerciar. Pero, si echamos la vista atrás, hay otro gran punto de inflexión: 2010 y una herramienta, las redes sociales. Estas nacieron con la finalidad de conectarnos con familia o amigos, pero pronto se convirtieron en una herramienta con la que las plataformas conectaban a sus usuarios con empresas. El objetivo era el beneficio económico y la consecuencia la captación de la atención, dependencia y, ahora, la merma de habilidades cognitivas. David Ezpeleta comenta que «el problema de los móviles es que son mucho más accesibles. Además, las redes sociales están diseñadas para crear adicción, para quedarse con tu tiempo, traficar con tu atención y monetizarlos»

Este uso excesivo de la tecnología tienen consecuencias sobre todo en niños y adolescentes, aunque nadie se libra. **«Los adultos también sufren de falta de atención, pérdida de concentración.** Estas plataformas están expresamente fabricadas por personas que se dedican a la neurociencia y quieren robar la atención el mayor tiempo posible», continúa Ezpeleta.

Adiós al CI

Un estudio americano de 2023 afirma que, por primera vez desde 1930, el cociente intelectual está bajando en el país. Los resultados mostraban caídas en lógica, vocabulario y resolución de problemas, y entre las causas apuntaban a una caída de los estándares nutricionales, un empeoramiento de los sistemas escolares, un aumento negativo del uso de las redes sociales y un aumento de la contaminación del aire. Ezpeleta aclara que «es lo se llama efecto Flynn inverso y se está verificando desde hace un par de décadas. En realidad no se sabe a ciencia cierta si es consecuencia de la tecnología y las redes, pero es una posibilidad a la que muchos apuntan. Desde 2010-2012 se generalizan los móviles inteligentes y las redes sociales y se empiezan a disparar los problemas de salud mental. Se ve cómo **han ido aumentando de forma progresiva en estos años las tasas de**

como una bacteria que produce la meningitis; es multifactorial. Las sociedades científicas se han puesto a investigar y la mayoría convergemos en que las RR SS son uno de los grandes catalizadores de estos problemas». Por eso, comenta, se han unido bajo una plataforma única para pedir medidas y leyes que protejan sobre todo a los más jóvenes. «Igual no se trata de prohibir, no lo sé, pero sabemos que las multas no sirven contra empresas que generan tantos beneficios como Meta. **De media un adolescente pasa cuatro horas al día con el móvil, hasta 6-7 un fin de semana.** Les está robando muchas horas de sueño, de estudio, de tiempo de calidad con los amigos, de deporte», afirma en neurólogo, quien detalla que **los cambios funcionales y morfológicos en el cerebro son visibles.** «Se ve con equipos especiales. Hay estudios donde se ha visto que a mayor hora de utilización del móvil en las redes sociales, **hay varias áreas del cerebro que se adelgazan.** Esto es así, lo estamos viendo, no es opinión, no es teoría, sino son estudios y observaciones los que nos lo están mostrándo», confirma.

Eso sin mencionar el tipo de contenidos que se consumen o fenómenos como el «fear of missing out» o miedo a perderse algo que lleva aparejado el «speed watching», aumentar la velocidad de reproducción de contenido para consumirlo antes. Una tendencia que, sobre todo, se da entre jovenes y que tiene consecuencias negativas en la atención sostenida o la capacidad de disfrutar.

Habilidades sociales

Además de las capacidades cognitivas, también están en juego nuestras habilidades sociales, que constituyen una dimensión fundamental de nuestra naturaleza humana. "Corremos el riesgo de acostumbrarnos a mirar a los demás desde una lógica instrumental, valorándolos más por su utilidad, su visibilidad o su popularidad que por su condición de personas. Las redes sociales pueden reforzar esta tendencia cuando convierten indicadores como el número de seguidores o de 'me gusta' en medidas aparentes del valor personal. Por otra parte, las relaciones humanas requieren esfuerzo, empatía y disposición a mostrarnos vulnerables. Aunque las herramientas digitales también permiten establecer vínculos significativos, algunas formas de interacción mediadas por

telefónicas o determinadas dificultades en la comunicación presencial, desde mantener el contacto visual **(la llamada mirada de la generación z)** hasta desenvolverse con naturalidad en situaciones sociales cotidianas», comenta Sara Lumbreras, profesora en la Escuela de Ingeniería ICAI de la Universidad Pontificia Comillas.

¿Prohibir?

►**Australia ha sido el primer país en prohibir las redes sociales a los menores de 16 años.** Las pantallas se desaconsejan antes de los 6 y, en general, se recomiendan gestos simples como apagar las notificaciones, eliminar el rastreo de datos y los permisos que le damos y ser conscientes, dice la agencia EFE en un texto, de que nuestra atención vale dinero. «Hemos tardado 20 años en tener el reconocimiento por parte de las empresas de que efectivamente los algoritmos son adictivos y han tenido que ser en el contexto de sentencias judiciales condenatorias. No deberíamos dejar que pasen otros 20 años para entender que impacto negativo puede tener un uso extensivo y quizás no cuidadoso de los sistemas de IA generativa. Deberíamos exigir un desarrollo tecnológico que nos beneficie y que sea positivo para nosotros, no que se enriquezca a costa de nosotros», opina Oliver.

DIARIO DE NAVARRA

Suscríbete

Nombramiento

El neurólogo pamplonés David Ezpeleta, vicepresiente del Consejo Español del Cerebro

Este facultativo es también vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

- Un incidente ferroviario en Cortes reveló errores de comunicación habituales entre maquinistas y control
- "Me gastaba todo mi dinero en las máquinas tragaperras"

Activar notificaciones



DOUXO Skin & Coat spa
DOUXO® Skin & Coat SPA Champú Ultrasuave para Control de la Mud...
4,5 15
10,42 € 13,99 €

El neurólogo pamplonés David Ezpeleta Echávarri, frente al Hospital San Juan de Dios, donde trabaja.. **DN**

SONSOLES ECHAVARREN
Publicado el 30/10/2026 a las 12:45

Añadir Diario de Navarra en Google

El **neurólogo David Ezpeleta Echávarri** (Pamplona, 1968) acaba de ser nombrado **vicepresidente** del **Consejo Español del Cerebro (CEC)**. Este facultativo ocupa, además, la vicepresidencia de la **Sociedad Española de Neurología (SEN)**, de la que es responsable de las áreas de Neurotecnología e Inteligencia Artificial e Historia y Cultura. David Ezpeleta trabaja en el **Hospital San Juan de Dios de Pamplona** y desde hace un año dirige el **Instituto de Neurociencias Vithas (Madrid).**

El Consejos Español del Cerebro es una **organización no gubernamental** creada en **2009** y que agrupa a **sociedades científicas**, asociaciones de **pacientes** e **industria.** Su objetivo es participar y promover actividades relacionadas con la investigación del cerebro y sus patologías.

Activar notificaciones

FÚTBOL

Fallece el futbolista Jesús de Miguel tras su choque con el portero Owono

Un neurólogo navarro, nuevo vicepresidente del Consejo Español del Cerebro

Se trata de David Ezpeleta, especialista del Hospital San Juan de Dios y vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología

Añádenos en Google

Unai Yoldi

PAMPLONA | 30·10·26 | 13:12



David Ezpeleta, en la entrada del Hospital San Juan de Dios. / CEDIDA

El Consejo Español del Cerebro (CEC) ha renovado recientemente su junta directiva, en la que el navarro **David Ezpeleta Echávarri**, en representación de la Sociedad Española de Neurología (SEN), ha sido nombrado nuevo vicepresidente.

La presidencia de la entidad ha recaído en **Laura López-Mascaraque**, de la Sociedad Española de Neurociencia (SENC).

PUBLICIDAD

Según ha señalado la entidad en una nota, el Consejo Español del Cerebro **agrupa a sociedades científicas, asociaciones de pacientes y otros agentes vinculados al ámbito de la salud cerebral**, con el objetivo de promover la investigación sobre el cerebro y sus enfermedades, así como impulsar iniciativas para mejorar su prevención, diagnóstico y tratamiento.

Con este nombramiento, la SEN "refuerza su participación en este órgano de colaboración multidisciplinar, desde el que trabaja junto a otras entidades para impulsar el conocimiento sobre el cerebro y situar la salud cerebral entre las prioridades científicas, sanitarias y sociales".

Asimismo, **Ezpeleta**, natural de Pamplona, es vicepresidente de la **Sociedad Española de Neurología**, sociedad científica constituida por más de 4.500 miembros, entre los que se incluyen la gran mayoría de los neurólogos españoles y otros profesionales sanitarios interesados en la Neurología.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la **Universidad de Navarra**, hizo la residencia de neurología en el **Hospital General Universitario Gregorio Marañón** de Madrid. Actualmente es Director del **instituto de Neurociencias Vithas** en Madrid y neurólogo en el **Hospital San Juan de Dios** de Pamplona.

Fue coordinador de la asignatura **Neurología y Neurocirugía (Medicina, Universidad Europea de Madrid)** durante las tres primeras promociones (2012-15) y coordinador académico en la Universidad Internacional de La Rioja (2016-17). Ha desempeñado **numerosos cargos relacionados** con la Sociedad Española de Neurología (SEN), como coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas, secretario del Grupo de Estudio de Humanidades e Historia de la Neurología de la SEN, miembro del Comité Ejecutivo de la Fundación del Cerebro, del Comité de Docencia y Acreditación de la SEN, del Comité ad-hoc del Sistema Evaluativo de Residentes, del Comité Editorial del Plan Estratégico Nacional para el Tratamiento Integral de las Enfermedades Neurológicas (PENTIEN II, 2016) y del Comité Científico de la SEN.

Cuenta con **95 publicaciones** en revistas neurológicas, **más de 60 capítulos en libros** y ha coordinado y editado varios libros. Es director de la revista de neurología y neurohumanidades *Kranion* y editor asociado de la revista *Neurosciences and History*.

En la actualidad es también miembro del **Consejo Asesor FACME de Recertificación**, del Comité de Nuevas Tecnologías de la SEN, del Comité de

Cajal, dependiente del Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España.

TEMAS cerebro - Neurología - Vicepresidente - Madrid - universidad - Pamplona -

Únete a nuestro Canal de WhatsApp
Recibe todas las actualizaciones
Únete



Persona pesándose en una báscula / Imagen de Envato

Neurología alerta del impacto de la obesidad en la salud cerebral: "Crea una inflamación que afecta a la microglía del cerebro"

- Teresa Moreno analiza las principales conclusiones de un estudio desarrollado por investigadores españoles que identifica un nuevo mecanismo cerebral implicado en el desarrollo de alteraciones neurodegenerativas
- **Y además** : Endocrinología respalda el 'coto' a la publicidad de fármacos adelgazantes: "Debe responder a indicación médica"

0 + Seguir



La Ciencia en FISIOTERAPIA: De las Sociedades a los Pacientes

/ Jornadas y Congresos

FECHA: 30 de octubre de 2026

LUGAR: Salón de Actos Ernest Lluch, Ministerio de Sanidad (Paseo del Prado, 18-20, Madrid)
ENTRADA: Jornada gratuita para fisioterapeutas y pacientes. Inscripción previa obligatoria.

Objetivos generales

Crear un foro que pueda conectar, consensuar y difundir el saber científico en el campo de la fisioterapia, de manera que valoremos entre todas las sociedades científicas cómo trasladar y poner en práctica esa información para que llegue a la sociedad y a los pacientes de una forma eficiente y eficaz, mientras paralelamente se potencia la visibilización de la labor del fisioterapeuta.

Objetivos específicos

- Exponer las experiencias o proyectos implementados de las diferentes sociedades científicas que se hayan materializado a efectos prácticos.
- Potenciar la colaboración entre Sociedades Científicas de Fisioterapia.
- Establecer vínculos de unión entre la profesión y la ciencia.
- Crear una estrategia de expansión ante las administraciones sanitarias para que se ejecuten proyectos que redunden en la sociedad y los pacientes.

Programa de la jornada

09:45 – 10:00 h Inauguración
10:00 – 10:45 h Mesa 1: Actualidad de las Sociedades Científicas en Fisioterapia neurológica, dolor y oncología
10:45 – 11:30 h Mesa 2: Actualidad de las Sociedades Científicas en Fisioterapia pediátrica, gerontológica y salud pélvica de la mujer
11:30 – 12:00 h Pausa café
12:00 – 12:45 h Mesa 3: Actualidad de las Sociedades Científicas en Fisioterapia cardiorespiratoria, atención primaria y fisioterapia del trabajo
12:45 – 13:30 h Mesa 4: Actualidad de las Sociedades Científicas en Fisioterapia con representación nacional y autonómica
13:30 – 14:00 h Conclusiones, debate final y clausura
En las 4 mesas, en que participarán representantes de las Sociedades Científicas, tendrán como hilo conductor el estado del área de fisioterapia en su Sociedad, qué estrategias se deberían seguir para acercar la Sociedad al colectivo profesional y, por último, para darse a conocer a la sociedad, a los pacientes y al sistema sanitario.

Entidades científicas participantes

- **AEF:** Asociación Española de Fisioterapeutas

- **AEF-APySC:** Atención Primaria y Salud Comunitaria
- **AEF-CARDIO:** Cardiología
- **AEF-FITE:** Fisioterapia Trabajo y Ergonomía
- **AEF-GyG:** Geriatría y Gerontología
- **AEF-NEURO:** Neurología
- **AEF-PED:** Pediatría
- **AEF-SAMU:** Salud pélvica y de la mujer
- **AEF-SEEFI:** Ecografía
- **ONCO_AEF:** Oncología
- **SED:** Sociedad Española de Dolor
- **SEFID:** Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor
- **SEFIP:** Sociedad Española de Fisioterapia en Pediatría
- **SEGG:** Sociedad Española de Geriatría y Gerontología
- **SEN:** Sociedad Española de Neurología
- **SEPAR:** Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica
- **SOCIVAFIS:** Sociedad Científica Valenciana de Fisioterapia
- **SOGAFI:** Sociedad Gallega de Fisioterapeutas

← Entrada anterior

Entrada siguiente →

COLEGIO PROFESIONAL DE FISIOTERAPEUTAS DE EXTREMADURA

© 2026 cofext.org

Desarrollado por EMagency

Aviso legal
Política de cookie (UE)
Política de privacidad
Descargo de responsabilidad
Política Sistema Interno Información
Procedimiento Sistema Interno Información

informacion@cofext.org
924 262 834
Avda Santa marina nº 33 entreplanta
06005 – Badajoz

lavozdegalicia.es

Mar Freijo, neuróloga: «Entre un 80 y un 90 % de los ictus se podrían evitar»

Laura Miyara

11-14 minutos



La neuróloga Mar Freijo.

La experta subraya la importancia de llamar a los servicios de emergencias de inmediato, incluso si la sintomatología parece haber desaparecido

31 oct 2026 . Actualizado a las 15:28 h.

El ictus es una de las patologías más frecuentes en la población. Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), uno de cada cuatro españoles sufrirá un ictus a lo largo de su vida. Sin embargo, solo el 50 % de la población sabe reconocer sus síntomas, una situación que puede contribuir a agravar las

secuelas en una emergencia médica en la que cada minuto cuenta. La doctora **Mari Mar Freijo**, coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN, explica cómo identificar las señales más leves y cómo actuar cuando aparecen.

—Se insiste mucho en que, ante un ictus, cada minuto cuenta. ¿Cuáles son las primeras señales que deberían hacernos sospechar que una persona lo está sufriendo?

—Cuando alguien tiene un ictus, lo característico es que esté bien y, de forma brusca, aparezcan los síntomas típicos: pérdida de fuerza en un brazo o en una pierna, pérdida de sensibilidad, no poder hablar o no poder entender lo que te están diciendo, o no ver una parte del campo visual. Si alguno o varios de estos síntomas aparecen, hay que pensar de inmediato en que puedes estar teniendo un ictus y llamar a emergencias para solicitar atención sanitaria, de modo que se active el código ictus.

—¿En qué consiste este código?

—Es un conjunto de acciones que llevan a cabo todos los profesionales implicados en cadena, para que el paciente o la persona que está con la sospecha de un ictus llegue al centro hospitalario lo antes posible y poder ponerle el tratamiento que está indicado en cada caso.

—¿Cuáles son algunos errores frecuentes que las personas cometen en el momento del ictus?

—Lo habitual es no identificar o no pensar en que uno está sufriendo un ictus. Sobre todo, cuando los síntomas son leves, porque se los relaciona con otras cosas, pero en el momento, muchas veces, la persona no se plantea que pueda estar teniendo el ictus. Porque cuando la sintomatología es leve, a

veces la persona piensa que es mejor esperar a ver si se le pasa y esto es un problema, porque cuanto más tarde llegues al hospital, las posibilidades de tratamiento disminuyen y aumentan los riesgos y las complicaciones, empeorando el pronóstico.

—¿Las personas jóvenes tienen más problemas para identificar que se trata de un ictus?

—Sí, pero también pasa en personas mayores, sobre todo, cuando el cuadro es más leve. Pero en personas jóvenes ocurre que no están tan concienciadas de que pueden tener una enfermedad tan seria.

—¿Qué debemos hacer si aparecen los síntomas, pero pasado cierto tiempo momento remiten?

—En algunas ocasiones los síntomas parecen ser transitorios y, precisamente, la persona no solicita atención, con lo cual, cuando llega el episodio, unas horas o días después, se ha perdido tiempo. Entonces, hay que tomar estos síntomas transitorios como una alarma y consultar, porque con esto podemos controlar los factores de riesgo que quizás no conocías y evitar un ictus o unas mayores secuelas si este ya se ha producido. Si aparecen síntomas de forma brusca, aunque desaparezcan, hay que consultar.

—¿Qué es exactamente lo que debería hacer una persona ante estos síntomas? ¿Acudir a urgencias o llamar?

—Llamar a emergencias. La persona que te atienda te preguntará qué es lo que te está pasando y de acuerdo a lo que le digas, si les parece que puedes tener un ictus, se activa el código, de tal forma que se inicia la cadena para ir a donde esté el paciente y trasladarlo al centro más cercano que le pueda ofrecer el tratamiento.

Leer más: Susana Arias, neuróloga: «Las enfermedades neurológicas son responsables de casi el 19 % de la mortalidad»

—¿Existe un perfil de mayor riesgo cuando hablamos del ictus?

—Los ictus van asociados principalmente a la edad. Conforme eres mayor, tienes cada vez más probabilidades de tener uno. También es más frecuente en los hombres, pero a medida que aumenta la edad, este riesgo se va igualando. Lo que ocurre es que en las mujeres el ictus es una de las principales causas de mortalidad. Esto se debe en gran medida a que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor, con lo cual, los ictus ocurren a edades más avanzadas, asociados también a otras enfermedades, y suelen ser más graves.

—¿Se prevé un aumento de los casos asociado al envejecimiento de la población?

—Este envejecimiento está ocurriendo a nivel mundial y, por tanto, se piensa que la incidencia de ictus podría aumentar, aunque, por otro lado, como actualmente hay una mayor prevención, hay una mayor detección de factores de riesgo vascular y un mejor control, también puede disminuir.

—¿Cómo podemos reducir el riesgo de ictus a lo largo de la vida?

—Con un estilo de vida saludable y la prevención de los factores de riesgo, se podrían evitar entre un 80 y un 90 % de ictus. Hablamos de dieta saludable, ejercicio, no fumar y controlar de forma periódica la tensión, la diabetes y el colesterol, para tratarlos en cuanto aparezcan y tenerlos controlados.

—De estos factores de riesgo, ¿cuál es el más importante?

—La hipertensión es uno de los factores más prevalentes y que más condicionan el riesgo de ictus. Sin embargo, puede haber personas que no sepan que la tienen, o no esté detectado que la tienen. A veces, incluso se detecta cuando ya han tenido un ictus. O bien, la persona sabe que tiene hipertensión pero quizás no está suficientemente controlada. Hay que insistir en que estas enfermedades pueden no darte síntomas, pero a la larga producen un daño y un incremento del riesgo de eventos vasculares. Y a veces la adherencia a las medicaciones es baja, porque no tienes síntomas y te encuentras bien.

—¿Cuáles son las secuelas menos conocidas del ictus?

—Hemos avanzado muchísimo en el tratamiento agudo y por tanto la mortalidad y las secuelas han disminuido. Pero a largo plazo, las personas que han sufrido un ictus pueden tener secuelas. Por eso insistimos en que más allá de la fase aguda nos focalicemos en la vida posterior. Porque estas personas pueden tener limitaciones en las actividades más básicas de la vida, como caminar, comer o hablar, y van a necesitar una supervisión continua. Y en esto debemos intervenir de manera coordinada todos los profesionales: neurólogos, rehabilitadores, que van a aplicar tratamientos personalizados en función de los déficits que tenga la persona, y trabajadores sociales y atención primaria. Es importante, porque hay que tener en cuenta el entorno del paciente y cómo va a ser su integración en la vuelta a su vida previa, cuando es posible, si necesita alguna ayuda o algún cambio. Quizás continúe a veces en la población la idea de que un ictus es una enfermedad grave y vas a estar con muchas secuelas, que no hay nada que hacer, pero a día de hoy sí hay mucho que hacer y se hace, por lo que ha mejorado muchísimo el pronóstico.

—¿Cuáles son las necesidades más habituales que expresan los pacientes y sus familias?

—Cuando la persona vuelve a hacer su vida, se encuentra con que tiene que enfrentarse a situaciones nuevas, o a nuevas maneras de hacer las cosas. Muchas veces, no pueden volver a hacer sus actividades en le entorno en el que vivían. En el ámbito laboral, es posible que no puedan volver a trabajar. Y los domicilios muchas veces no están adaptados a esta nueva situación. Si hay barreras arquitectónicas, esto es algo con lo que la persona se encontrará cuando vuelva a su casa, porque en la primera fase, en la parte aguda, todo está centrado en que el paciente sobreviva, pero al volver al entorno, ya no hablamos de supervivencia, sino de calidad de vida. Te puedes encontrar con dificultades que la limitan y la disminuyen y en eso es en lo que tenemos que esforzarnos para que tengan la mejor vida posible, tanto el paciente como su entorno y sus cuidadores.

—Comentaba que la mayoría de los ictus podrían prevenirse. ¿Por qué es tan difícil pasar de la teoría a la práctica en este aspecto?

—La incidencia ya está disminuyendo, gracias a la prevención primaria. Por eso insistimos en el estilo de vida saludable y en el control de los factores de riesgo cardiovasculares, porque precisamente es posible esa prevención.

Laura Inés Miyara

Redactora de La Voz de La Salud, periodista y escritora de Rosario, Argentina. Estudié Licenciatura en Comunicación Social en la Universidad Nacional de Rosario y en el 2019 me trasladé a España gracias a una beca para realizar el Máster en Produción Xornalística e Audiovisual de La Voz

de Galicia. Mi misión es difundir y promover la salud mental, luchando contra la estigmatización de los trastornos y la psicoterapia, y creando recursos de fácil acceso para aliviar a las personas en momentos difíciles.

Redactora de La Voz de La Salud, periodista y escritora de Rosario, Argentina. Estudié Licenciatura en Comunicación Social en la Universidad Nacional de Rosario y en el 2019 me trasladé a España gracias a una beca para realizar el Máster en Produción Xornalística e Audiovisual de La Voz de Galicia. Mi misión es difundir y promover la salud mental, luchando contra la estigmatización de los trastornos y la psicoterapia, y creando recursos de fácil acceso para aliviar a las personas en momentos difíciles.

Archivado en: Ictus



ACCEDE A TU REVISTA

Comienza a cuidarte con la revista número 1 en salud.

Suscríbete por 1€/mes

- Newsletter

- Facebook
- Twitter
- Instagram
- TikTok
- Youtube
- Pinterest

SUSCRÍBETE

Actualidad

Neurociencia

Dr. Jesús Porta Etessam: "Aunque solemos interpretar el miedo como algo negativo, se trata de un mecanismo de protección imprescindible"

¿Qué ocurre en el cerebro cuando sentimos miedo? La sociedad española de neurología analiza cómo nuestro cerebro detecta amenazas, activa reacciones físicas inmediatas y almacena recuerdos para garantizar nuestra supervivencia.

Movimiento Cinfa POR LOS cuidados

Blog de los cuidados

Ejercicios para entrenar la mente: la orientación

30 de octubre de 2026

- ¿Por qué es importante trabajar la orientación?
- 15 actividades para entrenar la mente: la orientación

Autora: Dra. Alicia López de Ocáriz

directora médica de Cinfa





¿Por qué es importante trabajar la orientación?

La orientación -la capacidad de una persona de ser consciente de sí misma y de su entorno, así como de su propia localización en el espacio y el tiempo- es otra de las habilidades cognitivas que necesitamos para desenvolvernos en el día a día. Nos permite, por ejemplo, volver a casa sin perdernos, explicar verbalmente una ruta o saber en qué día de la semana, mes y año nos encontramos.

Con el propósito de ayudar a la persona que cuidamos a entrenar esta destreza mental desde casa, bien sea por sí sola o con nuestra ayuda, ofrecemos a continuación distintas fichas de ejercicios con diversos grados de dificultad, basadas en fuentes de entidades de referencia.

15 actividades para entrenar la mente: la orientación

Actividad 1. "¡Vamos a comprar el pan!"

Una tarea cotidiana como ir a comprar el pan puede servirnos de guía para ayudar a la persona que cuidamos a entrenar su capacidad de orientación espacial y temporal. Simplemente, deberá ordenar los pasos que deben darse para comprar el pan del día.

Si lo deseamos, podemos simplificar o aumentar la complejidad de este ejercicio suprimiendo o añadiendo pasos respectivamente. Por otra parte, si la actividad le resulta estimulante, podemos repetirla con otros alimentos o artículos como la fruta o el detergente.

Ficha "¡Vamos a comprar el pan!"

Actividad 2. "Los huevos de Pascua"

En esta actividad, un poco más compleja que la anterior y centrada exclusivamente en la orientación espacial, el objetivo consiste en reposicionar correctamente huevos de Pascua bellamente decorados siguiendo la dirección que señale la flecha en cada caso.

Los huevos pueden recortarse con unas tijeras y pegarse en el lugar correspondiente en la posición indicada o, en el caso de que deseemos incrementar la dificultad de la actividad -y también su nivel de creatividad-, nuestro familiar puede dibujarlos y colorearlos en cada casilla.

Ficha: "Los huevos de Pascua"

Actividad 3. "¿Cómo es agosto?"

El reto que propone este ejercicio es entrenar la capacidad de orientación temporal por medio de una doble herramienta: un calendario y un cuestionario de preguntas relacionadas con las fechas y festividades que este presenta.

En la ficha, se ha elegido un mes de agosto cualquiera para llevar a cabo la actividad, pero podemos repetirla cuantas veces queramos sirviéndonos de un calendario real y, por ejemplo, trabajar las fechas del mes presente, del próximo o, incluso, de cada uno de los doce meses del año vigente.

Ficha: "¿Cómo es agosto?"

Actividad 4. "Las líneas del bus"

Las líneas del bus que recorren las calles de una ciudad brindan a nuestro familiar una oportunidad sencilla y divertida de mejorar su habilidad para situarse correctamente dentro de un espacio: en este caso, el plano de una localidad, en el que pueden verse edificios y establecimientos como el hospital, el mercado, la floristería…

Para ello, se le plantearán una serie de preguntas que le llevarán a identificar las diferentes líneas del bus urbano y a situarse en sus diferentes paradas.

Ficha: "Las líneas del bus"

Actividad 5. "Mejunje de objetos"

En esta ocasión, la persona que cuidamos trabajará su capacidad de orientación espacial tratando de identificar diferentes series de objetos cuyas siluetas aparecen entremezcladas entre sí.

En la ficha, aparecen cuatro combinaciones, pero, si le gusta la actividad, podemos echar mano de un lapicero y de nuestra creatividad para crear todas los que queramos.

Ficha: "Mejunje de objetos"

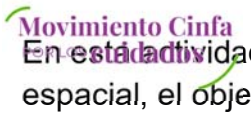
Actividad 6. "¿Qué hora es?"

Con el objetivo de que podamos ayudar a la persona que cuidamos a trabajar la orientación temporal de manera sencilla, en esta ficha se muestran varios relojes digitales con horas concretas y, junto a ellos, varias esferas de relojes analógicos en los que deberá dibujar las agujas, de forma que indiquen la misma hora.

Ficha "¿Qué hora es"

Actividad 7. "El plano de mi casa"

Actividad 7. "El plano de mi casa"



En esta actividad, un poco más compleja que la anterior y centrada en al orientación espacial, el objetivo consiste en que nuestro familiar dibuje el plano de su casa, tomando como referencia inicial la puerta de acceso y ubicando cada una de las estancias. Dependiendo de la dificultad que queramos añadirle, podemos pedirle que señale también los distintos elementos de cada habitación, como camas, mesas, lavabos, etc.

Ficha: "El plano de mi casa"

Actividad 8. "Cada cosa a su tiempo"

Actividad muy sencilla en la que se representan distintos objetos y escenas que deben unirse mediante flechas con la estación del año a la que se asocian. Así, por ejemplo, se muestran distintas flores, una playa, un gorro de lana, elementos navideños, etc.

Ficha: "Cada cosa a su tiempo"

Actividad 9. "Aquí y ahora"

La siguiente ficha está dirigida a personas que comienzan a tener dificultades para orientarse a nivel espacio temporal. Consiste en un breve cuestionario con preguntas acerca de la fecha y el lugar en el que nos encontramos.

Ficha: "Aquí y ahora"

Actividad 10. "Campo de estrellas"

A fin de desarrollar la orientación espacial, pediremos a la persona que cuidamos que realice una actividad de grafismo, dibujando distintos elementos en determinadas posiciones, de acuerdo a una serie de instrucciones. Este ejercicio puede variarse y

repetirse en distintas ocasiones, modificando las indicaciones de referencia.

Ficha: "Campo de estrellas"

Actividad 11. "Al rescate de mi mascota".

Con el fin de que desarrolle su orientación espacial, pediremos a la persona que cuidamos que rescate a su mascota, perdida en un laberinto. Para conseguirlo, deberá encontrar el camino correcto hasta su perro o gato y, cuando lo haya logrado, le pediremos que nos explique qué ruta ha seguido.

Ficha: "Al rescate de mi mascota"

Actividad 12. "¿Qué se celebra?".

El objetivo de esta actividad es entrenar la orientación temporal respondiendo a una serie de sencillas preguntas sobre las festividades que se celebran en fechas señaladas del año.

Ficha: "¿Qué se celebra?"

Actividad 13. "Retazos de mi historia".

La orientación nos permite también integrar la información concerniente a nuestra propia historia e identidad. Con este objetivo, mostraremos en esta ocasión a nuestro familiar diferentes materiales audiovisuales antiguos que hayamos recopilado previamente-fotos o vídeos familiares, recortes de noticias de momentos históricos…- y le formularemos preguntas relacionadas con ellos y su propia historia personal. De este modo, estaremos trabajando, además, en paralelo, la memoria a largo plazo.

Ficha: “Retazos de mi historia”

Actividad 14. “Cambio de armario”.

De una manera muy amena y sencilla, la persona que cuidamos podrá entrenar con este ejercicio su capacidad para orientarse en el tiempo -concretamente, en las estaciones o épocas del año-. Para ello, tendrá que recortar una serie de prendas de ropa -un abrigo, un bañador, un gorro, unos calcetines, un pantalón…- y asignarlas a un armario de invierno o de otoño en función de las características de la prenda.

Ficha: “Cambio de armario”

Actividad 15. “El carrito de la compra”.

Con el fin de que desarrolle su orientación espacial, pediremos a nuestro familiar que se ubique en un supermercado imaginario, del cual le mostraremos el plano, y le pediremos que llene su carrito con diferentes artículos, al tiempo que nos explica a qué secciones del local debe acceder y el itinerario que irá siguiendo hasta completar su compra.

Ficha: “El carrito de la compra”

Fuentes:

- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer de Valencia (AFAV*). Estimulación cognitiva. Cerebro activo. Orientación espacio-temporal. Nivel medio*.
- Menteactiv. The Bryan factory. Sociedad Española de Neurología. *Ejercicios para mejorar la orientación espacial.*
- SEPAD -Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia-*. “Ejercicios de Estimulación Cognitiva. Orientación”.*
- *Cruz Roja Española. «Cuaderno de ejercicios físicos y actividades de agilidad mental*

Mundo Médico Digital (https://mundomedicodigital.com.pe/) · Neurología

Neurorrehabilitación en el Ictus: La Sociedad Española de Neurología Matiza el Papel de los Robots Frente a la Fisioterapia Activa

Con más del 30% de supervivientes de ictus con secuelas motoras, la SEN advierte que los dispositivos robóticos no sustituyen la intensidad de la fisioterapia humana.

octubre 30, 2026(https://mundomedicodigital.com.pe/2026/10/30/) | 8:53 pm



El ictus cerebral representa una de las principales causas de morbimortalidad y discapacidad motora adquirida en el adulto. Las estadísticas epidemiológicas confirman que una de cada cuatro personas sufrirá un accidente cerebrovascular a lo largo de su vida, y más del 30% de los supervivientes quedará con secuelas crónicas que limitan su movilidad e independencia funcional. En este escenario, la proliferación de exoesqueletos y dispositivos robotizados para el reentrenamiento de la marcha ha generado expectativas desmedidas sobre una recuperación automática del paciente hemipléjico.

Frente a la fascinación tecnológica, especialistas del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN, 2026) han establecido un matiz clínico determinante: los dispositivos robóticos constituyen herramientas complementarias de alto valor para aumentar el volumen de repeticiones mecánicas, pero carecen de eficacia si no se integran dentro de un programa intensivo de fisioterapia activa guiada por profesionales humanos.

Fisiopatología de la Marcha y Neuroplasticidad Bidireccional

En el paciente que ha sufrido un ictus, la limitación funcional no radica primariamente en una falla musculoesquelética periférica. Como explica el Dr. Manuel Murie (2026), neurólogo y miembro del Grupo de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN: «El cerebro en condiciones normales manda una orden a los brazos y las piernas para que tengamos un patrón de marcha. Cuando alguien sufre un ictus, esa orden no llega, pero el sistema de ejecución no tiene problema: el rango articular está funcionante».

La justificación biomecánica para utilizar dispositivos robotizados radica en suplir temporalmente esa falta de impulso nervioso central, activando la musculatura mediante trayectorias preprogramadas. Sin embargo, el mecanismo biológico fundamental de la recuperación descansa en la **neuroplasticidad bidireccional**:

«Desde el punto de vista de la recuperación del ictus es importante porque el cerebro se recupera porque hace: mientras más repeticiones se hagan, mejor es la recuperación. El patrón de marcha no solo va del cerebro a las piernas, sino también al revés. Al caminar mandamos información aferente continua al cerebro sobre ese patrón de marcha para reconstruir las vías que de otra forma no podríamos recuperar».

Las Tres Fases Asistenciales del Ictus

El Dr. Murie estructura el proceso terapéutico del paciente cerebrovascular en tres etapas cronológicas bien delimitadas:

1. **Fase Aguda (Horas y Primeros Días):**
   Bajo la premisa de que «tiempo es cerebro», en cada minuto de isquemia se pierden

millones de neuronas. La prioridad asistencial es la reperfusión urgente (trombólisis intravenosa o trombectomía mecánica) para frenar la penumbra isquémica y limitar el daño inflamatorio.

2. **Fase Subaguda (Primeros Seis Meses):**
   Inicia formalmente la neurorrehabilitación a partir de los siete días posteriores al evento, una vez que el paciente se encuentra médicamente estable. Es la ventana biológica de mayor plasticidad sináptica, donde se activan los mecanismos cerebrales adaptativos más potentes.
3. **Fase Crónica (A Partir del Sexto Mes):**
   Aunque el ritmo de mejoría se estabiliza, la neuroplasticidad no se detiene. El paciente puede continuar adquiriendo adaptaciones funcionales y compensatorias a largo plazo si mantiene la estimulación motora.

La Advertencia de la SEN: Hacer versus No Hacer

El papel de los robots se concentra en la fase subaguda y crónica, cuando el paciente puede ser colocado en sistemas de suspensión parcial de peso corporal y exoesqueletos de miembros inferiores para tolerar cientos de pasos continuos. No obstante, el especialista advierte contra el error de considerar al robot como una solución autosuficiente:

«Tener o no tener un robot no marca la recuperación. Lo que marca la recuperación es hacer versus no hacer. Si somos capaces de dar intensidad de fisioterapia el paciente se recuperará, pero si no lo hacemos y le ponemos en el robot una hora, no va a mejorar».

La tecnología robótica permite alcanzar una densidad de repeticiones inalcanzable para un terapeuta solo sin agotamiento físico, actuando como un multiplicador de la terapia. Sin embargo, la adaptación del tono postural, la corrección de sincinesias, el equilibrio dinámico y el entrenamiento de las actividades de la vida diaria continúan siendo un acto clínico insustituible que exige el razonamiento de fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales especializados.

Conclusión Asistencial

La postura de la Sociedad Española de Neurología sitúa la innovación tecnológica en su justo lugar clínico. Para el neurólogo, el médico rehabilitador y el equipo de fisioterapia, los exoesqueletos robóticos son aliados biomecánicos excepcionales para potenciar la neuroplasticidad, pero el verdadero motor de la recuperación del paciente con ictus sigue siendo la precocidad, la intensidad y la calidez del reentrenamiento motor humano.

Fuentes y Referencias Institucionales

- **Redacción Médica. (29 de octubre de 2026).** Neurología matiza el papel de los robots en el ictus: «Sin fisioterapia el paciente no se recuperará». Declaraciones del Dr. Manuel Murie (Sociedad Española de Neurología – SEN). *Sanitaria 2000*.

- **Sociedad Española de Neurología [SEN]. (2025).** *Guía oficial para la atención y neurorrehabilitación del paciente con ictus: Enfoque multidisciplinar y tecnologías asistidas*. Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares (GEECV-SEN).
- **World Stroke Organization [WSO]. (2025).** *Global stroke guidelines and policy statements: Rehabilitation and recovery protocols*. International Journal of Stroke.

Relacionado

Próximos Eventos de la Especialidad

Ver Todos los Eventos (https://mundomedicodigital.com.pe/eventos-medicos/?f_esp%5B%5D=ginecologia-y-obstetricia)

Lo último (https://mundomedicodigital.com.pe/noticias)

Ver Todo → (https://mundomedicodigital.com.pe/novedades/lo-ultimo/)

Directo

Última hora del accidente de tren en Toledo

Directo

Elecciones de mitad de mandato en EE UU

¿Qué ocurre en el cerebro cuando sentimos miedo?

Algunas enfermedades y lesiones neurológicas hace que existan personas que no lo padezcan



Sony
WH-1000XM6 Auriculares de Lujo...
4.4 4,9 mil
379 00 €

▲ **Una película de miedo es un buen plan para Halloween** larazon

EVA S. CORADA **@evacorada**

Creada: 30.10.2026 12:58
Última actualización: 30.10.2026 12:58

Ir a portada Síguenos en Google Siguiente noticia

Mañana, 3 celebrar

Halloween, la fiesta anglosajona que ensalza los sustos y las películas de miedo. Pero, ¿qué ocurre en el cerebro cuando sentimos miedo?, **¿cómo reacciona nuestra mente ante una amenaza real o imaginaria** y por qué esta emoción ha sido fundamental para la supervivencia humana a lo largo de la evolución?

MÁS NOTICIAS



Enfermedades respiratorias
El 51% de las personas con tos, falta de aire u opresión torácica persistente no consulta al médico



Salud
¿Qué es la gimnasia capilar? Así puede ayudar a mejorar la salud del pelo de forma natural

Tal y como explica Jesús Porta-Etessam, presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN), “desde el punto de vista neurológico, el miedo es una respuesta adaptativa esencial. Permite identificar posibles peligros, concentrar la atención en ellos, preparar al organismo para reaccionar y conservar información que puede ayudarnos a reconocer situaciones similares en el futuro. La memoria del miedo es un proceso fundamental para la supervivencia y la adaptación”. Pero aunque solemos interpretar el miedo como algo negativo, "**se trata de un mecanismo de protección imprescindible.** Gracias a esta respuesta, el cerebro puede detectar una posible amenaza, priorizar la información relevante y preparar al organismo para actuar”, añade.

Ir a portada Síguenos en Google Siguiente noticia

4 entradas
para Parque de
Atracciones o
Parque Warner
GRATIS

La respuesta al miedo no depende de una única estructura cerebral, sino de la actividad coordinada de distintas regiones del cerebro, cada una con funciones específicas. Una de las regiones cerebrales más relevantes en el procesamiento del miedo es la amígdala, una pequeña estructura situada en el interior de los lóbulos temporales, que desempeña un papel fundamental en la **detección y el procesamiento de señales de amenaza**, así como en la activación de las respuestas de alerta del organismo. Por otra parte, el hipocampo contribuye a contextualizar la situación y relacionarla con experiencias previas, mientras que la corteza prefrontal participa en la evaluación y regulación de la respuesta emocional.

“Es decir, es la interacción entre estas regiones lo que permite al cerebro interpreta **y aprende** señala Javier Ca , cerebro,

Ir a portada Síguenos en Google Siguiente noticia

sus efectos se extienden al resto del organismo, ya que ante una posible amenaza, el cerebro pone en marcha mecanismos que incrementan la vigilancia y preparan al cuerpo para responder", prosigue.

- ¿Qué es la gimnasia capilar? Así puede ayudar a mejorar la salud del pelo de forma natural

Aquí también desempeña un papel fundamental la amígdala, que, a través de sus conexiones con el hipotálamo y el tronco encefálico, contribuye a activar las distintas respuestas del organismo ante el miedo. Así se explican reacciones tan reconocibles como las **palpitaciones, la aceleración de la respiración, la sudoración, la tensión muscular** o el aumento de la atención hacia aquello que percibim arias: forman pa ntar una

Ir a portada Síguenos en Google Siguiente noticia

situación que el cerebro interpreta como potencialmente peligrosa", comenta el Dr. Camiña.

¿Por qué nos sobresaltamos si sabemos que no existe peligro?

El cerebro procesa la información por distintas vías y a diferentes velocidades. Por eso, ante una posible amenaza, el cerebro puede reaccionar antes de que seamos plenamente conscientes de lo que está ocurriendo. Esto se debe a que algunos **estímulos, como un ruido repentino, un movimiento inesperado o una imagen que asociamos con un peligro**, activan rápidamente los mecanismos cerebrales de alerta, antes de que hayamos podido analizar la situación con detenimiento.

Esta rapi rarse
para resp por

Ir a portada Síguenos en Google Siguiente noticia

completo. Y se trata de un mecanismo que ha contribuido a la supervivencia humana a lo largo de la evolución.

- Quién es Yasmina Gregori: la mujer de Óscar Puente con la que ha tenido su tercer hijo

- Quién es Jesús Owono, portero del Andorra, y qué sanción puede recibir tras el choque con Jesús de Miguel

“Además, la función del miedo no termina cuando desaparece la amenaza, sino que también permite al cerebro **asociar determinados estímulos, lugares o situaciones con experiencias negativas**. Este aprendizaje nos ayuda a anticipar posibles riesgos y a evitar que se repitan situaciones que nos han hecho daño. Así, la memoria del miedo nos permite reconocer señales que anteriormente se asociaron a una amenaza y adaptar nuestra conducta en consecuencia”, explica Porta-Etessam.

¿Existen personas que no sienten miedo?

El estudio de algunas enfermedades y lesiones neurológicas ha permitido comprender mejor el papel que desempeña el cerebro en el procesamiento del miedo. Por ejemplo, el **síndrome de Klüver-Bucy**, que puede aparecer tras lesiones en ambos lóbulos temporales, como consecuencia de una encefalitis o un traumatismo, puede provocar una disminución o ausencia de miedo ante estímulos que normalmente generarían esta respuesta. También en la demencia frontotemporal, la afectación de regiones frontales y temporales puede asociarse a una menor percepción del riesgo y a cambios en la conducta.

Ir a portada Síguenos en Google Siguiente noticia

Otro ejemplo es la **enfermedad de Urbach-Wiethe**, un trastorno genético poco frecuente que puede provocar calcificaciones en ambas amígdalas cerebrales. En algunos pacientes con esta enfermedad se ha observado una respuesta de miedo reducida ante estímulos que habitualmente lo desencadenan, como serpientes, arañas o escenas de terror. En el extremo contrario, algunas crisis epilépticas que afectan a regiones cerebrales implicadas en el procesamiento del miedo pueden provocar una intensa sensación de temor sin que exista una amenaza externa.

“Determinadas lesiones o enfermedades neurológicas pueden alterar algunos de los mecanismos implicados en la detección de amenazas y en la respuesta ante ellas. Y su estudio nos ha permitido comprender que **el miedo no depende únicamente de la personalidad, la voluntad o las experiencias** individuales, sino también del correcto funcionamiento de las redes neuronales que permiten identificar un posible peligro, interpretar el contexto, generar una respuesta y aprender de la experiencia”, concluye el Dr. Porta-Etessam.

ARCHIVADO EN:

neurologia / Halloween / Salud

0 Ve Ir a portada Síguenos en Google Siguiente noticia

Educar > Tecnologías

14 asociaciones científicas avalan un decálogo para proteger a los menores del entorno digital

El decálogo impulsado por la Plataforma Control Z reclama limitar la exposición digital desde la primera infancia, retrasar hasta los 16 años el acceso a un smartphone con internet libre y convertir los centros educativos en espacios de protección, convivencia y aprendizaje profundo.

JOSÉ Mª DE MOYA Sábado, 31 de octubre de 2026

0 0



Catorce sociedades científicas, médicas y de psicología han avalado un decálogo que propone **una protección común** de la infancia y la adolescencia frente a los riesgos del entorno digital. El documento, fechado el 21 de octubre de 2026 y presentado públicamente el día 27, parte de una premisa: no se trata de rechazar la tecnología, sino de proteger el cerebro, el cuerpo, la mente y la identidad durante unas etapas decisivas del desarrollo.

La iniciativa ha sido promovida por la Plataforma Control Z y cuenta con el respaldo de organizaciones de pediatría, neurología, psiquiatría, psicología, neuropsicología, medicina adolescente y oftalmología pediátrica, además de la Organización Médica Colegial. Sus recomendaciones se apoyan en **el principio de precaución**: cuando existen asociaciones consistentes, un efecto relacionado con el grado de exposición y una explicación científica plausible, la salud pública debe anticiparse al daño.

Cero pantallas hasta los seis años

El decálogo recomienda que entre los cero y los seis años no haya pantallas, especialmente antes de cumplir los dos.

Solo contempla **usos sociales puntuales**, como una videollamada supervisada, y pide priorizar la conversación, el juego, el movimiento y la interacción directa con los adultos. Entre los siete y los doce años propone menos de una hora diaria y, entre los trece y los dieciséis, menos de dos horas, siempre con acompañamiento y contenidos de calidad.

Los límites incluyen tanto el ocio como el tiempo escolar y los deberes. No se presentan como umbrales de toxicidad ni como una relación automática de causa y efecto, sino como **recomendaciones protectoras prudentes**. El documento recuerda que durante estas edades maduran la atención, los sistemas de recompensa, el control inhibitorio, la regulación emocional y el apego seguro.

La promotora de la iniciativa y directora de Control Z, Mar España, resume el diagnóstico con una advertencia: «Hay

personales.

SIGUE LEYENDO GRATIS

Crea tu cuenta gratuita para seguir leyendo

Regístrate **gratis** y termina de leer este y todos los artículos de registro.

Crear cuenta gratis | Ya tengo cuenta · Iniciar sesión

Gratis para siempre · sin tarjeta

0 0



Laura López-Mascaraque y David Ezpeleta, presidenta y vicepresidente del Consejo Español del Cerebro. Cortesía de Laura López-Mascaraque y David Ezpeleta.

CAJALIANOS ILUSTRES · CAJAL HOY

Dos cajalianos al frente del Consejo Español del Cerebro: Laura López-Mascaraque, presidenta, y David Ezpeleta, vicepresidente

30 de octubre de 2026

· Read in English (/en/2026/10/30/laura-lopez-mascaraque-and-david-ezpeleta-spanish-brain-council-2026/)

El Consejo Español del Cerebro eligió el 22 de octubre su junta para 2026-2030. La preside la neurocientífica Laura López-Mascaraque, de la Sociedad Española de Neurociencia, y el vicepresidente es el neurólogo David Ezpeleta, de la Sociedad Española de Neurología. Los dos son Cajalianos Ilustres de este archivo.

El Consejo Español del Cerebro tiene nueva junta directiva. La eligió su asamblea el **22 de octubre de 2026**, para el periodo de 2026 a 2030, y la preside la neurocientífica **Laura López-Mascaraque**, en representación de la Sociedad Española de Neurociencia (SENC). El vicepresidente es el neurólogo **David Ezpeleta**, de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Los dos son Cajalianos Ilustres de este archivo. Ella trabaja en el centro de investigación que lleva el nombre de Cajal, y él forma parte del grupo de trabajo para crear el Museo Cajal.

Qué es el Consejo

El Consejo Español del Cerebro nació en marzo de 2008, a semejanza del European Brain Council, el consejo europeo del cerebro. Reúne a asociaciones de pacientes, sociedades científicas y empresas del ámbito del cerebro, y su misión, según su propia web, es promover la investigación del cerebro para mejorar la calidad de vida de quienes viven con trastornos cerebrales en España. En febrero de este año, una representación del Consejo presentó a la Reina Letizia el primer informe sobre la investigación en neurociencia en España de 2014 a 2024, que este archivo contó en abril (/2026/04/08/informe-neurociencia-espana-2014-2024/).

La nueva junta

Junto a la presidenta y el vicepresidente, la secretaria es Mónica Lara, de la Sociedad Española de Neurocirugía, y el tesorero, Antoni Ramos Quiroga, de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. Los vocales son Antonio Javier Villalón, de la Federación Española de Epilepsia; Sònia Abilleira Castells, de la Fundación Pasqual Maragall; Verónica Robles, de la Sociedad Española de Fisioterapia en Pediatría, y Esther Berrocoso, del CIBER de Salud Mental (CIBERSAM). La junta es, dice el propio Consejo, un órgano de carácter multidisciplinar, con sociedades científicas, organizaciones de pacientes y entidades de las neurociencias.

La junta releva a la de 2022-2025, que presidió la neurobióloga Mara Dierssen (/cajalianos/mara-dierssen/), también Cajaliana Ilustre, con Mar Mendibe, de la Sociedad Española de Neurología, de vicepresidenta. Mónica Lara repite como secretaria, y Esther Berrocoso y Verónica Robles, como vocales. Y con López-Mascaraque, la Sociedad Española de Neurociencia encadena tres presidencias seguidas del Consejo: antes de Dierssen, de 2018 a 2022, lo presidió José Luis Trejo, que el 16 de noviembre habla en Zaragoza (/2026/10/24/que-sabemos-de-cerebro-zaragoza-2026/) en el ciclo del CSIC sobre el cerebro.

Laura López-Mascaraque, en la casa de Cajal

Laura López-Mascaraque es investigadora del CSIC, y dirige en el Centro de Neurociencias Cajal un grupo dedicado al desarrollo del cerebro. Ha sido vicedirectora del Instituto Cajal y presidió el Comité Mujer y Neurociencia de la SENC. Preside la Red Olfativa Española y la European Chemoreception Research Organization (ECRO), la sociedad europea que estudia los sentidos químicos, y gestiona el área de Biociencias y Biotecnología de la Agencia Estatal de Investigación. Ha recibido el Premio Europeo de Divulgación Científica en Neurociencias, y en marzo de este año publicó *El fascinante universo del olfato*.

En su historia de Cajaliana Ilustre (/2026/01/14/laura-lopez-mascaraque/) contamos que creó

StarTrack, una técnica que marca las células con combinaciones de colores para seguir su linaje en el cerebro. Y el año pasado abrió con la primera ponencia el simposio en homenaje a Juan A. de Carlos en el Instituto Cajal, que este archivo recogió en Memoria de una tarde histórica en el Instituto Cajal (/2025/11/26/memoria-de-una-tarde-historica-en-el-instituto-cajal/).

David Ezpeleta, entre Pamplona y Madrid

David Ezpeleta Echávarri es de Pamplona. Estudió Medicina en la Universidad de Navarra e hizo la residencia de neurología en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Hoy dirige el Instituto de Neurociencias Vithas en Madrid, es neurólogo en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona y es vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología, que tiene más de 4.500 miembros. Ha coordinado el Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN, dirige la revista de neurología y neurohumanidades *Kranion* y es editor asociado de *Neurosciences and History*, la revista de historia de la SEN en la que esta semana hemos leído un estudio sobre Cicerón y la vejez (/2026/10/30/envejecer-segun-ciceron-de-senectute-neurologia/).

También forma parte del grupo de trabajo del Ministerio de Ciencia para la creación del Museo Cajal (/tag/museo-cajal/). Su historia de Cajaliano Ilustre (/2026/01/11/david-ezpeleta-echavarri/) lo presenta como un puente entre la historia de la neurología y la inteligencia artificial, y en 2025 dio la conferencia «Ramón y Cajal, el último polímata» (/2025/02/18/ramon-y-cajal-el-ultimo-polimata/).

Fuentes

- Consejo Español del Cerebro, «Laura López-Mascaraque, nueva presidenta del Consejo Español del Cerebro (https://consejocerebro.es/laura-lopez-mascaraque-nueva-presidenta-del-consejo-espanol-del-cerebro/)», 28 de octubre de 2026.
- Consejo Español del Cerebro, «Estructura organizativa (https://consejocerebro.es/el-cec/estructura-organizativa/)» y «Saluda Presidenta (https://consejocerebro.es/el-cec/saludo-del-pressidente/)», consultadas el 30 de octubre de 2026.
- Unai Yoldi, «Un neurólogo navarro, nuevo vicepresidente del Consejo Español del Cerebro (https://www.noticiasdenavarra.com/sociedad/2026/10/30/neurologo-navarro-nuevo-vicepresidente-consejo-11706625.html)», *Noticias de Navarra*, 30 de octubre de 2026.
- Planeta de Libros, «Laura López-Mascaraque (https://www.planetadelibros.com/autor/laura-lopez-mascaraque/000066215)», ficha de autora, consultada el 30 de octubre de 2026.

▸ **Verificaciones — qué se ha comprobado, qué no, y dónde discrepan las fuentes**

Para seguir: itinerarios por el archivo (/itinerarios/) · cursos gratuitos sobre Cajal (/curso/)

¿Ha visto algo que no cuadra?

Este archivo corrige lo suyo y lo dice por escrito. Escríbanos a joseadserias@santiagoramonycajal.org: se comprueba, se corrige con la fecha a la vista y, si usted quiere, con su nombre.

neurociencia (/tag/neurociencia/) Instituto Cajal (/tag/instituto-cajal/)

Sociedad Española de Neurología (/tag/sociedad-espanola-de-neurologia/)

Museo Cajal (/tag/museo-cajal/)

Opinando sin anestesia.es

DIÁLOGOS / ESPAÑA

“Todavía llegamos tarde al ictus”

By **José Angel Jarne** — 30 de octubre de 2026

La Dra. Mª Mar Freijo es Jefa de Sección de la Unidad Neurovascular del Hospital Universitario de Cruces (Barakaldo) y coordinadora del Grupo Neurovascular del Instituto Biocruces-Bizkaia.

También es la Coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN), revisora y moderadora habitual de las comunicaciones del Grupo, así como la Directora de Curso de Acreditación de Neurosonología y Secretaria del Proyecto Ictus.

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco (UPV/EHU) es autora de numerosos artículos en revistas nacionales e internacionales y ha participado en diversos ensayos clínicos y proyectos sobre el manejo de ictus. Actualmente miembro de la Comisión de Dirección de la Red RICORS de enfermedades cerebrovasculares del Instituto de Salud Carlos III y tutora de especialistas de Neurología en formación y también ha sido profesora del Departamento de Neurociencias de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU).

En España alrededor de 120.000 personas sufren un ictus cada año y unas 25.000 fallecen. A su vez, el

Mi **en**
ho

Re lel
ict de
las primeras casusa de mortalidad sino también de la discapacidad adquirida en la población adulta pudiendo dejar secuelas que limitan de forma importante la autonomía y la calidad de vida de las personas que lo sufren.

El ictus sigue siendo más frecuente a partir de los 65 años, pero el Ministerio de Sanidad señala que su incidencia aumentó un 25% entre los 20 y los 64 años. ¿Qué está ocurriendo para que el ictus tenga cada vez más presencia también entre personas más jóvenes?

Respesta.- Aunque el ictus continúa siendo más frecuente en edades avanzadas, algunos estudios sugieren que la incidencia podría estar aumentando también en personas jóvenes y de mediana edad. Además de las causas específicas más habituales en estos pacientes, se está estudiando el papel que pueden desempeñar los factores de riesgo vascular, así como la posible influencia de determinados de vida. Por ello, la prevención es fundamental también en personas jóvenes, dirigida tanto a la detección precoz de los factores de riesgo vascular como a su adecuado control cuando estén presentes.

Recientemente usted ha señalado que la hipertensión es el principal factor de riesgo vascular del ictus, junto al colesterol elevado, las arritmia, la diabetes o el tabaquismo. Si tuviera que señalar un problema que todavía estamos infravalorando, ¿cuál sería?

"En el ictus, cada minuto cuenta y la rapidez en la atención es fundamental para poder beneficiarse de los tratamientos disponibles"

Respesta.- Conocer la importancia de la detección precoz de los factores de riesgo vascular, así como de su adecuado control y de la adherencia al tratamiento que precise cada uno de ellos.

El Día Mundial del ictus pretende precisamente aumentar el conocimiento de la población sobre esta enfermedad y su sensibilización. La Sociedad Española de Neurología mantiene campañas destinadas a que la población reconozca los síntomas, y sepa que ante un solo síntoma debe llamar al 112. ¿Qué cree que todavía no hemos conseguido transmitir suficientemente bien a la población?

Respesta.- La importancia de solicitar asistencia sanitaria de forma inmediata. En el ictus, cada minuto cuenta y la rapidez en la atención es fundamental para poder beneficiarse de los tratamientos disponibles.

La estrategia del ictus del Sistema Nacional del Sistema Nacional de Salud insiste en que el tratamiento debe realizarse con rapidez y mediante equipos especializados. ¿Seguimos perdiendo oportunidades porque el paciente tarda demasiado en reconocer los síntomas o en pedir ayuda?

Respesta.- Si, todavía se producen retrasos en la atención especializada como consecuencia del reconocimiento tardío de los síntomas o de una demora en la solicitud de asistencia médica. Por eso, es tan importante que la población conozca los principales signos de alarma y que, ante la aparición brusca de uno de ellos llame inmediatamente al 112. Pero la atención del ictus es una cadena en la que intervienen diferentes eslabones. Además de conseguir que el paciente solicite ayuda inmediatamente, es fundamental que todo el circuito asistencial funcione de forma coordinada y ágil, desde la atención extrahospitalaria hasta la llegada a un centro con capacidad para ofrecer los tratamientos específicos que precise cada paciente.

La de
70 23
ob n,
ac de
es

Trabajar en una Unidad de Ictus certificada por la ESO significa cumplir unos estándares de calidad europeos. Para obtener la certificación la Unidad pasa por una evaluación externa y, posteriormente se somete a revisiones periódicas.

Esto permite garantizar que la atención al paciente con ictus está organizada, coordinada y basada en criterios de calidad y favorece además la mejora continua de la asistencia.

Descubre a... la Dra. Mª Mar Freijo en diez preguntas

La actualización de la estrategia del ictus del Sistema Nacional de Salud dedica una de sus 6 líneas estratégicas a la neurorrehabilitación y a la vida después del ictus. ¿Qué es lo que más necesita un paciente y su familia una vez superada la fase aguda?

Necesita contar con una atención continuada y coordinada por los diferentes profesionales adaptada a las necesidades del paciente y sus cuidadores, con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible para ambos.

Cuando hablamos de secuelas solemos pensar en problemas de movilidad, pero un ictus también puede afectar al lenguaje al sistema cognitivo, o a la autonomía personal. ¿Estamos dando suficiente visibilidad a esas secuelas que no siempre se ven?

Es cierto que solemos asociar las secuelas del ictus a la dificultad para movilizarse, pero también puede haber limitación para comunicarse tanto para hablar como para comprender, alteraciones visuales, de la deglución o cognitivas. Son secuelas que pueden limitar de forma significativa la autonomía y las actividades de la vida diaria con un importante impacto tanto para el paciente como para su entorno.

Si miramos una década hacia delante, ¿Cómo cree que habrá cambiado la atención del al paciente con ictus? ¿Estamos ante una enfermedad que podremos prevenir, tratar, e incluso anticiparnos de una manera mucho más personalizada?

Creo que en los próximos 10 años veremos avances importantes tanto en la prevención como en el tratamiento del ictus. Probablemente podamos identificar mejor a las personas con mayor riesgo y disponer de tratamientos cada vez más personalizados. El objetivo será seguir avanzando en la prevención y el tratamiento, anticiparnos a ella cuando sea posible, reducir el riesgo de recurrencia y disminuir su impacto posterior.

> ***"Todavía se producen retrasos en la atención especializada como consecuencia del reconocimiento tardío de los síntomas o de una demora en la solicitud de asistencia médica"***

Para terminar... Después de tantos años atendiendo a pacientes con enfermedades cerebrovasculares, ¿Qué es lo que más le sigue sorprendiendo del ictus y qué es lo que más le gustaría que la sociedad

en

Lo en
oc na
or la

respuesta al daño cerebral producido por un ictus y las secuelas pueden variar de unas personas a otras, incluso ante lesiones de características similares.

Me gustaría que la sociedad entendiera la importancia de la prevención tanto antes de sufrir un ictus como después de haberlo sufrido, para evitar que vuelva a producirse y que supiera reconocer sus síntomas y solicitar atención sanitaria de forma inmediata, para poder llegar lo antes posible al centro que pueda ofrecer el tratamiento específico que necesita cada persona.

Y sobre todo, que después del ictus sigue habiendo un camino de recuperación en el que el paciente y su familia necesitan ayuda y acompañamiento.

ENFERMEDADES DEL SIGLO XXI

Gefurulimab mejora el estado de los pacientes con miastenia gravis desde la primera semana de tratamiento

Los progresos en las actividades cotidianas se observaron durante los primeros días, mientras que los relacionados con la fuerza muscular se detectaron a partir de la cuarta semana

30/10/2026

VOLVER ATRAS

Redacción Farmacosalud.com

Hablar, masticar, tragar, caminar o mantener los brazos levantados pueden convertirse en acciones difíciles para las personas con miastenia gravis. La debilidad muscular suele aumentar al repetir un movimiento y, a menudo, se hace más evidente a medida que avanza el día. El Hospital Universitario de Bellvitge y el Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL, en l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona) han coordinado la participación española en PREVAIL, un ensayo clínico internacional de fase 3 que ha evaluado gefurulimab, un tratamiento experimental dirigido a adultos con miastenia gravis generalizada y anticuerpos contra el receptor de acetilcolina, la forma más frecuente de la enfermedad. El uso de gefurulimab ha demostrado mejorar el estado de los pacientes.

El ensayo ha incluido a 260 personas de 113 centros de 20 países. La colaboración internacional es especialmente importante en una enfermedad rara como la miastenia gravis, ya que permite reunir a un número suficiente de pacientes para obtener resultados sólidos. Los resultados, publicados en la revista 'JAMA Neurology', muestran que los individuos que recibieron el nuevo tratamiento experimentaron una mayor mejoría que las que recibieron placebo. La optimización en las actividades cotidianas comenzó a observarse durante la primera semana, mientras que la mejoría clínica de la fuerza muscular se detectó a partir de la cuarta. Los beneficios se mantuvieron durante los seis meses del estudio.





Fuente: Hospital Universitario de Bellvitge / IDIBELL

El Dr. Carles Casasnovas, neurólogo de la Unidad de Enfermedades Neuromusculares del Hospital de Bellvitge e investigador del IDIBELL y del CIBERER (CIBER de Enfermedades Raras), ha sido el coordinador del estudio en España y el investigador principal en Bellvitge. También han participado como subinvestigadores los Drs. Velina Nedkova y Dr. Moisés Morales.

Mejoras en la fuerza muscular en el 46,3% de los pacientes

A los seis meses, el 46,3% de los pacientes que recibieron el tratamiento experimental alcanzaron la mejoría de la fuerza muscular establecida como criterio de respuesta en el estudio, frente al 25,2% del grupo placebo. Es decir, casi la mitad de los sujetos tratados, frente a una cuarta parte de los que recibieron placebo. En cuanto a las actividades cotidianas, casi dos de cada tres personas tratadas (el 65,5%) alcanzaron el criterio de mejoría establecido, frente al 52,2% del grupo placebo. “Estas mejoras son importantes porque pueden traducirse en una reducción de los síntomas y en una mayor capacidad para realizar las actividades del día a día”, explica el Dr. Casasnovas.

La incidencia de efectos adversos fue similar en ambos grupos. Bellvitge continúa participando en la fase de extensión del ensayo, que permitirá obtener más datos sobre los efectos y la seguridad a largo plazo de la nueva terapia.

Inyección subcutánea

Gefurulimab se administra mediante una inyección subcutánea una vez a la semana, que puede administrarse en casa el propio paciente o una persona cuidadora. Si se autoriza y se incorpora a la práctica clínica, esta pauta podría proporcionar mayor autonomía, evitar desplazamientos periódicos y reducir la necesidad de recibir el tratamiento en el hospital de día.





Autor/a de la imagen: Enric Arandes
Fuente: E. Arandes / www.farmacosalud.com

La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune crónica que altera la comunicación entre los nervios y los músculos. Provoca debilidad y fatiga muscular, alteraciones que empeoran con la actividad y mejoran con el descanso. Puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente en mujeres menores de 40 años y en hombres mayores de 60. También puede causar caída de los párpados, visión doble y, en los casos más graves, dificultades respiratorias. Más de 16.000 personas viven con esta afección en España, según la Sociedad Española de Neurología. Aunque la miastenia gravis no tiene cura, los tratamientos permiten controlar los síntomas y llevar una vida normal o prácticamente normal en muchos casos. La investigación es esencial para ampliar las opciones terapéuticas y adaptarlas mejor a las necesidades de cada paciente.

La Unidad de Enfermedades Neuromusculares de Bellvitge atiende a cerca de 450 personas con miastenia gravis. Ha participado en cuatro ensayos clínicos sobre esta enfermedad y actualmente tiene tres estudios en marcha. El Hospital es Centro, Servicio y Unidad de Referencia (CSUR) en enfermedades neuromusculares raras y forma parte de las redes catalana y europea de referencia.

La nueva investigación se enmarca en la actividad de REMMA Bellvitge, el programa que, dedicado específicamente a las patologías minoritarias del adulto, impulsa el IDIBELL. El programa conecta la investigación con la asistencia para mejorar el diagnóstico y acelerar el acceso de los pacientes a nuevos tratamientos. La participación en ensayos internacionales como PREVAIL es una de las vías clave para acelerar la llegada de nuevas alternativas terapéuticas a los pacientes. PREVAIL ha sido financiado por Alexion, AstraZeneca Rare Disease, que ha participado en el diseño y desarrollo del estudio, el análisis de los datos y la preparación del manuscrito.

Referencia bibliográfica:

Gwathmey KG, Saccà F, Howard JF, Jr Vu T, Xi J, Mäurer M, et al. Efficacy and Safety of Gefurulimab in Generalized Myasthenia Gravis: The PREVAIL Phase 3 Randomized Clinical Trial. JAMA neurology. 2026;e262333. DOI: 10.1001/jamaneurol.2026.2333

Compartir

NEWSLETTER

Suscríbase a nuestra Newsletter y reciba el contenido más relevante de farmacosalud

Correo

Nombre

Apellidos

Especialidad

Nº de Colegiado

España

informacion.es

Cita en la UA de expertos internacionales para hablar de lA y patologías neurodegenerativas

J. Hernández

7-9 minutos

La Universidad de Alicante (UA) celebrará los días **5 y 6 de noviembre** un congreso internacional titulado **"Acerca de la Problemática Actual de las Enfermedades Neurodegenerativas y la Aplicación de las Tecnologías de la Inteligencia Artificial y Big Data**", un encuentro que reunirá a especialistas en investigación, medicina, tecnología y derecho para analizar los avances en el diagnóstico y tratamiento de estas patologías y los desafíos éticos y jurídicos asociados a las nuevas herramientas digitales.

Las sesiones tendrán lugar en el salón de actos Ramón Martín Mateo de la Facultad de Derecho y combinarán ponencias y mesas redondas sobre alzhéimer, párkinson, esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y esclerosis múltiple, además de cuestiones como la protección de los neurodatos, la privacidad, los neuroderechos y la regulación de la inteligencia artificial aplicada a la salud. La asistencia es gratuita, previa inscripción a través del formulario habilitado por la organización.

Ponentes

Entre otros ponentes, destacan las figuras de Pascual Sánchez Juan, director científico del Centro de investigación de Enfermedades Neurológicas (CIEN) del Centro Alzheimer de la Fundación Reina Sofia; Salvador Macip Maresma, líder del Grupo de Investigación en Biología de Neurodegeneración y el envejecimiento del centro de investigación Barcelona Beta Brain Research Center (BBRC) de la Fundación Pascual Maragall; Lluís Montoliu, investigador científico del CSIC, vicedirector del Centro Nacional de Biotecnología (CNB-CSIC) e investigador y miembro del Comité de Dirección del Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Raras (CIBER-ER) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII); y **Tomás de la Quadra-Salcedo** y Fernández del Castillo, exministro de España y expresidente del Consejo de Estado.

La inauguración, el jueves 5 de noviembre a las 9:30 horas, contará con la participación del vicerrector de Ordenación Académica y Profesorado de la UA, Luís Alfonso Martínez Giner; la consellera de Justicia y Administración Pública de la Generalitat Valenciana, Nuria Martínez Sanchis; el secretario autonómico de Planificación, Información y Transformación Digital de la Conselleria de Sanidad, Bernardo Valdivieso Martínez, y el **catedrático de Derecho Civil de la UA Juan Antonio Moreno Martínez, director del congreso.**

IA para ayudar a diagnosticar alzheimer en solo cinco minutos / Alex Domínguez

Predecir el alzhéimer

A continuación, Pascual Sánchez Juan, director científico del Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas (CIEN), analizará si es posible predecir el alzhéimer en personas asintomáticas. Salvador Macip Maresma, investigador del

Barcelona Beta Brain Research Center de la Fundación Pasqual Maragall, abordará la búsqueda de nuevas dianas para el tratamiento de esta enfermedad.

La primera jornada incluirá sesiones sobre terapias génicas, nanotecnología y biomarcadores de imagen médica, con intervenciones de José María Frade, investigador del CSIC y director científico de Tetraneuron, Ramón Martínez Máñez, director científico del Instituto Universitario IDM de la Universitat Politècnica de València, y María Beser Robles, investigadora del Hospital La Fe.

Por la tarde, una mesa redonda analizará la aplicación de la inteligencia artificial a la neurología clínica, la explicabilidad de los sistemas de lA, **la gobernanza ética de los datos de salud** y la certificación de productos sanitarios. Participarán, entre otros, David Ezpeleta Echevarri, vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología, María Jorqui Azofra, profesora de la Universidad Pública de Navarra, Luz Martínez Velencoso, catedrática de la Universitat de València, y Yolanda Bustos Moreno, catedrática de la UA.

Protección de datos

El programa abordará después la neurotecnología y la protección de datos. Lorenzo Cotino Hueso, presidente de la Agencia Española de Protección de Datos, abrirá este bloque con una ponencia sobre neurotecnología y neurodatos. Las mesas posteriores tratarán la responsabilidad de los proveedores tecnológicos, el Espacio Europeo de Datos de Salud, el derecho al olvido en relación con las enfermedades neurodegenerativas y las implicaciones éticas de estas tecnologías.

La jornada concluirá con una sesión dedicada a los neuroderechos, en la que se debatirán la Carta de Derechos Digitales, la neuromejora humana y la conveniencia de reconocer nuevos derechos ante los avances de la neurotecnología, con especialistas de universidades españolas, alemanas e italianas.

El viernes 6 de noviembre, el congreso se centrará en las enfermedades. La sesión dedicada al alzhéimer comenzará a las 9:30 horas con intervenciones sobre el **uso de la inteligencia artificial en el descubrimiento de fármacos,** la detección temprana de la enfermedad a través de la voz y las implicaciones jurídicas de estas tecnologías en la práctica médica. Participarán Aurelia Bustos Moreno, directora científica de **Nanomind.bio,** Juan Carlos Trujillo Mondéjar, catedrático de la UA y director de la **Cátedra ENIA de Inteligencia Artificial,** y Juan Antonio Moreno Martínez.

Estimulación cerebral

A las 11 horas, la mesa sobre párkinson abordará la estimulación cerebral profunda, los ultrasonidos focalizados, el aprendizaje automático para predecir el deterioro cognitivo y las interfaces cerebro-máquina. También se analizarán los criterios éticos que deben orientar los proyectos de inteligencia artificial relacionados con las enfermedades neurodegenerativas.

A partir de las 12:30 horas, una tercera mesa reunirá **investigaciones sobre ELA, esclerosis múltiple y otras patologías.** Los temas incluirán la evolución de los estudios sobre ELA desde los modelos animales hasta los ensayos clínicos, los avances de la investigación en España, el papel de las células inmunitarias en la recuperación de pacientes con esclerosis múltiple y el desarrollo de neuroprótesis visuales.

CRISPR

Las ponencias de clausura comenzarán el viernes a las 16 horas. Lluís Montoliu, investigador del CSIC y vicedirector del Centro Nacional de Biotecnología, hablará sobre la tecnología de edición genética CRISPR. A continuación, Diego Córdoba Castroverde, magistrado de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, analizará el **derecho de acceso a la historia clínica** y su alcance respecto al personal sanitario.

El encuentro finalizará a las 17:15 horas con una ponencia de Tomás de la Quadra-Salcedo y Fernández del Castillo, exministro y expresidente del Consejo de Estado, sobre el derecho a la integridad personal, la ética, la inteligencia artificial y los riesgos de la neurotecnología. En el acto de clausura participarán, además, la **rectora de la Universidad de Alicante, Amparo Navarro** Faure, que estará acompañada por el director general de Innovación de la Generalitat Valenciana, Juan José Cortés Vélez, y el catedrático Juan Antonio Moreno Martínez.

El congreso se enmarca en proyectos de investigación financiados por la Generalitat Valenciana y el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, centrados en los retos jurídicos de la inteligencia artificial, los algoritmos y el big fata en el ámbito de la salud digital.

En concreto, enmarcado en el **proyecto de Excelencia PROMETEO** “La nueva era de los algoritmos y la inteligencia artificial y su tutela-privada en el marco de la Unión Europea” y el proyecto de I+D+i “Incidencias del uso de la inteligencia artificial y Big Data en la salud digital y cirugía 4.0 (robótica y personalizada) y de su tutela jurídica por la normativa de la UE: propuestas de reforma y desarrollo legislativo”, ambos con el

catedrático Juan Antonio Moreno Martínez como investigador principal.

Suscríbete para seguir leyendo

En España, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año se producen unos 90.000 nuevos casos de ictus y más de 23.000 personas fallecen por esta causa. Pero, además, más del 30% de quienes sobreviven queda con secuelas que provocan algún grado de discapacidad o dependencia, lo que convierte al ictus en la primera causa de dependencia en el país. Los expertos calculan que uno de cada cuatro españoles sufrirá un ictus a lo largo de su vida, y que, si no se refuerza la prevención, el número de casos podría seguir aumentando en las próximas décadas debido, sobre todo, al progresivo envejecimiento poblacional.

Reconocer los síntomas de un ictus y solicitar asistencia médica inmediata puede marcar una diferencia importante en la evolución de la persona afectada. Se trata de una urgencia sanitaria en la que cada minuto cuenta, ya que la interrupción del suministro de sangre a una zona del cerebro puede provocar daños neurológicos y comprometer funciones como el movimiento, el lenguaje o la memoria.

El Hospital Universitario Vall d'Hebron recuerda que existen señales de alerta que permiten sospechar que una persona está sufriendo un accidente cerebrovascular y que pueden identificarse mediante tres sencillas comprobaciones: observar la fuerza de los brazos, la simetría de la sonrisa y la capacidad para hablar.

Tres señales que pueden indicar que una persona está sufriendo un ictus

Los profesionales del Hospital Vall d'Hebron recomiendan prestar especial atención a tres manifestaciones que pueden aparecer de

manera repentina.

1. PÉRDIDA DE FUERZA EN UN BRAZO O UNA PIERNA

Una de las señales más características del ictus es la aparición súbita de debilidad o pérdida de movilidad en un lado del cuerpo.

Para identificarla, se puede pedir a la persona que levante los dos brazos al mismo tiempo. Si tiene dificultades para elevar uno de ellos, no puede mantenerlo levantado o presenta una pérdida evidente de fuerza, podría tratarse de un síntoma de ictus.

También puede aparecer debilidad en las piernas. En ese caso, y siempre que pueda hacerlo con seguridad, se puede pedir a la persona que se siente y trate de levantar ambos pies para comprobar si existe alguna diferencia de fuerza o movilidad.

2. DESVIACIÓN DE LA BOCA AL SONREÍR

Otra señal de alerta es la pérdida de simetría facial.

Pedir a la persona que sonría permite observar si una de las comisuras de los labios cae o si la boca se desvía hacia un lado.

Esta alteración puede indicar una parálisis facial relacionada con el ictus y, en ocasiones, acompañarse de sensaciones anormales, como hormigueo o pérdida de sensibilidad.



También pueden presentarse alteraciones repentinas de la visión, que deben considerarse una señal de alarma.

3. DIFICULTAD PARA HABLAR O COMPRENDER

Los problemas repentinos de lenguaje son otro de los síntomas que pueden ayudar a reconocer un ictus.

Una forma de comprobarlos es formular preguntas sencillas, pedir a la persona que identifique un objeto o solicitarle que describa lo que está ocurriendo a su alrededor.

Si tiene dificultades para encontrar las palabras, pronuncia de forma incorrecta, cambia el orden de las sílabas, responde con frases incoherentes o no comprende las preguntas, podría estar experimentando una alteración neurológica.

Estas dificultades pueden aparecer incluso cuando la persona mantiene la movilidad y no presenta otros síntomas físicos evidentes.

Qué hacer ante la sospecha de un ictus

Ante cualquiera de estas señales, la principal recomendación es llamar inmediatamente al 112, sin esperar a comprobar si los síntomas desaparecen o mejoran.

Los expertos insisten en que el ictus requiere una intervención diagnóstica y terapéutica inmediata, puesto que el daño cerebral puede aumentar a medida que transcurre el tiempo.

Mientras llegan los servicios de emergencia, es importante

mantener a la persona tranquila, evitar esfuerzos y seguir las indicaciones del personal sanitario.

Si pierde el conocimiento, pero continúa respirando con normalidad, debe colocarse en posición lateral de seguridad. Si no respira normalmente, hay que informar al 112 e iniciar las maniobras de reanimación siguiendo sus instrucciones.

Tampoco deben administrarse medicamentos por iniciativa propia, ya que el tratamiento dependerá del tipo de ictus y de la valoración médica.

Asimismo, es recomendable recordar la hora a la que comenzaron los síntomas o, si se desconoce, el último momento en el que la persona se encontraba bien. Esta información puede resultar determinante para seleccionar las opciones terapéuticas.

Los especialistas aconsejan no trasladar al paciente por medios propios ni acudir primero al centro de salud, porque estas actuaciones pueden retrasar la atención especializada. La llamada a emergencias permite activar los circuitos asistenciales adecuados y orientar el traslado al hospital más indicado.

INFORMACIÓN ADICIONAL

Vie 30 Octubre 2026

Actualidad

Estrategias de rehabilitación en pacientes con secuelas respiratorias post COVID-19 en América Latina.

Mina-Ortiz, Jhon Bryan
Universidad Estatal del Sur de Manabí
Autor/a
https://orcid.org/0000-0002-3455-2503

Solis-Varas, Jorge Leandro
Universidad Estatal del Sur de Manabí
Autor/a
https://orcid.org/0009-0000-0852-021X

Valencia-Toala, Daniela Stefania
Universidad Estatal del Sur de Manabí
Autor/a
https://orcid.org/0009-0002-3162-9509

Intriago-Terán, Ana Belén
Universidad Estatal del Sur de Manabí
Autor/a
https://orcid.org/0000-0003-0346-9309

DOI: https://doi.org/10.63618/omd/isj/v4/n4/453

Palabras clave: determinantes de la salud posteriores a la COVID-19, afecciones persistentes después de la COVID-19, medidas preventivas, COVID prolongado, secuelas de la COVID-19

Resumen

Las secuelas del COVID-19 han tenido un profundo efecto en la salud de millones de pacientes,

causando problemas que van desde alteraciones respiratorias y debilidad muscular hasta trastornos psicológicos, estas secuelas son muy heterogéneas y afectan negativamente a múltiples sistemas biológicos, si bien la disnea es un síntoma frecuente. El objetivo, de nuestro estudio fue analizar el impacto de las estrategias de rehabilitación en pacientes con secuelas respiratorias post COVID-19 en la zona Sur de Manabí. Estrategia: se efectuó una investigación descriptiva con diseño documental, basado de una revisión sistemática bibliográfica. Resultados: los resultados demuestran que la disnea fue el síntoma más reportado, apareciendo en seis de los diez estudios analizados. Después de la disnea, se encontraron la disminución de la capacidad pulmonar, la tos persistente y las alteraciones funcionales en el aparato respiratorio. Algunas de las estrategias más comunes incluyen la movilización temprana, los ejercicios respiratorios, la educación terapéutica, el entrenamiento físico progresivo, la fisioterapia respiratoria, la rehabilitación pulmonar, el fortalecimiento muscular y las técnicas de higiene bronquial. Conclusión: estos resultados apoyan la aplicación de protocolos personalizados y tempranos de rehabilitación respiratoria como una parte del cuidado integral de los enfermos que tienen secuelas post COVID-19, sobre todo en los servicios sanitarios de la zona sur de Manabí.

Descargas



Biografía del autor/a

Mina-Ortiz, Jhon Bryan, Universidad Estatal del Sur de Manabí
Docente de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, Ecuador. Cuenta con experiencia en el ámbito académico y educativo, con participación en actividades de docencia e investigación universitaria.

Solis-Varas, Jorge Leandro, Universidad Estatal del Sur de Manabí
Estudiante de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, Ecuador. Se caracteriza por su responsabilidad, compromiso y disposición para adquirir nuevos conocimientos. Participa

activamente en actividades académicas y demuestra interés por fortalecer su formación profesional.

Valencia-Toala, Daniela Stefania, Universidad Estatal del Sur de Manabí
Estudiante universitario con interés en su desarrollo académico y profesional. Se destaca por su dedicación, responsabilidad y capacidad para trabajar en equipo, participando de manera activa en las diferentes actividades y proyectos de su formación universitaria.

Intriago-Terán, Ana Belén, Universidad Estatal del Sur de Manabí
Docente de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, Ecuador. Cuenta con experiencia en el ámbito académico y educativo, destacándose por su compromiso con la formación profesional y el desarrollo integral de los estudiantes. Participa activamente en actividades de docencia, investigación y vinculación universitaria.

Referencias

Abata Erazo, A., Tonguino Montenegro, K., & Nazate Chunga, Z. (2023). Secuelas por COVID-19 en pacientes de 20 y 60 años que acuden al Centro de Salud "Tulcán Sur" de Ecuador. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 27(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942023000400001&lng=en&nrm=iso

Aguilar-Gamboa, F., Vega-Fernández, J., & Suclupe-Campos, D. (2021). SARS-CoV-2: More than a respiratory virus. Revista Archivo Médico de Camagüey, 25(2). https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/download/8018/3981?inline=1

Alarcón, J., García, V., & Alzate, A. (2021). Asociación entre aumento del índice de masa corporal e ingreso hospitalario por COVID-19 en pacientes de un programa de riesgo cardiovascular. UEPH, 4(1). https://redi.cedia.edu.ec/document/59860 DOI: https://doi.org/10.18041/2665-427X/ijeph.1.7967

Álava Muñoz, W. (2023). Manifestaciones cardiovasculares en adultos con COVID-19. Ciencia Ecuador, 5(24), 52–71. https://cienciaecuador.com.ec/index.php/ojs/article/view/209

Arteaga, Ó., & Fuentes, A. (2020). COVID-19 en América Latina: Más allá de los datos epidemiológicos. Revista de Medicina y Cine, 16, 119–127. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7937050 DOI: https://doi.org/10.14201/rmc202016e119127

Baltodano Arellano, R. (2022). Hallazgos ecopulmonares en trabajadores de salud recuperados de infección leve por SARS-CoV-2 de un hospital IV COVID del Perú. Acta Médica Peruana. https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/2066 DOI: https://doi.org/10.35663/amp.2021.384.2066

Cahuapaza Gutiérrez, N. L., & Campos Escalante, T. S. (2023). Miocarditis por SARS-CoV-2: Una breve revisión. Revista Española de Cardiología, 58(2). https://doi.org/10.1016/j.rccl.2023.01.003 DOI: https://doi.org/10.1016/j.rccl.2023.01.003

Carbone, M., Lednicky, J., & Xiao, S. (2021). Epidemia de enfermedades infecciosas por coronavirus 2019: Dónde estamos, qué se puede hacer y esperanza. Journal of Thoracic Oncology, 16(4), 546–571. https://www.jto.org/article/S1556-0864(20)31140-0 DOI: https://doi.org/10.1016/j.jtho.2020.12.014

Carrillo, R., Melgar, R. E., Tapia, M., Jacito, S., Campa, A., Pérez, Á., & Carrillo, D. (2020). Manifestaciones extrapulmonares de la infección por SARS-CoV-2. Cirugía y Cirujanos, 88(5). https://doi.org/10.24875/CIRU.20000363

Carvajal Tello, N., Segura Ordoñez, A., & Lemos Martínez, D. (2026). Efectividad de la rehabilitación pulmonar en pacientes post COVID-19: Una revisión sistemática y metaanálisis. Retos, 80, 493–521. https://doi.org/10.47197/retos.v80.118591 DOI: https://doi.org/10.47197/retos.v80.118591

Cassini, A., & Bergeri, I. (2020). Evaluación de los factores de riesgo de enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19) entre trabajadores de salud: Protocolo para un estudio de casos y testigos. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/es/publications/i/item/assessment-of-risk-factors-for-coronavirus-disease-2019-(covid-19)-in-health-workers-protocol-for-a-case-control-study

Chérrez Ojeda, I., Gochicoa Rangel, L., Salles Rojas, A., & Mautong, H. (2020). Seguimiento de los pacientes después de neumonía por COVID-19: Secuelas pulmonares. Revista Alergia México, 67(4). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-91902020000400350 DOI: https://doi.org/10.29262/ram.v67i4.847

Cimas Hernando, J. (2021). Seguimiento de los pacientes con secuelas no respiratorias de la COVID-19. FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 28(2), 81–89. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7909903/ DOI: https://doi.org/10.1016/j.fmc.2020.11.004

García Casanova, T., Chávez Maldonado, V., & Pinargote Rodríguez, T. (2022). Complicaciones agudas en pacientes con COVID-19. FECIM, 4(1). https://doi.org/10.46721/tejom-vol4iss1-2022-23-48 DOI: https://doi.org/10.46721/tejom-vol4iss1-2022-23-48

Goicochea Ríos, E., Córdova Paz, O., Gómez Goicochea, N., & Vicuña Villacorta, J. (2022). Secuelas post infección por COVID-19 en pacientes del Hospital I Florencia de Mora. Trujillo-Perú. Revista de la Facultad de Medicina Humana, 22(4). https://doi.org/10.25176/rfmh.v22i4.5045 DOI: https://doi.org/10.25176/RFMH.v22i4.5045

González González, C., & Arvilla Arce, H. (2022). Alteraciones de la enfermedad por COVID-19. Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud de Jalisco. https://www.medigraphic.com/pdfs/saljalisco/sj-2021/sje211n.pdf

Guo, T., Fan, Y., Chen, M., & De la Flor, J. (2020). Cardiovascular implications of fatal outcomes of patients with coronavirus disease (COVID-19). JAMA Cardiology, 5(1). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32219356/ DOI: https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.1017

Hernández Fernández, F. (2020). Enfermedad cerebrovascular en pacientes con COVID-19: Neuroimagen, descripción histológica y clínica. Brain. https://doi.org/10.1093/brain/awaa239 DOI: https://doi.org/10.1093/brain/awaa239

Hernández Rodríguez, J., & Orlandis González, N. (2022). Factors favouring a worse clinical course of COVID-19 in people with obesity. Medicentro Electrónica, 26(1). https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=113491

Herrero, D., & Gaus, D. (2022). COVID-19: Última evidencia. Práctica Familiar, 5(3). https://doi.org/10.5294/pacla.2022.25.1.7 DOI: https://doi.org/10.23936/pfr.v5i3.175

Johansson, M., Quandelacy, T., Kada, S., & Venkata, P. (2021). SARS-CoV-2 transmission from people without COVID-19 symptoms. JAMA Network Open, 4(2). https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2774707 DOI: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.35057

Llumigusin Jácome, K. M., Pallo Tapia, L. M., Pujos Toapanta, D. F., & Ramos Serpa, G. (2022). Secuelas cardíacas post-COVID-19. Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida, 6(1), 77. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8966427 DOI: https://doi.org/10.35381/s.v.v6i1.1710

Llumiquinga Marcayata, J. (2021). Prevalencia de infecciones asociadas a cuidados de salud y mortalidad de pacientes con COVID-19. Revista Médica Vozandes, 32(2). https://doi.org/10.48018/rmv.v32.i2.2

Martínez Urbistondo, M., Mora, A., Expósito, E., & Castejón, R. (2021). Evolución de la infección por SARS-CoV-2 en función del estado metabólico previo del paciente. Nutrición Hospitalaria, 38(5), 1068–1074. https://doi.org/10.20960/nh.03469 DOI: https://doi.org/10.20960/nh.03469

Melgar Bieberach, R. E. (2021). Manifestaciones extrapulmonares de la infección por SARS-CoV-2. Cirugía y Cirujanos, 88(5). https://doi.org/10.24875/CIRU.20000363

Moreno Madrigal, L. (2022). Manifestaciones extrapulmonares de COVID-19. Medicina Interna de México. https://doi.org/10.24245/mim.v38i5.4745 DOI: https://doi.org/10.24245/mim.v38i5.4745

Muñiz Castrillo, S. (2020). Asistencia neurológica durante la pandemia de COVID-19. En D. Ezpeleta & D. García Azorín (Eds.), Manual COVID-19 para el neurólogo general. Sociedad Española de Neurología.

Navarrete Mejía, P., & Lizaraso Soto, F. (2021). Diabetes mellitus e hipertensión arterial como factor de riesgo de mortalidad en pacientes con COVID-19. Revista del Cuerpo Médico del HNAAA. https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312020000400361 DOI: https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.134.766

Nikoo, M. H., Sadeghi, A., Estedlal, A., Fereidooni, R., Ebrahimi, N. D., Maktabi, A., & Heydari, S. T. (2022). Trastornos del sistema de conducción y hallazgos electrocardiográficos en pacientes fallecidos por COVID-19 en 2021, Shiraz, Irán. World Journal of Cardiology, 14(12), 617–626. https://doi.org/10.4330/wjc.v14.i12.617 DOI: https://doi.org/10.4330/wjc.v14.i12.617

Oliva, J. (2021). SARS-CoV-2: Origen, estructura, replicación y patogénesis. Revista Científica del Instituto Nacional de Salud. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=762279686007

Ortiz-Prado, E., Simbaña-Rivera, K., & Gómez-Barreno, L. (2021). Caracterización clínica, molecular y epidemiológica del virus SARS-CoV-2 y la enfermedad de coronavirus 2019 (COVID-19): Una revisión exhaustiva de la literatura. Salud Pública. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32623267/

Osorio, M. F. (2020). Manifestaciones extrapulmonares de SARS-CoV-2: Una breve reseña. Infectious Diseases in Clinical Practice. https://doi.org/10.24875/CIRU.20000363

Pascarella, G., & Strumia, A. (2022). Diagnóstico y manejo de COVID-19: Una revisión exhaustiva. Journal of Internal Medicine. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32348588/

Pecho Silva, S. (2020). Complicaciones extrapulmonares de la enfermedad por COVID-19. Revista Peruana de Investigación en Salud, 4(4). https://doi.org/10.35839/repis.4.4.775

Pérez Fernández, A., Rivero, O. H., & Mederos, L. P. (2021). Primer informe en Cuba de trastorno psicótico posterior a COVID-19: Informe de caso. Acta Médica del Centro, 15(3). https://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1510

Pérez, M., Gómez, J., & Diéguez, R. (2020). Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 19(2). https://www.redalyc.org/journal/1804/180465393005/html/

Picón Jaimes, Y. A., García Lovelo, G. J., Ellis Fritz, J. V., Castro Castro, A. L., Villa Navarro, J. M., Soto Bossa, D. A., Rojas Ortega, S. D., Álvarez Saa, T., & Ortega Sierra, M. G. (2023). Riesgo cardiovascular en pacientes recuperados de COVID-19 a corto y mediano plazo: ¿Qué concluye la evidencia actual? Horizonte Médico (Lima), 23(1). http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2023000100014 DOI: https://doi.org/10.24265/

horizmed.2023.v23n1.14

Quiridunbay Pasato, L., Flores Montesinos, C., & Ortiz Encalada, B. (2022). Main cardiac complications in patients with post COVID-19 syndrome. Salud, Ciencia y Tecnología, 2, 203. https://redi.cedia.edu.ec/document/342394 DOI: https://doi.org/10.56294/saludcyt2022203

Rodríguez Corredor, L., Sánchez Rodríguez, J., & Vargas Ramírez, L. (2024). Impacto de la rehabilitación pulmonar sobre calidad de vida, ansiedad y depresión en pacientes post-COVID-19: Revisión sistemática. Fisioterapia, 46(4), 163–238. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211563824000178 DOI: https://doi.org/10.1016/j.ft.2024.01.005

Rosales Márquez, C., & Castillo Saavedra, E. F. (2022). Secuelas pos-COVID-19 a largo plazo: Un estudio de revisión. MediSur, 20(4). https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=118750

Sanclemente Cardoza, V., Payán Salcedo, H., & Estela Zape, J. (2024). Enfoque de la fibrosis pulmonar post-COVID-19 a través de la rehabilitación pulmonar extrahospitalaria. Respirar, 16(4), 395–404. https://doi.org/10.55720/respirar.16.4.7 DOI: https://doi.org/10.55720/respirar.16.4.7

Silva, S., Arteaga Livias, K., Bazán Concha, B., & Navarro Solsol, A. (2020). Complicaciones extrapulmonares de la enfermedad por COVID-19. Revista Peruana de Investigación en Salud, 4(4), 183–189. https://doi.org/10.35839/repis.4.4.775 DOI: https://doi.org/10.35839/repis.4.4.775

Singh, S., Baldwin, M., Daynes, E., et al. (2023). Secuelas respiratorias de la COVID-19: Orígenes pulmonares y extrapulmonares, y enfoques para la atención clínica y la rehabilitación. The Lancet Respiratory Medicine, 19(5). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37216955/

Suárez Ramírez, A. A., & Román Relica, L. G. (2025). Liderazgo gerencial en contextos de crisis sanitaria: Un enfoque desde la gestión resiliente. Innova Science Journal, 3(3), 168–179. https://doi.org/10.63618/omd/isj/v3/n3/75 DOI: https://doi.org/10.63618/omd/isj/v3/n3/75

Tang, N., Dengju, L., Wang, X., & Ziyong, S. (2020). Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 18(4), 844–847. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32073213/ DOI: https://doi.org/10.1111/jth.14768

Tapia, M. (2021). Manifestaciones extrapulmonares de la infección por SARS-CoV-2. Cirugía y Cirujanos, 88(5). https://www.bohrium.com/en/paper-details/other/812565570166718465-0 DOI: https://doi.org/10.24875/CIRU.20000363

Vasco Aguilera, A. S., Rodríguez Loor, J. E., Pinto Almeida, G. D., et al. (2025). Estadísticas de la mortalidad en el Ecuador producto del COVID-19. Innova Science Journal, 3(1), 323–333. https://doi.org/10.63618/omd/isj/v3/nE1/197 DOI: https://doi.org/10.63618/omd/isj/v3/nE1/197

La Crónica del Henares



Los casos nuevos de demencia pasarían de 11,4 millones en 2023 a 24,7 millones al año en 2050 si el riesgo por edad no cambia; la tasa es mayor en mujeres y en países pobres. | Infografía: La Crónica del Henares, con datos de JAMA Neurology (2026).

Demencia: los casos nuevos podrían duplicarse en 2050

sábado, 31 de octubre de 2026

Un metaanálisis en JAMA Neurology estima 11,4 millones de casos nuevos de demencia en 2023 y 24,7 millones al año en 2050 si nada cambia.

Alcalá de Henares, 31 de octubre de 2026

En 2023, **11,4 millones de personas empezaron a padecer demencia** en el mundo, una cada tres segundos. Si el riesgo por edad y sexo no cambia, el envejecimiento de la población llevará esa cifra a **24,7 millones de casos nuevos al año en 2050**, según un metaanálisis internacional.

> **DE 11,4 A 24,7 MILLONES**
>
> - Los casos nuevos **se multiplicarían por 2,2** en menos de tres décadas.
> - Las mujeres desarrollan demencia a un ritmo **un 23 % mayor** que los hombres.
> - En los países de ingresos bajos y medios, la tasa es **un 64 % más alta** que en los ricos.
> - La proyección **no es una predicción**: supone que el riesgo por edad se mantiene igual.

El estudio lo ha dirigido **Ashleigh S. Vella, investigadora posdoctoral del Centro para el Envejecimiento Cerebral Saludable (CHeBA) de la Universidad de Nueva Gales del Sur**, en Sídney (Australia). Se publicó el 12 de octubre en *JAMA Neurology*, y la revista *JAMA* lo recogió en una reseña el 30 de octubre.

El trabajo mide la **incidencia**, es decir, cuántas personas empiezan a padecer demencia cada año, y no la prevalencia, el total de quienes ya viven con ella. Es el dato que más interesa para planificar consultas de memoria, diagnósticos y plazas de cuidado, porque anticipa cuántos pacientes nuevos llegarán.

▸ **Incidencia, prevalencia y personas-año: qué significa cada cifra**

38.418 personas en seis continentes

El equipo reunió los datos individuales de **22 estudios de población de 18 países y territorios**, 12 de ingresos altos y 6 de ingresos bajos y medios, integrados en el consorcio internacional COSMIC, que coordina el propio CHeBA. Los participantes se reclutaron entre 1990 y 2011 y se siguieron hasta 2021.

En ese tiempo, que suma 287.632 personas-año de observación, **3.001 participantes desarrollaron demencia**. Todos los casos se diagnosticaron con criterios clínicos y se analizaron con el mismo método estadístico, algo poco habitual: hasta ahora las comparaciones internacionales mezclaban estudios hechos de formas muy distintas.

Con esos datos, la tasa mundial ajustada a la población de 2023 sale en **9,7 casos nuevos por cada 1.000 personas-año**. Aplicada a la población mundial de ese año da los 11,4 millones; aplicada a la que prevén las proyecciones demográficas para 2050, los 24,7 millones.

Vallecas y Zaragoza, en el consorcio

COSMIC agrupa hoy **60 estudios de población de 38 países** y más de 200.000 participantes, según la presentación del consorcio publicada en 2025 en la revista *Neuroscience*. España aporta dos: el **Proyecto Vallecas**, que la Fundación CIEN, dependiente del Instituto de Salud Carlos III, desarrolla en el Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía de Madrid, y el proyecto ZARADEMP de Zaragoza.

El Proyecto Vallecas reclutó entre 2011 y 2013 a **1.213 voluntarios madrileños de 70 a 85 años** sin demencia y los sigue cada año para detectar quiénes la desarrollan. Entre los firmantes del metaanálisis figuran **Pascual Sánchez-Juan, director científico de la Fundación CIEN**, y Antonio Lobo, responsable de ZARADEMP, los dos representantes de esas cohortes en el comité científico del consorcio.

Más mujeres, más países pobres

Incluso después de corregir por la edad (las mujeres viven más y llegan en mayor número a las edades de riesgo), la incidencia fue de **10,6 casos por 1.000 en**

mujeres frente a 8,6 en hombres. La brecha entre países es mayor: 13,6 en los de ingresos bajos y medios y 8,3 en los de ingresos altos.

«La incidencia de la demencia no se reparte por igual», resume Vella en el comunicado de su universidad. Los autores advierten de que el estudio **no explica por qué**: apuntan a una mezcla de factores de salud, educativos, sociales, económicos y ambientales que habrá que investigar en poblaciones más diversas.

Perminder Sachdev, codirector del CHeBA y autor principal, considera «especialmente preocupante» la cifra de los países con menos recursos, porque es donde la población envejece más deprisa. Henry Brodaty, también codirector del centro, calcula que 24 millones de casos nuevos al año supondrían una presión «enorme» para familias, sistemas sanitarios y economías.

Un escenario, no un destino

La cifra de 2050 depende de una condición que los autores dejan escrita: que **la incidencia por edad y sexo se mantenga constante**. Es decir, que una mujer de 80 años en 2050 tenga el mismo riesgo que hoy. Todo el aumento procede del envejecimiento de la población.

Ese supuesto puede no cumplirse. En varios países ricos la incidencia por edad ha ido bajando en las últimas décadas, y en España un trabajo presentado en 2023 en la Sociedad Española de Neurología con la cohorte rural NEDICES, de Arévalo (Ávila), encontró una caída de la incidencia entre los años noventa y 2005, aunque con pocos casos. Más estudios, menos tabaquismo o mejor control de la tensión pueden moverla a la baja. La obesidad o la diabetes, al alza.

Hay otra limitación de fondo. Los 22 estudios empezaron entre 1990 y 2011, así que la tasa de «2023» se construye con datos de personas reclutadas hace entre 15 y 35 años y estandarizada a la población actual. Y seis países no bastan para retratar a todo el mundo en desarrollo, como reconoce el propio equipo.

Lo que supone en España y en Madrid

España no dispone de un registro nacional de personas con demencia. Un análisis del proyecto MapEA publicado este año en la *Revista Española de Geriatría y Gerontología* cifraba en **más de 909.000 las personas con demencia en 2022**, cerca del 2,2 % de la población, y en más de 850.000 las que tenían deterioro cognitivo leve.

En la Comunidad de Madrid, el alzhéimer es la primera causa de dependencia y afecta a una de cada diez personas con la dependencia reconocida, según la propia Consejería. El plan estatal específico, el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias, cubría el periodo 2019-2023. Desde entonces, el Ministerio de Sanidad remite a la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas, que incluye un programa para el alzhéimer y otras demencias aprobado a finales de 2021.

Próximo paso: los datos de los países sin datos

El equipo de Sídney pide ampliar los estudios de seguimiento en los países de ingresos bajos y medios, donde se concentrará buena parte del aumento y donde hoy hay menos información. El consorcio COSMIC sigue incorporando cohortes, y los autores presentan este trabajo como la referencia con la que comparar las próximas estimaciones.

PREGUNTAS PENDIENTES

- **¿Cuántos casos nuevos de demencia se diagnostican cada año en España?** Sin un registro nacional, las cifras proceden de estimaciones. Corresponde al Ministerio de Sanidad y a las comunidades autónomas aclarar si está previsto crearlo.
- **¿Habrá un nuevo plan específico de alzhéimer y demencias?** El Plan Integral cubría hasta 2023. Pregunta para el Ministerio de Sanidad, que hoy remite a la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas.
- **¿Qué tasa de casos nuevos ha registrado el Proyecto Vallecas entre los mayores madrileños?** Sería la referencia más cercana para comparar con la media mundial. Corresponde aclararlo a la Fundación CIEN.
- **¿Cuánto se espera hoy para un diagnóstico en las consultas de**

memoria del Corredor del Henares? Corresponde a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y a los hospitales Príncipe de Asturias y de Torrejón dar el dato.

Más en La Crónica del Henares: Demencia · Alzhéimer · Envejecimiento · Neurociencia

FUENTES CONSULTADAS

- Vella AS, Visontay R, Lipnicki DM, et al. «Global incidence of all-cause dementia: a meta-analysis». *JAMA Neurology*, 12 de octubre de 2026. doi:10.1001/jamaneurol.2026.3540.
- Richmond S. «Annual Dementia Incidence May Reach 25 Million by 2050». *JAMA*, 30 de octubre de 2026. doi:10.1001/jama.2026.20037.
- Ficha del metaanálisis en PubMed (PMID 42862582), con la lista completa de autores. Enlace.
- Lipnicki DM, Vella AS, et al. «Addressing global diversity in dementia research with the COSMIC collaboration». *Neuroscience* 582 (2025): 180-194. doi:10.1016/j.neuroscience.2025.07.036.
- Fundación CIEN, Proyecto Vallecas (ficha de la cohorte en la iniciativa europea JPND). Enlace.
- Universidad de Nueva Gales del Sur (UNSW Sydney). «New yearly dementia cases to double by 2050: study», octubre de 2026. Enlace.
- Proyecto MapEA. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2026. Enlace.
- Bermejo Pareja F, et al. «¿Disminución de incidencia de demencia en España? Datos de la cohorte rural de NEDICES». LXXV Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología, *Neurology Perspectives*, 2023.
- Ministerio de Sanidad, nota de prensa sobre la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas. Enlace.
- Comunidad de Madrid, nota con motivo del Día Mundial del Alzhéimer. Enlace.

BOLETÍN DIARIO · CORREDOR DEL HENARES

Lo que pasa en el Henares, cada mañana en tu correo

¿Te ha interesado esta información? Cada día seleccionamos las noticias del Corredor del Henares, Comunidad de Madrid, nacionales e internacionales que de verdad te afectan, y te las enviamos por correo al final de tu jornada.

Tu correo electrónico

Recibirlo gratis

Un correo al día. Sin coste y sin publicidad invasiva. Puedes darte de baja con un clic. Política de privacidad

No te enteres tarde de lo que pasa en tu ciudad. Recibe cada día las noticias del Corredor del Henares en tu correo.
Suscribirme, es gratis →

Uso de cookies
Utilizamos cookies propias y de terceros para mejorar nuestros servicios y mostrarle publicidad relacionada con sus preferencias mediante el análisis de sus hábitos de navegación. ×
Si continúa navegando, consideramos que acepta su uso. Puede obtener más información, o bien conocer cómo cambiar la configuración, en nuestra **Política de cookies**

31 Oct 2026

Torrafal celebra su 25 aniversario estrenando el Teatro de la Casa de la Cultura y la Orquesta Sinfonica

TorreNews - Sociedad Torrejón

El acto central reunió a tres alcaldes de Torrejón en el Palacio de Aldovea



El Alzheimer es mucho más que una enfermedad. Es una circunstancia vital que afecta a quien la padece y a todo su entorno. Bajo esa premisa, las asociaciones de familiares de afectados de la zona este de Madrid han desplegado durante las últimas semanas un amplio calendario de actividades con motivo del Día Mundial del Alzheimer, que se conmemora cada 21 de septiembre. Alcalá de Henares fue recorrida por una marcha solidaria; San Sebastián de los Reyes y Alcobendas inauguraron un mural conmemorativo; Coslada y San Fernando de Henares celebraron sus tradicionales jornadas en el Hospital del Henares; y Tetuán acogió un concierto benéfico. Pero quien lo ha celebrado a lo más grande ha sido Torrejón de Ardoz. No en vano, la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de la localidad, Torrafal, cumple 25 años.

La celebración arrancó con la tradicional merienda de socios y usuarios, a la que siguió una visita guiada al Palacio de Aldovea. Sin embargo, el acto central llegó días después: Torrafal fue la encargada de inaugurar oficialmente el teatro en que se ha convertido el Salón de Actos de la Casa de la Cultura. Si bien ya había habido proyecciones dentro del ciclo 'Jueves de Cine', el de Torrafal fue el primer acto que se celebró sobre las nuevas tablas, que mostraron todo su potencial. Una tramoya ha sustituido la hilera de focos que ocupaban el techo de la caja escénica, lo que permitirá acoger obras de teatro profesional. El cambio más evidente, sin embargo, tiene color: tanto las butacas como el telón han adoptado el rojo como seña de identidad.

Lo importante no estaba en el escenario, sino en lo que iba a ocurrir sobre él. El acto comenzó con la proyección de un vídeo que simbolizaba el Alzheimer como circunstancia vital y no como seña de identidad, mostrando a los usuarios del centro torrejonero recordando sus profesiones. En esta edición, Torrafal quiso dedicar su acto central a las actividades de terapia alternativa, como el ejercicio físico, la perroterapia, el teatro y la música. A través de pequeñas ponencias se fueron desgranando algunos de los servicios de la asociación. Y el cierre fue el momento más emotivo: el Coro de las Emociones, formado por usuarios del centro, subió al escenario para interpretar tres canciones, poniendo el broche de oro a la celebración.



Pero la celebración del 25 aniversario tuvo también un escenario de gala. El 13 de octubre, el Palacio de Aldovea acogió un acto conmemorativo que incluyó un concierto solidario, charlas informativas y conferencias, y que reunió a personalidades del ámbito político y social como el alcalde de Torrejón, Alejandro Navarro Prieto; el presidente del Senado, Pedro Rollán; la exalcaldesa Trinidad Rollán; y la presidenta de Torrafal, Vevi Pérez.

La celebración se estructuró en cuatro actos principales que resaltaron el impacto social de la labor de la asociación, entre ellos la merienda para socios y usuarios y el concierto inaugural de la Orquesta Sinfónica Municipal de Torrejón de Ardoz en el Teatro Municipal José María Rodero, cuya recaudación se destinó a financiar los programas de apoyo de Torrafal. Durante la gala en el Palacio de Aldovea, el alcalde entregó un reconocimiento oficial a la presidenta de la asociación por su trayectoria, un gesto que simboliza el apoyo institucional a una labor consolidada. También se destacó el Espacio Vital Torrafal, ubicado en el antiguo Colegio Carlos I y cedido por la Comunidad de Madrid, que se ha convertido en un referente en la atención integral del Alzheimer con servicios como atención psicológica, talleres terapéuticos y ayuda a domicilio.

La gala sirvió también para repasar las iniciativas que Torrafal lleva a cabo a lo largo del año: festivales benéficos en el Teatro Municipal, actos conmemorativos por el Día Mundial del Alzheimer, jornadas conjuntas con el Hospital de Torrejón, torneos de golf solidarios y la adquisición de un vehículo de transporte adaptado. El Ayuntamiento reafirmó su compromiso con una subvención anual de 92.000 euros para garantizar la continuidad de estos proyectos. El evento concluyó con un consenso entre los intervinientes sobre la importancia del trabajo en equipo para enfrentar la dura realidad de los enfermos de Alzheimer y sus cuidadores, reafirmando la misión de Torrafal de aliviar sus dificultades y mejorar su calidad de vida.



Y como no hay tres sin cuatro, la celebración terminaba con otro evento histórico, y es que Torrafal apadrinó la puesta de largo de la nueva Orquesta Sinfónica de Torrejón, una nueva agrupación que se suma a la Banda Municipal con más instrumentos para ofrecer una experiencia musical única. Y así fue, el aumento de cuerdas se notó desde la primera nota, algo a lo que ayudó que los músicos escogiesen parte del repertorio con que habían recorrido medio Torrejón en el "Música en los Barrios" del mes anterior. Y como colofón, el concejal de Cultura se lanzó en un dúo con Lukas Urdea para cerrar por todo lo alto el concierto. O tal vez no, pues aún hubo mas. El Coro de las Emociones de Torrafal se sumaba a la cita con la historia convirtiéndose en el primer coro de personas con discapacidad intelectual en actuar junto a una orquesta sinfónica. Y es que la Sinfónica, o Filarmónica (la diferencia estriba en si es una iniciativa pública o privada) es la mayor concentración de instrumentos que permite la música, por lo que Torrejón entra en un club de ciudades al que pertenecen muy pocas en el mundo.

La labor de Torrafal se enmarca en un contexto de creciente preocupación social por las demencias. Según la Sociedad Española de Neurología, aproximadamente 800.000 personas en España padecen Alzheimer. El Ayuntamiento de Madrid cuenta con 35 recursos municipales para atender a personas con deterioro cognitivo, entre ellos 32 centros de día especializados en la atención a mayores de 60 años con Alzheimer, siete de los cuales ofrecen servicio de respiro familiar los fines de semana, y dos residencias municipales dedicadas específicamente a personas con Alzheimer. Este año se celebra además el 20º aniversario del Centro Municipal de Atención Integral Neurocognitiva Doctor Salgado Alba, referente

nacional en la atención a personas diagnosticadas con deterioro cognitivo de inicio temprano, entre los 30 y 65 años.

Escribir un comentario

Nombre (requerido)

E-mail

Sitio web

Título



Refescar

Enviar

JComments

Telescopio TV

El Tiempo

El tiempo. Madrid

mar. 03		mié. 04		jue. 05		vie. 06	
00-12	12-24	00-12	12-24	00-12	12-24	00-12	12-24
7 / 14		5 / 14		7 / 15		4 / 15	
%	0%	0%	10%	15%	0%	0%	5%

El tiempo. Alcalá de Henares

mar. 03		mié. 04		jue. 05		vie. 06	
00-12	12-24	00-12	12-24	00-12	12-24	00-12	12-24
4 / 16		1 / 16		4 / 17		2 / 18	
%	0%	0%	40%	30%	0%	0%	5%

OneClick
Convert
Word to PDF

Neurociencia • Inteligencia Artificial 30 oct

La inteligencia artificial consigue predecir dolores de cabeza con 24 horas de antelación

El corazón, la temperatura de la piel y la tensión muscular podrían alertarnos de que se aproxima un dolor de cabeza antes de que aparezca. Un estudio noruego demuestra que **la inteligencia artificial** puede descifrar estas señales y anticipar episodios de dolor en personas con secuelas de una conmoción cerebral.

Probar IA



El Gregorio Marañón conciencia sobre la detección precoz del ictus con el método FAST

30 de octubre de 2026

El Hospital Gregorio Marañón celebra una jornada para enseñar a identificar los síntomas del ictus y actuar con rapidez llamando al 112

Haz que nuestras noticias aparezcan en tus búsquedas

Añade DiarioCM en Google

El Servicio de Neurología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, centro público de la Comunidad de Madrid, se ha unido a la celebración del Día Mundial del Ictus con la jornada 'El tiempo es cerebro – 112 Código Ictus', una iniciativa dirigida a concienciar a la población sobre la importancia de reconocer los primeros síntomas y solicitar asistencia médica de inmediato.

En España se producen unos 100.000 casos de ictus cada año, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Actuar con rapidez es determinante, ya que recibir tratamiento cuanto antes puede mejorar el pronóstico y reducir las posibles secuelas.

Un punto de información para aprender a identificar el ictus

En colaboración con Siemens Healthineers, el hospital ha instalado un punto de información en su entrada principal, donde profesionales sanitarios han acercado a la ciudadanía las claves para prevenir el ictus e identificar sus señales de alarma mediante una actividad práctica centrada en el método FAST (Face, Arms, Speech, Time).

Profesionales de los servicios de Neurología y Rehabilitación, junto con Enfermería, a través de una infografía explicativa y un juego de cartas inspirado en el clásico 'Uno', ha mostrado a los ciudadanos como aprender, de forma participativa, los cuatro pasos del método: F, de Face (cara), para comprobar si existe asimetría facial al sonreír; A, de Arms (brazos), para detectar si uno de los brazos pierde fuerza o desciende al levantarlos; S, de Speech (habla), para identificar dificultades al hablar o comprender; y T, de Time (tiempo), que recuerda que hay que llamar inmediatamente al 112 ante cualquiera de estas señales.

Asimismo, el hospital ha completado esta iniciativa con vídeos divulgativos en su canal de YouTube para facilitar el acceso a esta información y ampliar su difusión entre la población.



Una unidad de referencia en la Comunidad de Madrid

Esta jornada refuerza el liderazgo del Servicio de Neurología del Hospital Gregorio Marañón en la prevención, detección precoz y atención integral del ictus. Además, este compromiso se suma a la amplia trayectoria del hospital en este ámbito gracias a su Unidad de Ictus.

Se trata de un servicio de referencia que ha atendido a unos 22.000 pacientes y realizado cerca de 2.500 tratamientos de reperfusión, consolidándose como referente en la Comunidad de Madrid por su excelencia clínica, innovación tecnológica y protocolos pioneros que han reducido significativamente los tiempos de tratamiento.

Imágenes: Comunidad de Madrid

¡Síguenos en Telegram! Recibe nuestras noticias y contenido exclusivo.

Suscríbete a nuestra newsletter

Introduce a continuación tu correo electrónico:

Tu correo aquí

Suscríbete

He leído y acepto el Aviso Legal y la Política de Privacidad.

Powered by SendX