



5 Noviembre, 2023

Pacientes de ELA reclaman más acceso a cuidados de enfermería

● Andalucía, Madrid y Extremadura han implantado modelos basados en unidades multidisciplinarias

R. S. B.

En España se calcula que hay entre 4.000 y 4.500 personas que padecen Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), según estimaciones de la Sociedad Española de Neurología. Pacientes que tienen una esperanza media de vida desde el diagnóstico de entre tres y cinco años. Esta patología neurodegenerativa, para la que no existe cura y cuyo tratamiento es paliativo desde el diagnóstico, depende de los cuidados de enfermería para aumentar la supervivencia de las personas que la sufren, pero no todos tienen acceso a los cuidados que necesitan: depende de su lugar de residencia o de su poder adquisitivo. Así se ha puesto de manifiesto en el webinar celebrado en la tarde de ayer sobre *La ELA: el cuidado a unas personas excluidas del Estado de Bienestar*, organizado por el Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS) y el Consejo General de Enfermería, con la colaboración de AMA.

El modelo que defienden profesionales y pacientes es el de las unidades multidisciplinarias de ELA, organizadas en torno a enfermeras con competencias clínicas y de gestión. Sin embargo, la



Pacientes y profesionales de Enfermería en el encuentro promovido por el Consejo General de Enfermería.

existencia de estas unidades es muy desigual en las distintas comunidades autónomas.

Tal y como subrayaba Pilar Cordero, enfermera gestora de casos en la unidad de ELA del Hospital 12 de Octubre de Madrid, este modelo "está muy desarrollado en Madrid y también en Extremadura y Andalucía, si bien estas regiones son tan extensas que, aunque dispongan de unidades de ELA, no todos sus enfermos tienen acceso a ellas.

También resulta especialmente llamativo la inexistencia de unidades en las comunidades de Castilla y León y de Castilla-La Mancha, donde sólo existe en Alcazar de San Juan (Ciudad Real). Otras regiones como Galicia o Cáceres están ahora iniciando la implantación de estas unidades", incidía.

"La ELA es una enfermedad doméstica. En nuestro país no existen residencias ni centros hospitalarios de medio-larga estancia

que acepten a estos pacientes. Todos los cuidados se prestan en el domicilio". Así, lo manifestó Fernando Martín, presidente de ConELA, la Confederación Nacional de Entidades de ELA y es que estos pacientes que ven cómo, poco a poco, sus músculos se van paralizando, acaban en una cama y, en el mejor de los casos, con una traqueostomía que es lo que les permite respirar.

"Llegados a este punto, la supervivencia depende de tener

unos cuidados expertos de enfermería 24 horas al día, y eso no se facilita en ningún sitio de España, ninguna comunidad autónoma cubre esas necesidades para que puedan seguir viviendo, y lo van a tener que hacer sus familiares o pagarlo de su bolsillo si esa persona tiene un alto nivel adquisitivo". Para el presidente de ConELA, "en un Estado del Bienestar como se supone que es el nuestro no se puede expulsar del sistema sanitario a los pacientes desde el momento en que se les diagnóstica de ELA. El *no recuperable*, puede que sea un concepto médico, pero no puede ser un concepto administrativo". Así, realizaba una analogía: "Las enfermeras son a la ELA lo que la quimioterapia es al cáncer. Al igual que los enfermos de cáncer necesitan la quimioterapia para seguir viviendo, los enfermos de ELA necesitan cuidados enfermeros expertos".

Los cuidados expertos requieren recursos y formación especializada

De hecho, esa es la principal reivindicación que vertebraba la nueva proposición de ley ELA que acaban de registrar en el Congreso de los Diputados, después de que la que se estaba tramitando no viese la luz con el adelanto electoral, y en la que piden que se garantice "el cuidado experto continuado" de estos pacientes.

Para Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería, "resulta inconcebible que tengamos un colectivo de pacientes, los que padecen ELA, que no puedan recibir los cuidados que precisan porque nuestro sistema sanitario no siempre les atiende como necesitan".



5 Noviembre, 2023

ASISTENCIA

Pacientes de ELA reclaman más acceso a cuidados de enfermería

● Andalucía, Madrid y Extremadura han implantado modelos basados en unidades multidisciplinarias

R. S. B.

En España se calcula que hay entre 4.000 y 4.500 personas que padecen Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), según estimaciones de la Sociedad Española de Neurología. Pacientes que tienen una esperanza media de vida desde el diagnóstico de entre tres y cinco años. Esta patología neurodegenerativa, para la que no existe cura y cuyo tratamiento es paliativo desde el diagnóstico, depende de los cuidados de enfermería para aumentar la supervivencia de las personas que la sufren, pero no todos tienen acceso a los cuidados que necesitan: depende de su lugar de residencia o de su poder adquisitivo. Así se ha puesto de manifiesto en el webinar celebrado en la tarde de ayer sobre *La ELA: el cuidado a unas personas excluidas del Estado de Bienestar*, organizado por el Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS) y el Consejo General de Enfermería, con la colaboración de AMA.

El modelo que defienden profesionales y pacientes es el de las unidades multidisciplinarias de ELA, organizadas en torno a enfermeras con competencias clínicas y de gestión. Sin embargo, la



Pacientes y profesionales de Enfermería en el encuentro promovido por el Consejo General de Enfermería.

existencia de estas unidades es muy desigual en las distintas comunidades autónomas.

Tal y como subrayaba Pilar Cordero, enfermera gestora de casos en la unidad de ELA del Hospital 12 de Octubre de Madrid, este modelo "está muy desarrollado en Madrid y también en Extremadura y Andalucía, si bien estas regiones son tan extensas que, aunque dispongan de unidades de ELA, no todos sus enfermos tienen acceso a ellas.

También resulta especialmente llamativo la inexistencia de unidades en las comunidades de Castilla y León y de Castilla-La Mancha, donde sólo existe en Alcazar de San Juan (Ciudad Real). Otras regiones como Galicia o Cáceres están ahora iniciando la implantación de estas unidades", incidía.

"La ELA es una enfermedad doméstica. En nuestro país no existen residencias ni centros hospitalarios de medio-larga estancia

que acepten a estos pacientes. Todos los cuidados se prestan en el domicilio". Así, lo manifestó Fernando Martín, presidente de ConELA, la Confederación Nacional de Entidades de ELA y es que estos pacientes que ven cómo, poco a poco, sus músculos se van paralizándose, acaban en una cama y, en el mejor de los casos, con una traqueostomía que es lo que les permite respirar.

"Llegados a este punto, la supervivencia depende de tener

unos cuidados expertos de enfermería 24 horas al día, y eso no se facilita en ningún sitio de España, ninguna comunidad autónoma cubre esas necesidades para que puedan seguir viviendo, y lo van a tener que hacer sus familiares o pagarlo de su bolsillo si esa persona tiene un alto nivel adquisitivo". Para el presidente de ConELA, "en un Estado del Bienestar como se supone que es el nuestro no se puede expulsar del sistema sanitario a los pacientes desde el momento en que se les diagnóstica de ELA. El *no recuperable*, puede que sea un concepto médico, pero no puede ser un concepto administrativo". Así, realizaba una analogía: "Las enfermeras son a la ELA lo que la quimioterapia es al cáncer. Al igual que los enfermos de cáncer necesitan la quimioterapia para seguir viviendo, los enfermos de ELA necesitan cuidados enfermeros expertos".

Los cuidados expertos requieren recursos y formación especializada

De hecho, esa es la principal reivindicación que vertebrará la nueva proposición de ley ELA que acaban de registrar en el Congreso de los Diputados, después de que la que se estaba tramitando no viese la luz con el adelanto electoral, y en la que piden que se garantice "el cuidado experto continuado" de estos pacientes.

Para Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería, "resulta inconcebible que tengamos un colectivo de pacientes, los que padecen ELA, que no puedan recibir los cuidados que precisan porque nuestro sistema sanitario no siempre les atiende como necesitan".



5 Noviembre, 2023

ASISTENCIA

Pacientes de ELA reclaman más acceso a cuidados de enfermería

● Andalucía, Madrid y Extremadura han implantado modelos basados en unidades multidisciplinarias

R. S. B.

En España se calcula que hay entre 4.000 y 4.500 personas que padecen Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), según estimaciones de la Sociedad Española de Neurología. Pacientes que tienen una esperanza media de vida desde el diagnóstico de entre tres y cinco años. Esta patología neurodegenerativa, para la que no existe cura y cuyo tratamiento es paliativo desde el diagnóstico, depende de los cuidados de enfermería para aumentar la supervivencia de las personas que la sufren, pero no todos tienen acceso a los cuidados que necesitan: depende de su lugar de residencia o de su poder adquisitivo. Así se ha puesto de manifiesto en el webinar celebrado en la tarde de ayer sobre *La ELA: el cuidado a unas personas excluidas del Estado de Bienestar*, organizado por el Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS) y el Consejo General de Enfermería, con la colaboración de AMA.

El modelo que defienden profesionales y pacientes es el de las unidades multidisciplinarias de ELA, organizadas en torno a enfermeras con competencias clínicas y de gestión. Sin embargo, la



Pacientes y profesionales de Enfermería en el encuentro promovido por el Consejo General de Enfermería.

existencia de estas unidades es muy desigual en las distintas comunidades autónomas.

Tal y como subrayaba Pilar Cordero, enfermera gestora de casos en la unidad de ELA del Hospital 12 de Octubre de Madrid, este modelo "está muy desarrollado en Madrid y también en Extremadura y Andalucía, si bien estas regiones son tan extensas que, aunque dispongan de unidades de ELA, no todos sus enfermos tienen acceso a ellas.

También resulta especialmente llamativo la inexistencia de unidades en las comunidades de Castilla y León y de Castilla-La Mancha, donde sólo existe en Alcazar de San Juan (Ciudad Real). Otras regiones como Galicia o Cáceres están ahora iniciando la implantación de estas unidades", incidía.

"La ELA es una enfermedad doméstica. En nuestro país no existen residencias ni centros hospitalarios de medio-larga estancia

que acepten a estos pacientes. Todos los cuidados se prestan en el domicilio". Así, lo manifestó Fernando Martín, presidente de ConELA, la Confederación Nacional de Entidades de ELA y es que estos pacientes que ven cómo, poco a poco, sus músculos se van paralizando, acaban en una cama y, en el mejor de los casos, con una traqueostomía que es lo que les permite respirar.

"Llegados a este punto, la supervivencia depende de tener

unos cuidados expertos de enfermería 24 horas al día, y eso no se facilita en ningún sitio de España, ninguna comunidad autónoma cubre esas necesidades para que puedan seguir viviendo, y lo van a tener que hacer sus familiares o pagarlo de su bolsillo si esa persona tiene un alto nivel adquisitivo". Para el presidente de ConELA, "en un Estado del Bienestar como se supone que es el nuestro no se puede expulsar del sistema sanitario a los pacientes desde el momento en que se les diagnóstica de ELA. *El no recuperable*, puede que sea un concepto médico, pero no puede ser un concepto administrativo". Así, realizaba una analogía: "Las enfermeras son a la ELA lo que la quimioterapia es al cáncer. Al igual que los enfermos de cáncer necesitan la quimioterapia para seguir viviendo, los enfermos de ELA necesitan cuidados enfermeros expertos".

Los cuidados expertos requieren recursos y formación especializada

De hecho, esa es la principal reivindicación que vertebra la nueva proposición de ley ELA que acaban de registrar en el Congreso de los Diputados, después de que la que se estaba tramitando no viese la luz con el adelanto electoral, y en la que piden que se garantice "el cuidado experto continuado" de estos pacientes.

Para Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería, "resulta inconcebible que tengamos un colectivo de pacientes, los que padecen ELA, que no puedan recibir los cuidados que precisan porque nuestro sistema sanitario no siempre les atiende como necesitan".



5 Noviembre, 2023

EN NOMBRE PROPIO

Luisa Miñana

Migraña

Soy una de los 5 millones de españoles que sufren migraña. Hasta donde me alcanza la memoria ha estado conmigo. Me recuerdo en el parvulario del colegio Timbaler del Bruc, obra 'lecorbusiana' de Oriol Bohigas y Josep Martorell (Vilapicina, Barcelona), inclinada muchos ratos, sobre la mesa, cabeza y trenzas bajo los brazos y los ojos bien cerraditos, hasta que la presión y los pinchazos se iban. A partir de la adolescencia, la cosa fue empeorando, para calmarse bastante ya en la madurez. Aunque la migraña siempre está ahí, amenazando tras cada dolor de cabeza, no había tenido una crisis severa desde hacía un par de años. La anterior la causó la segunda dosis de la vacuna contra la covid, y esta última parece haberla traído la repentina irrupción del otoño. Los senderos de la migraña son insospechados. Yo la trato como a un cruel ente invasor, que me expulsa de mí misma, y procuro minimizar daños. Sé, por una especie de sutil clic interno cuándo está a punto de desocupar mi cuerpo y liberarme: ya te empieza a cambiar la cara, me dicen en casa. Me preparo para regresar de nuevo al mundo, desde la tierra baldía de la consciencia migrañosa, tan contrapuesta a los muy alucinantes sueños que le regala a mi cerebro durante las muchas horas en que duermo bajo su dominio, el de la medicación y el hielo que amortiguan el dolor taladrante.

Sepan que la migraña es la tercera enfermedad más frecuente en el mundo y la segunda causa de discapacidad, según la Sociedad Española de Neurología.



▶ 5 Noviembre, 2023

ASISTENCIA

Pacientes de ELA reclaman más acceso a cuidados de enfermería

● Andalucía, Madrid y Extremadura han implantado modelos basados en unidades multidisciplinarias

R. S. B.

En España se calcula que hay entre 4.000 y 4.500 personas que padecen Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), según estimaciones de la Sociedad Española de Neurología. Pacientes que tienen una esperanza media de vida desde el diagnóstico de entre tres y cinco años. Esta patología neurodegenerativa, para la que no existe cura y cuyo tratamiento es paliativo desde el diagnóstico, depende de los cuidados de enfermería para aumentar la supervivencia de las personas que la sufren, pero no todos tienen acceso a los cuidados que necesitan: depende de su lugar de residencia o de su poder adquisitivo. Así se ha puesto de manifiesto en el webinar celebrado en la tarde de ayer sobre *La ELA: el cuidado a unas personas excluidas del Estado de Bienestar*, organizado por el Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS) y el Consejo General de Enfermería, con la colaboración de AMA.

El modelo que defienden profesionales y pacientes es el de las unidades multidisciplinarias de ELA, organizadas en torno a enfermeras con competencias clínicas y de gestión. Sin embargo, la



Pacientes y profesionales de Enfermería en el encuentro promovido por el Consejo General de Enfermería.

existencia de estas unidades es muy desigual en las distintas comunidades autónomas.

Tal y como subrayaba Pilar Cordero, enfermera gestora de casos en la unidad de ELA del Hospital 12 de Octubre de Madrid, este modelo "está muy desarrollado en Madrid y también en Extremadura y Andalucía, si bien estas regiones son tan extensas que, aunque dispongan de unidades de ELA, no todos sus enfermos tienen acceso a ellas.

También resulta especialmente llamativo la inexistencia de unidades en las comunidades de Castilla y León y de Castilla-La Mancha, donde sólo existe en Alcazar de San Juan (Ciudad Real). Otras regiones como Galicia o Cáceres están ahora iniciando la implantación de estas unidades", incidía.

"La ELA es una enfermedad doméstica. En nuestro país no existen residencias ni centros hospitalarios de medio-larga estancia

que acepten a estos pacientes. Todos los cuidados se prestan en el domicilio". Así, lo manifestó Fernando Martín, presidente de ConELA, la Confederación Nacional de Entidades de ELA y es que estos pacientes que ven cómo, poco a poco, sus músculos se van paralizando, acaban en una cama y, en el mejor de los casos, con una traqueostomía que es lo que les permite respirar.

"Llegados a este punto, la supervivencia depende de tener

unos cuidados expertos de enfermería 24 horas al día, y eso no se facilita en ningún sitio de España, ninguna comunidad autónoma cubre esas necesidades para que puedan seguir viviendo, y lo van a tener que hacer sus familias o pagarlo de su bolsillo si esa persona tiene un alto nivel adquisitivo". Para el presidente de ConELA, "en un Estado del Bienestar como se supone que es el nuestro no se puede expulsar del sistema sanitario a los pacientes desde el momento en que se les diagnóstica de ELA. El *no recuperable*, puede que sea un concepto médico, pero no puede ser un concepto administrativo". Así, realizaba una analogía: "Las enfermeras son a la ELA lo que la quimioterapia es al cáncer. Al igual que los enfermos de cáncer necesitan la quimioterapia para seguir viviendo, los enfermos de ELA necesitan cuidados enfermeros expertos".

Los cuidados expertos requieren recursos y formación especializada

De hecho, esa es la principal reivindicación que vertebra la nueva proposición de ley ELA que acaban de registrar en el Congreso de los Diputados, después de que la que se estaba tramitando no viese la luz con el adelanto electoral, y en la que piden que se garantice "el cuidado experto continuado" de estos pacientes.

Para Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería, "resulta inconcebible que tengamos un colectivo de pacientes, los que padecen ELA, que no puedan recibir los cuidados que precisan porque nuestro sistema sanitario no siempre les atiende como necesitan".

**En buenas
manos**

Dr. Bartolomé Beltrán

**Sobrevivir
al ictus**

Pérdida brusca de fuerza o sensibilidad en una parte del cuerpo, alteración en el lenguaje y dolor de cabeza intenso son algunos de los síntomas del ictus. Este accidente cerebrovascular, según recoge la Clínica Universidad de Navarra, ocurre cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se interrumpe o reduce. Se acaba de celebrar su día mundial, con el objetivo de crear conciencia sobre esta enfermedad cerebrovascular, sus factores de riesgo y cómo prevenirlos, ya que, según la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año se producen en España entre 110.000 y 120.000 nuevos casos.

La doctora M^a Mar Freijo, coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN, afirma que «ante los primeros síntomas debe ser abordada sin dilación, ya que cuanto menos tiempo pase, mayor será la probabilidad de sobrevivir a esta enfermedad o reducir sus secuelas. A pesar de ello, aún existe un alto porcentaje de la población que desconoce cómo se actuar ante su aparición».

Por ello, cobra especial relevancia el Código Ictus, que se ha implantado en todas las CCAA para que los pacientes lleguen lo antes posible al hospital, que a su llegada esté todo preparado para atenderles inmediatamente, y así reducir el tiempo que transcurre hasta que se empieza el tratamiento. «Ha demostrado su gran utilidad para salvar vidas y evitar discapacidad. Teniendo en cuenta que un ictus mata dos millones de neuronas cada minuto y que existe una "ventana terapéutica" antes de que los tratamientos de los que disponemos dejen de ser efectivos, es fundamental que toda la población conozca en qué consiste. Y más si tenemos en cuenta que el 25% sufrirá un ictus a lo largo de su vida», concluye la experta. Finalmente, aunque se ha avanzado mucho en el tratamiento de esta enfermedad con la aparición de nuevos procedimientos, fármacos y la implantación cada vez mayor de Unidades de Ictus, la mejor herramienta para combatirlo es la prevención. Es lo que hay. Seguro.



5 Noviembre, 2023

Vida OurenSana

Los retos para abordar el dolor

Acaba de conmemorarse el Día Mundial contra el Dolor, por lo que la Sociedad Española de Neurología y la Sociedad Española del Dolor pusieron en valor los retos en el abordaje del crónico y de las secuelas emocionales que conlleva

ELVIRA PÉREZ
 MADRID

El 17 de octubre fue el Día Mundial contra el Dolor. En este marco, la Sociedad Española de Neurología (SEN) y la Sociedad Española del Dolor (SED) pusieron en valor, con distintas iniciativas, los retos actuales para frenar el dolor crónico desde el diagnóstico y el tratamiento. Por otro lado, la SED aceleró su jornada anual denominada #TúDolorImporta, con la participación de pacientes y profesionales sanitarios.

Desde la SEN indican que hasta un 10% de la población padecerá dolor neuropático en algún momento de su vida. Actualmente, en España más del 30% de la población sufre algún tipo de dolor. Los pacientes suelen ser personas entre los 45 y los 54 años de edad y, en su mayoría, mujeres (60%).

Además, el 18% de la población sufre algún dolor crónico. Esto quiere decir que esa persona lleva más de tres meses sufriendo dicho dolor. Un 5% de las personas que sufren dolor crónico lo manifiestan diariamente.

✓ ¿Qué dolor puedo sentir?

“Existen diferentes tipos de dolor. El dolor nociceptivo, como respuesta a algún tipo de lesión, inflamación, infección o enfermedad; el dolor psicógeno, por alguna causa psíquica, generalmente depresión o hipocondría; y el dolor neuropático, por una lesión o enfermedad del sistema nervioso central, que hace que se interpreten como dolorosos ciertos estímulos que en realidad no lo son”, explica el Dr. Alan Luis Juárez-Belaúnde, Coordinador del Grupo de Estudio de Dolor Neuropático de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Además, indica que, pese a que el dolor nociceptivo es el más habitual, es el dolor neuropático el que está presente con mayor frecuencia entre aquellos que sufren dolor crónico. De este modo, el doctor apunta que más de un 60% de las personas que padecen dolor crónico padecen dolor neuropático.

En el Día Mundial contra el Dolor destacaron que el crónico tiene diversidad de causas. Algunas de las más frecuentes pueden ser problemas musculoesqueléticos, enfermedades articulares, cáncer o cefaleas. Por su parte, el dolor mixto, denominado así porque los pacientes sufren dolor nociceptivo y neuropático, es el tipo de dolor crónico más habitual.



Una mujer tumbada sobre la cama sufre dolor.

✓ **Dolor neuropático.** El doctor Alan Luis Juárez-Belaúnde indica que el dolor neuropático es el peor de todos. Esto pasa por la dificultad de su tratamiento, su gran complejidad fisiopatológica y la intensidad en que lo experimentan sus pacientes. Se calcula que en España se dan cerca de 400.000 nuevos casos de personas que comienzan a padecer dolor neuropático o mixto.

“Y si además de su enorme prevalencia –ya que hasta un 10% de la población padecerá dolor neuropático en algún momento de su vida– tenemos en cuenta que, con los tratamientos actuales, solo un 40-60% de los pacientes logran un adecuado alivio del dolor, estamos hablando de una de las principales causas de pérdida de calidad de vida. En España, el 65% de los pacientes ha tenido que restringir sus actividades diarias y el 82% refiere un impacto significativo en su calidad de vida debido al dolor”.

Además del dolor físico, cabe destacar que un 70% de las personas que lo sufren, suelen padecer algún tipo de trastorno en la esfera psiquiátrica, sobre todo del tipo

ansioso-depresivo, alteraciones del sueño o fatiga crónica.

✓ **Retos actuales.** La SEN indica que los retos actuales para el abordaje del dolor crónico pasan tanto por el diagnóstico como por el tratamiento. Para empezar, los profesionales sanitarios indican que no se dispone aún de ningún modo objetivo de medición

del dolor. También porque existe un gran infradiagnóstico tanto del dolor crónico como de las comorbilidades que conlleva.

Por otro lado, es fundamental contar con fármacos más eficaces que consigan tratar este dolor neuropático en el largo plazo. También crear equipos multidisciplinares que consigan mejorar las posibilidades en el tratamiento.

✓ **Dolor y emoción.** Los protagonistas de la jornada fueron los pacientes. Reunidos en una mesa, narraron sus experiencias en la convivencia con el dolor crónico en el marco del día Mundial contra el

Dolor. Los pacientes coincidieron en la necesidad de saber manejar la situación para lograr reencontrarse con la persona que eran antes de empezar a sufrir dolor.

Así, Noelia Royo, pintora y paciente con dolor crónico, explicó cómo le ayuda dibujar su cuerpo y su cerebro para “volver a conectarlos como antes”.

También la psicóloga Graciela Bravo, paciente con fibromialgia, indica que recomienda a sus pacientes la escritura para ayudarles a olvidar su enfermedad.

Asimismo, Sara So-moza, cantante y paciente de dolor crónico refractario, ha manifestado también que, aunque los nervios previos a salir a cantar pueden agudizar su dolor, al final merece la pena porque es como una “pequeña batalla vencida al dolor”.

La doctora María Madariaga, médica anestesióloga y presidenta de la SED, indica que “el dolor y la

emoción negativa van de la mano, crecen y disminuyen juntos, uno influye en el otro. Es imposible canalizar, tratar y mejorar las emociones y, al igual que el dolor crónico, tiene margen de mejora”.

✓ El papel de las familias.

El doctor Martín L. Vargas, psiquiatra, miembro de la Junta Directiva de la SED y de su Grupo de Trabajo de Psicología y Dolor, ha explicado la importancia del papel de las familias en el diagnóstico del dolor.

Al principio, indica, los familiares responden con sentido común y perplejidad. Más adelante tratan de aproximarse al problema, pero la situación puede irse complicando: “la frustración nos lleva a la ira y, aunque la familia intenta animar al paciente con la mejor intención, a veces provoca que se rompa el vínculo, que el paciente esté solo y, por lo tanto, el familiar entiende menos la situación”.

Por tanto, recuerda el doctor la importancia de trabajar la ayuda mutua hacia los familiares creando grupos psicoeducativos y programas dirigidos a los hijos que ven a sus progenitores sufrir. ■

Los sanitarios

indican que no hay ningún modo objetivo de medición, también porque existe un gran infradiagnóstico tanto del dolor crónico como de las comorbilidades que conlleva

5 Noviembre, 2023

ASISTENCIA

Pacientes de ELA reclaman más acceso a cuidados de enfermería

● Andalucía, Madrid y Extremadura han implantado modelos basados en unidades multidisciplinarias

R. S. B.

En España se calcula que hay entre 4.000 y 4.500 personas que padecen Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), según estimaciones de la Sociedad Española de Neurología. Pacientes que tienen una esperanza media de vida desde el diagnóstico de entre tres y cinco años. Esta patología neurodegenerativa, para la que no existe cura y cuyo tratamiento es paliativo desde el diagnóstico, depende de los cuidados de enfermería para aumentar la supervivencia de las personas que la sufren, pero no todos tienen acceso a los cuidados que necesitan: depende de su lugar de residencia o de su poder adquisitivo. Así se ha puesto de manifiesto en el webinar celebrado en la tarde de ayer sobre *La ELA: el cuidado a unas personas excluidas del Estado de Bienestar*, organizado por el Instituto Superior de Formación Sanitaria (ISFOS) y el Consejo General de Enfermería, con la colaboración de AMA.

El modelo que defienden profesionales y pacientes es el de las unidades multidisciplinarias de ELA, organizadas en torno a enfermeras con competencias clínicas y de gestión. Sin embargo, la



Pacientes y profesionales de Enfermería en el encuentro promovido por el Consejo General de Enfermería.

existencia de estas unidades es muy desigual en las distintas comunidades autónomas.

Tal y como subrayaba Pilar Cordero, enfermera gestora de casos en la unidad de ELA del Hospital 12 de Octubre de Madrid, este modelo "está muy desarrollado en Madrid y también en Extremadura y Andalucía, si bien estas regiones son tan extensas que, aunque dispongan de unidades de ELA, no todos sus enfermos tienen acceso a ellas.

También resulta especialmente llamativo la inexistencia de unidades en las comunidades de Castilla y León y de Castilla-La Mancha, donde sólo existe en Alcázar de San Juan (Ciudad Real). Otras regiones como Galicia o Cáceres están ahora iniciando la implantación de estas unidades", incidía.

"La ELA es una enfermedad doméstica. En nuestro país no existen residencias ni centros hospitalarios de medio-larga estancia

que acepten a estos pacientes. Todos los cuidados se prestan en el domicilio". Así, lo manifestó Fernando Martín, presidente de ConELA, la Confederación Nacional de Entidades de ELA y es que estos pacientes que ven cómo, poco a poco, sus músculos se van paralizando, acaban en una cama y, en el mejor de los casos, con una traqueostomía que es lo que les permite respirar.

"Llegados a este punto, la supervivencia depende de tener

unos cuidados expertos de enfermería 24 horas al día, y eso no se facilita en ningún sitio de España, ninguna comunidad autónoma cubre esas necesidades para que puedan seguir viviendo, y lo van a tener que hacer sus familiares o pagarlo de su bolsillo si esa persona tiene un alto nivel adquisitivo". Para el presidente de ConELA, "en un Estado del Bienestar como se supone que es el nuestro no se puede expulsar del sistema sanitario a los pacientes desde el momento en que se les diagnóstica de ELA. El *no recuperable*, puede que sea un concepto médico, pero no puede ser un concepto administrativo". Así, realizaba una analogía: "Las enfermeras son a la ELA lo que la quimioterapia es al cáncer. Al igual que los enfermos de cáncer necesitan la quimioterapia para seguir viviendo, los enfermos de ELA necesitan cuidados enfermeros expertos".

Los cuidados expertos requieren recursos y formación especializada

De hecho, esa es la principal reivindicación que vertebra la nueva proposición de ley ELA que acaban de registrar en el Congreso de los Diputados, después de que la que se estaba tramitando no viese la luz con el adelanto electoral, y en la que piden que se garantice "el cuidado experto continuado" de estos pacientes.

Para Florentino Pérez Raya, presidente del Consejo General de Enfermería, "resulta inconcebible que tengamos un colectivo de pacientes, los que padecen ELA, que no puedan recibir los cuidados que precisan porque nuestro sistema sanitario no siempre les atiende como necesitan".

Papel

PAÍS: España
PÁGINAS: 1,10-13
AVE: 118490 €
ÁREA: 2214 CM² - 410%

FRECUENCIA: Semanal
DIFUSIÓN: 116657
OTS: 137000
SECCIÓN: PORTADA



5 Noviembre, 2023

Salud. Por qué entender el cerebro será un “Nuevo Renacimiento” en la frontera del conocimiento médico. **Pág. 10**



5 Noviembre, 2023

ENTENDER EL CEREBRO, UN "NUEVO RENACIMIENTO"

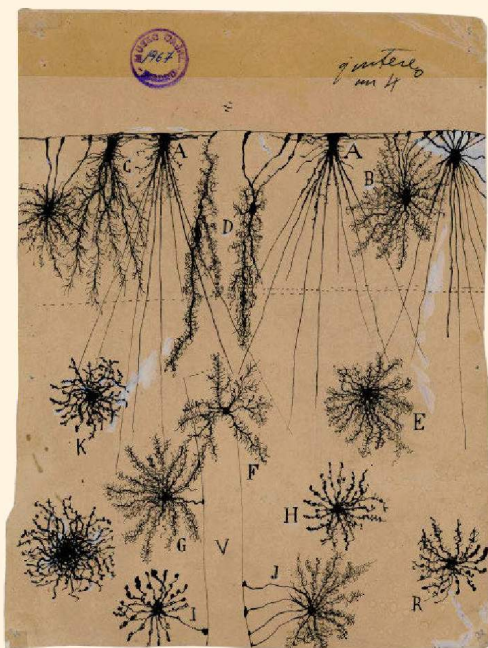
La última frontera del conocimiento médico. El primer Atlas del Cerebro Humano, publicado hace pocas semanas, es "un hito histórico", dice Rafael Yuste, ideólogo del Proyecto Brain: "Trae al siglo XXI lo que ya describieron Ramón y Cajal y Rafael Lorente. Ya tenemos criterios objetivos para clasificar las células del cerebro"

Por V. Hernández / C. G Lucio. Ilustración de Santiago Ramón y Cajal.

Ilustración a tinta y lápiz de Cajal de una neurona piramidal de la corteza cerebral, 1904.

Representación realizada por el neurobiólogo de las células gliales de la corteza cerebral de un niño.

En el retrato de Dorian Gray, el escritor irlandés Oscar Wilde pone en la boca de lord Henry Wotton la frase «Los mayores acontecimientos del mundo suceden en nuestro cerebro». Wotton, el hedonista que guía por la noche londinense al todavía inexperto Dorian, continúa: «Es en el cerebro, y sólo en él, donde los grandes pecados del mundo suceden». Pero, ¿cómo suceden? En pleno siglo XXI, ¿podemos seguir afirmando que estamos ante un órgano misterioso? Ya no tanto. Hace apenas 20 días que la Ciencia anunciaba que uno de sus deseos anhelados se hacía realidad: el *Brain Project*, una serie de bibliotecas en alta resolución de las células del cerebro humano, una a una.



Investigadores como Rafael Yuste, profesor de Neurobiología y Neurociencia de la Universidad de Columbia y director del Centro de Neurotecnología de esta universidad neoyorquina, están convencidos de que la Neurología está a punto de vivir una revolución: «un nuevo Renacimiento» que nos permitirá no sólo comprender cómo funciona el cerebro o cómo es posible que en esa materia gris se genere nuestra mente, sino también de qué manera podemos combatir a las temidas enfermedades cerebrales, incluyendo a las neurodegenerativas. «Se estima que un tercio de la humanidad va a padecer enfermedades cerebrales. A uno de cada tres nos toca», lamenta.

Ahora mismo, explica Yuste, no comprendemos bien cómo es la actividad cerebral: el engranaje de las aproximadamente 16.000 millones de neuronas y otro número similar de otras células que componen nuestro cerebro, ni cómo de esa actividad surge la mente humana. Pero gracias a los avances en neurotecnología se dan pasos para desentrañar esos misterios. Se empiezan a disponer de técnicas para registrar la actividad cerebral de una manera precisa, lo que abre la puerta a un nuevo paradigma. Un cambio que Yuste compara con el que se consiguió al descubrir la doble hélice del ADN hace 70 años.

«Llevamos 100 años destripando las moléculas y las células que hay en el cerebro, pero lo que aún no hemos hecho es juntar todas las piezas de ese rompecabezas», recuerda el neurobiólogo. «Sin embargo, empezamos a ver luz al final del túnel, empieza a haber una teoría general de cómo encajan todas esas neuronas y para qué sirve el cerebro».

Desde su despacho de la universidad atiende a Papel y pone en valor el Atlas del Cerebro. «Es similar a lo que ocurrió con la genética», dice. «Durante más de un siglo, se acumularon datos, dando vueltas a las piezas del rompecabezas sobre la mesa, pero no sabían encajarlo hasta que con Watson y Crick, en realidad también con los datos robados de Rosalind Franklin, llegó el modelo de la doble hélice del ADN. Creo que en la neurociencia va a ocurrir una cosa parecida: habrá una teoría general que agrupe todos estos datos y que permitirá a los científicos y a los médicos no sólo entender cómo el cerebro genera la mente humana, sino entender las enfermedades, atajarlas y curarlas».

Todo esto «va a ser como un nuevo Renacimiento», continúa Yuste. «Los seres humanos nos definimos a nosotros mismos precisamente por las capacidades mentales y cognitivas que tenemos, por nuestra mente, y con esta teoría vamos a poder entender qué es la mente, cómo funciona y quiénes somos por dentro».

La publicación del primer atlas completo del cerebro humano es ese paso importante para llegar a esa revolución, señala el científico. «Ahora mismo ya tenemos las piezas, lo que los ingenieros llaman la lista de las partes de la máquina. Sin ella no podríamos entender cómo funciona la máquina que es el cerebro y esto ha sido un ejemplo de la ayuda que supone la neurotecnología».

El trabajo, que Yuste define como «histórico», es uno de los principales frutos del Proyecto Brain, que el neurocientífico puso en marcha durante el mandato de Barack Obama. «Esta investigación pone al día todos los hallazgos de Ramón y Cajal y Rafael Lorente [el principal discípulo del Nobel], lo trae al siglo XXI, donde se cuantifican y amplían los tipos celulares que ellos describían. Ahora ya tenemos criterios objetivos para clasificar las células del cerebro», subraya.

Además, ahora contamos con la tecnología para entrar en el cerebro, lo que abre la 'caja de Pandora' para la potencial manipulación del ser humano, plantea el investigador, quien recuerda que una de las teorías más en boga –todavía por confirmar– sugiere que el cerebro es una máquina que genera una especie de realidad virtual, un modelo del mundo que utiliza para predecir el futuro. Ese modelo del mundo está perfectamente encajado con el exterior en personas sanas –no así en personas que sufren problemas psiquiátricos como la esquizofrenia– y podría cambiarse sin que el afectado se diese cuenta.

Yuste está convencido de que «todas las actividades humanas van a poder cambiarse para bien si conocemos cómo funciona la mente humana». Habla desde la educación, al manejo de la violencia pasando por los problemas de comunicación: «Imagínate solucionar los malentendidos entre la gente. El 90% de los problemas entre las personas es por malentendidos. Tú dices una cosa, te entienden mal, responden de otra manera, tú entiendes mal al otro y ya el asunto se enzarza. Imagínate que podamos descifrar directamente lo que piensas tú y trasladarlo directamente a la otra persona sin que haya malentendidos».

"Empieza a haber una teoría general de cómo encajan las neuronas y para qué sirve el cerebro"

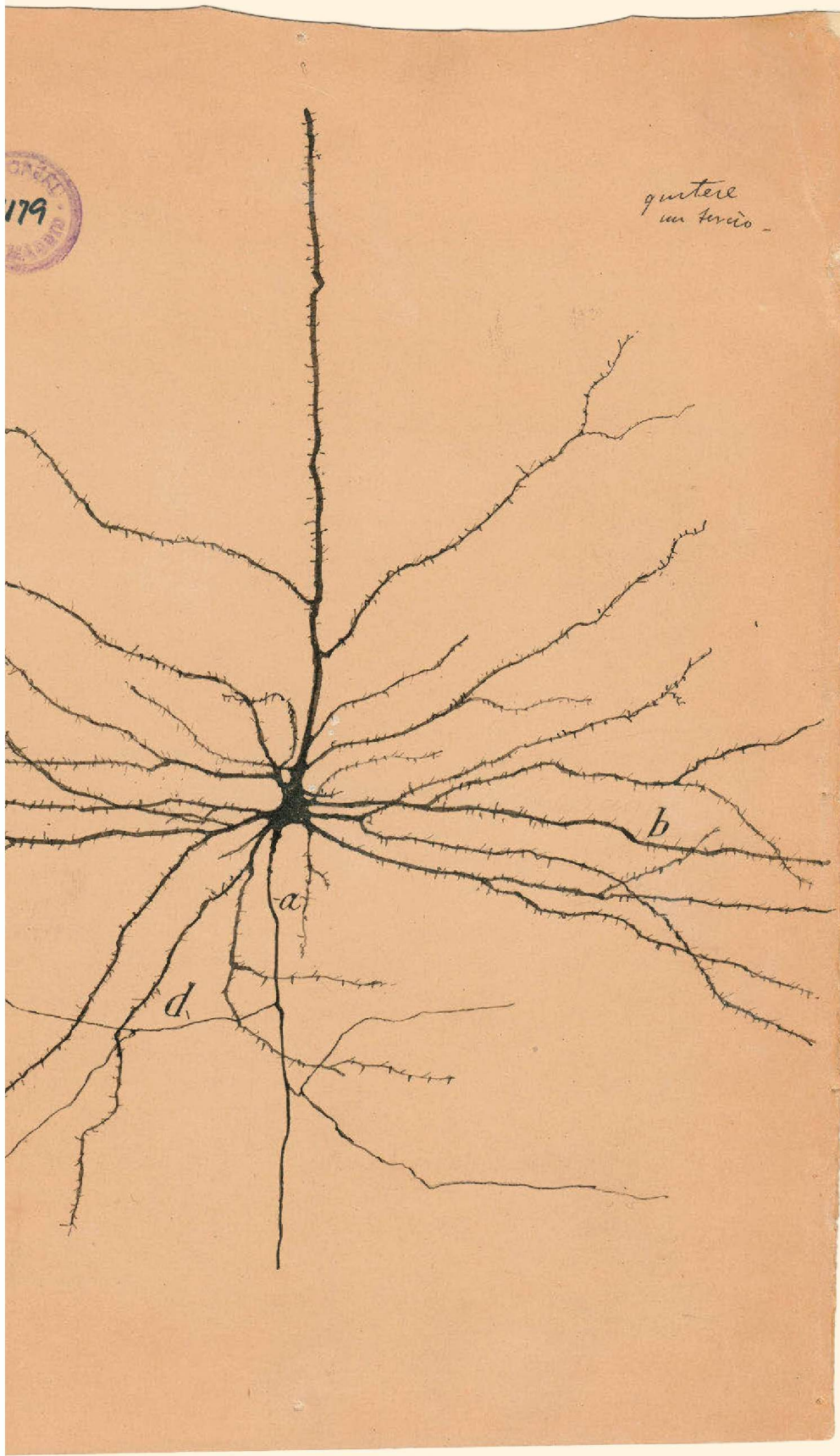
"Es un órgano pequeño de nuestro organismo que se lleva el 20% de nuestra energía"





5 Noviembre, 2023

11



Descripción. El cerebro es el órgano más voluminoso del encéfalo; pesa (de media) unos 1.350 gramos y puede ocupar un volumen de 1.200 centímetros cúbicos.

Comunicaciones. Tiene unos 86.000 millones de neuronas que se comunican mediante 900 millones de conexiones, llamadas sinapsis, a través de 1.600.000 km. de 'cableado'

Hito del siglo XX. El médico e investigador español Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) descubrió que las neuronas eran entidades individuales

Hito del siglo XXI. La revista 'Science' publicó hace tres semanas varias partes de un atlas en alta resolución de las células del cerebro, el mayor 'mapa' de este tipo hasta la fecha

Esa posibilidad, subraya Yuste, «será parte de ese nuevo *Renacimiento*» que, obviamente, también plantea múltiples desafíos. Por eso, el científico español es uno de los principales defensores de que se reconozcan como un derecho humano los llamados *neuroderechos*, como la privacidad mental, el libre albedrío o la identidad personal.

A Manuel Martín-Loeches, catedrático de Psicobiología de la Universidad Complutense y autor del libro *¿De qué nos sirve ser tan listos?* (Destino), le fascinan los avances alcanzados en las últimas tres décadas. «Sobre todo con respecto a las cosas que más nos intrigaban y que tienen que ver más con la mente humana y con su degradación», dice. «Las técnicas de neuroimagen permiten ver la actividad del cerebro en ciertas situaciones que antes eran impensables e incluso sus conexiones a nivel prácticamente microscópico en un cerebro vivo».

Muchas de estas técnicas se han empleado en la creación del *censo neuronal*, que viene a recopilar la información de miles de ellas. «Se está avanzando muchísimo y la inteligencia artificial nos va a ayudar mucho más», continúa el investigador, responsable de la Sección de Neurociencia Cognitiva del Centro Mixto UCM-ISCIII de Evolución y Comportamiento Humanos, a quien le intriga especialmente conocer el proceso que genera la consciencia. «¿Cómo es posible que unas neuronas que tú ves al microscopio, que tienen la misma forma y funcionan de la misma manera luego sean diferentes? ¿Por qué las neuronas de la corteza auditiva me hacen tener sensaciones auditivas si son iguales que las de la corteza visual?».

El cerebro, añade el investigador, es un órgano que ocupa un porcentaje pequeño de nuestro organismo pero se lleva el 20% de nuestra energía. «Es muy complejo, pero los avances que ha habido últimamente nos han permitido dar un gran paso adelante», dice. «El camino sigue, pero seguiremos avanzando y conociéndonos mejor».

Y no sólo estas bibliotecas nos van decir qué ocurre ahí arriba sino qué pistas hay para reparar funciones que con la edad o las enfermedades desaparecen. María Llorens tuvo claro que quería dedicar su vida profesional a estudiar el cerebro. El párkinson que afectó a su abuelo transformó su interés por el comportamiento animal en un deseo de dar con las claves que rigen el funcionamiento de este órgano fundamental. Porque conocerlo, pensó, es el primer paso para algún día poder tratarlo. La investigadora del





5 Noviembre, 2023

12 SALUD



JOSÉ A. OBESO

Director CINAC HM Hospitales

Este neurólogo no duda en alabar los grandes pasos que se están dando de la mano de la neurofisiología, las técnicas de imagen avanzadas y la Inteligencia Artificial. "Esto nos coloca en una mejor posición para detectar y abordar las patologías neurodegenerativas".



MARÍA JOSÉ MÁS

Neuropediatra

Uno de los enfoques del Atlas del Cerebro es tener censada a la población neuronal. Lo complicado viene después, describir qué hace cada grupo de neuronas. "Hay un montón de conexiones que son necesarias para el funcionamiento óptimo del cerebro".



MARÍA LLORENS

Investigadora CBMSO, UAM-CSIC

El trabajo de esta científica pone en valor el hecho de que las neuronas no son limitadas, sino que se pueden ir formando nuevas a lo largo de la vida. "Uno de los dogmas más longevos de la neurociencia era el concepto antiguo de que el cerebro no generaba nuevas neuronas".



MANUEL MARTÍN-LOECHES

Catedrático Psicobiología Univ. Complutense

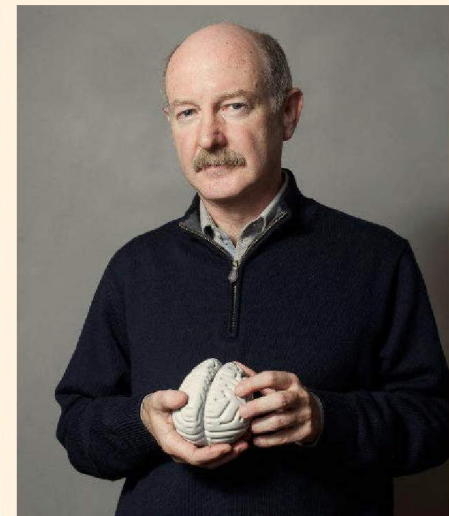
Destaca que es necesario conocer a fondo qué hay ahí arriba si nos cuestionamos sus características y sus roles: "¿Cómo unas neuronas que tú ves al microscopio y que tienen la misma forma y funcionan de la misma manera sean diferentes?".



ROSA MOLINA

Psiquiatra del Hospital Clínico de Madrid

Desde su punto de vista, los hábitos actuales pueden degradar la funcionalidad de nuestro cerebro y anular esa plasticidad. "La sobrecarga de estímulos que tenemos tanto visual, auditiva o de hacer tantas cosas a la vez al final agota al cerebro".



RAFAEL YUSTE

Universidad de Columbia

El neurobiólogo e impulsor del proyecto Human Brain (encargo directo de la Administración de Obama) subraya el hecho de que hoy contamos con la tecnología para entrar en el cerebro, lo que abre la caja de Pandora para la potencial manipulación del ser humano.

Centro de Biología Molecular Severo Ochoa de Madrid (CBMSO, UAM-CSIC) va por buen camino. Su equipo ha conseguido demostrar que en el hipocampo se producen nuevas neuronas a lo largo de toda la vida, lo que supone zanjar definitivamente con un mito muy extendido sobre el funcionamiento cerebral. «Uno de los dogmas más longevos dentro de la neurociencia es ese concepto antiguo que teníamos de que el cerebro no generaba nuevas neuronas», dice en su laboratorio. «Ese paradigma se empezó a romper en roedores, en animales de experimentación hacia los años 60, pero por la existencia de resultados contradictorios en distintos estudios, se seguía pensando que el cerebro humano no generaba nuevas neuronas. Sin embargo, nuestro grupo ha contribuido

a demostrar que sí, que nacen nuevas neuronas, al menos en el hipocampo y que eso está relacionado precisamente con la adquisición de nuevas memorias». En concreto, la investigación de Llorens ha permitido revelar la existencia de células madre que se dividen, dan lugar a células proliferativas y se convierten en neuronas también en la edad adulta, un proceso alterado cuando existe la neurodegeneración. Con el listado que se va a ir recopilando en las bibliotecas neuronales se podrá saber a qué se dedica cada una. «Hay grupos que tienen especial dedicación a ciertas cosas: al habla, a la audición, a la comprensión del lenguaje... Pero luego esos grupos neuronales están interconectados con otras áreas. Si yo te digo una frase que evoque algo visual, que con un reflejo solar' en tu cerebro se va a activar también tu área visual, que no participa en el habla. Hay un montón de conexiones que son necesarias para el funcionamiento óptimo del cerebro», apunta, en la misma línea, María José Mas, neuropediatra y autora de *La aventura de tu cerebro* y *El*

cerebro en su laberinto (Next Door Publishers), quien subraya que «nuestro cerebro modifica continuamente». «Es el único órgano que nunca está terminado». Porque siempre tiene la capacidad de aprender, de enfrentarse a desafíos, de adaptarse al entorno... De ahí el reto de entender «la neuroplasticidad, esa capacidad del cerebro para establecer nuevas conexiones y, por lo tanto, nuevas rutas y caminos lo que resulta fascinante», coincide Rosa Molina, psiquiatra del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Sin embargo, no duda poner el foco en lo que puede atrofiar el órgano: la hiperestimulación: «En la época del hiperestímulo, hay que mantener el equilibrio», porque un exceso puede ser perjudicial. «La sobrecarga que tenemos tanto visual, auditiva como de hacer tantas cosas a la vez al final agota al cerebro».



5 Noviembre, 2023

13

¿POR QUÉ NO PODEMOS REPARAR EL CEREBRO?

Enfermedades neurodegenerativas. Las demencias se han duplicado en la última década y frenarlas es un desafío. "Estamos lejos de trasplantar cerebros", dice Pascual Sánchez, experto de CIEN

Por V.H. / G.P. / C.G.L. / P.P.

Ya conocemos quién es quién en el cerebro gracias al Atlas del Cerebro publicado recientemente. Al menos ya hay un gran censo de las células que conforman nuestro sistema nervioso. Pero tener a nuestra disposición ese *Google Maps* neuronal, o como dirían nuestros abuelos la *Guía Campsa*, no significa que sepamos dónde ir ni qué hacer cuando nuestros vehículos del cerebro, neuronas, necesitan ser reparados.

Uno de los desafíos del siglo XXI es saber qué pasa ahí arriba: ¿por qué vivir más de cien años si apenas recordamos? ¿Podemos reparar nuestro centro de mando? Pascual Sánchez, neurólogo y director Científico de la Fundación Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas (CIEN), adscrita al Instituto de Salud Carlos III, que cuenta con el apoyo y financiación adicional de la Fundación Reina Sofía, es tajante: «Estamos lejos de trasplantar cerebros».

Lo que resulta una solución efectiva y real para otras piezas del organismo no lo es para el cerebro. «El cerebro se ha visto hasta ahora desde un punto de vista bastante estático, aunque sabíamos que es plástico, con una estructura funcional muy predefinida», explica el neurólogo José A. Obeso Inchausti, director del Centro Integral de Neurociencias (CINAC) de HM Hospitales. «Una parte de los secretos del cerebro está en poder comprender sus comunicaciones», añade.

Obeso usa el ejemplo del tráfico para entender las complejas vías de conexión entre los miles de millones de neuronas del cerebro, como apunte a la información que con el *nuevo censo neuronal* se dispone. «Uno no puede limitarse a seguir el patrón de 50 personas por Madrid, tiene que ampliar el rango, conocer por qué hay puntos negros, dónde están los atascos...». Para ello son claves las pruebas de imagen de última generación, el papel de los neurofisiólogos conductuales y la inteligencia artificial.

Porque, como detalla Pascual, «cada neurona tiene miles de conexiones con otras». «Cuando hablamos de supercomputación o de *big data*, el cerebro es esto, es supercomputación», dice. «Las relaciones que hay entre las distintas neuronas, la conectividad que tienen, es inmensa. Cada neurona en sí misma es un pequeño computador».

¿Qué pasa cuando no hay una buena circulación en las



Representación del endotelio de la duramadre (1890), de Santiago Ramón y Cajal.

autopistas cerebrales? ¿Y si los pequeños ordenadores fallan? El desgaste de piezas del cerebro conduce a la neurodegeneración, un proceso patológico del que se desconocen los interruptores, para el que existen pocos parches y que supone uno de los mayores desafíos de la ciencia si el deseo del ser humano es vivir más y disfrutar. O, al menos, recordar.

Las demencias son otra de las epidemias silenciosas de este siglo. Aunque la mayoría de ellas quedan englobadas bajo la enfermedad de Alzheimer (entre un 60% y un 70% de los casos) cabe destacar otras formas frecuentes como la asociada a enfermedad de párkinson, la vascular, la de cuerpos de Lewy, entre las más frecuentes. Desde la Sociedad Española de Neurología (SEN), apuntan que en los últimos 30 años las cifras de muertes por enfermedad neurológica han aumentado un 39% y los años de vida con discapacidad un 15%. Y sólo en los últimos 10 años ya se ha duplicado el número de personas afectadas por párkinson y demencias como el Alzheimer.

Sus cifras estremecen: actualmente unos 800.000 españoles sufren alzhéimer, pero se estima que el 80% de los casos leves están sin diagnosticar; así entre el 30 y el 40% de los casos totales no están detectados. Y en párkinson las estimaciones son aún menos halagüeñas: el número de afectados se duplicará en 20 años y se triplicará en 2050; hasta 150.000 personas conviven hoy con esta enfermedad en nuestro país.

La Neurología busca *copiar* la hoja de ruta que le ha servido a la Oncología para mejorar el abordaje del

cáncer: detección precoz, diagnóstico, tratamiento...

«Esto sería clave en las enfermedades neurodegenerativas», expone Obeso. Y Sánchez pone el ejemplo del nuevo fármaco contra el Alzheimer lecanemab y de otro que está a punto de llegar, donanemab: «Se ha visto que son eficaces en etapas tempranas. Hay que diagnosticar antes para potenciar su efecto».

Y, ¿cómo? «Tenemos ya diversos biomarcadores [proteína tau, APOE, DOPA, TREM2...] cuya alteración nos pone en la pista de que algo no marcha», explica Sánchez. A su vez, la nueva biblioteca neuronal junto a los actuales abordajes abre nuevos caminos para *reparar* el cerebro. De hecho, no solo en alzhéimer, también en párkinson.

En el centro que dirige Obeso se dan pasos clave para *apuntar* a las dianas donde se produce el párkinson. Para ello, emplean una técnica de ultrasonidos para eliminar los síntomas motores, como el temblor, la rigidez y la acinesia o incapacidad o lentitud para iniciar un movimiento voluntario. «Sabemos que el párkinson tiene sus inicios hasta siete años de los síntomas más evidentes. Tenemos que rastrear los cambios que se dan en el cerebro y adelantamos», cuenta Obeso. Por ello, no duda en hablar de los avances de la neuromodulación, «una suerte de masaje a las neuronas», una técnica que como detalla el experto «no es invasiva y va dirigida a las zonas donde vemos que están los daños o los déficits. Estas técnicas y conocer al milímetro el cerebro abrirán nuevas oportunidades terapéuticas».

“En Alzheimer hay fármacos cuyo efecto es mayor si nos adelantamos en el diagnóstico”

“Hay técnicas no invasivas, como HIFU, que van a la diana donde se origina el daño”



Una gran allAda para la profesión

EDITORIAL

Uno de los principales puntos fuertes de la inteligencia artificial en su aplicación a la medicina es que supera las limitaciones del ser humano. Llega hasta puntos imperceptibles para el ojo humano, lo que puede ayudar a realizar diagnósticos mucho más precisos. También, tiene la capacidad para acumular en su memoria diferentes imágenes y, mediante una comparación de todas ellas, analizar las similitudes y diferencias para detectar las posibles anomalías.

Por ello, cada vez son más las especialidades que ahondan en las posibilidades que ofrece la inteligencia artificial. Si nuestros lectores repasan las publicaciones de esta semana y las anteriores -con alta probabilidad, en las posteriores, la tendencia seguirá siendo la misma-, las noticias relacionadas con la inteligencia artificial copan cada vez más huecos. Así, ya se han abordado temas como los relativos a sus diferentes usos, por ejemplo, en diagnóstico o pronóstico de diversas enfermedades u otros de corte más política como los posibles retos que puede plantear en cuanto a ámbitos como la protección de datos y las normativas al respecto.

Prueba de ello es que esta semana la Sociedad Española de Neurología (SEN) corroboraba su interés en esta área anunciando durante la inauguración de su congreso anual que creará un área específica para la inteligencia artificial. También el Hospital Universitario La Paz ha anunciado la incorporación a la práctica clínica de la caracterización del metiloma con técnicas de IA con el fin de diagnosticar tumores del sistema nervioso central de manera más precisa. Y estos avances siguen la senda de lo que ya se expuso hace apenas unos días en el congreso de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) celebrado en Madrid: se espera que estas técnicas tengan un crecimiento exponencial en el corto plazo en Oncología en ámbitos que van desde la selección de imágenes de biopsia, mamografías y tomografías computarizadas (TC) pulmonares utilizadas para detectar tumores en los pacientes como en la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos.

Teniendo en cuenta que, lo que se vislumbra es el fin de un largo camino de avances científicos y tecnológicos, todos los agentes involucrados tienen que trabajar con unión y agilidad para garantizar que se adaptan a esta innovación. En este sentido, contar con una normativa sólida y robusta que garantice que se usa la inteligencia artificial con seguridad para los ciudadanos y asegurar que se ofrece a los profesionales una formación continuada y actualizada prácticamente al día, es fundamental. Es un tren que no podemos dejar pasar.

Contar con una normativa sólida y ofrecer una formación actualizada a los profesionales es crucial en la integración de la IA