



Santiago Ramón y Cajal al acabar la carrera, 1873. Tres años después, en abril de 1876, se sentó a examinarse de practicante. Recorte de la orla conmemorativa del curso 1872-1873 de la Universidad de Zaragoza. CSIC, Legado Cajal, signatura A2.3.I2.07, referencia LC01842, custodiado en el Museo Nacional de Ciencias Naturales. Digitalización de Simurg (<http://simurg.csic.es/view/9918477331504201>), CC BY-NC-SA 4.0; este recorte se distribuye bajo la misma licencia.

HISTORIA Y LEGADO · BIOGRAFÍA · ZARAGOZA: UNIVERSIDAD Y DESTINO

«Raciocinio y Observación»: los veinticinco documentos que faltaban de 1876

11 de septiembre de 2026

· [Read in English \(/en/2026/09/11/reasoning-and-observation-the-twenty-five-documents-of-1876/\)](/en/2026/09/11/reasoning-and-observation-the-twenty-five-documents-of-1876/)

En abril de 1876, en la sala de juntas del Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza ([cajal-zaragoza/](/cajal-zaragoza/)), con las puertas abiertas al público, un tribunal llamó a cuatro hombres. Uno se retiró antes de empezar. De los tres que quedaron, el más joven —veintitrés años— fue el encargado de meter la mano en la urna y sacar los seis temas del examen escrito.

Le salieron fracturas de clavícula, mordeduras de víbora y de perro rabioso, luxación de húmero, fractura abierta de tibia y peroné, los accidentes que complican las quemaduras, y el diagnóstico diferencial entre heridas penetrantes y no penetrantes.

Tuvo dos horas. Escribió trece páginas. Y como el examen era anónimo —el pliegue de



cerraba sin firma y la firma iba aparte, en otro sobre con el mismo lema—, tuvo que elegir un lema con el que identificarse.

Eligió «**Raciocinio y Observación**».

Ese pliego existe. Se conserva. Y ahora está publicado.

Lo que se publica, dónde y quién lo firma

Juan Carlos Criado Gutiérrez ha publicado *150 años de la oposición a practicante aprobada por Santiago Ramón y Cajal* en **Neurosciences and History** (<https://nah.sen.es/es/numeros/numero-actual/150-anos-de-la-oposicion-a-practicante-aprobada-por-santiago-ramon-y-cajal>), la revista del **Archivo Histórico de la Sociedad Española de Neurología**, en el número **2026;14(1):14-25**. Es un artículo **Original**, recibido el 19 de octubre de 2025 y aceptado el 10 de noviembre de 2025. Se publica en abierto, con licencia CC BY-NC-ND 4.0, y en las dos lenguas:



castellano (https://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV14N1202614_25ES.pdf) e



inglés (https://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV14N1202614_25EN.pdf) .

Este archivo ya dio cuenta del hallazgo cuando era una noticia de revista profesional: lo contamos en enero de 2025, a propósito del trabajo del mismo autor en *Noticias de Enfermería*, del Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza («**Cajal, enfermero**» (2025/01/18/cajal-enfermero/)). Entonces escribimos que la investigación no había concluido y que quedábamos a la espera de los resultados.

Los resultados están aquí. Y han pasado por revisión por pares.

Lo que se sabía antes: un papel, y solo uno

Hasta ahora, de toda la etapa hospitalaria de Cajal existía **un único documento**: una comunicación conservada en el **Instituto Cajal (CSIC)**, fechada el **17 de mayo de 1876**, en la que se le notifica su nombramiento como practicante de 1.ª clase del Hospital de Nuestra Señora de Gracia.

Un papel. Sus biógrafos lo citan; ninguno había podido explicar de dónde salía. No se sabía cómo se había convocado la plaza, ni contra quién compitió, ni qué examen hizo, ni por qué duró tan poco.

Faltaba el expediente. El expediente estaba en el archivo de la **Diputación Provincial de Zaragoza**, en la caja del Fondo de Beneficencia con signatura **III, 122**, dentro de un legajo

titulado «Expedientes y documentación relativos al personal del Hospital y Hospicio de Zaragoza». Son **veinticinco documentos**, treinta escritos, **cincuenta y seis páginas**.

El proceso, día por día

Es lo que el artículo reconstruye, y conviene leerlo así, porque el interés no está en el resultado sino en la mecánica.

Diciembre de 1875. Muere el practicante titular, **D. Luís Cerrada**, el día 12. El 21, D. Mariano Pérez, presidente de la Comisión de Beneficencia, propone que se declare la vacante.

16 de marzo de 1876. El *Boletín Oficial de la Provincia de Zaragoza* n.º 149 publica la convocatoria: plaza de practicante de 1.ª clase, **625 pesetas** anuales, quince días para presentar solicitud.

27 de marzo. Cajal entrega su instancia, escrita de su puño y letra por las dos caras. Pide ser admitido a los ejercicios y termina con la fórmula del tiempo: «Gracia que espera conseguir de la acreditada bondad de V.E.». La firma **Santiago Ramón Cajal**.

Se presentan cuatro: **Pedro Aguado y Morales**, **Santiago Ramón y Cajal**, **Pascual Puro y Olona** y **José Alegre y Bravo**.

28 de marzo. Se constituye el tribunal: **D. Liborio Loshuertos** (presidente), **D. Antonio Escartín** (vocal) y **D. Jacinto Corralé** (secretario). Los ejercicios serán los días 4 y 5 de abril, a las once de la mañana, y serán **públicos**.

4 de abril, primer día. Con el público dentro y en presencia del presidente honorario **D. Genaro Casas**, Aguado y Morales anuncia que se retira. Quedan tres. Cajal, el más joven, saca los temas. Dos horas de escritura vigilada. Pliegos cerrados, lemas en los sobres.

5 de abril, segundo día. El tribunal se reúne a puerta cerrada y corrige. De los tres escritos dice que los tres aprueban, y del de Cajal, textualmente:



“

«el Sr. Ramón es sobre extenso y altamente científico sin que esto sea sentar que no haya en él alguna omisión importante que podrán ser quizá de la precipitación e intranquilidad con que en estos casos se escribe».

Después, el ejercicio práctico, otra vez con público: a cada uno un caso quirúrgico. Aquí Cajal **no queda primero**. El acta da el primer lugar a Alegre «por el acierto con que diagnosticó y la pulcritud con que examinó», y de Cajal dice que «no estuvo tan exacto en el diagnóstico, aunque sí en el tratamiento bajo el punto de vista de su diagnóstico».

6 de abril, tercer día. Anfiteatro anatómico, ante numeroso público. A Cajal le piden **abrir la cavidad craneal**; a Alegre, poner de manifiesto la vejiga; a Puro, descubrir la arteria femoral a su salida por el anillo inguinal. El tribunal considera que Puro fue el menos acertado y que los otros dos cumplieron bien, «con poca diferencia».

8 de mayo. La Diputación, en sesión pública ordinaria, fija el orden. Mariano Pérez atiende al criterio del vocal facultativo y del presidente honorario de **pesar en la elección el mayor título académico** —Cajal era el único licenciado en Medicina de los tres— y asigna el primer puesto a **Santiago Ramón**, el segundo a José Alegre y el tercero a Pascual Puro. Queda en el libro de actas de 1876, página 129.

16 de mayo. Se redactan los borradores de las comunicaciones. Y aquí aparece un detalle pequeño y bonito: el documento que custodia el Instituto Cajal está fechado el 17; el borrador descubierto, el 16. Es el mismo texto un día antes de salir.

Y entonces renuncia

24 de mayo de 1876, ocho días después de la comunicación. Cajal escribe a mano, por las dos caras, y firma:

“

«Habiendo recibido con oportunidad el oficio dirigido por V.E. en el que se me participa el nombramiento de



practicante de 1.ª clase del Hospital Civil de Nuestra Señora de Gracia, circunstancias imprevistas me obligan a renunciar el referido cargo a que aspiré, no sin manifestar antes a V.E. la más expresiva gratitud y reconocimiento por el favor que se me ha dispensado y al que no me considero acreedor.»

El 31 de mayo se comunica la renuncia. El 2 de junio se propone a José Alegre. El 7 de junio la Diputación acepta la renuncia y nombra a Alegre para la vacante (libro de actas, página 150).

De modo que la etapa de Cajal como practicante, contada por los papeles, **dura del 8 de mayo al 7 de junio de 1876**. Un mes. Y el artículo dice con todas las letras lo que no puede decir: *«Si llegó a trabajar en ese periodo como practicante no podemos certificarlo ni desmentirlo documentalmente.»*

Esa frase es la que hace fiable todo lo demás.

El silencio de *Recuerdos de mi vida*

Cajal escribió su autobiografía en 1901. Del año de la oposición dejó escrito: **«Nada digno de contarse ocurrió durante los años 1876 y 1877.»**

En 1877 se doctoró. Tampoco lo cuenta.

Sobre 1876 sí dice, en el capítulo XXVI, que continuó en Zaragoza estudiando Anatomía y Embriología y que «en los ratos libres ayudaba a mi padre en el penoso servicio del Hospital, supliéndole en las guardias y encargándome de las curas de algunos de sus enfermos particulares de cirugía». Es decir: reconoce el trabajo de enfermería, pero lo describe como ayuda a su padre, no como un cargo.

El artículo recoge la lectura de **Benjamin Ehrlich**: «Para él, la banalidad de la vida profesional no merecía ser recordada».

Y aporta la prueba de que en su momento sí le dio valor: en **1882**, el secretario de la Universidad, D. Vicente Santandreu, expide un certificado de su expediente para presentarse a nuevas oposiciones, y allí, entre títulos y méritos, consta: «En diez de mayo de mil ochocientos setenta y seis fue nombrado practicante de primera clase del

Hospital de Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza con un haber anual de seiscientas veinticinco pesetas».

No se puede decir a la vez que no le importaba y que lo escondió. Lo puso en su hoja de servicios seis años después. Lo que hizo fue no contarle a los lectores veinticinco años más tarde.

Por qué renunció: lo que el artículo propone y no afirma

Tampoco hay documento que lo explique. El autor ofrece un indicio y lo presenta como indicio: en **noviembre de 1875** la Comisión Mixta de Estudios Médicos lo había nombrado **Ayudante Interino de Anatomía**, y al mismo tiempo se matriculó por libre de las tres asignaturas obligatorias para el doctorado —Historia de la Medicina, Análisis químico e Histología normal y patológica—. Súmese la preparación de la tesis que defendió al año siguiente, y el tiempo no daba.

Es una hipótesis honrada, con su condicional puesto. No hace falta más.

Lo que de verdad cambia

Podría parecer una anécdota administrativa. No lo es, por tres razones.

Primera: existe un examen de Cajal. Trece páginas manuscritas, de puño y letra, con lo que sabía de patología externa a los veintitrés años. El autor señala que es uno de los pocos exámenes suyos conservados, si no el único. Para un hombre del que tenemos miles de dibujos y casi ningún examen, eso es un documento de otra categoría.

Segunda: el lema. «Raciocinio y Observación» son, exactamente, **las dos operaciones del método científico moderno**, y las escribe alguien que aún no ha mirado por un microscopio propio, que todavía no ha ido a Madrid, que todavía no ha visto las preparaciones de Maestre de San Juan. En 1876 Cajal es un licenciado de veintitrés años que está a punto de dejar la medicina asistencial. Un año después se doctora; poco después monta su laboratorio micrográfico. El lema no es un adorno: es la primera vez que este archivo puede señalar **una declaración de método escrita por él mismo**, en un papel que no estaba destinado a ser leído por nadie más que por un tribunal de tres personas.

Tercera: se cierra un hueco de la biografía. El propio Cajal dijo que en 1876 no pasó nada digno de contarse. Resulta que sí pasó: se convocó una plaza, compitió, la ganó por su título, y la dejó en ocho días. Ahora está documentado de la convocatoria a la renuncia.

Felicitación, y una petición



A **Juan Carlos Criado Gutiérrez**: enhorabuena, y gracias. Este archivo conoce el trabajo que hay detrás de una signatura como «Fondo Beneficencia, III, 122», porque lo hace todas las semanas: son meses de cajas, de letra del XIX, de transcripción, de ordenar veinticinco documentos hasta que cuentan una historia en el orden correcto. Empezó usted en septiembre de 2024 buscando datos en bases científicas, no los encontró, y en lugar de escribir el artículo con lo que había, se fue al archivo. Eso es exactamente lo que hay que hacer, y es exactamente lo que casi nadie hace.

Le pedimos que **continúe**. Quedan preguntas que sus propios documentos abren y no cierran: si llegó a ejercer esos días; qué eran las «circunstancias imprevistas»; qué fue de José Alegre y Bravo, de Pascual Puro y Olona, de Pedro Aguado y Morales, que tuvieron la mala suerte de examinarse el mismo día que un premio Nobel y de los que hoy no sabemos casi nada; y qué más hay en esa caja y en las contiguas.

A **Neurosciences and History** y a la **Sociedad Española de Neurología**: gracias por publicarlo, y gracias por publicarlo **bien**. En abierto, sin muro; **en castellano y en inglés**, que es lo que hace que un hallazgo de un archivo provincial español pueda citarlo un investigador de cualquier país; con las imágenes de los originales; y con la bibliografía dando la signatura documento por documento, del 1 al 25, de modo que cualquiera puede ir a Zaragoza y comprobarlo. Una revista de historia de la neurociencia que hace esto no está divulgando: está **poniendo documentos al alcance de todos**, que es el oficio.

Y a quien esté pensando que en los archivos españoles ya está todo visto, que se fije en la fecha. Hasta noviembre de 2024, la etapa hospitalaria de Santiago Ramón y Cajal era un papel suelto. Hoy son cincuenta y seis páginas. La diferencia la hizo una persona abriendo cajas.

Ficha del artículo

“

Criado Gutiérrez JC. 150 años de la oposición a practicante aprobada por Santiago Ramón y Cajal. Neurosciences and History. 2026;14(1):14-25.

Recibido: 19 de octubre de 2025. Aceptado: 10 de noviembre de 2025. © 2026 Sociedad Española de Neurología. Open Access CC BY-NC-ND 4.0.



— [Página del artículo](https://nah.sen.es/es/numeros/numero-actual/150-anos-de-la-oposicion-a-practicante-aprobada-por-santiago-ramon-y-cajal/) (<https://nah.sen.es/es/numeros/numero-actual/150-anos-de-la-oposicion-a-practicante-aprobada-por-santiago-ramon-y-cajal/>) —



**PDF en
castellano**

(https://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV14N1202614_25ES.pdf)



**PDF in
English**

(https://nah.sen.es/vmfiles/abstract/NAHV14N1202614_25EN.pdf)

Fuente documental. Archivo de la Diputación Provincial de Zaragoza, Fondos documentales de Establecimientos de Beneficencia, signatura III, 122, documentos 1 a 25; y Libro de actas de 1876, páginas 129 y 150.

Antecedente del mismo autor. Criado JC. Análisis documental del nombramiento como practicante de Santiago Ramón y Cajal. *Noticias de Enfermería*. 2025;141:25-9.

Este archivo no ha consultado los originales de la Diputación Provincial de Zaragoza. Todo lo que aquí se cuenta procede del artículo publicado y se atribuye a su autor; las citas de los documentos son las que él transcribe. Lo que sí hemos hecho es leer el artículo entero, en sus dos versiones, y comprobar sus enlaces.

Juan Carlos Criado Gutiérrez Neurosciences and History

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

Diputación Provincial de Zaragoza Hospital de Nuestra Señora de Gracia

practicante enfermería Zaragoza (</tag/zaragoza/>) José Alegre Pascual Puro

Luis Cerrada 1876 Santiago Ramón y Cajal (</tag/santiago-ramon-y-cajal/>)



ENFERMERÍA (HTTPS://REVISTASANITARIADEINVESTIGACION.COM/CATEGORY/ENFERMERIA/)

Atención de enfermería en el servicio de urgencias ante un paciente con ictus isquémico: caso clínico

11 septiembre 2026



**77 consejos de jubilación para c
superiores a 500 000 EUR**

Fisher Investments

AUTORES

1. Lorea García Etayo. Enfermera. Osasunbidea Navarra. Navarra, España.
2. Rebeca Pérez Moreno. Enfermera Especialista en EFyC. Salud Aragón. Aragón, España.
3. Silvia Yanguas González. Enfermera Especialista en EFyC. Osasunbidea Navarra. Navarra, España.
4. María Amparo Bujanda Roselló. Enfermera Especialista en EFyC. Salud Aragón. Aragón, España.
5. Lara María Cebollero Buisán. Enfermera Especialista en EFyC. Salud Aragón. Aragón, España.
6. Paula Cebollero Buisán. Enfermera Especialista en EFyC. Salud Aragón. Aragón,



77 consejos de jubilación para carteras superiores a 500 000 EUR

Fisher Investments

adquirida en el adulto, representando una emergencia neurológica tiempo-dependiente en la que la rapidez asistencial determina el pronóstico funcional del paciente. El papel de enfermería en el servicio de urgencias es clave en la detección precoz, activación del Código Ictus, estabilización hemodinámica y administración de fibrinólisis intravenosa.

Se presenta el caso clínico de una mujer de 81 años que acude a urgencias por hemiparesia derecha súbita, disartria y alteración del lenguaje. Se activa Código Ictus de forma inmediata, realizándose tomografía computarizada craneal que descarta hemorragia intracraneal, confirmándose ictus isquémico. Se administra alteplasa intravenosa dentro de ventana terapéutica.

Se realiza valoración enfermera integral basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson, identificando deterioro neuromotor, alteración de la comunicación, riesgo de aspiración, dependencia funcional y ansiedad. Se establecen diagnósticos enfermeros según taxonomía NANDA, junto con resultados NOC e intervenciones NIC dirigidas a la neuroprotección, prevención de complicaciones y recuperación funcional precoz.

La evidencia actual demuestra que la reducción del tiempo puerta-aguja mejora significativamente la supervivencia y disminuye la discapacidad. En este contexto, enfermería desempeña un rol decisivo dentro del equipo multidisciplinar, siendo pieza clave en la cadena asistencial del ictus.

PALABRAS CLAVE

Ictus isquémico, enfermería de urgencias, cuidados de enfermería, trombólisis, accidente cerebrovascular.

ABSTRACT

Ischemic stroke is one of the leading causes of mortality and long-term disability in adults and represents a time-dependent neurological emergency in which rapid intervention is crucial for patient outcomes. Emergency nursing plays a key role in early recognition, stroke code activation, hemodynamic stabilization, and intravenous thrombolysis administration.

This case report describes an 81-year-old woman presenting with sudden right hemiparesis, dysarthria, and language impairment. A stroke code was activated

neuromotor impairment, communication deficits, aspiration risk, functional dependence, and anxiety. Nursing diagnoses were established according to NANDA taxonomy, with NOC outcomes and NIC interventions focused on neuroprotection, complication prevention, and early functional recovery.

Current evidence shows that reducing door-to-needle time significantly improves survival and functional outcomes. In this context, nursing plays a pivotal role in the multidisciplinary stroke team and in the emergency care chain.

KEY WORDS

Ischemic stroke, emergency nursing, nursing care, thrombolysis, stroke.

INTRODUCCIÓN

El ictus isquémico representa una de las patologías neurológicas agudas con mayor impacto sanitario global. Su fisiopatología se basa en la interrupción del flujo sanguíneo cerebral, provocando un desequilibrio entre demanda y aporte de oxígeno que conduce a la muerte neuronal en minutos.

La carga de enfermedad es elevada, siendo una de las principales causas de discapacidad permanente en adultos. La evidencia científica establece que la intervención precoz mediante trombólisis intravenosa o trombectomía mecánica reduce significativamente la morbimortalidad¹.

El concepto de “time is brain” adquiere especial relevancia en urgencias, donde cada minuto de retraso implica la pérdida de aproximadamente 1,9 millones de neuronas. Por ello, los sistemas sanitarios han desarrollado protocolos de Código Ictus que permiten una respuesta rápida y coordinada.

En este contexto, enfermería no solo actúa como ejecutora de cuidados, sino como elemento clave en la toma de decisiones clínicas iniciales, detección precoz de signos neurológicos y coordinación del circuito asistencial. Su papel es determinante en la reducción de tiempos asistenciales y en la mejora del pronóstico funcional del paciente².

El objetivo de este trabajo es analizar de forma estructurada la intervención enfermera en un caso clínico de ictus isquémico en urgencias aplicando el proceso enfermero y modelos

fibrilación auricular no anticoagulada correctamente.

Presenta inicio brusco de hemiparesia derecha, disartria y alteración del lenguaje mientras se encontraba en domicilio. El tiempo desde el inicio de síntomas hasta llegada a urgencias es de aproximadamente 90 minutos.

A la llegada, se activa Código Ictus de forma inmediata. Se realiza valoración ABCDE sin inestabilidad vital, destacando déficit neurológico focal.

Se solicita TC craneal urgente, descartando hemorragia intracraneal. Se confirma ictus isquémico y se administra alteplasa intravenosa dentro de ventana terapéutica.

Posteriormente, la paciente ingresa en unidad de ictus para monitorización neurológica intensiva.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Según las 14 necesidades de Virginia Henderson se identifican alteraciones en:

- Comunicación: disartria y afasia parcial.
- Alimentación: disfagia de riesgo.
- Eliminación: dependencia funcional.
- Seguridad: alto riesgo de aspiración y caídas.
- Higiene: dependencia total.
- Estado emocional: ansiedad moderada.

Escalas:

-NIHSS: 13 puntos

-Glasgow: 15 puntos

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

-Perfusión tisular cerebral ineficaz.

-Deterioro de la comunicación verbal.



- Deterioro de la movilidad física.
- Riesgo de caídas.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Ansiedad.
- Déficit de conocimientos.

PLAN DE CUIDADOS NANDA - NOC - NIC

Véase tabla 1 de anexos.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN FASE AGUDA

- Monitorización neurológica seriada (NIHSS dinámico)
- Control hemodinámico estricto
- Neuroprotección: cabecera 30-45°.
- Manejo de vía aérea y prevención de aspiración.
- Vigilancia de complicaciones hemorrágicas post-trombólisis.
- Prevención de complicaciones inmovilidad (UPP, TVP).
- Cuidados de comunicación aumentativa.
- Apoyo emocional en fase aguda.
- Educación sanitaria estructurada.

DISCUSIÓN

El ictus isquémico constituye una urgencia neurológica crítica en la que la efectividad del tratamiento depende directamente del tiempo de intervención. La evidencia demuestra que la reducción del tiempo puerta-agua  a mejor pronóstico funcional y menor

ejecutar intervenciones críticas influye directamente en la supervivencia neuronal.

Además, la aplicación del proceso enfermero permite estructurar la atención desde un enfoque científico, garantizando seguridad clínica, continuidad asistencial y atención individualizada.

El modelo de Virginia Henderson facilita una valoración integral del paciente neurológico agudo, incorporando dimensiones físicas, funcionales y psicosociales, especialmente relevantes en pacientes ancianos con alta dependencia.

Finalmente, la coordinación interdisciplinar (enfermería, neurología, radiología y cuidados intensivos) es un factor determinante en la eficacia del Código Ictus, siendo uno de los mejores ejemplos de atención tiempo-dependiente en medicina moderna.

CONCLUSIÓN

La actuación enfermera en urgencias es determinante en el pronóstico del ictus isquémico. La detección precoz, la activación del Código Ictus y la aplicación de cuidados avanzados permiten reducir la mortalidad y la discapacidad asociada.

El papel enfermero trasciende la ejecución técnica, situándose como agente clínico clave en la toma de decisiones, la seguridad del paciente y la coordinación asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Powers WJ, et al. Stroke guidelines. Stroke. 2019.

2. WHO. Stroke, 2022.

3. NINDS. Stroke treatment guidelines. 2021.

4. Sociedad Española de Neurología. Guía ictus. 2020.

5. Emberson J, et al. Effect of treatment delay. Lancet. 2014.

6. Hacke W, et al. Thrombolysis in stroke. NEJM. 2008.

ANEXOS

Tabla 1: Plan de cuidados NANDA – NOC – NIC:

NANDA	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
-------	------------------	----------------------

NANDA	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
Deterioro de la movilidad física	Movilidad	Ayuda en la movilidad
Riesgo de aspiración	Control de la deglución	Precauciones para la aspiración
Deterioro de la comunicación verbal	Comunicación	Mejora de la comunicación
Riesgo de caídas	Conducta de prevención de caídas	Prevención de caídas
Riesgo de UPP	Integridad tisular	Prevención de úlceras por presión
Ansiedad	Nivel de ansiedad	Apoyo emocional
Conocimientos deficientes	Conocimiento del proceso salud	Educación sanitaria

Artículos relacionados



electronicos-durante-el-embarazo-y-la-lactancia-revision-sistemica-con-sintesis-cualitativa/)

ENFERMERÍA (HTTPS://REVISTASANITARIADEINVESTIGACION.COM/CATEGORY/ENFERMERIA/)

MARZO 2021 (HTTPS://REVISTASANITARIADEINVESTIGACION.COM/TAG/MARZO-2021/)

Plan de cuidados para paciente sometido a cirugía Awake (https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-para-paciente-sometido-a-cirugia-awake/)

ENFERMERÍA (HTTPS://REVISTASANITARIADEINVESTIGACION.COM/CATEGORY/ENFERMERIA/)

ABRIL 2026 (HTTPS://REVISTASANITARIADEINVESTIGACION.COM/TAG/ABRIL-2026/)

Salud mental y cambio climático: intervenciones comunitarias lideradas por enfermería (https://revistasanitariadeinvestigacion.com/salud-mental-y-cambio-climatico-intervenciones-comunitarias-lideradas-por-enfermeria/)



info@revistasrsi.com(mailto:info@revistasanitariadeinvestigacion.com)

Aviso legal(/aviso-legal)

Política de privacidad(/politica-de-privacidad)

©2026 REVISTA SANITARIA DE INVESTIGACIÓN

Política de cookies(/politica-de-cookies)





MEDICINA

El 50% de las personas con migraña se ven obligados a parar su día durante un ataque

MADRID 11/09/2026

Pfizer pone el foco en el impacto de la migraña, una patología con la que conviven más de 5 millones de personas en España, enfrentándose en muchos casos al estigma social que la acompaña, al tratarse de una enfermedad neurológica grave y discapacitante, que va mucho más allá de un dolor de cabeza. Neurólogos y pacientes destacan la importancia de promover un diagnóstico temprano y un manejo adecuado, para ayudar a reducir su impacto y recuperar el control sobre el bienestar y la vida cotidiana



Notasdeprensa



de esta enfermedad puede llegar a interrumpir por completo la actividad cotidiana: en más del 50% de las ocasiones, esta condición obliga a los pacientes a frenar en seco su actividad diaria y hasta en un 30% se ve abocado al reposo en cama.¹

Vivir con migraña puede suponer, para la mayoría de las personas que la sufren, una alteración de su capacidad para realizar actividades diarias, desempeñar un trabajo, formarse, disfrutar del ocio, acceder a la cultura o, simplemente, llevar una vida como la de cualquier otra persona.²

En España, la migraña afecta a 5 millones de personas,³ de las cuales aproximadamente el 70% son mujeres.³ Constituye la primera causa de discapacidad en adultos menores de 50 años⁴ y la segunda a nivel mundial.⁵ A pesar de su elevada prevalencia y de la discapacidad que genera, la enfermedad continúa rodeada de un estigma que contribuye a invisibilizar sus consecuencias reales.

Para el Dr. Jesús Porta, jefe del Servicio de Neurología de la Fundación Jiménez Díaz y presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN), "la migraña produce pérdidas en cascada que van mucho más allá del dolor de cabeza". Entre ellas, destaca los síntomas cognitivos, la niebla mental y las dificultades para concentrarse que pueden persistir después del ataque, así como la ansiedad anticipatoria y el miedo constante a un nuevo ataque de migraña. En este sentido, señala que "el verdadero impacto está en lo que nadie ve desde fuera. Un manejo adecuado de la enfermedad, en colaboración con los pacientes, permite no solo aliviar el dolor, sino que también es fundamental para contribuir a que las personas con migraña puedan recuperar un control de su vida y lograr una normalidad en todos los planos cotidianos: familiar, social, laboral y, por supuesto, persona. Eso es lo que realmente es transformador y también lo que nos motiva en nuestro día a día en consulta."

Recuperar la vida más allá del dolor Las consecuencias de la migraña, además, no se limitan a las horas de dolor intenso durante los ataques.



Notasdeprensa



constante a un nuevo ataque, que afecta a su bienestar y a su día a día.⁶

De hecho, se ha visto que los pacientes que conocen o están informados sobre su enfermedad y participan de manera activa en su manejo, logran reducir significativamente el impacto del dolor, recuperando el control de su bienestar y de su vida cotidiana.⁷

Isabel Colomina, presidenta de AEMICE (Asociación Española de Migraña y Cefalea) y paciente con migraña

, ha compartido: "Cuando tienes migraña, pierdes mucho más que un día: pierdes tu confianza, pierdes planes con tu familia, pierdes el sentimiento de tener las riendas de tu día. Cada mes esperas que no te golpee la siguiente crisis. Pero cuando logras manejar la enfermedad con tu médico, empiezas a recuperar cosas que pensabas que habías perdido para siempre: tu autonomía, tu tranquilidad, tu vida."

En este contexto, y con motivo del

Día Internacional de Acción contra la Migraña que se celebra el 12 de septiembre

, Pfizer ha puesto en marcha "**Lost&Found**", una campaña global diseñada para visibilizar las pérdidas cotidianas y silenciosas que los pacientes sufren a causa de esta enfermedad, al tiempo que destaca como, de la mano de profesionales médicos y con apoyo, es posible recuperar el control y el bienestar en sus vidas.

"En Pfizer entendemos que nuestro propósito va mucho más allá del desarrollo de tratamientos innovadores; nuestra verdadera meta es devolver el bienestar y la calidad de vida a los pacientes. Por eso apostamos firmemente por iniciativas como esta que visibilizan el impacto real y silencioso de la migraña, reconociendo abiertamente las pérdidas cotidianas que sufren quienes conviven con esta patología y ayudándoles a recuperar el control de su día a día," ha compartido **José Chaves, director Médico de Pfizer España.**

Referencias:





therapy. Neurology [Internet]. 2011;77(21):1905-1905.

2. Migraña Aquí y ahora. <https://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2025/04/HN-MIGRANA.pdf>. Accessed September 2026.
3. Sanchez-Del-Rio M, García-Azorín D, Peral C, Armada B, Irimia-Sieira P, Porta-Etessam J. Prevalence, disability, and economic impact of migraine in Spain: a nationwide population-based study. J Headache Pain. 2025 May 15;26(1):117.
4. Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T, Jensen R, Katsarava Z. Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice? J Headache Pain. 2018 Feb 21;19(1):17.
5. Steiner, T.J., Stovner, L.J., Jensen, R. et al. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. J Headache Pain 21, 137 (2020).
6. Lampl C, Thomas H, Stovner LJ, Tassorelli C, Katsarava Z, Láinez JM, et al. Interictal burden attributable to episodic headache: findings from the Eurolight project. J Headache Pain [Internet]. 2016; 17(1).
7. Smith TR, Nicholson RA, Banks JW. Migraine education improves quality of life in a primary care setting. Headache [Internet]. 2010; 50(4):600-12.

Notas recientes relacionadas

📅 14/09/2026



Dra. Van Blercom, neuróloga: "Los nuevos medicamentos antiamiloideos para la enfermedad de Alzheimer ya se están administrando y muestran mayor eficacia en



elportaluco.com

El 50% de las personas con migraña se ven obligados a parar su día durante un ataque - Diario digital de Cantabria

Agencias-Redacción Grupo24horas

6-7 minutos



Pfizer pone el foco en el impacto de la migraña, una patología con la que conviven más de 5 millones de personas en España, enfrentándose en muchos casos al estigma social que la acompaña, al tratarse de una enfermedad neurológica grave y discapacitante, que va mucho más allá de un dolor de cabeza. Neurólogos y pacientes destacan la importancia de promover un diagnóstico temprano y un manejo adecuado, para ayudar a reducir su impacto y recuperar el control sobre el bienestar y la

vida cotidiana

Cada ataque de migraña roba tiempo, productividad, seguridad y calidad de vida a los pacientes y su entorno. El carácter incapacitante de esta enfermedad puede llegar a interrumpir por completo la actividad cotidiana: en más del 50% de las ocasiones, esta condición obliga a los pacientes a frenar en seco su actividad diaria y hasta en un 30% se ve abocado al reposo en cama.¹

Vivir con migraña puede suponer, para la mayoría de las personas que la sufren, una alteración de su capacidad para realizar actividades diarias, desempeñar un trabajo, formarse, disfrutar del ocio, acceder a la cultura o, simplemente, llevar una vida como la de cualquier otra persona.²

En España, la migraña afecta a 5 millones de personas,³ de las cuales aproximadamente el 70% son mujeres.³ Constituye la primera causa de discapacidad en adultos menores de 50 años⁴ y la segunda a nivel mundial.⁵ A pesar de su elevada prevalencia y de la discapacidad que genera, la enfermedad continúa rodeada de un estigma que contribuye a invisibilizar sus consecuencias reales.

Para el Dr. Jesús Porta, jefe del Servicio de Neurología de la Fundación Jiménez Díaz y presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN), «la migraña produce pérdidas en cascada que van mucho más allá del dolor de cabeza». Entre ellas, destaca los síntomas cognitivos, la niebla mental y las dificultades para concentrarse que pueden persistir después del ataque, así como la ansiedad anticipatoria y el miedo constante a un nuevo ataque de migraña. En este sentido, señala que «el verdadero impacto está en lo que nadie ve desde fuera. Un manejo adecuado de la enfermedad, en colaboración con los

pacientes, permite no solo aliviar el dolor, sino que también es fundamental para contribuir a que las personas con migraña puedan recuperar un control de su vida y lograr una normalidad en todos los planos cotidianos: familiar, social, laboral y, por supuesto, persona. Eso es lo que realmente es transformador y también lo que nos motiva en nuestro día a día en consulta.»

Recuperar la vida más allá del dolor

Las consecuencias de la migraña, además, no se limitan a las horas de dolor intenso durante los ataques. Entre un ataque y otro, los pacientes conviven con una carga invisible que incluye ansiedad, dificultades de concentración y el temor constante a un nuevo ataque, que afecta a su bienestar y a su día a día.⁶

De hecho, se ha visto que los pacientes que conocen o están informados sobre su enfermedad y participan de manera activa en su manejo, logran reducir significativamente el impacto del dolor, recuperando el control de su bienestar y de su vida cotidiana.⁷

Isabel Colomina, presidenta de AEMICE (Asociación Española de Migraña y Cefalea) y paciente con migraña, ha compartido: «Cuando tienes migraña, pierdes mucho más que un día: pierdes tu confianza, pierdes planes con tu familia, pierdes el sentimiento de tener las riendas de tu día. Cada mes esperas que no te golpee la siguiente crisis. Pero cuando logras manejar la enfermedad con tu médico, empiezas a recuperar cosas que pensabas que habías perdido para siempre: tu autonomía, tu tranquilidad, tu vida.»

En este contexto, y con motivo del **Día Internacional de Acción contra la Migraña que se celebra el 12 de septiembre**, Pfizer ha puesto en marcha «**Lost&Found**», una campaña global diseñada para visibilizar las pérdidas cotidianas

y silenciosas que los pacientes sufren a causa de esta enfermedad, al tiempo que destaca como, de la mano de profesionales médicos y con apoyo, es posible recuperar el control y el bienestar en sus vidas.

«En Pfizer entendemos que nuestro propósito va mucho más allá del desarrollo de tratamientos innovadores; nuestra verdadera meta es devolver el bienestar y la calidad de vida a los pacientes. Por eso apostamos firmemente por iniciativas como esta que visibilizan el impacto real y silencioso de la migraña, reconociendo abiertamente las pérdidas cotidianas que sufren quienes conviven con esta patología y ayudándoles a recuperar el control de su día a día,» ha compartido **José Chaves, director Médico de Pfizer España.**

Referencias:

1. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, Freitag F, Reed ML, Stewart WF, et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. Neurology [Internet]. 2011;77(21):1905-1905.
2. Migraña Aquí y ahora. <https://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2025/04/HN-MIGRANA.pdf>. Accessed September 2026.
3. Sanchez-Del-Rio M, García-Azorín D, Peral C, Armada B, Irimia-Sieira P, Porta-Etessam J. Prevalence, disability, and economic impact of migraine in Spain: a nationwide population-based study. J Headache Pain. 2025 May 15;26(1):117.
4. Steiner TJ, Stovner LJ, Vos T, Jensen R, Katsarava Z. Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice? J Headache Pain. 2018 Feb 21;19(1):17.

5. Steiner, T.J., Stovner, L.J., Jensen, R. et al. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. J Headache Pain 21, 137 (2020).
6. Lampl C, Thomas H, Stovner LJ, Tassorelli C, Katsarava Z, Laínez JM, et al. Interictal burden attributable to episodic headache: findings from the Eurolight project. J Headache Pain [Internet]. 2016; 17(1).
7. Smith TR, Nicholson RA, Banks JW. Migraine education improves quality of life in a primary care setting. Headache [Internet]. 2010; 50(4):600-12.

Powered by [WPeMatico](#)

revistaq.mx

Las tijeras del cerebro

REVISTA Q QUÉ MÉXICO

6-8 minutos

Tamaño de texto-+=



El cerebro realiza la poda sináptica durante toda la vida pues es una tarea de mantenimiento esencial. Figura 3D, imagen de kjpargeter en Magnific.

Si no se cortan las rosas marchitas, el rosal reduce su floración

o incluso deja de florecer. Algo similar ocurre en nuestro cerebro. Por eso, existe un mecanismo llamado poda sináptica que se encarga de eliminar las conexiones neuronales redundantes o que se utilizan poco para favorecer las más empleadas. Este es un proceso fundamental para el aprendizaje.

Durante el desarrollo del sistema nervioso hay una sobreproducción de conexiones entre neuronas. Los niños pequeños tienen una enorme cantidad de estas conexiones (que se denominan sinapsis), lo que les permite absorber mucha información y aprender a hablar, a caminar y a comprender el entorno. Así, durante los primeros años de vida, se crean muchas más sinapsis de las que serán necesarias en la edad adulta. Por eso, a medida que el niño crece, el cerebro utiliza un mecanismo llamado poda sináptica.

“Es un proceso natural por el que el cerebro remodela las conexiones entre neuronas (sinapsis), eliminando las que apenas se utilizan y reforzando o priorizando aquellas que sí lo hacen. Es una tarea de mantenimiento ejecutada por las células gliales, en particular la microglía, que favorece aquellos circuitos neuronales con mayor actividad”, explica el doctor Javier Camiña, vocal de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

La microglía es un conjunto de células defensivas que se encuentra en el sistema nervioso central. Los especialistas del Centro de Neurociencias Cajal aclaran que el cerebro “cuenta con su propio sistema inmunitario porque los linfocitos presentes en el torrente sanguíneo que alcanzan cualquier tejido corporal amenazado no pueden traspasar la barrera hematoencefálica para llegar al sistema nervioso central. Aquí es donde entra en juego la microglía, unas células que resultan

de un préstamo del sistema inmunitario al sistema nervioso central, en el que se infiltran durante la gestación. Su función principal consiste en reconocer las infecciones y tomar las primeras medidas necesarias con el fin de combatirlas”.



La experiencia de cada persona determina qué circuitos se crean, cuáles se estimulan y cuáles se descartan.

Foto: gpointstudio en Magnific.

La poda sináptica “ocurre cuando las células de la microglía detectan que hay contactos entre neuronas que no están funcionando o que son redundantes y deciden fagocitarlos para que la información fluya de una manera más eficiente y no se pierda en conexiones inútiles. El objetivo de la poda sináptica es, por lo tanto, lograr una conexión precisa de los circuitos cerebrales”, apuntan.

De igual modo, el doctor Camiña indica que el fin de este proceso es “mejorar el rendimiento neuronal y la sostenibilidad energética en el cerebro. Se elimina la redundancia de las conexiones excesivas y con poca actividad y se priorizan las que sostienen las funciones más utilizadas”.

La poda sináptica está estrechamente relacionada con el aprendizaje. El neurólogo indica que el aprendizaje “necesita la formación de conexiones neuronales en unos circuitos determinados que se refuerzan y especializan, lo que implica desestimar otras. Por ese motivo, necesita el proceso de la poda sináptica. La experiencia de cada persona configura qué circuitos se han creado, estimulado y mantenido y cuáles se han descartado. La poda sináptica es inherente al aprendizaje”.

La poda sináptica se produce con especial intensidad en determinadas épocas de la vida. “Los momentos más destacados tienen lugar en dos etapas trascendentales en el neurodesarrollo: la primera ocurre en la infancia, tras el pico de formación de sinapsis que se alcanza hacia los dos años, y la segunda se da en la adolescencia y juventud y afecta, sobre todo, a la corteza prefrontal”, detalla el doctor Camiña. El facultativo aclara que no todas las áreas llevan a cabo este proceso al mismo ritmo. “Las áreas sensoriales son más precoces y rápidas en su remodelado, mientras que las áreas ejecutivas (las que participan en la toma de decisiones y en la planificación) necesitan más tiempo y lo hacen más tarde”, especifica.

Pero, aunque la poda sináptica se dé con especial énfasis en determinadas etapas del desarrollo, el cerebro la sigue llevando a cabo durante toda la vida pues se trata de una actividad de mantenimiento. “Hay momentos, como los comentados previamente, que suponen una gran ‘reforma estructural’ y otros donde es una tarea rutinaria de menor calibre”, manifiesta el neurólogo. Asimismo, indica que, en el proceso de envejecimiento, especialmente si la persona presenta una enfermedad neurodegenerativa, este proceso se desregula y puede afectar a sinapsis sanas.



El 12 de septiembre se conmemora el Día Internacional de Acción contra la Migraña - Getty Images

Día Internacional de Acción contra la Migraña

Migraña: qué es, cuáles son sus causas, síntomas y tratamiento

Este 12 de septiembre se conmemora el Día Internacional de Acción contra la Migraña

[Cómo eliminar el dolor de cabeza sin recurrir a medicamentos](#)



Paloma Santamaría

Madrid - 12 sep. 2026 - 04:30



Añade El Debate en

1. Nóminas desd
250 € netos. Doi
compras/trimes
meses más 24 r
Más info en Caix

NRI: 10897-2026

E condiona la vida de más de 1.200 millones de personas en todo el mundo.



Los expertos explican que la migraña se manifiesta a través de **crisis de dolor de cabeza** que pueden prolongarse hasta tres días y que suelen venir acompañadas de otros síntomas como hipersensibilidad a estímulos sensoriales (luz, sonido, olores), náuseas o aura. Esta afección no es solo un dolor de cabeza, sino una enfermedad de carácter neurológico que afecta profundamente a todos los aspectos de la vida diaria.

En España, los datos del último estudio epidemiológico nacional

equivale a más de cinco millones de personas.

«La migraña es una enfermedad que continúa teniendo un enorme impacto en la vida de quienes la sufren. Los nuevos datos confirman que casi la mitad de los pacientes, un 48,9 %, presenta algún grado de discapacidad asociado a su enfermedad, y que 1 de cada 5 sufre una discapacidad grave», explica el doctor **Roberto Belvís**, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

El especialista añade: «Además, la migraña se asocia a un peor estado de salud mental: casi 4 de cada 10 pacientes presentan síntomas depresivos de moderados a graves, y su calidad de vida, medida con escalas validadas, se sitúa muy por debajo de la de la población general».

La huella de las migrañas va mucho más allá del dolor de cabeza

Paloma Santamaría 

Tratamientos

La SEN recuerda que desde 2019 hay disponibles en España **seis fármacos anti-CGRP**. No obstante, su prescripción está sometida a unos criterios de financiación considerablemente más estrictos que los establecidos por la Agencia Europea del Medicamento (EMA).

sufra al menos ocho días de migraña mensuales y que previamente hayan fracasado tres tratamientos preventivos diferentes.

«Actualmente disponemos de tratamientos capaces de cambiar radicalmente la vida de los pacientes con migraña, y sin embargo la inmensa mayoría de quienes podrían beneficiarse de ellos no está accediendo a estos fármacos», señala el doctor Roberto Belvís.

Diagnóstico

El diagnóstico constituye otro de los grandes problemas asociados a esta enfermedad. «Pero de poco sirven los tratamientos si el paciente no cuenta con un diagnóstico correcto. Según los datos que manejamos en la SEN, más de un 40 % de las personas que padecen migraña en España están aún sin diagnosticar, y a esto se suma que cerca de un 25 % de los pacientes con migraña no ha consultado nunca su dolencia con un médico. Es decir, hay **más de 2 millones de personas en España sin diagnosticar**, y además, algunos estudios apuntan a que el retraso en el diagnóstico de la migraña es, en España, superior a los 6 años», comenta el doctor Roberto Belvís.

La doctora Irene Narváez explica el truco científico para que un medicamento actúe más rápido

Paloma Santamaría 

Por otra parte, el nuevo estudio señala que un 12,7 % de los pacientes utiliza opioides. Ambas prácticas están altamente desaconsejadas debido al riesgo de provocar dolor de cabeza por abuso de medicación y favorecer que la enfermedad se cronifique.

«Ante un dolor de cabeza frecuente o incapacitante que condiciona

Causas de las migrañas

La Fundación Instituto Roche explica en una infografía como parte de su colección «Hablando Sobre» que su origen es multifactorial y distintos elementos influyen en el desarrollo y la evolución, así como en la eficacia de su tratamiento.

La **genética** está implicada en la susceptibilidad a desarrollar migraña y puede influir en el subtipo (con o sin aura), en el curso clínico y en la respuesta al tratamiento.

Cambios hormonales como la caída de estrógenos antes de la

Diferentes patologías como la **obesidad, la depresión o ansiedad**, el insomnio o la hipertensión pueden favorecer que la migraña evolucione hacia una forma crónica, y también modulan la respuesta al tratamiento.

La razón científica por la que no deberías beber agua durante las comidas

Paloma Santamaría 

El **tabaquismo, la dieta**, el consumo de café, el índice de masa corporal (IMC) y el nivel de actividad física se han relacionado con el resgo de migraña.

Tipos de migrañas

La migraña puede ser **sin aura** que se caracteriza por un dolor de cabeza pulsátil y suele acompañarse de náuseas y/o vómitos y de molestia a la luz y al sonido. Es la más habitual.

En la **migraña con aurea** además del dolor, aparecen síntomas neurológicos pasajeros (hormigueo, dificultad para hablar, alteraciones visuales..) justo antes o durante la crisis.

Existen varios subtipos según la zona del sistema nervioso afectada. El más conocido a nivel genético es la migraña hemipléjica (causa debilidad muscular temporal en un lado del cuerpo), con mutaciones identificadas en genes concretos.

Según la frecuencia de las crisis, la migraña es episódica cuando se presenta menos de 15 días al mes. Se considera crónica si el dolor aparece 15 o más días al mes durante al menos tres meses.

Migraña - Fundación Instituto Roche

El doctor Roberto Belvís, subraya finalmente las posibilidades que ofrecen los tratamientos disponibles para controlar la enfermedad: «La migraña no tiene cura, pero sí **se puede tratar y controlar**. Con un diagnóstico y un tratamiento adecuados, una gran mayoría de los pacientes puede mejorar de forma notable su calidad de vida. Contamos con un arsenal terapéutico cada vez más amplio y eficaz, y nuestra obligación como sociedad científica es seguir trabajando para que llegue a todos los pacientes que lo necesitan, sin barreras ni desigualdades».

Jornada post ISPOR 2026



Claves del nuevo modelo de evaluación, financiación y precio

Madrid, 21 de septiembre de 2026.
Auditorio de CaixaForum, Paseo del Prado 36.

[PROGRAMA E INSCRIPCIÓN](#)

<https://diariofarma.com/linkout/88646>

martes, 15 de septiembre de 2026

 NEWSLETTER
(REGÍSTRATE A NEWSLETTER) <https://diariofarma.com>

Terapéutica

La CUN pionera en tratar el alzhéimer inicial con donanemab y prevé sumar lecanemab

La llegada de donanemab a la Clínica Universidad de Navarra marca el inicio en España de las terapias biológicas contra la enfermedad de Alzheimer, respaldadas por un proyecto de investigación europeo para optimizar su diagnóstico y seguimiento.

Diariofarma
14 SEPTIEMBRE 2026 - 18:15
<https://diariofarma.com>

[La Clínica Universidad de Navarra \(https://diariofarma.com/tag/universidad?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink\)](https://diariofarma.com/tag/universidad)

[de Navarra \(https://diariofarma.com/tag/navarra?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink\)](https://diariofarma.com/tag/navarra)

[El especialista del Servicio de Neurología \(https://diariofarma.com/tag/neurologia?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink\)](https://diariofarma.com/tag/neurologia)

de la CUN, Mario Riverol, explicó que "hasta ahora hemos tratado a 30 pacientes (https://diariofarma.com/tag/pacientes?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink), que han tolerado bien la medicación y en los que hemos observado incluso menos efectos adversos de los esperados. Además, los ensayos clínicos han demostrado que el deterioro cognitivo se ralentiza entre un 27 % y un 35 % en los primeros 18 meses, y el beneficio sigue aumentando cuanto más tiempo se mantiene el tratamiento".

Hasta el momento, el equipo médico de la clínica inició el abordaje terapéutico en 30 personas. El especialista del Servicio de Neurología (https://diariofarma.com/tag/neurologia?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink)

de la CUN, Mario Riverol, explicó que "hasta ahora hemos tratado a 30 pacientes (https://diariofarma.com/tag/pacientes?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink),

que han tolerado bien la medicación y en los que hemos observado incluso menos efectos adversos de los esperados. Además, los ensayos clínicos han demostrado que el deterioro cognitivo se ralentiza entre un 27 % y un 35 % en los primeros 18 meses, y el beneficio sigue aumentando cuanto más tiempo se mantiene el tratamiento".

El mecanismo de acción de donanemab se basa en unirse de forma específica a los depósitos anormales de beta-amiloide para facilitar su retirada de las estructuras cerebrales. La pauta de administración fijada requiere que el paciente acuda al centro hospitalario para recibir una infusión intravenosa cada cuatro semanas. La duración total de la pauta se establece entre 12 y 18 meses, ajustándose siempre en función de la evolución clínica que presente cada individuo durante el seguimiento.

De forma complementaria a esta incorporación, el centro asistencial tiene previsto empezar en las próximas semanas la administración de **lecanemab**, otro anticuerpo monoclonal que comparte la misma diana terapéutica basada en la eliminación de la beta-amiloide. En el caso de lecanemab, el protocolo farmacológico estipula la aplicación de infusiones por vía intravenosa con una periodicidad bisemanal. A diferencia del primer fármaco, el tratamiento con lecanemab se prolonga de forma continuada mientras se mantenga la indicación médica y se constata la **eficacia** (https://diariofarma.com/tag/eficacia?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink) del procedimiento.

Ambas opciones terapéuticas representan los primeros tratamientos que han acreditado una modificación real del curso evolutivo de la **demenia** (https://diariofarma.com/tag/demenia?utm_source=diariofarma&utm_medium=web&utm_campaign=smartlink) neurodegenerativa en sus estadios iniciales. Los resultados procedentes de los ensayos clínicos registraron una minoración en la velocidad de progresión del deterioro cognitivo y funcional que oscila entre el 27 % y el 35 %. Respecto a esta durabilidad, el especialista enfatizó que "hasta la fecha, hemos observado que el beneficio continúa con el paso del tiempo y no se detiene al finalizar el tratamiento".

La enfermedad de Alzheimer constituye una patología neurodegenerativa primaria y se sitúa como la causa principal de demencia en la población. El



TRIBUNALES
El "match" de Tinder que acabó en despido en una sociedad pública navarra



8%
Reducción de
gas Profundas¹

Menos manchas Más luminosidad

SÉRUM DE TRIPLE ACCIÓN



- ANTIMANCHAS
Hordatinas - pro y tratan todo tipo de manchas
- ILUMINADOR
Mica y óxido de t - iluminan la piel instante
- ANTIEDAD
Collagen+ Activo Complex - +60% colágeno.¹



En este sentido, ha expuesto que "los ensayos clínicos han demostrado que el deterioro cognitivo se ralentiza entre un 27 y un 35 por ciento en los primeros 18 meses". Además, "el beneficio sigue aumentando cuanto más tiempo se mantiene el tratamiento", ha puesto de manifiesto.

PUBLICIDAD



En concreto, **dor (Afan) ha pedido** su eliminación, p entre 12 y 18 mes próximas seman: anticuerpo mono manteniéndose n



precisamente la asociación de Familiares de alzheimer uniéndose a las placas de beta-amiloide y favoreciendo iento en el hospital cada cuatro semanas y lo mantiene tante, además de este fármaco, está previsto que en las omiencia a administrar lecanemab, que es otro e, pero mediante infusiones cada dos semanas y



ACTUALIDAD

La Clínica Universidad de Navarra, primer hospital español en suministrar donanemab para tratar el alzhéimer en fase inicial

El centro ya ha administrado el tratamiento a 30 pacientes, que han tolerado bien la medicación, mientras prepara la incorporación de lecanemab a su cartera terapéutica

14 de septiembre de 2026



Redacción

Hace un año que la Comisión Europea aprobó la autorización de la comercialización de **donanemab**, un fármaco para el tratamiento de la

medicación y se ha observado en ellos incluso menos efectos adversos de los esperados”, según detalla el **Dr. Mario Riverol**, neurólogo del centro.

*“Los ensayos clínicos han demostrado que el deterioro cognitivo se ralentiza **entre un 27% y un 35% en los primeros 18 meses**”. Además, “el beneficio sigue aumentando cuanto más tiempo se mantiene el tratamiento”, ha puesto de manifiesto el Dr. Riverol. Esto es posible gracias a que el fármaco actúa sobre las placas de beta-amiloide acumuladas en el cerebro y ha mostrado capacidad para ralentizar la progresión de la enfermedad.*

La incorporación de estas terapias exige circuitos asistenciales específicos para la selección, diagnóstico y seguimiento de los pacientes

Además de este fármaco, está previsto que, en las próximas semanas, la Clínica Universidad de Navarra **comience a administrar lecanemab**, que es otro anticuerpo monoclonal dirigido contra la beta-amiloide, pero mediante infusiones **cada dos semanas y manteniéndose mientras resulte indicado y eficaz**.

Selección del paciente

Ante ello, la administración de los nuevos fármacos requiere un circuito asistencial específico en el hospital para seleccionar a los pacientes candidatos, confirmar el diagnóstico y realizar un seguimiento estrecho durante el tratamiento. De hecho, el centro ya ofrece un programa que incluye las consultas médicas y las pruebas diagnósticas necesarias, como resonancias magnéticas y estudios PET, junto a la administración del medicamento en el Hospital de Día.

El objetivo es facilitar el acceso a estas nuevas terapias, para lo que se dispone de **distintas fórmulas de financiación** para que se pueda afrontar el coste del medicamento y de la asistencia necesaria. *“Debemos buscar alternativas que permitan que más población afectada se pueda beneficiar de estos fármacos innovadores”,* ha declarado el Dr. Riverol. Asimismo, ha señalado que *“la **Sociedad Española de Neurología (SEN)** ha defendido los avances que aportan estos medicamentos para una enfermedad prevalente que en España afecta a 800.000 personas”*.

La llegada de los tratamientos plantea nuevos retos para los hospitales debido a la complejidad del diagnóstico y del seguimiento de los pacientes, el director del Servicio de Medicina Nuclear del centro, el **Dr. Javier Arbizu**, ha manifestado que se está trabajando con el Servicio de Radiofísica y con diferentes empresas **“para *implementar secuencias más rápidas mediante IA y reducir el tiempo de las resonancias magnéticas*”**. *“También pretendemos avanzar hacia estudios PET de amiloide más rápidos y con menor exposición a radiación”*, ha concluido.

En este contexto, la Clínica Universidad de Navarra participa en un proyecto financiado por la Unión Europea (UE), de cinco años de duración, que aborda la incorporación de las **terapias modificadoras de la enfermedad** y que pretende mejorar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del alzhéimer mediante el trabajo de más de 30 socios. El objetivo del proyecto es *“facilitar el diagnóstico del alzhéimer, mejorar las técnicas de imagen como el PET o la resonancia magnética, desarrollar y validar biomarcadores en sangre y otros fluidos biológicos, e incorporar herramientas digitales de monitorización con el apoyo de la inteligencia artificial (IA)”*, ha sostenido el Dr. Arbizu.

Noticias complementarias

La Comisión Europea aprueba donanemab para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer sintomática temprana

"Lo más importante que nos ofrece donanemab es tiempo: permite prolongar la fase inicial del alzhéimer"

AI , ACTUALIDAD , ALZHEIM , CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA , FARMACOS



Exteriores de la Clínica Universidad de Navarra.

La privada administra por primera vez un fármaco para el tratamiento del alzhéimer

- La Clínica Universidad de Navarra trata a 30 pacientes con Kisunla (donanemab)
- [La no financiación del fármaco para el alzhéimer abre una discusión pública](#)



Julia Roiz

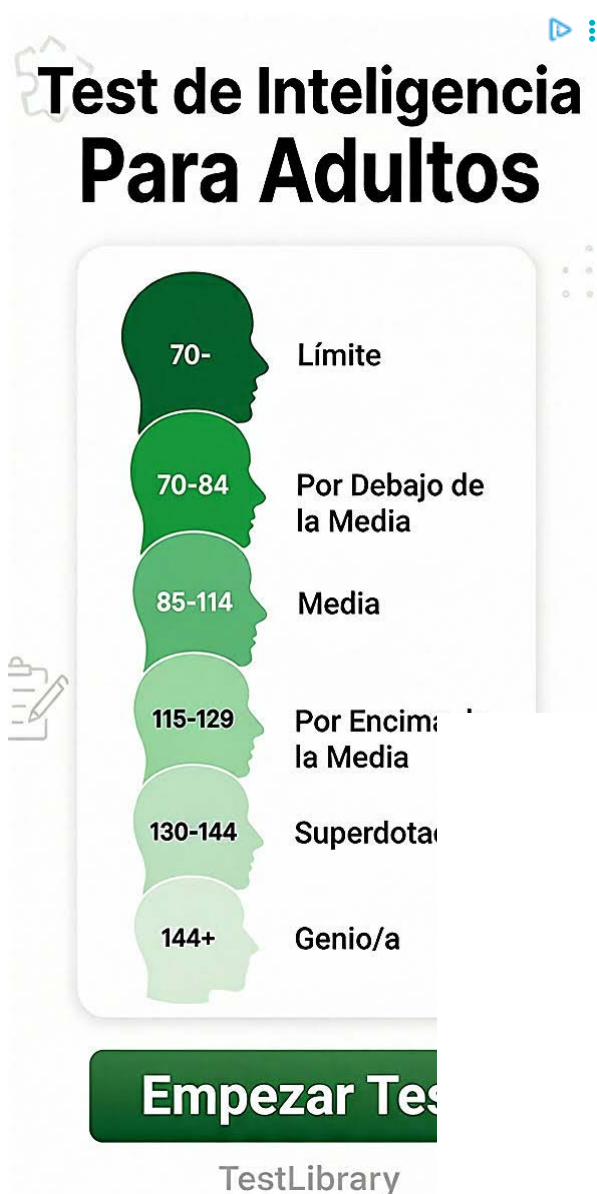


COMPARTE



+ Seguir

España en recurrir a **Kisunla (donanemab)** para el [tratamiento del alzhéimer](#) en 30 pacientes. Los últimos meses han estado marcados por la polémica que ha girado en torno a este medicamento. Por un lado, el [Ministerio de Sanidad](#) y la compañía farmacéutica, Eli Lilly, han mantenido un **intercambio epistolar ante el rechazo a la financiación pública** del medicamento; y, por otro, las asociaciones de pacientes y diversas sociedades científicas han unido fuerzas para **denunciar las implicaciones de este 'no' para los enfermos y para sus familias**.



COMPARTE



+ Seguir

medicamento. Sin embargo, la **sanidad privada** sí que dispone de **su propia vía para poder administrar donanemab**.

La privada en el tratamiento del alzhéimer

La Clínica Universidad de Navarra reabre el curso con una de las grandes novedades para los **enfermos con alzhéimer**. Tal y como se ha informado desde el centro, hasta ahora se han tratado a **30 pacientes**. "Han tolerado bien la medicación y hemos observado incluso **menos efectos adversos de los esperados**", resalta Mario Riverol, neurólogo de la CUN. Asimismo, recuerda que los **ensayos clínicos** del fármaco "han demostrado que el deterioro cognitivo se ralentiza entre un 27 por ciento y un 35 por ciento en los primeros 18 meses, y **el beneficio sigue aumentando cuanto más tiempo se mantiene el tratamiento**".

"Donanemab y lecanemab son los primeros fármacos que han demostrado capacidad para modificar la evolución del alzhéimer"

El especialista centra su discurso en una de las **últimas polémicas de la industria farmacéutica y el Ministerio de Sanidad**. "Donanemab y **lecanemab** son los primeros fármacos que han demostrado capacidad para modificar la evolución del alzhéimer en sus fases iniciales. Los ensayos



COMPARTE



+ Seguir

"Hasta la fecha, hemos observado que el beneficio continúa con el paso del tiempo y no se detiene al finalizar el tratamiento", añade.

El lecanemab contra el alzhéimer, en manos de Sanidad para llegar a España

El centro sanitario privado avanza que se encuentra inmerso en un proyecto financiado por la Unión Europea cuyo principal objetivo es **mejorar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la enfermedad del alzhéimer** en el Viejo Continente. Todo ello mediante el trabajo de más de 30 socios europeos.



COMPARTE



+ Seguir

Javier Arbizu, director del Servicio de Medicina Nuclear de la Clínica e Investigador principal de este proyecto, detalla una de las metas de la iniciativa. "Facilitar el diagnóstico del alzhéimer, mejorar las técnicas de imagen como el PET o la resonancia magnética, desarrollar y validar biomarcadores en sangre y otros fluidos biológicos, e **incorporar herramientas digitales de monitorización con el apoyo de la inteligencia artificial**" apunta. Además, cabe señalar que el plan tiene un



COMPARTE



+ Seguir

La polémica de los tratamientos del alzhéimer

La sanidad española se encuentra envuelta en múltiples debates. Las **negociaciones del Estatuto Marco**, la **huelga indefinida de los médicos** o el **futuro incierto del modelo Muface** son algunos de los **desafíos que tiene ante sí la sanidad española**. Y en ese escenario también entra la financiación pública de determinados medicamentos. Entre ellos, los del tratamiento del alzhéimer.

La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIPM) **ha rechazado en varias ocasiones** la inclusión de Kisunla y Leqembi en la sanidad pública española. Sin embargo, el mes de julio marcó un **punto de inflexión**.



COMPARTE



+ Seguir

último 'no'. "Esta decisión nos entristece profundamente, porque **detrás de cada expediente administrativo hay personas reales**: pacientes que esperan, familias que acompañan y profesionales sanitarios que necesitan herramientas para actuar a tiempo", expresaba Julio Gay-Ger, presidente y director general de Lilly España, Portugal y Grecia.

La no financiación del fármaco para el alzhéimer abre una discusión pública

El secretario de Estado de Sanidad, [Javier Padilla](#), se sumó a este intercambio epistolar. "El Ministerio de Sanidad lleva trabajando **más de un año en ver la manera de incorporar los dos últimos medicamentos autorizados para la enfermedad de Alzheimer**", resaltó en referencia a Kisunla (Eli Lilly) y a [Leqembi](#) (Biogen).

"Desde el punto de vista estrictamente sanitario se trata de **dos medicamentos cuya autorización europea se produjo tras un proceso de evaluación especialmente complejo**, en el que el balance beneficio-riesgo fue objeto de un intenso debate científico", señaló. Y recordó: "Pese a todo, las autoridades regulatorias decidieron su autorización porque, efectivamente, se trata de una **necesidad médica no cubierta** y porque es necesario abrir vías para que lleguen más y mejores tratamientos para esta enfermedad".

Padilla puso sobre la mesa los antecedentes científicos de ambos fármacos, así como las objeciones que pusieron los distintos reguladores europeos. "La **responsabilidad de las autoridades públicas** exige adoptar decisiones que tengan en cuenta no solo la existencia de una **innovación terapéutica**, sino también la solidez de la evidencia disponible, la seguridad de los



COMPARTE



+ Seguir

"Estos fármacos [Kisunla y Leqembi] cuentan con la aprobación para su comercialización en la Unión Europea"

La Confederación Española de Alzheimer y Otras Demencias (Ceafa) [se sumó a las críticas](#) contra el Ministerio. En su caso, la asociación de pacientes reaccionó con dureza al 'no' de la CIPM. **"España se sitúa de nuevo al margen de la innovación biomédica**, negando a miles de personas la única opción terapéutica capaz de demorar la evolución de la enfermedad", recalcó la entidad.

La Sociedad Española de Neurología (SEN) avivó el debate. "Estos fármacos [Kisunla y Leqembi] cuentan con la aprobación para su comercialización en la Unión Europea, tras la **evaluación experta de su eficacia y seguridad** por parte de la Agencia Europea del Medicamento ([EMA](#))", rememoró.

A su vez, añadió que "otras múltiples agencias regulatorias avalan este balance positivo, y en este sentido, por ejemplo, en Estados Unidos, **estos tratamientos están disponibles desde hace unos 3 años, con datos que avalan la seguridad** y satisfacción de su uso en práctica clínica habitual".

Ahora la sanidad privada da el primer paso para administrar uno de los medicamentos más polémicos en los últimos tiempos. **Kisunla (donanemab) ya está disponible en la Clínica Universitaria de Navarra para 30 pacientes**, y pretende ser un faro para los enfermos y familias que conviven con el alzhéimer.



COMPARTE



+ Seguir

DÍA INTERNACIONAL/

Solo el 12,3 % de las personas con migraña se siente comprendido por su entorno

Más de seis millones de personas padecen esta enfermedad en España, que afecta 2,2 veces más a las mujeres que a los hombres.



AL

Escándalo en directo: el invitado se levanta y abandona el plató

Pexels



Efe

Madrid

Publicado: 14 de septiembre de 2026, 15:33



Las personas que sufren migraña se sienten incomprendidas por su entorno pese a reconocer que padecen una enfermedad. Solo el 12,3 % considera que quienes le rodean perciben claramente la migraña como una verdadera patología, según una encuesta de la Asociación Española de Migraña y Cefalea (Aemice), que pone de manifiesto la **distancia entre cómo viven la enfermedad los pacientes y cómo creen que es percibida por los demás.**

Una enfermedad poco reconocida

Los resultados se conocen coincidiendo con el Día Internacional de la Migraña, una enfermedad cuya prevalencia en España es de 2,2 veces más en mujeres que en hombres, afecta a más de seis millones de personas. Según los datos de la Sociedad



Española de Neurología (SEN), afecta al 17,7 % de las mujeres frente al 8,2 % de los hombres, es decir, 2,2 veces más. La encuesta de Aemice refleja una importante distancia entre el reconocimiento que las personas con migraña hacen de su enfermedad y la percepción que atribuyen a su entorno. Así, **el 89,2 % de los participantes se reconoce como una persona con una enfermedad neurológica**, pero el 51,5 % considera que su entorno percibe poco o nada la migraña como una verdadera patología. En el extremo contrario, solo el 12,3 % cree que quienes le rodean la perciben claramente como tal.

Además, seis de cada diez personas sienten que su entorno comprende poco o nada el impacto real que la migraña tiene en sus vidas. Una afectación que se extiende a distintos ámbitos, desde el ocio y las relaciones sociales hasta el trabajo, los estudios, las responsabilidades domésticas y la vida familiar. De hecho, **el 57,9 % asegura que durante las últimas cuatro semanas la migraña ha limitado o impedido sus actividades habituales** muy frecuentemente o siempre. La encuesta muestra que el impacto de la enfermedad aumenta a medida que lo hace la frecuencia de los días con dolor. Entre las personas que declararon haber sufrido dolor de cabeza diario durante el último mes, nueve de cada diez aseguran que la migraña ha limitado sus actividades muy frecuentemente o siempre. Sin embargo, tener menos días de dolor no significa que la enfermedad tenga un impacto reducido. Entre quienes declararon haber tenido entre cero y tres días con dolor de cabeza durante el último mes, más de la mitad señala una afectación alta en todos los ámbitos de la vida analizados.

Las palabras importan

Aemice subraya además que la percepción de incomprensión no depende de que la migraña sea episódica o crónica. Aunque **el impacto aumenta claramente con la frecuencia de la enfermedad**, la falta de reconocimiento y comprensión por parte del entorno se mantiene en niveles similares en ambos grupos. La presidenta de Aemice, Isabel Colomina, considera que los resultados muestran que las personas con migraña saben hasta qué punto esta enfermedad puede condicionar su vida. "Sin embargo, todavía nos encontramos con personas que la ven simplemente como un dolor de cabeza o que no entienden por qué un ataque de migraña puede obligarnos a cancelar un plan, faltar al trabajo o dejar de hacer algo tan cotidiano como cuidar de nuestra familia", sostiene. Para sensibilizar a la población sobre esta realidad, Aemice ha lanzado una campaña bajo el lema "Las palabras importan", con la que pretende llamar la atención sobre la manera en que se habla de la enfermedad.

Más Noticias



El cerebro de las mujeres cambia más de lo que se pensaba en tres etapas clave de la vida



Soledad, acoso y desesperanza: las historias detrás de las llamadas al Teléfono de la Esperanza



Fumar aur

La asociación señala que todavía es habitual utilizar "migraña" como sinónimo de cualquier dolor de cabeza o hablar de "migrañas" para referirse a los ataques. Frente a ello, recuerda que la migraña es una enfermedad neurológica y lo que se producen son ataques de migraña. La presidenta de Aemice destaca que el lenguaje utilizado para hablar de esta dolencia no es una cuestión menor, ya que contribuye a determinar la manera en que se entiende y se percibe la enfermedad. "Durante demasiado tiempo hemos normalizado frases como tengo migraña para referirnos a cualquier dolor de cabeza o tengo migrañas para hablar de los ataques. Puede parecer una cuestión menor, pero **las palabras ayudan a construir la forma en que entendemos una enfermedad**", señala Colomina.

"Esta comida es maltrato", Marcelo estuvo 25 días sin comer para denunciar la mala comida que recibía en su residencia de mayores



nuubedescanso.com

Móvil antes de dormir: cómo afecta a tu sueño

Nuube Descanso

5-7 minutos

Apagas la luz. Te acomodas. Y antes de cerrar los ojos, coges el móvil "solo un momento". Si esto te resulta familiar, no eres una excepción: eres la mayoría. Un estudio con 3.400 jóvenes españoles de entre 18 y 34 años, realizado por Fundación MAPFRE junto a la Sociedad Española de Neurología y la Sociedad Española del Sueño, confirma que el 83% usa el móvil en la cama antes de dormir, con una media de casi 49 minutos —un tercio supera la hora—. Y aquí está el dato que de verdad importa: de ese mismo grupo, el 83,5% convive ya con algún síntoma de insomnio. Solo un 24% reconoce dormir bien y lo suficiente.

¿Casualidad? Los datos dicen que no. Sigue leyendo, porque lo interesante no es solo que el móvil y el mal sueño vayan de la mano — es por qué cuesta tanto separarlos, qué le hace exactamente el móvil a tu descanso, y qué es lo único que la evidencia respalda para cambiarlo de verdad.

Nadie decide tener este hábito. Así es como se instala

Ningún día te dijiste "a partir de ahora usaré el móvil en la cama cada noche". Ocurrió de una forma mucho más silenciosa: una noche lo hiciste porque sí, no pasó nada, y a la siguiente lo

repetiste. Con el tiempo, dejó de ser una decisión y pasó a ser, simplemente, lo que haces antes de dormir.

Esto tiene una explicación real, no es solo sensación. La investigadora Wendy Wood hizo que cientos de personas registraran su conducta cada hora, durante semanas. El resultado: entre el 35% y el 43% de lo que hacemos cada día ocurre en modo hábito, casi sin pensarlo, disparado por el propio lugar donde estamos más que por una decisión consciente en ese momento. La cama, a oscuras, con la mano ya cerca de la mesilla, es justo ese tipo de escenario.

Hay incluso una razón que ocurre dentro de tu cerebro. La neurocientífica Ann Graybiel, descubrió algo fascinante estudiando cómo se forman los hábitos: cuanto más repites una secuencia de acciones, menos la procesa el cerebro paso a paso — la empaqueta entera, como un solo bloque automático. Es el mismo motivo por el que puedes conducir una ruta muy conocida y, al llegar, no recordar casi nada del trayecto. Coger el móvil en la cama funciona exactamente igual para quien lleva meses haciéndolo: en algún momento, tu cerebro dejó de preguntarte si querías hacerlo.

Y ahí está el problema. Porque ese gesto automático, repetido cada noche, no es inofensivo.

Esto es lo que el móvil le hace de verdad a tu sueño

Aquí está la parte que casi ningún artículo explica bien. La suposición habitual es simple: "usas el móvil, te acuestas más tarde, duermes menos". Cierto, pero incompleto. Un estudio publicado en *Journal of Sleep Research* descubrió que el efecto ocurre en dos pasos, no en uno.

El primer paso es el que ya conocías: el móvil retrasa la hora a

la que te metes en la cama. Pero hay un segundo paso que casi nadie nota, y que es igual de importante: incluso después de acostarte y apagar la luz, tardas más en quedarte dormido. El móvil no te quita sueño una vez — te lo quita dos veces, por dos caminos completamente distintos que se suman entre sí.

¿Y si el mal sueño es la causa, y el móvil solo la consecuencia? Es una duda razonable —muchos usamos el móvil precisamente porque no conseguimos dormir—, y durante años no hubo forma de saber qué iba primero. Un estudio con 1.181 universitarios resolvió esa duda: midió a las mismas personas dos veces, con doce meses de diferencia, y encontró que el uso problemático del móvil predecía peor calidad de sueño después. El camino contrario no se sostuvo con los mismos datos. El móvil no solo acompaña al mal sueño: lo provoca, de forma medible.

Ahora bien —y esto merece decirse con honestidad, porque no todo es tan simple—: usar el móvil un rato corto sí puede ayudar a desconectar del día para algunas personas. No es autoengaño. El problema es que un hábito automatizado casi nunca se queda en el rato corto. Los casi 49 minutos de media del estudio español ya son tiempo de sobra para que ese efecto relajante se agote, y en su lugar aparezca justo el desplazamiento del sueño que acabamos de describir.

Un último mito que conviene desmontar: no es la luz de la pantalla. La evidencia apunta al uso activo del móvil —revisar, responder, seguir mirando— como el verdadero motivo detrás del mal sueño, muy por delante de cualquier efecto de la simple exposición a la luz.

Entonces, ¿cómo se deja el móvil antes de dormir?

Si el hábito se instaló porque un contexto concreto lo disparaba —la cama, la oscuridad, la mano libre—, ahí mismo está la forma de deshacerlo. La propia investigación de Wood es clara en algo que suena contraintuitivo: pelear contra un hábito a base de fuerza de voluntad casi nunca funciona, porque el hábito está diseñado, literalmente, para saltarse esa deliberación consciente. Lo que sí funciona es cambiar el contexto que lo activa, para que el gesto automático ya no tenga dónde engancharse.

Traducido a esta noche: deja el móvil fuera del alcance de la cama —en otra habitación, o al menos a más de un metro—. No hace falta más disciplina ni más buenos propósitos. Solo hace falta romper el vínculo entre "estoy en la cama" y "cojo el móvil" que tu cerebro ha ido reforzando, sin que tú lo decidieras, noche tras noche.

No se trata de ganarle la partida al impulso cada vez que aparece. Se trata de dejar de ponerle, cada noche, el mismo escenario en el que siempre ha ganado.

Hospital español es el primero en suministrar Donanemab para tratar el alzhéimer en fase inicial

DIRECTOR EDITORIAL 4 MINUTOS DE LECTURA

ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: 14 DE SEPTIEMBRE DE 2026 14:32



AUDIO

03:36

Hace un año que la Comisión Europea aprobó la autorización de la comercialización de donanemab, un fármaco para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer en fases iniciales. Ahora, la Clínica Universidad de Navarra ha sido el primer hospital español en administrarlo. Por ahora, se han beneficiado de este fármaco 30 pacientes, los cuales “han tolerado bien la medicación” y se ha observado en ellos “incluso menos efectos adversos de los esperados”, según detalla el Dr. Mario Riverol, neurólogo del centro.

“Los ensayos clínicos han demostrado que el deterioro cognitivo se ralentiza entre un 27% y un 35% en los primeros 18 meses”. Además, “el beneficio sigue aumentando cuanto más tiempo se mantiene el tratamiento”, ha puesto de manifiesto el Dr. Riverol. Esto es posible gracias a que el fármaco actúa sobre las placas de beta-amiloide acumuladas en el cerebro y ha mostrado capacidad para ralentizar la progresión de la enfermedad.

Además de este fármaco, está previsto que, en las próximas semanas, la Clínica Universidad

de Navarra comience a administrar lecanemab, que es otro anticuerpo monoclonal dirigido contra la beta-amiloide, pero mediante infusiones cada dos semanas y manteniéndose mientras resulte indicado y eficaz.



Ante ello, la administración de los nuevos fármacos requiere un circuito asistencial específico en el hospital para seleccionar a los pacientes candidatos, confirmar el diagnóstico y realizar un seguimiento estrecho durante el tratamiento. De hecho, el centro ya ofrece un programa que incluye las consultas médicas y las pruebas diagnósticas necesarias, como resonancias magnéticas y estudios PET, junto a la administración del medicamento en el Hospital de Día.

El objetivo es facilitar el acceso a estas nuevas terapias, para lo que se dispone de distintas fórmulas de financiación para que se pueda afrontar el coste del medicamento y de la asistencia necesaria. “Debemos buscar alternativas que permitan que más población afectada se pueda beneficiar de estos fármacos innovadores”, ha declarado el Dr. Riverol. Asimismo, ha señalado que “la Sociedad Española de Neurología (SEN) ha defendido los avances que aportan estos medicamentos para una enfermedad prevalente que en España afecta a 800.000 personas”.



La llegada de los tratamientos plantea nuevos retos para los hospitales debido a la complejidad del diagnóstico y del seguimiento de los pacientes, el director del Servicio de Medicina Nuclear del centro, el Dr. Javier Arbizu, ha manifestado que se está trabajando con el Servicio de Radiofísica y con diferentes empresas “para implementar secuencias más rápidas mediante IA y reducir el tiempo de las resonancias magnéticas”. “También pretendemos avanzar hacia estudios PET de amiloide más rápidos y con menor exposición a radiación”, ha concluido.

En este contexto, la Clínica Universidad de Navarra participa en un proyecto financiado por la Unión Europea (UE), de cinco años de duración, que aborda la incorporación de las terapias modificadoras de la enfermedad y que pretende mejorar el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del alzhéimer mediante el trabajo de más de 30 socios. El objetivo del proyecto es “facilitar el diagnóstico del alzhéimer, mejorar las técnicas de imagen como el PET o la resonancia magnética, desarrollar y validar biomarcadores en sangre y otros fluidos biológicos, e incorporar herramientas digitales de monitorización con el apoyo de la inteligencia artificial (IA)”, ha sostenido el Dr. Arbizu.



MÁS INFORMACIÓN

Leer más

[ir a la agenda](#)



Patrocinado por



[Noticias Cultura](#)



Fecha

lunes 21 Sep 2026



Hora

19:00 - 20:30

Conferencia | Descubre la distonía. Enfermedad rara y crónica



La **Asociación Distonía España** ofrece esta charla informativa y de divulgación sobre la distonía, una enfermedad rara y crónica que afecta a unas 20.000 personas en España según la **Sociedad Española de Neurología** (SEN) y a cerca de mil personas en Castilla-La Mancha, aunque pueden ser muchas más porque está infradiagnosticada, por .

El objetivo de la charla es visibilizar la distonía y sensibilizar a la sociedad sobre esta patología rara que provoca un alto grado de discapacidad. Va dirigida a personas con distonía, familiares, cuidadores, profesionales socio-sanitarios y público general.

Entrada libre hasta completar aforo.

COMPARTIR ESTE EVENTO





geriatricarea



Revista digital del sector sociosanitario (/)

Salud (<https://www.geriaticarea.com/categorias/salud/>)

Un análisis de sangre permite detectar el riesgo de Alzheimer con una década de antelación

Septiembre, 2026 (<https://www.geriaticarea.com/detectar-el-riesgo-de-padecer-alzheimer-con-una-decada-de-antelacion/>)



**Excelencia certificada
en higiene y bienestar**

Unimos la seguridad del estándar
HACCP con la ergonomía ErgoCert para
una protección total de tu lavandería.

CONTACTA CON NOSOTROS



(https://www.electroluxprofessional.com/es/?utm_source=online%20magazine&utm_medium=banner&utm_campaign=laundry-2026-01-ES&utm_content=customers)

facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://www.elfinanciero.com.mx/2019/07/26/detectar-el-riesgo-de-padecer-alzheimer-con-antelacion-zf/



Newsletter!



(<https://colisee.es/>)

La medición del nuevo biomarcador %p-tau217 en sangre permite predecir el riesgo a largo plazo de desarrollar síntomas clínicos de la enfermedad de Alzheimer en adultos cognitivamente sanos con una década de antelación, tal y como revela una investigación del Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas (CIEN) y la Fundación Reina Sofía.

El estudio, publicado en la revista científica *Alzheimer's & Dementia* y dirigido por el **Dr. Jesús Silva Rodríguez** —coordinador de la Plataforma de Neuroimagen de Fundación CIEN—, contó con la participación de **casi mil adultos sin deterioro cognitivo** previo del área de Madrid, quienes fueron evaluados de manera anual en el Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía a lo largo de un periodo de hasta 12 años.



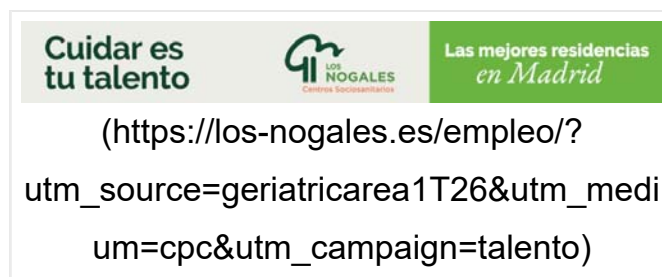
Este estudio está dirigido por el Dr. Jesús Silva Rodríguez

facebook.com/sharer/sharer.php?fb-messenger://share?
antelacion%ZF) antelacion%ZF)

descartar con un alto margen de certeza la progresión de la enfermedad de Alzheimer en
iNewsletter!

pacientes que arrojen un resultado negativo, optimizando la gestión de las revisiones médicas.

Respecto al alcance de este hallazgo en la práctica clínica, el Dr. Silva Rodríguez destaca que el valor del trabajo, *“reside en el **alto valor predictivo negativo de los biomarcadores de plasma**, ya que un resultado negativo nos permite asegurar, con más de un 90% de fiabilidad, que la persona no desarrollará síntomas clínicos durante la siguiente década, lo que permitirá centrar los recursos y el seguimiento en aquellos que sí que están en riesgo”*.



Avance hacia la medicina de precisión y la prevención temprana

La posibilidad de determinar el riesgo metabólico mediante una simple extracción sanguínea supone un cambio de paradigma en el abordaje del Alzheimer, al **mitigar la necesidad de pruebas diagnósticas más invasivas o costosas** en fases asintomáticas.

Entre las **principales aplicaciones** de esta herramienta destacan:

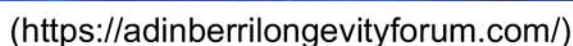
- **Estratificación del riesgo:** Identificación fiable de personas con muy baja probabilidad de desarrollar la enfermedad a diez años vista.
- **Optimización asistencial:** Focalización de los recursos de seguimiento neuropsicológico en las personas que presentan un riesgo real.
- **Fomento de la investigación:** Selección más precisa de candidatos para participar en ensayos clínicos y estudios de prevención.
- **Tratamiento precoz:** Facilitación para la aplicación temprana de terapias modificadoras de la enfermedad en las etapas iniciales donde muestran mayor eficacia.

Sobre el cambio de modelo que supone la incorporación de estos **biomarcadores** (<https://www.geriaticarea.com/?s=biomarcadores>) en la prevención clínica, el **Dr. Pascual Sánchez-Juan**, director científico de CIEN y autor senior del estudio, destaca que *“este estudio marca un cambio importante: los biomarcadores sanguíneos ya no solo nos ayudan a detectar la biología del Alzheimer, sino que también nos permiten identificar a las personas que tienen un riesgo real de desarrollar la enfermedad a diez años vista”*. El estudio, publicado en la revista *Alzheimer's & Dementia*, muestra que la detección de biomarcadores en sangre permite identificar a las personas que tienen un riesgo real de desarrollar la enfermedad a diez años vista, lo que permitirá centrar los recursos y el seguimiento en aquellos que sí que están en riesgo.



¡Newsletter!





geriatricarea



Revista digital del sector sociosanitario (/)

Actualidad (<https://www.geriaticarea.com/categorias/actualidad/>)

CEAFA denuncia barreras administrativas en el acceso a nuevos fármacos para el Alzheimer

Septiembre, 2026 (<https://www.geriatricarea.com/ceafa-denuncia-barreras-administrativas-en-el-acceso-a-nuevos-farmacos-para-el-alzheimer/>)



(<https://www.electroluxprofessional.com/es/>)

utm_source=online%20magazine&utm_medium=banner&utm_campaign=laundry-2

fabtped/kwom/shked/stom/086(04/568)etmcc/stom?customers)

-farmacos-para-ei-aizheimer%2F)



iNewsletter!



[\(https://colisee.es/\)](https://colisee.es/)

La Confederación Española de Alzheimer y otras Demencias (CEAFA) reivindica el acceso sin trabas a los nuevos tratamientos innovadores para los casi 5 millones de personas afectadas por el Alzheimer en España entre pacientes y familiares.

La **Confederación Española de Alzheimer y otras Demencias (CEAFA)** ha presentado su campaña oficial centrada este año en el lema **“El NO ya no es respuesta”**. Con ella la entidad denuncia la **situación de abandono institucional** que padecen muchas de las casi 5 millones de personas que conviven directamente o indirectamente con la **enfermedad de Alzheimer** en España, debido a las negativas de las administraciones públicas a facilitar el **acceso a tratamientos innovadores** desarrollados tras décadas de investigación.

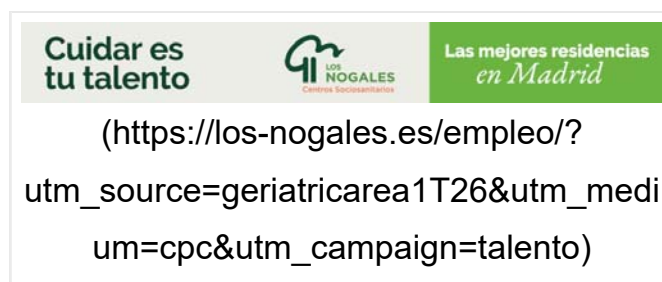


Tras más de 20 años sin novedades terapéuticas relevantes, la **aparición de nuevos fármacos supone una alternativa esperanzadora** para determinadas personas diagnosticadas en fases avanzadas. Aunque no constituye una cura definitiva, estas opciones permiten ralentizar la evolución de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los afectados y sus familias. Sin embargo, el acceso a estos medicamentos sigue siendo limitado debido a barreras administrativas y económicas. La CEAFA denuncia que, tras más de 20 años, aún no se han conseguido garantizar el acceso a estos fármacos para la mayoría de los pacientes.

¡Newsletter!

No obstante, desde la organización denuncian que estas opciones continúan inalcanzables por

motivos incomprensibles para las familias, recordando que **el Alzheimer afecta ya a cerca del 11% de la población española.**



Reivindicaciones y rechazo a las barreras institucionales

En el marco de la presentación, **Mariló Almagro**, la presidenta de CEAFA, ha manifestado que *“las personas con **Alzheimer** (<https://www.geriatricarea.com/?s=alzheimer>) y sus familias llevan años esperando avances que les permitan afrontar la enfermedad en mejores condiciones. Hoy **existen nuevas alternativas terapéuticas** para algunos pacientes, pero seguimos encontrando barreras que impiden su acceso”*. Por ello, la entidad exige **superar la inacción administrativa** y reclama que la enfermedad de Alzheimer reciba el mismo tratamiento que cualquier otro problema sanitario grave.

En particular, **CEAFA** rechaza los argumentos esgrimidos para retrasar la dispensación de estos medicamentos, entre los que figuran la controversia sobre su eficacia, las dudas sobre su perfil de seguridad y efectos secundarios, la consideración de que el número de beneficiarios es reducido, la falta de adaptación de los sistemas sanitarios y los criterios basados exclusivamente en la racionalización del gasto público.

Acto central en Valencia y participación activa de los pacientes

Como cada año, la campaña culminará con un evento institucional de gran relevancia para el sector. El acto central se celebrará el próximo **viernes 18 de septiembre a las 10:00 horas en el CaixaForum València**, situado en la Ciutat de les Arts i les Ciències. La jornada está organizada por **CEAFA**, la Federació Valenciana d' Associacions de Familiars i Amics de Persones amb Alzheimer (**FEVAFA**) y la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer de Valencia (**AFAV**), con la colaboración de la **Fundación “la Caixa”, Eisai y Lilly**.

<https://www.linkedin.com/share?url=https://www.geriatricarea.com/ceafa-denuncia-barreras-administrativa...>

<https://www.facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://www.geriatricarea.com/ceafa-denuncia-barreras-administrativa...>

<https://www.tumblr.com/share/link?url=https://www.geriatricarea.com/ceafa-denuncia-barreras-administrativa...>



Newsletter!





(<https://adinberrilongevityforum.com/>)



Durante el encuentro, portavoces de **CEAFA** (<https://www.ceafa.es/es>), expertos sanitarios y pacientes analizarán la capacidad de respuesta del sistema público ante las nuevas necesidades asistenciales. A diferencia de ediciones anteriores, las reivindicaciones de este 2026 surgen **desde la perspectiva de los pacientes y sus familias**, quienes reclaman una **participación activa en el sistema de decisiones sobre su presente y futuro asistencial**, así como el acceso a **fármacos para el Alzheimer**.

Conoce a todas las **reivindicaciones completas** de CEAFA en este vídeo:

¡Newsletter!



[Inicio](#)[Programas de TV](#)[Programas de radio](#)[Programación](#)[Nuestras Webs](#)[VOLVER](#)

2026

Migraña: mucho más que un dolor de cabeza

LA CADIERA

[ESCUCHAR](#)

Sobre este episodio

En el Día de Acción contra la Migraña se pone el foco en una enfermedad que puede llegar a ser altamente incapacitante y que afecta a cerca de cinco millones de personas en España. Sobre sus síntomas, el impacto que tiene en la vida diaria y la importancia de un diagnóstico y tratamiento adecuados hablan la doctora Sonia Santos, miembro del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, e Isabel Colomina, presidenta de la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE).

URGENTE

Interrumpidos los AVI

AVANCE

El Metro de Barcelona



Inicia sesión en 20 Minutos
con Google



Continuar

a la

anda

Los neurólogos coinciden. Estos son los dos controles clave para proteger la salud cerebral que la población descuida





Controles para cuidar la salud cerebral. / Getty Images

Escucha este artículo



0:00 / 3:31



SALUD NOTICIA 17 sep 2026 - 05:00

INES GUTIÉRREZ

Añádenos en Google



Las dos pruebas que se señalan en la encuesta son los análisis de sangre preventivos y el control periódico de la tensión arterial.

El ajedrez, un "entrenador cerebral" que previene la demencia y ayuda en terapias de TDAH

Todos somos conscientes de lo importante que es **cuidar el cerebro a lo largo de la vida**, pero en ocasiones parece que esperamos que sea algo en lo que no tenemos que esforzarnos, de hecho, la mitad de la población en España descuida hábitos clave para la salud cerebral.

Así lo ha revelado la Sociedad Española de Neurología a través de la encuesta 'Hábitos cerebrosaludables de la población española', donde además señalan **dos controles que son clave para protegernos** y que no siempre forman parte de nuestras rutinas de autocuidado, lo que puede poner en riesgo nuestra

Lo último: [¿Cómo afecta a la salud mental de las personas mayores](#)



ALIMENTACIÓN NATURAL
de textura modificada



Conoce nuestros
productos



NOTICIAS - PORTADA

Día del Alzheimer 2026: “¿qué puedo hacer yo para ayudarle?”, la pregunta más habitual a los psicólogos

Hace nueve años ya que María Teresa se repite la misma pregunta: “Y yo, ¿qué puedo hacer para ayudarla?” Necesita saber cómo puede contribuir al bienestar de Pepi, su madre, que, con 84 años, vive aquejada de Alzheimer en una residencia Bouco de la firma emeis en Madrid.

Todo empezó con pequeños despistes que fueron convirtiéndose en importantes lagunas en su memoria. Se desorientaba por las calles de su barrio, en el que había vivido toda la vida. “No encontraba las cosas, se enfadaba y culpaba a su marido de escondérselas o quitarlas”.

A partir de ahí, la enfermedad evolucionó hasta que Pepi tuvo que ingresar en Bouco Santo Domingo, residencia madrileña que cuenta con una UPAD, Unidad especializada en personas que padecen Alzheimer y otras demencias. Allí, junto a otros profesionales, la atiende María Pérez Castellanos, psicóloga de la residencia, figura clave en estos centros.

La psicóloga explica que esa pregunta, “¿Cómo puedo ayudarle?”, es la que realizan los familiares de personas con esta enfermedad neurodegenerativa; quieren entender

Cookies

cambios que están viendo en su ser querido y saber cómo actuar ante ellos: “Preguntan mucho por los cambios de conducta, por qué su familiar se muestra más irritable, por qué repite constantemente las mismas preguntas, por qué no quiere realizar determinadas actividades o por qué parece no reconocerles”.

Las respuestas, responde la psicóloga, sólo pueden obtenerse de una comprensión de lo que supone el Alzheimer, cuestión sobre la que los familiares son asesorados, pero también mediante la observación de cada mayor a nivel individual: “Muchas veces una persona puede estar inquieta, levantarse continuamente, rechazar el aseo o no querer comer, y no siempre es fácil saber qué está intentando expresar”. Y añade: “sobre todo, intentamos no olvidar nunca que antes que una persona con Alzheimer tenemos delante a una persona, con su historia, sus gustos, sus miedos y su forma de ser”.

800.000 personas para ser exactos, con sus historias, padecen esta enfermedad en España según la Sociedad Española de Neurología (SEN). José María Jiménez, doctor especializado en geriatría en las residencias Bouco de Córdoba comenta que algunas estimaciones más que triplicarán esta cifra que ronda el millón hasta situarlo en 3,6 millones los afectados por esta enfermedad para 2050. Por eso, este médico recuerda la relevancia social de las residencias de mayores y sus equipos multidisciplinares, que atienden a un importante porcentaje de la población con Alzheimer.

Ponerse en la piel de afectados y sus familias: su día a día y no afrontarlo solos

Las actividades de reminiscencia específicas que se llevan a cabo en la residencia son una de las herramientas de estos centros contra la enfermedad. Se encuentran las encaminadas a despertar el recuerdo de personas, lugares y momentos que han formado parte de su propia vida; a qué se dedicaban, cuáles eran sus aficiones, qué actividades realizaban o qué experiencias han sido importantes para ellos. Esto, explica la psicóloga María Pérez Castellanos, “nos permite trabajar desde algo que les resulta familiar y significativo y, al mismo tiempo, mantener su identidad y conectar con ellos”.

La vida diaria, en primer lugar, está estructurada según ciertos hábitos que les aportan seguridad y estabilidad. El día comienza con el aseo y el desayuno, y a lo largo de la mañana los residentes participan en diferentes actividades y terapias: psicología, terapia ocupacional, animación y fisioterapia. Después de la comida tienen un momento más tranquilo de descanso y por la tarde se realizan actividades como paseos, pintura y otras propuestas adaptadas a cada persona.

Este cuidado “va más allá de seguir unos horarios” y así lo reconoce María Teresa, hija de Pepi, para quien la actitud de los trabajadores es la idónea en la lucha contra el avance de la enfermedad. Lo que más valora, “es el cariño y el cuidado de mi madre, se siente cuidada y

Cookie

está a gusto, se la ve bien y eso es lo más importante para nosotros”.

Desde psicología se realizan valoraciones, estimulación cognitiva, intervención sobre aspectos emocionales y conductuales y seguimiento individualizado. Por su parte, la terapia ocupacional fomenta las capacidades funcionales, la fisioterapia mantiene y trabaja la movilidad y la parte física, y desde animación se realizan actividades que favorecen la socialización, la participación y el disfrute. Una de las favoritas es la terapia asistida con animales, que se realiza una vez al mes y que les ayuda a favorecer la expresión emocional.

A esta y otras citas puede asistir la familia, parte integral del proceso. “Creo que es importante que las familias entiendan que no tienen que afrontar el Alzheimer solas”, afirma la psicóloga de Bouco. Para ayudarles se organizan en los centros los llamados Café Alzheimer, en los que se comparten experiencias, se explica el avance de la enfermedad y se plantean dudas y, sobre todo, se ofrecen respuestas y también compañía”. “Hay que ponerse en la piel de las familias afectadas para entender el daño potencial de este mal,” afirma María Teresa. Y, además, añade, “cuanto antes se asuma la enfermedad, mejor”.

Lo que permanece: la necesidad del enfermo de sentirse querido, comprendido, respetado y acompañado

Tras las cifras, la realidad humana de enfermos, cuidadores y familiares, una realidad en la que, en palabras de María Pérez Castellanos “muchos pequeños momentos terminan siendo grandes: una sonrisa, que te busquen, que se tranquilicen cuando te acercas o que te den las gracias”.

Porque, aunque el Alzheimer vaya cambiando muchas cosas, finaliza la psicóloga, hay algo que permanece en el mayor: la necesidad de sentirse querido, comprendido, respetado y acompañado.

← Uno de cada cuatro cánceres que se diagnostican en España es de origen digestivo

La música de ADDA·Simfònica Alicante llega a las personas mayores de DomusVi
Cocentaina →

👍 También te puede gustar

Cookies

Accede sin límites

Susíbete

EL CORREO



Vivir.

Te está dando un ictus y no lo sabes... El importante error de no detectar los síntomas más leves

Una neuróloga explica qué pasa antes de un derrame cerebral y cómo hay que actuar para evitar secuelas graves



Añádenos en Google



Adobe Stock



Silvia Osorio >

17/09/2026 Actualizado a las 07:55h.

Cuando hablamos de un ictus pensamos en una persona a la que se le queda un brazo dormido, se le tuerce la boca o es incapaz de hablar de forma repentina. Sin embargo, no siempre se presenta de forma tan evidente. En algunos casos, las señales son más sutiles (con síntomas clínicos menos intensos) y transitorias, por lo que se atribuyen erróneamente al cansancio o al estrés. El problema es que cada minuto cuenta y no reconocer estas señales puede retrasar una atención médica que se considera vital.



El principal error es ignorar los síntomas más leves. Esperar. No darse cuenta de que puede estar sucediendo algo grave. «Cuando los síntomas son más leves la persona normalmente suele esperar a que se le pase. A veces son difíciles de interpretar y no piensa en que puede estar sufriendo un ictus», afirma Mari Mar Freijo, jefa de sección de la unidad de ictus del Hospital Universitario Cruces y coordinadora del

Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Alguien puede empezar a hablar de forma extraña, notar torpeza en una mano, dificultad para caminar o dejar de ver por una parte de un ojo y pensar que no tiene importancia. En ocasiones, estos síntomas pueden mejorar o incluso desaparecer, pero esta evolución aparentemente benigna oculta con alta probabilidad una alteración del flujo sanguíneo que va al cerebro, que es lo que origina un ictus. «Si una persona de forma repentina presenta imposibilidad de mover un lado del cuerpo, el brazo, la pierna o ambos, es más probable que piense que tiene algo importante. El problema es que los ictus con síntomas leves o poco

evidentes pueden ser más difíciles de reconocer precisamente porque la persona puede continuar hablando, caminando o realizando aparentemente con normalidad algunas de sus actividades», precisa la especialista.

Además, los signos de alerta pueden confundirse con otra enfermedad, sobre todo si se acompañan de otros síntomas que son más inespecíficos y con posibilidades de ser atribuidos a otras causas como podría ser un dolor de cabeza o un mareo. Se tiende a pensar, por ejemplo, en la migraña.. «No todo dolor de cabeza es un ictus. Aunque si este es especialmente intenso y de comienzo súbito, o cuándo se acompaña de síntomas como dificultad para hablar, o pérdida de fuerza en un brazo o en una pierna, si estos aparecen por primera vez, o son diferentes a los habituales en una persona con migraña, debemos pensar en la posibilidad de un ictus y conviene consultar», apunta la doctora Freijo.

«Estás bien y de repente...»

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el ictus es un accidente cerebrovascular con una elevada incidencia, que afecta a unas 120.000 personas cada año en España, de las cuales alrededor de 25.000 fallecen. En algunos países de Europa, incluso, está considerado como la primera causa de muerte. A pesar de su gravedad, es importante destacar que la prevención juega un papel fundamental en su control, ya que el 90% de los casos podrían evitarse. Cuando los síntomas aparecen «a veces esperamos demasiado y esta demora impide la respuesta médica rápida, dado que es clave llegar lo antes posible a un hospital», advierte la neuróloga.

El ictus no avisa. El cerebro no suele advertir poco a poco o de forma gradual durante varios días. Cuando ocurre, ocurre. «Lo más característico es que sea brusco o que progrese en pocos

minutos: estás bien y de repente se manifiesta», precisa la especialista. Los síntomas más habituales son la aparición brusca (repentina) de déficits neurológicos: alteración de la visión, problemas para hablar o entender, dificultad para mantener el equilibrio o caminar, la pérdida de la sensibilidad, de fuerza o debilidad en el brazo, pierna o en la cara.

Existen unos factores de riesgo concretos y bien conocidos que aumentan la posibilidad de tener un ictus: la tensión alta, la diabetes, la elevación del colesterol, arritmias cardíacas, el tabaco... Dicho riesgo aumenta si no se reconocen y no se tratan de forma adecuada, manteniéndose en el tiempo. Ante cualquier sospecha, por insignificante que sea, los neurólogos

insisten: no esperar a que los síntomas mejoren por sí mismos o desaparezcan. «Si presentas estos síntomas estando solo o estás con un amigo o con un familiar que presenta un déficit neurológico repentino, es importante reconocerlo y avisar al 112. Así se activa el código ictus y el Servicio de Emergencias puede trasladar al paciente al centro especializado más cercano», señala la doctora Freijo.

Un proyecto con

Buena Energía

El Espacio Natural Doñana se convierte en refugio de nuevos ejemplares de águila imperial y milano real

Olalla Uriarte

Cada segundo perdido aumenta el riesgo de sufrir secuelas graves o, incluso, la muerte. Vivir tras haber sufrido un ictus implica un proceso de adaptación y rehabilitación complejo, donde una gran parte de los pacientes logra recuperar su autonomía o mejorar significativamente con el apoyo adecuado y hábitos de vida saludables. Sin embargo,

detectarlo y actuar a tiempo puede suponer la diferencia entre una recuperación completa y un daño irreversible. Existe una ventana de tiempo concreta para poder recibir determinados tratamientos. Alguno de ellos no se puede administrar si han pasado más de cuatro horas y media desde el inicio de los síntomas. Es importante recordar que «cuanto antes llegues, menos zona del cerebro se va a quedar dañada de forma irreversible y más tejido podremos salvar con un tratamiento. La rapidez es clave», zanja la especialista.

Factores de riesgo diferentes entre hombres y mujeres

En un ictus también es importante tener en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres. Globalmente, es más

frecuente en ellos, pero esta diferencia también está condicionada por otros factores como la edad. A partir de los 80, la incidencia es mayor en el género femenino debido a su mayor esperanza de vida. En España, según los datos del INE de 2025, es la segunda causa de muerte en las mujeres y la tercera en hombres. Los síntomas pueden ser los mismos en ambos géneros, pero no la frecuencia de los factores de riesgo, como son la hipertensión en ellas y el alcohol y el tabaquismo en varones. Nuevas evidencias ponen de manifiesto la necesidad de que la investigación y la atención clínica sea distinta para hombres y mujeres. Según la neuróloga Mari Mar Freijo, «es fundamental que los estudios analicen los datos desagregados por sexo y que incorporen también una perspectiva de género para conocer mejor estas diferencias y avanzar hacia una prevención y un tratamiento más adecuado para hombres y mujeres».

Temas España



Cartas al director

Un pilar fundamental



Añádenos en Google

José Alcaraz

Badajoz

17/09/2026 a las 02:00h.

Accede a toda la información

Por solo 1€ disfruta 6 meses de suscripción

Básico

1€ / 6 meses

~~41,7€~~ Ahorras un 98%

Suscríbete

Pago único 6 meses x 1€ . Luego renovación a tarifa

Cancela cuando quieras

¿Ya tienes una suscripción?

[Inicia sesión](#)



Pide tu oferta y estrena tu T-Cross.

T-Cross

[Seguir leyendo >](#)

Es noticia: Lluvias Catalunya Tráfico Barcelona Coches eléctricos Luisito Comunica BCE Ceuta Ley dependencia



Sociedad

Educación Sanidad Medio ambiente Ciencia Tiempo Sucesos Tráfico y transporte Empoderadas

DIRECTO Carreteras anegadas y cortes en el metro por inundaciones

Ofrecido por



La vida después de un diagnóstico de Alzheimer: el valor de poner a la persona en el centro

Frente a la mirada centrada en la pérdida, el Programa de Refuerzo de la Memoria de la Fundació Catalunya La Pedrera pone el foco en las capacidades, la autonomía y todo aquello que la persona puede seguir haciendo



Montse Parera, participante del programa de Refuerzo de la Memoria de la FCLP / CEDIDA

¿Ya nos sigues?

 Añádenos en Google



Leer



Cerca



Jugar

En Catalunya, **más de 50.000 personas viven con un diagnóstico de Alzheimer**. Según los últimos datos disponibles del Servei Català de la Salut, en 2024 había 50.731 personas afectadas y durante ese mismo año se diagnosticaron 8.914 nuevos casos.

Recibir un **diagnóstico** supone un cambio importante para la persona y su entorno y **puede generar miedo, incertidumbre y muchas preguntas**. Sin embargo, especialmente en las fases iniciales, existen capacidades preservadas y la persona puede continuar participando activamente en muchos ámbitos de su vida cotidiana. En estas etapas, estimular las capacidades preservadas desde una perspectiva integral y mantener una vida activa puede contribuir a preservar la autonomía y favorecer que las personas continúen relacionándose y participando en su día a día. Es precisamente en este margen de acción donde **el trabajo de proximidad marca la diferencia**.

Una respuesta cercana para cubrir una etapa clave e invisible

Hace 13 años, la Fundació Catalunya La Pedrera detectó la necesidad de ofrecer recursos específicos para las fases iniciales del Alzheimer. Precisamente en esa etapa tras el diagnóstico, cuando aparecen muchas dudas, pero la persona mantiene numerosas capacidades, muchas familias se encuentran desorientadas. Para dar respuesta a esta necesidad nació el [Programa de Refuerzo de la Memoria](#). Su objetivo principal es **acompañar a personas con deterioro cognitivo leve y moderado**, causado por Alzheimer u otras demencias; Parkinson, ictus o el propio envejecimiento, **para preservar sus capacidades y su autonomía** el máximo tiempo posible, y mejorar su bienestar emocional y calidad de vida.

Conoce el Programa de Refuerzo de la Memoria

Consulta más información sobre el [Programa de Refuerzo de la Memoria](#) de la Fundació Catalunya La Pedrera y encuentra tu espacio más cercano en fundaciocatalunyalapedrera.cat



Leer



Cerca



Jugar

personas y a sus familias desde su creación. Actualmente **atiende de forma activa a 3.000 participantes directos** (superando los 4.000 al año). Esta red abarca numerosos barrios de Barcelona, además de municipios como Badalona, L'Hospitalet de Llobregat, Granollers, Manresa, Sabadell, Santa Coloma de Gramenet, Terrassa, Vilanova i la Geltrú, Girona, Lleida, Mollerussa, Tarragona y Reus. **El crecimiento responde a la demanda del territorio**, incorporando recintos amplios y equipados como la reciente llegada al Maresme a través de Mataró o la apertura de nuevos centros en el barrio de Gràcia, la Dreta de l'Eixample y Sant Feliu de Guíxols.

Atención centrada en la persona: participantes, no pacientes

La clave diferenciadora del programa es su filosofía: **la atención centrada en la persona**. En estos espacios, las personas son participantes activos, con una historia vital, gustos, proyectos y voz propia. Es **el caso de Montse Parera**, de 72 años, que participa en el [Programa de Refuerzo de la Memoria](#) en el espacio Dreta de l'Eixample, en Barcelona, desde hace casi 5 años. Es una mujer muy activa a quien "se le cae la casa encima", asegura. Tras ser diagnosticada de Alzheimer, **encontró en el programa un espacio donde continuar haciendo muchas de las cosas que le gustan**.

Junto con el equipo del espacio se elabora un **plan de atención individualizado** a partir de sus necesidades, capacidades e intereses, en el que se establecen los objetivos de intervención. **El programa cuenta con un equipo transdisciplinar formado por 200 profesionales**, entre neuropsicólogos, psicólogos, fisioterapeutas y técnicos de expresión artística.



Leer



Cerca



Jugar



Actividad de estimulación física del programa de Refuerzo de la Memoria / ©FCLP

Aunque la atención se adapta a cada persona, las **actividades se desarrollan en grupos reducidos**. Esta fórmula permite **estimular las funciones cognitivas** y, al mismo tiempo, **favorecer las relaciones**, el **apoyo mutuo** y el **sentimiento de pertenencia**. La intervención multimodal del programa se basa en la evidencia científica y combina ejercicio físico moderado, estimulación cognitiva, música, arte y un entorno social positivo.

El programa desarrolla una **intervención no farmacológica y trabaja en coordinación con el sistema catalán de salud**: 124 Centros de Atención Primaria (CAP) y 31 hospitales catalanes derivan participantes al programa, de donde procede el 53% de las personas atendidas. Otro 20% llega por recomendación de otras familias. Su labor ha sido reconocida con el Premio Social Alzheimer 2024 de la Sociedad Española de Neurología y el Premio Supercuidadores 2025.

Un día a día con propósito, bienestar y comunidad



Leer



Cerca



Jugar

días a la semana, en **turno de mañana** (de 10 h a 13 h) **o de tarde** (de 15 h a 18 h). Cada jornada incluye tres sesiones de una hora dedicadas a la estimulación cognitiva, la actividad física y la expresión creativa.

Las actividades huyen de dinámicas infantiles y **conectan siempre con la vida real**: hacen debates sobre noticias de actualidad, proyectos artísticos, apreciación cultural, expresión musical y conversaciones sobre recuerdos compartidos. **La parte física trabaja el equilibrio, la coordinación y la movilidad**, y se complementa con salidas a la comunidad como visitas a museos, salidas a la naturaleza o celebraciones festivas con las familias.

Espacio de la Dreta de l'Eixample de la Fundació Catalunya La Pedrera / ©FCLP

Para Montse, esta rutina ya forma parte de su semana. **"Vengo tres días aquí y dos días voy a clases de cerámica**. A mí me gusta todo lo que hacemos, desde los ejercicios de memoria a toda la parte física. Siempre me lo paso muy bien y no se me hace pesado. Además, apunto todo, no quiero perder el hábito de escribir y, si me olvido de algo, ¡tengo la chuleta!"

El programa incorpora también un **servicio de almuerzos** que, además de favorecer



Leer



Cerca



Jugar

Un programa que también cuida de las familias

El programa tampoco olvida al **entorno familiar**: participan anualmente cerca de 500 cuidadores no profesionales en **grupos de apoyo terapéutico** dirigidos por psicólogos, donde adquieren herramientas prácticas y apoyo emocional. Y para garantizar que el **nivel económico no sea una barrera de acceso**, la fundación dispone de becas de copago social.

Conoce el Programa de Refuerzo de la Memoria

Consulta más información sobre el [Programa de Refuerzo de la Memoria](#) de la Fundació Catalunya La Pedrera y encuentra tu espacio más cercano en fundaciocatalunyalapedrera.cat

Tras un diagnóstico de Alzheimer, disponer de **espacios que permitan a la persona mantenerse activa, relacionarse y continuar haciendo, decidiendo y compartiendo** puede marcar una diferencia en su día a día. Con motivo del próximo **Día Mundial del Alzheimer**, el 21 de septiembre, la [Fundació Catalunya La Pedrera](#) quiere contribuir a **transformar la mirada social** sobre el deterioro cognitivo. Porque detrás de cada diagnóstico hay una persona, una vida y una historia que merece ser escuchada.

Montse también tiene un mensaje para quienes acaban de recibir un diagnóstico o dudan si acudir a un programa como este: "Yo misma, antes de ir, pensé: '¿Ahora dónde me van a llevar?'. Pero cuando entré y vi el ambiente, los compañeros y el equipo, **quedé encantada y siempre quiero volver**. Me lo paso muy bien y, lo más importante, trabajo para mí, para seguir como estoy todos los años que pueda".

TEMAS

Alzhéimer



Leer



Cerca



Jugar



¿Primera vez en BOE sin paja? Estás leyendo una noticia del Boletín Oficial del Estado explicada de forma clara y directa.



EXPLORAR PORTADA



Trámites y Resoluciones Administrativas



El INSS, la Universidad de Alcalá y los neurólogos reescriben el manual que marca cuánto dura una baja laboral

Fecha: 15/09/2026

 **EN 1 MINUTO:** El Instituto Nacional de la Seguridad Social, la Universidad de Alcalá y la Sociedad Española de Neurología firman un convenio para revisar y avalar la quinta edición del manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal. Afecta a los médicos que evalúan las bajas, a los trabajadores que las solicitan y a todo el sistema de la Seguridad Social. El acuerdo se firmó el 1 de septiembre de 2026, se publica en el BOE y estará vigente cuatro años, prorrogables hasta otros cuatro, sin coste económico entre las partes.

EN 1 MINUTO

Lo que pasó: Se publica el convenio para revisar la quinta edición del manual de duración de las bajas médicas. 

A quién afecta: A los médicos inspectores del INSS, a los trabajadores de baja y a las sociedades científicas. 

Cuándo cambia/ocurre: Suscrito el 1 de septiembre de 2026, con vigencia de cuatro años prorrogables. 

← IR A PORTADA



¿Primera vez en BOE sin paja? Estás leyendo una noticia del Boletín Oficial del Estado explicada de forma clara y directa.



EXPLORAR PORTADA



Trámites y Resoluciones Administrativas



El INSS, la Universidad de Alcalá y los neurólogos reescriben el manual que marca cuánto dura una baja laboral

Fecha: 15/09/2026

 **EN 1 MINUTO:** El Instituto Nacional de la Seguridad Social, la Universidad de Alcalá y la Sociedad Española de Neurología firman un convenio para revisar y avalar la quinta edición del manual de tiempos óptimos de incapacidad temporal. Afecta a los médicos que evalúan las bajas, a los trabajadores que las solicitan y a todo el sistema de la Seguridad Social. El acuerdo se firmó el 1 de septiembre de 2026, se publica en el BOE y estará vigente cuatro años, prorrogables hasta otros cuatro, sin coste económico entre las partes.

EN 1 MINUTO

Lo que pasó: Se publica el convenio para revisar la quinta edición del manual de duración de las bajas médicas. 

A quién afecta: A los médicos inspectores del INSS, a los trabajadores de baja y a las sociedades científicas. 

Cuándo cambia/ocurre: Suscrito el 1 de septiembre de 2026, con vigencia de cuatro años prorrogables. 

← IR A PORTADA

SALUD Y BIENESTAR

Detección Precoz de la Migraña: Clave Clínica para Evitar la Cronificación y Mejorar el Pronóstico

 Publicado: 12 de septiembre, 2026  Por Equipo Clínico ALMAR  5 min de lectura



La migraña representa mucho más que un dolor de cabeza recurrente; es una condición neurológica compleja que afecta profundamente la funcionalidad y el bienestar diario de quienes la padecen. Recientemente, instituciones de referencia han enfatizado la necesidad imperativa de lograr una identificación temprana. Detectar esta patología en sus estadios iniciales no solo mitiga el sufrimiento agudo, sino que interrumpe los mecanismos neurobiológicos que conducen a la temida cronificación.

Respuesta Directa: ¿Por qué es crucial la detección precoz de la migraña?

La detección precoz de la migraña es vital porque permite instaurar tratamientos farmacológicos y preventivos antes de que se produzca la sensibilización central del sistema nervioso. Esto evita que episodios episódicos evolucionen hacia una migraña crónica, reduciendo el consumo excesivo de analgesia aguda y mejorando de forma drástica la calidad de vida del paciente.

En resumen: Puntos clave sobre la migraña

- **Identificación temprana:** Facilita un diagnóstico diferencial preciso y evita confusiones con otras causas de cefalea.

contusiones con otros tipos de cereales.

- **Prevención de la cronificación:** Detiene la progresión de crisis esporádicas a un dolor diario o casi diario.
- **Uso racional de fármacos:** Previene la cefalea por abuso de medicación sintomática.
- **Abordaje integral:** Combina modificaciones en el estilo de vida, manejo del estrés y terapias dirigidas.
- **Rol del equipamiento médico:** El soporte tecnológico y los dispositivos de diagnóstico en centros de salud optimizan el seguimiento clínico.

Fisiopatología y el Riesgo de Cronificación

Desde una perspectiva neurocientífica, la migraña implica una disfunción en la modulación del dolor a nivel del tronco encefálico y la activación del sistema trigeminovascular. Cuando las crisis se repiten sin un control adecuado, las neuronas del asta posterior medular y del núcleo trigeminal sufren un proceso de sensibilización central. Este fenómeno vuelve al sistema nervioso hiperexcitable, haciendo que estímulos cotidianos desencadenen episodios severos con mayor frecuencia e intensidad.



PATROCINADOR DESTACADO / PUBLICIDAD

¿Eres Cirujano, Recovery House o Clínica?

Anúnciate ante miles de pacientes que leen nuestros artículos médicos cada mes.

Contratar Espacio Publicitario

En el contexto sanitario actual, tanto en España como en la República Dominicana, la capacitación del personal médico y la disponibilidad de insumos adecuados en hospitales y clínicas son pilares indispensables para un cribado eficaz. La implementación de guías clínicas basadas en la evidencia permite reconocer los pródromos y las auras migrañosas con mayor precisión.

El Impacto de la Tecnología y los Insumos Médicos

El manejo avanzado de patologías neurológicas y vasculares requiere de una infraestructura clínica robusta. Desde el diagnóstico diferencial mediante neuroimagen hasta el soporte en áreas de urgencias con dispositivos de infusión y monitoreo, el sector salud demanda insumos médicos de máxima fiabilidad. La disponibilidad de herramientas clínicas adecuadas asegura que el profesional pueda realizar valoraciones exhaustivas y ofrecer un seguimiento estructurado a los pacientes con trastornos neurológicos crónicos.

Signos de Alarma y Cuándo Consultar al Especialista

Es fundamental que los pacientes reconozcan cuándo un dolor de cabeza requiere atención médica prioritaria. Se debe acudir a un neurólogo o médico general ante los siguientes signos de alarma:

- Una cefalea de inicio súbito e intensidad extrema (en 'trueno').
- Dolor de cabeza acompañado de fiebre, rigidez de nuca, confusión o convulsiones.
- Déficits neurológicos focales, como pérdida de fuerza, alteración del habla o visión doble persistente.
- Aumento progresivo en la frecuencia y la intensidad de las crisis a pesar del tratamiento habitual.

Referencias Médicas y Científicas

Para la elaboración de este artículo se han consultado directrices y publicaciones de:

- Organización Mundial de la Salud (OMS) – Trastornos neurológicos.
- The Lancet Neurology – Estudios sobre sensibilización central en cefaleas.
- National Institutes of Health (NIH) – Avances en el tratamiento y diagnóstico precoz de la migraña.
- Sociedad Española de Neurología (SEN) – Guías oficiales de práctica clínica en cefaleas.

Este contenido tiene fines educativos y de divulgación. No sustituye la evaluación, diagnóstico o tratamiento realizado por un profesional de la salud.

Dr. José Alejandro Rodríguez

Médico General | Redactor de contenidos de salud para ALMAR SRL | Mental Health Advocate
| Santo Domingo, República Dominicana.

? Preguntas Frecuentes Clínicas

¿Qué diferencia a la migraña de una cefalea tensional común?

La migraña suele presentarse como un dolor pulsátil, generalmente unilateral, acompañado de náuseas, vómitos y sensibilidad extrema a la luz y los sonidos (fotofobia y fonofobia). La cefalea tensional, en cambio, se describe típicamente como una presión opresiva bilateral en forma de banda alrededor de la cabeza.

¿Por qué empeora la migraña si se toman analgésicos con demasiada frecuencia?

El consumo excesivo y continuado de analgésicos para el dolor agudo puede desencadenar la llamada 'cefalea por abuso de medicación'. Esto altera los receptores del sistema nervioso, perpetuando el ciclo del dolor y facilitando que la migraña episódica se vuelva crónica.

¿Qué papel juega el estrés en la aparición de las crisis migrañosas?

El estrés es uno de los desencadenantes más comunes identificados en la práctica clínica. Las fluctuaciones en los niveles de cortisol y la tensión muscular asociada alteran la estabilidad neurovascular, facilitando el desencadenamiento de un ataque de migraña.

¿Cuándo se considera que una migraña ha pasado a ser crónica?

Médicamente se define como migraña crónica cuando el paciente experimenta dolores de cabeza durante 15 o más días al mes durante un periodo superior a tres meses, de los cuales al menos 8 días cumplen con las características propias de la migraña.



INSUMOS MÉDICOS CERTIFICADOS

Suministros Recomendados para este Protocolo

Disponibles para entrega el mismo día en Santo Domingo y envíos asegurados en 24h a todo el país.



**ALMAR MEDICAL
STORE**

**Cicatrizol
Polvo RD -
Cicatrizante
Eficaz (Misma
fórmula que
Tecassol)**

RD\$ 475.00

¡La mejor alternativa al Tecassol en RD! Polvo cicatrizante de alta potencia. Ideal para...



**Ver Ficha &
Comprar en la
Web →**



**Pedir con
Asesoría por
WhatsApp ⚡**



**ALMAR MEDICAL
STORE**

**Tecassol Polvo
RD |
Cicatrizante
Eficaz | Envío a
Domicilio
Almar**

RD\$ 475.00

¡La mejor alternativa al Tecassol en RD! Polvo cicatrizante de alta potencia. Ideal para...



**Ver Ficha &
Comprar en la
Web →**



**Pedir con
Asesoría por
WhatsApp ⚡**



ESPAÑA

No hay dinero para Leo ni para la memoria: el Gobierno que paga todo menos el dolor

12/09/2026 POR REDACCIÓN



NO HAY DINERO PARA LEO NI PARA LA MEMORIA: EL GOBIERNO QUE PAGA TODO MENOS EL DOLOR

Los Estados se miden por aquello que deciden no pagar. En dos meses, la Comisión Interministerial de Precios de este Gobierno ha dictado dos sentencias de la misma mano: el 15 de julio, un «no procede» para los primeros fármacos que ralentizan el alzhéimer, dejándolos para quien pueda pagarlos^[11]; el 4 de septiembre, un «no procede» para la única terapia que cierra las heridas de los niños con piel de mariposa, por «impacto presupuestario», tres días después de que el mismo Consejo de Ministros movilizara 309 millones para Ceuta^[2]. Olivia, tres años, se de

les ofrezca siquiera la opción de frenarla^[17]. A ellos, alegaciones. A la agenda, chequera abierta. Este es el examen de humanidad del Gobierno de Mónica García, y lo está suspendiendo dos veces.

La enfermedad que despelleja vivos

La epidermólisis bullosa —piel de mariposa— es una enfermedad genética rara, incurable, que afecta en España a más de quinientas personas —un millar según otras fuentes—^{[2][4]} y que en su forma grave convierte la vida en una condena física: la piel no se adhiere al cuerpo, se desprende. Con el más mínimo roce. Al vestirse. Al abrazar. Al dormir. La superficie del cuerpo de estos niños es una herida en espera de producirse, y su día a día es un dolor que, en las palabras exactas de Leo ante el Parlamento Europeo, «quema, que pincha y que nunca se va del todo»^[6].

Web Companion



Descarga gratuita



nece con heridas en carne viva; sus curas duran horas y cada una de esas horas es un suplicio programado^[3]. Asier tiene doce años y no ha podido salir de casa durante todo el verano, porque un golpe de sol, un tropiezo, un roce con una mesa es suficiente para desgarrarle la piel^[3]. La madre de Ylenia celebró como un milagro el inicio del tratamiento de su hija de nueve^[1]. Esta es la realidad que la Comisión Interministerial de Precios —Sanidad, Hacienda,  Economía e Industria, más las comunidades^[8]— tradujo la semana pasada en una sola frase administrativa: razones económicas^[3].

Contra ese suplicio existe desde hace poco una esperanza con nombre propio: Vyjuvek, la primera terapia génica de aplicación tópica indicada para esta enfermedad^[1], avalada por la Comisión Europea y con Informe de Posicionamiento Terapéutico de la propia Aemps publicado en junio de 2026^[10]. No cura la enfermedad, pero hace lo que ninguna venda ni ninguna morfina consiguió jamás: cierra las heridas y reduce el dolor^{[2][3]}. Es caro: más de 10.000 euros al mes^[6], cifras que en el tratamiento completo de un paciente pueden superar los 20 millones^[6]. La pregunta que este periódico hace al Gobierno no es si es caro. Es: ¿caro comparado con qué?

[Suscríbete A Periódicos](#)

Noventa y seis horas: de los 309 millones al «no procede»

Porque la pregunta tiene fecha y respuesta documentada. El 1 de septiembre, el Consejo  istros aprobaba un plan de

macéutica del Sistema Nacional de Salud, con el eufemismo oficial de «cuestiones presupuestarias»^{[5][2]}. El mismo Estado que moviliza trescientos millones en un solo Consejo de Ministros declara que cerrar las heridas de unos cientos de niños no le sale en las cuentas. Que nadie venga después a explicar que es un problema de «racionalización del gasto»: lo de Ceuta también era gasto, y no hubo comisión que lo frenara. **El dinero existe; lo que falta es voluntad.** El presupuesto es siempre una jerarquía de afectos, y esta jerarquía acaba de publicarse en el BOE de la infamia.

Planear Viajes Europeos

La coartada del expediente técnico se desmorona igual de rápido. En abril, la propia Mónica García recibió a los representantes de DEBRA Piel de Mariposa y les aseguró que las enfermedades raras eran «una prioridad» para su cartera, prometiendo vías de acceso para que «cualquier paciente pueda tener acceso al fármaco»^[6]. La asociación lleva **tres años** de reuniones y negociaciones sobre este medicamento^[6]; le entregó a la ministra 120.000 firmas^[5] y presentó después otras 150.000 en el propio Ministerio con una consigna que es un programa moral entero: «No podemos dejar a nadie atrás»^[9]. Cinco meses después de la promesa de prioridad, la Comisión de Precios devolvió el expediente con el sello de no financiar. El padre de Javi Gallo, el pequeño salmantino que ya ha podido empezar el tratamiento gracias a Castilla y León, lo resume sin adjetivos: **«Nos han mentido a la cara»**^[5]. Y el departamento de García, preguntado por la prensa, optó por no responder^[6]. El silencio, cuando los que sufren son niños, también es una respuesta.

Opera En Forex



Y no es un caso aislado: es un método. Dos meses antes de la sentencia a Leo, el 15 de julio de 2026, la misma Comisión Interministerial de Precios resolvió **no financiar lecanemab ni donanemab**, los dos primeros fármacos de la historia que atacan el origen del  alzhéimer —las placas de amiloide— en vez de limitarse a sus síntomas, condenando su uso a la prescripción privada^{[11][12]}. Pasaban veinte años sin una sola novedad en este campo terapéutico^[17], y cuando por fin llegó una, España respondió con la puerta cerrada. No es la primera vez, además: la Comisión ya había rechazado antes estas mismas moléculas^[15].

Hablemos con la honestidad que la izquierda nunca aplica. Estos fármacos no curan el alzhéimer: el informe técnico que obra en esta redacción —ensayos de fase 3 con casi 3.500 participantes entre ambos— atribuye a lecanemab una reducción del 27% en la tasa de progresión cognitiva y funcional, y a donanemab una ralentización del 29% al 35% según la carga de la enfermedad; en la vida real, unos cuatro a seis meses de retraso en el avance hacia las fases graves durante el periodo observado. Modesto, sí. Limitado a fases iniciales y a perfiles clínicos seleccionados, también: la propia autorización europea exige confirmación de patología amiloide, exclusión de los perfiles de mayor riesgo y resonancias seriadas de vigilancia^[19]. Y caro: entre 20.000 y 30.000 euros anuales por paciente, sin contar diagnóstico y seguimiento^[11]. Esta redacción no le vende a nadie una cura milagrosa. Lo que no aceptará jamás es que «modesto» se traduzca en «no», cuando el adversario es la enfermedad que convierte a un padre  desconocido ante su propia

Porque lo que la Comisión llama prudencia, el sector llama abandono. La Sociedad Española de Neurología expresó su «profundo pesar» y reclamó formalmente la reconsideración de una resolución que, en su origen, ni siquiera discute la existencia del efecto biológico: discute el precio^[12]. El propio Ministerio reconoce en sus comunicados que estos tratamientos «representan un avance» y cubren «una necesidad médica no cubierta»^[13] — léase despacio: el Gobierno admite que es una necesidad no cubierta y decide no cubrirla. Jesús María Rodrigo, director ejecutivo de CEAFA, lo califica de «injustificable» y recuerda que estamos ante «el mayor avance científico frente al alzhéimer», disponible ya «en más de medio centenar de países» y en la sanidad privada española^{[14][16]}. El Hub  Alzheimer Barcelona, que agrupa a los centros de referencia catalanes, ha remitido una carta abierta al Ministerio, a la CIPM y a las consejerías pidiendo una fórmula para incorporar los tratamientos al sistema público^[16]. Hasta la industria firmó un compromiso de diálogo y ofreció soluciones «para cada posible obstáculo», y aun así se encontró con el sello^[14]. Y el diagnóstico de la neurología española es el que debería dolerle a cualquier Gobierno: limitar estos tratamientos a quien pueda pagarlos «genera desigualdades entre los pacientes y retrasa la modernización de la atención pública»^[18]. No lo dice este medio: lo dice la neurología de este país.

Agenda Consulta Psicológica

Tradúzcase la consecuencia práctica, que es donde la burocracia se convierte en biografía. Un señor de setenta años con alzhéimer leve con patrimo  recibe. Un jornalero de

más lento pero real. La sanidad universal, convertida en club con entrada según extracto bancario^[16]. Y a esa España de dos velocidades le pusieron firma cuatro ministerios y las comunidades el 15 de julio^[20], con la misma pluma que el 4 de septiembre escribiría «no procede» junto al nombre de Leo.

La contabilidad del doble rasero: sangre, memoria y relato

Y llegamos al corazón del asunto, que no es farmacéutico: es moral, y es religioso. La excusa del «impacto presupuestario» solo podría tomarse en serio si el Estado aplicara el mismo rasero a todas sus partidas. No lo hace. Vivimos en un país donde la sanidad pública paga íntegras las cirugías y los tratamientos hormonales de la reasignación de sexo, donde una menor de dieciséis años puede interrumpir su embarazo sin que sus padres sean siquiera informados —la ley de 2023 lo consagra—, donde los ministerios del relato multiplican campañas, cargos y estructuras clientelares sin que ninguna Comisión de Precios les pida jamás justificar su «impacto presupuestario». Pero para cerrar las heridas de un niño que se desangra, y para ralentizar el apagón mental de un abuelo que olvida el nombre de sus nietos, el Estado del bienestar descubre de pronto su vocación contable.

[Consulta Trámites Legales](#)

Ponderemos lo que el lector ya ha pensado. Un niño de tres años con la carne viva soportando curas de horas^[3]: para él, alegaciones. Un octogenario con la memoria deshaciéndose: para él, un debate sobre «re[] a clínica». Un procedimiento

den masticar por no poder pagarse un implante, o las gafas que una pensión exigua no alcanza a comprar: fuera de cartera, que cada cual se arregle. ¿Cuál es la doctrina que ordena esa escala de valores? No es la economía: los 4,5 millones mensuales de Andalucía demuestran que el dinero cabe^[4]. Es una teología invertida, un culto con presupuesto: **se ofrece a Moloc lo que se niega al niño, y se llama «racionalidad» a dejar morir la memoria de nuestros padres.**

Integra TPV Virtual

Y aquí está el escándalo democrático que este Gobierno prefiere no nombrar: que los tratamientos que el pueblo quiere financiados son precisamente los que no se financian. No hay encuesta que mida el deseo de más cirugías de reasignación; hay millones de familias que darían lo que fuera por frenar el alzhéimer de un ser querido^[16] y madres que suplican en las redes menos dolor para sus hijos^[4]. La soberanía reside en el pueblo, dice la Constitución; pero el presupuesto parece residir en otra parte, en esa clase política que sabe mejor que nadie qué necesidades son «clínicamente significativas» y cuáles son solo la desesperación de la gente. Cuando el Estado planificador decide qué dolores son rentables de aliviar, deja de ser el administrador del bienestar y se convierte en su árbitro ideológico. Y los pueblos, tarde o temprano, pasan revista a sus árbitros.

Consigue Alivio Dolor

La España del código postal: sentenciar la infancia por administrativa



en España, el alivio del dolor depende del código postal^{[2][3]}. «¿Qué pasa con los niños que viven en otras comunidades? ¿Ellos tienen menos derecho que nosotros a vivir mejor? La piel de mariposa no entiende de comunidades; el dolor, tampoco; las heridas, tampoco»^[10]. Doce años y ya ha comprendido lo que los despachos del Ministerio no quieren entender: que en el país de la Sanidad universal, ser tratado es cuestión de suerte administrativa. Y la misma geografía de la desigualdad muerde a los enfermos de alzhéimer, porque el acceso a biomarcadores y a las resonancias que exigen estos tratamientos es hoy, en la práctica, un mapa de la riqueza autonómica: dos velocidades, la del informe técnico y la del DNI. [Solicita Apoyo Alzheimer](#)

Y una última ironía que hierva la sangre: la cura funciona, y la prueba la da la comunidad que el Gobierno lleva años acusando de recortadora. Leo, con financiación andaluza, lleva meses en tratamiento y **en torno al 70% de sus heridas se están cerrando**^[1]. Su nueva vida, dicen quienes la conocen, es «un milagro»^[1]. Eso es lo que el Ministerio ha decidido no replicar en el resto de España: un milagro. Un milagro demasiado caro para el presupuesto y, al parecer, suficientemente barato para la conciencia de una ministra que se reunió con las familias, prometió prioridad, recibió 270.000 firmas^{[4][7]} y firmó el no. Dos veces en dos meses.

| La exigencia de este medio

Que el expediente de Vyjuvek «volverá a la comisión sin fecha»^[2] es, dicho en cristiano  nadie ha prometido nada.

Este medio no acepta la esperanza como política sanitaria, y sus exigencias son dos y no admiten demora: **financiación ya de Vyjuvek en la cartera común del Sistema Nacional de Salud para todos los pacientes con independencia de su código postal**, y una vía de acceso real —por acuerdo de precio por resultados, como proponen los neurólogos, o por la fórmula que Hub  Alzheimer y CEAFA han puesto sobre la mesa^[16]— para que ningún español con alzhéimer inicial quede condenado por su cuenta bancaria. Y explicación pública, de una vez, de por qué 309 millones se aprueban en un Consejo de Ministros mientras dos terapias avaladas por Europa esperan una firma^[10].

Y una advertencia final para la ministra, que tanto domina el micro del Congreso: las redes de este país están llenas de madres y padres que anochecen vendando a sus hijos sin fármaco, y de hijos que anotan, con la humildad de los que cuidan, cada vez que a su padre se le olvida su nombre. Ninguno de ellos va a olvidar este verano. La ministra decía que las enfermedades raras eran una prioridad^[1]; las familias pueden repetir hoy su frase y devolvérsela con los intereses que acumula: era, sí. En pasado. Esta casa hará que ese pasado no se archive: que cada presupuesto que apruebe este Gobierno lleve a partir de ahora, en la memoria de los españoles, el nombre de los niños a los que el dinero no alcanzó y de los mayores a los que no les alcanzó la memoria. **No es un debate presupuestario. Es el examen de humanidad de un Gobierno, y lo está suspendiendo con la tinta de un sello, la sangre de unos vendajes y el silencio d**  **memoria que se apaga.**