



La Sagrada Familia recibe la certificación de espacio Cerebroprotegido

Basílica de la Sagrada Família Sáb 7/06/2025



Fotografía: Sagrada Família.

La Sagrada Familia ha sido certificada como espacio Cerebroprotegido por la Fundación Freno en el ICTUS. En un acto que se ha celebrado hoy en el claustro de la Merced, el Director General de la Basílica, Sr. **Xavier Martínez**, ha recogido el certificado que lo acredita por parte del presidente de la Fundación Freno en el ICTUS, el Sr. **Julio Agredano Lozanox**. El Sr. Martínez ha manifestado que "una parte muy importante de nuestras políticas de responsabilidad social es cuidar la salud de nuestros empleados y también de los miles de visitantes que entran en la Basílica todos los días".

Sesiones de formación para identificar y actuar frente a un posible ictus

Varios miembros de la organización de la Sagrada Familia han recibido formación específica para poder identificar y actuar frente a situaciones que podrían ser compatibles con un ictus. El contenido formativo ha sido desarrollado con la colaboración de la Sociedad Española de Neurología (SEN) a través de su Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares (GEECV) y forma parte del proyecto Brain Caring People, el cual está avalado por la misma sociedad científica y cuenta con el apoyo de la Asociación Española de Especialistas en Trabajo de Medicina del Medicina del Medicina del Medicina (AESPLA).

El ictus es la primera causa de muerte de mujeres en España, así como la primera causa de discapacidad, y detectarlo y actuar rápidamente incrementa exponencialmente el índice de supervivencia de quien lo sufre.

*Acció Social, Actes, Societat, Cultura i art, Barcelona,
Sagrada Família*



(index.html)

Menu

Acceso Consejo

Webinar gratuito: "PRESENTACIÓN SECCIÓN DE NEUROFISIOTERAPIA DE LA SEN (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA)"

Desde el Colegio Oficial de Fisioterapeutas del País Vasco nos presentan el webinar gratuito titulado: "PRESENTACIÓN SECCIÓN DE NEUROFISIOTERAPIA DE LA SEN (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA)" que celebraremos de manera online el próximo 17 de junio a partir de las 19:00h en el que conoceremos a la sección en concreto así como las siguientes ponencias:



12-06-2025

Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Castilla-La Mancha

(/#facebook) (/#x) (/#email)

(<https://www.addtoany.com/share#url=https%3A%2F%2Fwww.consejo->

[fisioterapia.org/%2Fnoticias%2F5093_Webinar_gratuito_PRESENTACI_N_SECCI_N_DE_NEUROFISIOTERAPIA_DE_LA_SEN_SOCIEDAD_ESPA_OLA_DE_NEUROLOG_A_html&title=Consejo%20General%20de%20Colegios%20de%20Fisioterapeutas%20de%20Espana%C3%B1a](https://www.consejo-fisioterapia.org/%2Fnoticias%2F5093_Webinar_gratuito_PRESENTACI_N_SECCI_N_DE_NEUROFISIOTERAPIA_DE_LA_SEN_SOCIEDAD_ESPA_OLA_DE_NEUROLOG_A_html&title=Consejo%20General%20de%20Colegios%20de%20Fisioterapeutas%20de%20Espana%C3%B1a))



(https://www.consejo-fisioterapia.org/imagenes/colegios/imagen_colegio_8.png)

- Presentación de la sección
- Actualidad de las estrategias multi dominio no-farmacológicas con ejercicio físico para la prevención del declive físico y cognitivo en adultos mayores con riesgo de demencia: desde la red World Wide FINGERS Network (WWF) al estudio CITA GO-ON
- Fatiga post ictus ¿Qué sabemos? y propuesta de tratamiento.

Podéis encontrar toda la información así como la inscripción en el siguiente enlace:

<https://www.cofpv.org/es/cursos/2025/sen/sen.asp> (<https://www.cofpv.org/es/cursos/2025/sen/sen.asp>)

Acceder a la noticia (<https://www.coficam.org/comunicacion/noticias/2079/Webinar-gratuito-PRESENTACION-SECCION-DE-NEUROFISIOTERAPIA-DE-LA-SEN-SOCIEDAD-ESPAÑOLA-DE-NEUROLOGIA->)

Consejo General de Colegios de Fisioterapeutas de España

(<https://twitter.com/cgcfte>)

(<https://www.facebook.com/pages/Consejo-General-de-Colegios-de-Fisioterapeutas-de-Espa%C3%B1a/570721846402107?ref=ts>)

(<https://www.youtube.com/channel/UCgkplVew8u4IURFrMujEfw>)

(<https://www.instagram.com/consejofisioterapia/>)

consejofisioterapia/)

- Política de cookies (política-de-cookies)
- Aviso legal (aviso-legal)
- Política de privacidad (política-de-privacidad)



Miembro de la Unión Profesional (<http://www.unionprofesional.com/>)

Desarrolla ViaFisio, S.L. - www.viafisio.com (<https://www.viafisio.com/>)

Esta página web usa cookies

Este sitio web utiliza cookies para que usted tenga la mejor experiencia de usuario. Puedes obtener más información aquí: Más información (política-de-cookies)


PUBLICIDAD

TECNOLOGÍA

Crean un bolígrafo capaz de detectar el párkinson en sus etapas iniciales gracias a la inteligencia artificial


El dispositivo, desarrollado por la Universidad de California (EEUU), utiliza una tinta magnética que permite establecer diferencias en los trazos con una precisión superior al 96%



 Alamy Stock Photo

Un hombre utilizando un bolígrafo para escribir con su mano derecha

Diego Pinilla

 Madrid - Publicado el 11 jun 2025, 16:31 - Actualizado 11 jun 2025, 16:37
3 min lectura



Más directos



COPE emisión nacional
HERRERA EN COPE
Con Carlos Herrera

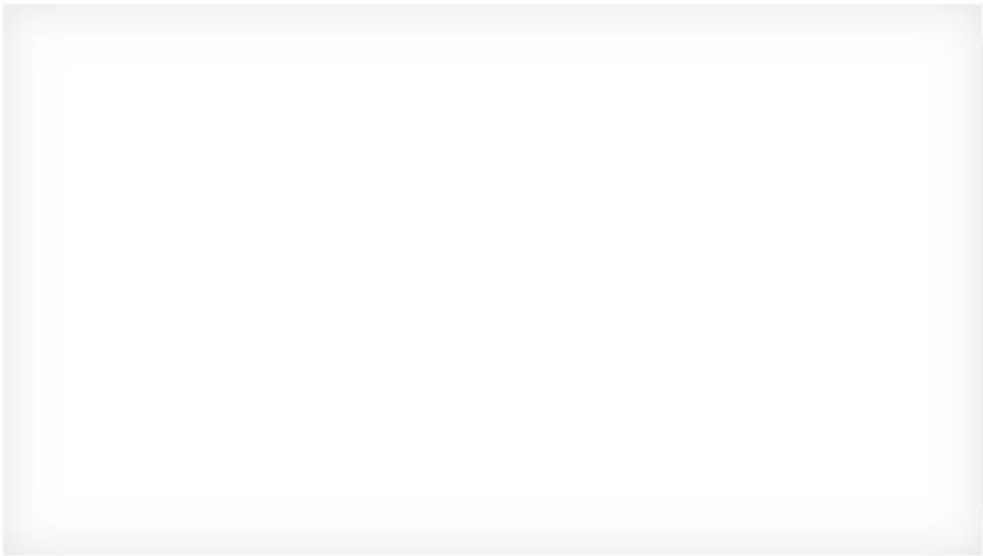


edad de
el

segundo trastorno neurodegenerativo más frecuente después del Alzheimer en nuestro país, y se calcula que unas 10.000 personas son diagnosticadas cada año. La detección temprana es esencial y, por suerte, en los últimos días han llegado muy buenas noticias provenientes de la **Universidad de California** ([Estados Unidos](#)) en este ámbito.

Investigadores de esta institución han creado un bolígrafo con tinta magnética que, gracias a la [inteligencia artificial](#), podría ayudar a detectar la enfermedad en sus primas fases. Los **resultados** del estudio ha sido publicado en la [revista](#) 'Nature Chemical Engineering' y son muy prometedores: de las 16 personas en las que se ha probado este innovador sistema, el bolígrafo ha sido capaz de distinguir a los pacientes con párkinson con **una precisión superior al 96%**.

PUBLICIDAD



FUNCIONAMIENTO DEL DISPOSITIVO



COPE emisión nacional
HERRERA EN COPE
Con Carlos Herrera

Más directos


se



inque no
esos

datos y **detecta si la persona que ha utilizado ese bolígrafo está en una fase inicial de Parkinson.**



 Alamy Stock Photo

Varias personas haciendo ejercicios en un centro de día para pacientes con párkinson

Asimismo, **Gary Chen, autor principal del estudio** y doctorando en la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA), ha explicado que el dispositivo puede detectar tanto pequeños movimientos como los de alta frecuencia, una combinación ideal para analizar los temblores de la mano (tan característicos del párkinson). "**Lo vemos como una [tecnología](#) muy prometedora**", ha asegurado.

CÓMO AFECTA EL PÁRKINSON A QUIENES LO PADECEN

A pesar de ser una [enfermedad](#) cada vez más visible, muchos casos aún se diagnostican tarde, lo que retrasa el inicio de tratamientos que pueden aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Además, es **difícil de detectar porque se manifiesta con una amplia variedad de [síntomas](#)**. Los más característicos son el temblor en reposo, la rigidez muscular, la lentitud de movimientos y las

Más directos

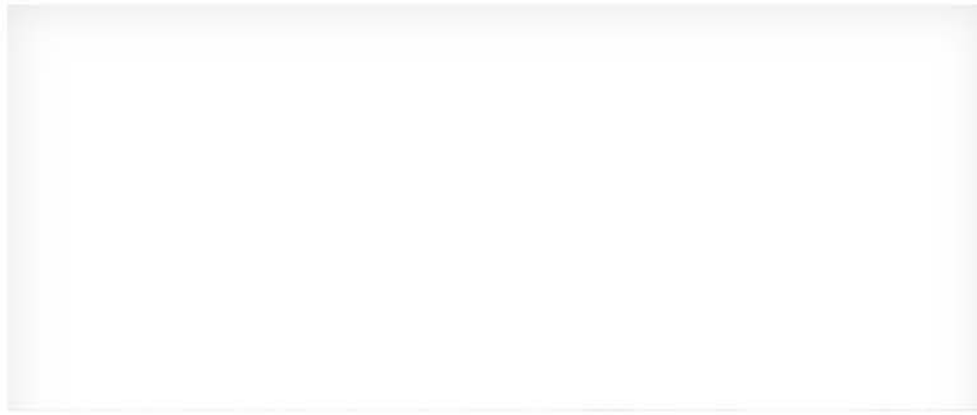


COPE emisión nacional

HERRERA EN COPE

Con Carlos Herrera





Sin embargo, no todos los pacientes presentan los mismos síntomas y tampoco se manifiestan con la misma intensidad. Además de las dificultades motoras ya mencionadas, pueden aparecer síntomas no motores tan graves como depresión, ansiedad, problemas de sueño, fatiga o deterioro cognitivo. Todos ellos **pueden afectar significativamente la autonomía de los [pacientes](#)** y su calidad de vida, especialmente en fases avanzadas de la enfermedad.

PUBLICIDAD

Más directos



COPE emisión nacional
HERRERA EN COPE
 Con Carlos Herrera



De la misma forma, también hay que decir que los [familiares](#), cuidadores y el entorno más cercano de los enfermos de párkinson cumplen con un papel fundamental al mismo tiempo que difícil. A medida que avanza la enfermedad, muchas personas necesitan una ayuda constante para realizar cualquier actividad cotidiana, y esto puede generar una carga emocional, física y económica muy desafiante, por lo que conviene dejarse ayudar por los profesionales siempre que sea posible.

CONTENIDOS RELACIONADOS

El error que muchos españoles cometemos al recibir una llamada de spam: no cuelgues nunca sin hacer esto

Más directos



COPE emisión nacional

HERRERA EN COPE

Con Carlos Herrera





[Inicio](#) > [Actualidad](#) > [Noticias](#) > El Dr. Pablo Irimia, premiado por su contribución científica en torno a las cefaleas

NEUROLOGÍA

El Dr. Pablo Irimia, premiado por su contribución científica en torno a las cefaleas

La Sociedad Española de Neurología ha reconocido su trayectoria investigadora y su impulso a la promoción de la salud sobre este trastorno que afecta, de manera crónica, al 4% de la población



El Dr. Irimia en el Departamento de Neurología.

11 de junio de 2025

La Sociedad Española de Neurología (SEN) ha concedido al [Dr. Pablo Irimia](#), especialista del [Departamento de Neurología](#) de la Clínica Universidad de Navarra, el "Premio SEN Cefaleas" por su amplia labor científica en torno a los diferentes tipos de [cefaléas](#).

El Dr. Irimia es doctor en Medicina por la Universidad de Navarra y autor de más de 100 artículos publicados en diferentes revistas científicas. El pasado mes de enero, la Academia Europea de Neurología le nombró [líder del comité organizador](#) de un congreso de esta entidad, que tendrá lugar en Helsinki entre el 29 de junio y el 2 de julio. Además, ha ejercido como miembro de numerosas sociedades y grupos científicos.



Dr. Irimia afirmó recientemente que "[vivimos una revolución contra la migraña](#) gracias a los nuevos fármacos que han demostrado ser claramente eficaces como nuevos tratamientos preventivos y con una tolerancia excelente". La cefalea

[democrata.es](https://www.democrata.es)

Presentan en el Congreso un documento de consenso para el abordaje de un tipo raro de tumor cerebral

Javier Granda Revilla

7-9 minutos

Hoy es el Día Mundial del Tumor Cerebral y, esta semana, profesionales sanitarios, sociedades científicas, pacientes y expertos en políticas públicas han presentado un documento de consenso para el abordaje del glioma de bajo grado con mutación IDH.

Este tipo de tumor cerebral raro presenta mayor incidencia en jóvenes de entre 35 y 45 años y carece de nuevos tratamientos desde hace dos décadas.

Durante la jornada, el grupo de trabajo multidisciplinar presentó las principales conclusiones para un cambio de paradigma de la enfermedad en España ante los portavoces parlamentarios del ámbito de la sanidad.

Este documento ha sido elaborado por sociedades científicas como GEINO (Grupo Español de Investigación en Neurooncología), GETTI (Grupo Español de Oncología Transversal de Tumores Huérfanos e Infrecuentes) o SENECS (Sociedad Española de Neurología), entre otras, así como por las asociaciones de pacientes como ASTUCE o GEPAC. Ha sido auspiciado por Servier.

Los gliomas de bajo grado con mutación IDH se sitúan entre la intersección de la oncología y las enfermedades raras, por lo que su diagnóstico supone un gran impacto emocional en los pacientes y sus seres queridos. La resección y el tratamiento con radioterapia y/o quimioterapia es la única opción terapéutica desde hace dos décadas, pero es muy limitante ya que tiene efectos devastadores a largo plazo.

El 80% de los pacientes diagnosticados con un tumor cerebral sufren disfunción cognitiva tras el tratamiento. La supervivencia de la enfermedad es de 10 años con una recurrencia en los primeros cinco años tras la intervención de entre el 50 y el 60%.

Marina Pollán, directora del Instituto de Salud Carlos III, afirmó que “desde el Instituto de Salud Carlos III y en representación del Ministerio de Ciencia, estamos encantados de apoyar iniciativas que sigan impulsando la investigación biomédica y sanitaria, y que sigan ayudando a que nuestro sistema científico y nuestro Sistema Nacional de Salud refuercen la capacidad de la ciencia de mejorar la salud de las personas”.

Por su parte, José Luis Mantas, paciente con este tipo de glioma y presidente de ASTUCE afirmó que “muchos pacientes pasan meses, incluso años, buscando respuestas a síntomas que van empeorando sin un diagnóstico claro. Y cuando finalmente lo reciben, se enfrentan no solo a una enfermedad incurable, sino a un escenario de incertidumbre” e insistió en que “necesitamos un sistema que mire más allá del tumor y vea a la persona. Que entienda que, detrás de cada paciente, hay una historia, una familia, un proyecto de vida interrumpido”.

Acceso acelerado a la innovación

Durante más de 20 años, los pacientes con este tipo de glioma han tenido un acceso limitado a innovaciones terapéuticas que mejoren el

abordaje de la enfermedad, con un impacto significativo en la calidad de vida. Además de esta situación, el tiempo que transcurre desde el desarrollo de un fármaco hasta su disponibilidad para los pacientes sigue siendo un desafío, los procesos de autorización y financiación de nuevos tratamientos son largos y complejos, lo que contribuye al retraso en la llegada de innovaciones.

Por ello, los expertos proponen establecer mecanismos para acelerar la evaluación, autorización y procesos de precio y financiación de nuevos fármacos aprobados por la Agencia Europea del Medicamento, así como fomentar un acceso más ágil a la medicina de precisión como las terapias dirigidas y la secuenciación molecular.

Pilar Rodríguez, directora de Acceso al Mercado y Regulatory de Servier indicó que el grupo dedica cerca del 70% del presupuesto de I+D a la oncología “El compromiso de Servier en este campo se centra en pacientes con pocas opciones terapéuticas, especialmente aquellos con tumores poco frecuentes causados por mutaciones genéticas. Estamos desarrollando con resultados alentadores terapias dirigidas para tratar los gliomas de bajo grado con mutaciones en el gen IDH. Son terapias enfocadas en la medicina de precisión, donde los tratamientos se adaptan a las características específicas de cada tumor”.

Falta de registro de datos

Cada año se diagnostican 5.000 nuevos casos de tumores cerebrales en España, lo que supone el 2% de los cánceres diagnosticados en adultos, según datos de la Sociedad Española de Neurología. Los gliomas de segundo grado con mutación IDH1 o IDH2 representan alrededor del 20% de la incidencia total de tumores cerebrales y del sistema nervioso central.

La enfermedad se caracteriza por su complejidad clínica y terapéutica. Además, debido a su carácter poco frecuente, los datos

sobre la incidencia de estos gliomas es baja comparada con otros tipos de cáncer por lo que los expertos subrayan la necesidad de reforzar el Registro Nacional de Tumores del Sistema Nervioso Central (RETSINE).

Impacto en la vida del paciente y sus familiares

El diagnóstico de una enfermedad incurable tiene un fuerte impacto emocional tanto en el paciente como en sus seres queridos y familiares que también ven afectada su vida personal y laboral al asumir el papel de cuidadores.

El apoyo psicológico es clave durante todas las etapas de la enfermedad tanto para los pacientes como para sus familiares para reducir su malestar. Actualmente las asociaciones de pacientes suponen un gran apoyo emocional y facilitan a los pacientes el acceso a información de muchos tipos, ofreciendo desde asesoría jurídica hasta información sobre ensayos clínicos a los que puedan optar.

Por ello, asociaciones como GEPAC o ASTUCE reclaman que los pacientes tengan acceso directo a ellas desde el momento del diagnóstico en consulta y señalan la inequidad en el tratamiento según la comunidad autónoma en la que vivan, pues se enfrentan a diferentes modelos de atención y sus posibilidades de acceso a tratamientos experimentales son desiguales. Además, el grupo de trabajo reclama en su decálogo de propuestas la participación efectiva de los pacientes en los procesos regulatorios.

Begoña Barragán, presidenta de GEPAC sostuvo que la futura Ley de los Medicamentos y Productos Sanitarios “tiene la oportunidad de hacerlo real ya que no solo es un acto de justicia, sino también una oportunidad para hacer más humano, equitativo y cercano a la realidad el sistema sanitario”. Como paciente, recalcó conocer “los efectos colaterales del sistema: los retrasos, las inequidades o la

burocracia que a veces duele más que la enfermedad”.

Sobre el grupo de trabajo y el documento de consenso

El documento de consenso ‘Perspectivas para el abordaje integral del glioma de bajo grado con mutación IDH’ ha sido elaborado por un grupo de trabajo multidisciplinar en el que han participado: ASTUCE Spain (Asociación de Pacientes de Tumores Cerebrales y del Sistema Nervioso Central); GEINO (Grupo Español de Investigación en Neurooncología); GETTHI (Grupo Español de Oncología Transversal de Tumores Huérfanos e Infrecuentes); SENECS (Sociedad Española de Neurocirugía); GEPAC (Grupo Español de Pacientes con Cáncer); SEAP-IAP (Sociedad Española de Anatomía Patológica); SEHOP (Sociedad Española de Hematología y Oncología Pediátricas); SEN (Sociedad Española de Neurología); SENECS (Sociedad Española de Neurocirugía); SENR (Sociedad Española de Neurorradiología) y SEOR (Sociedad Española de Oncología Radioterápica).

El documento, impulsado por Servier, contiene propuestas dirigidas a las administraciones sanitarias para mejorar el diagnóstico, la atención integral, el acceso equitativo a tratamientos innovadores y el refuerzo del apoyo social y económico a las personas afectadas.



PUBLICIDAD

SOCIEDAD

"La miastenia gravis suele debutar con visión doble o con caída de los párpados"

Esta enfermedad poco frecuente, pero potencialmente grave, afecta a aproximadamente 10.000 personas en España. Cada año se producen unos 700 nuevos diagnósticos, según cifras de la Sociedad Española de Neurología (SEN)



El doctor Enrique Corredera es especialista en neurología. AEP



MARTA MENÁN

12/JUN/25 - 08:43

ACTUALIZADO: 12/JUN/25 - 15:35



La **miastenia gravis** es una enfermedad poco frecuente, pero potencialmente grave, que en España afecta a aproximadamente 10.000 personas, con unos 700 nuevos diagnósticos anuales, según las cifras que ofreció la Sociedad Española de Neurología (SEN) en vísperas del Día Mundial de la Lucha contra la Miastenia, el 2 de junio. Esta conmemoración sirve para informar sobre una dolencia autoinmune poco conocida, como asevera **Enrique Corredera**.

¿Cuáles son los primeros síntomas que suele percibir un paciente de miastenia gravis?

Puede ser cualquiera que indique debilidad muscular y en cualquier localización del cuerpo, pero frecuentemente debuta con visión doble por debilidad de la musculatura que mueve los ojos o caída de los párpados. También es frecuente que empiece con debilidad para masticar, tragar o incluso para hablar.

PUBLICIDAD

Concentración por la muerte de la vecina de Moraña

Watch More



[elcorreoweb.es](https://www.elcorreoweb.es)

Insomnio familiar fatal, la enfermedad que quita el sueño y ha matado a 35 personas de una misma familia en Jaén

Rafa Sardiña

6-7 minutos

El **insomnio familiar fatal (IFF)** es una enfermedad rara que afecta a muy pocos, pero sus consecuencias son terribles. **Antonio Lamelas ha sido testigo de la muerte de "aproximadamente 35 personas" de su entorno familiar**, entre ellos su hijo. La mayoría de los afectados proceden de la Sierra de Segura, en [Jaén](#).

En esta comarca andaluza, que limita con las provincias de [Albacete](#), Ciudad Real y Granada, y con apenas 20.000 habitantes, se concentran la mayoría de los casos. Sin embargo, dado que es una zona que tradicionalmente ha enviado emigrantes a otras comunidades autónomas como Cataluña o País Vasco, **la incidencia de la enfermedad está "desperdigada"**, como nos explica en una conversación telefónica.

Se trata de una enfermedad "relacionada con los ciclos de vigilia y el sueño", señala a este diario la **doctora Celia García Malo**, Coordinadora del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la Sociedad Española de Neurología. "Produce [insomnio](#), pero no el común que todos hemos experimentado en algún momento de nuestra vida. Es una incapacidad total para dormir,

debido a que se degenera el tálamo, que es el centro que regula los ciclos de sueño y vigilia".

"Las familias con síndrome familiar fatal han transmitido la mutación de generación en generación"

Qué es el insomnio familiar fatal

Es una enfermedad hereditaria que afecta principalmente una parte del cerebro llamada tálamo, que controla el ciclo sueño-vigilia. El insomnio familiar fatal es una patología progresiva y neurodegenerativa que forma parte de las enfermedades producidas por priones (trastornos degenerativos progresivos del encéfalo). En muchos de los casos está causada por una mutación en el gen PRNP. Esta mutación resulta en una proteína prionica anormal, en que el aminoácido asparagina reemplaza al ácido aspártico en la posición 178 de la proteína priónica (PrP).

El gen que pasa de padres a hijos

No hay registros oficiales de cuántas personas en nuestro país sufren o han sufrido insomnio familiar fatal. La neuróloga señala que el término "familiar" se refiere a su carácter hereditario. Está causada por una mutación en un gen, que tiene el 50% de probabilidades de ser transmitida a los descendientes.

Sin embargo, también hay personas que, sin **antecedentes familiares**, sufren la mutación y la pueden transmitir a sus hijos. Sobre por qué hay más casos en la provincia de Jaén, la doctora García Malo recalca que "no hay un factor ambiental" que sea responsable. "Las familias afectadas por esta enfermedad han transmitido la mutación de generación en generación".

En el caso de Antonio Lamelas, que ha realizado un estudio del **árbol genealógico**, la enfermedad ha afectado a distintas ramas de la

familia. "No solo en Jaén, sino también en otras ciudades como Badalona, Mataró o [Zaragoza](#)".

"Muchas personas no quieren saber si tienen la mutación"

La única manera de "anticiparse" a la enfermedad y saber si alguien tiene la mutación es realizarse una prueba genética. No obstante, es un "tema ético complicado", como subraya la especialista, porque "depende de cada persona, ya que es dueño de su propia información".

Pero, aunque la prueba pueda confirmar la presencia de la mutación del gen responsable del insomnio familiar fatal, **"no se puede predecir con exactitud cuándo aparecerán los síntomas"**. E incluso "podría fallecer por otra causa antes de que se desarrolle la sintomatología".

"Mi hijo Vicente perdió habilidades básicas como la deglución de alimentos y controlar su cuerpo"

Existen unidades especializadas en los hospitales españoles que ofrecen consejo genético a las familias. "Es útil especialmente para quienes planean tener hijos, ya que se puede realizar una selección genética para prevenir que los hijos hereden la mutación".

La mujer de Antonio es portadora del gen que causa la enfermedad, sin embargo, "no lo ha desarrollado de momento". **Su hijo Vicente falleció con 42 años**. Ahora, sus nietos tienen el 50% de probabilidades de sufrir insomnio familiar fatal. "Hay mucha gente que no se la quiere hacer porque si das positivo es un auténtico sinvivir. Es una lotería".

Los síntomas progresan rápidamente y los pacientes

| experimentan un deterioro considerable en su vida diaria

Causa la muerte rápidamente

Antonio se dio cuenta de que algo no iba bien cuando su hijo empezó a experimentar "extraños síntomas". "Al principio arrastraba un pie, luego la situación se fue agravando. Finalmente, **le realizaron las pruebas y, efectivamente, confirmaron que padecía la enfermedad**".

Las personas con insomnio familiar fatal no llegan a alcanzar en ningún momento la **fase REM**, que es clave en el descanso. La falta de sueño tiene efectos terribles en el [cerebro](#), que comienza a deteriorarse a toda velocidad. "Mi hijo Vicente perdió habilidades básicas como deglución de comida y controlar su cuerpo".

El IFF suele manifestarse en personas de entre 30 y 60 años. La evolución, como destaca la doctora García Malo a ['Guías de Salud'](#), es bastante rápida. "En unos pocos meses, los pacientes pueden experimentar una serie de síntomas neurológicos que no son normales y que llaman la atención de los familiares, lo que los lleva a consultar al médico. El insomnio, los [problemas de memoria](#), y las alteraciones del movimiento, progresan rápidamente".

No son los únicos síntomas: también son frecuentes las sacudidas musculares, alucinaciones visuales, y dificultad para mover los ojos. "Esto genera un impacto negativo en la **calidad de vida** de quienes la sufren, puesto que los síntomas se agravan cada día y experimentan un deterioro considerable".

No hay tratamiento para esta enfermedad. "Se han probado tratamientos inmunológicos, corticoides y terapias biológicas, pero con poco éxito. Cuando los síntomas progresan, se administran fármacos para mitigar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida, pero no existe un tratamiento curativo", recalca la neuróloga.

Aunque se desconoce el alcance real de la enfermedad, se calcula que hay unas 300 personas portadoras en España que lo desarrollan. A través de su testimonio, Antonio **reclama más investigación** para una enfermedad hereditaria en la que hay un 50 % de probabilidades de que se transmita de padres a hijos.

[eleconomista.es](https://www.eleconomista.es)

Cuál es el dolor más intenso que puede sufrir una persona: el 0,3% de la población en España lo experimentará alguna vez en su vida

Arianna Villaescusa

3-4 minutos

Como bien sabemos, **el dolor es una sensación subjetiva muy difícil de cuantificar**, puesto que cada persona lo puede percibir de forma distinta. Entre los **factores que pueden influir están algunos como** la genética, el funcionamiento del sistema nervioso, el contexto social y cultural, la estructura corporal... Por este motivo, aunque resulta muy complejo **determinar exactamente cuál es el dolor más intenso que puede experimentar un ser humano**, médicos y científicos han logrado llegar a un consenso común después de varios estudios.

Según estos, el dolor más intenso es **la neuralgia del trigémino o "tic doloroso"**. Esta afección causa un dolor intenso, **similar al de una descarga eléctrica en un lado de la cara**, debido a un nervio que se encarga de transportar señales de la cara al cerebro. En estos caso, incluso una ligera caricia o un roce puede dar lugar a una descarga de dolor, que aunque suele ser momentánea, puede llegar a mantenerse en el tiempo.

La Sociedad Española de Neurología (SEN) que **el 0,3% de la población en España llegará a desarrollar neuralgia del**

trigémينو a lo largo de su vida, un dolor que afecta a más de 35.000 personas, siendo más común en mujeres que en hombres y normalmente a partir de los 50 años.

Ver Más

El problema del diagnóstico tardío

Normalmente, el dolor se produce en la zona del pómulo y la mandíbula, aunque en algunos casos los pacientes pueden experimentar dolor en la zona ocular, no suele ser lo más habitual. Uno de los principales inconvenientes de esto es que **en casi la mitad de los casos los pacientes obtienen un diagnóstico erróneo**, lo que provoca un retraso en su correcta valoración.

Este intenso malestar se produce por la **interrupción de la función del nervio trigémينو**, por ejemplo, por el contacto entre un vaso sanguíneo y este nervio. Otras causas de este pueden ser la esclerosis múltiple, un tumor, un accidente cerebrovascular o un traumatismo facial.

En general, el tratamiento de la neuralgia del trigémينو **requiere de medicamentos, aunque con el paso del tiempo puede ser que estos no resulten suficientes**, llegando incluso a experimentar efectos secundarios desagradables. En este tipo de casos, **es posible que sean necesarias inyecciones o cirugía**. Si el trastorno se debe a otra causa como la esclerosis múltiple, puede que sea necesario un tratamiento específico.

Relacionados

- [Un niño fue al hospital para tratarse un dolor abdominal y acabó muriendo por la mala actuación de dos pediatras: más de 150.000 euros recibió la familia](#)
- [Este simple estiramiento de 30 segundos puede aliviar el dolor](#)

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

Insomnio familiar fatal, la enfermedad que quita el sueño y ha matado a 35 personas de una misma familia en Jaén

Rafa Sardiña

6-8 minutos

El **insomnio familiar fatal (IFF)** es una enfermedad rara que afecta a muy pocos, pero sus consecuencias son terribles. **Antonio Lamelas ha sido testigo de la muerte de "aproximadamente 35 personas" de su entorno familiar**, entre ellos su hijo. La mayoría de los afectados proceden de la Sierra de Segura, en [Jaén](#).

En esta comarca andaluza, que limita con las provincias de [Albacete](#), Ciudad Real y Granada, y con apenas 20.000 habitantes, se concentran la mayoría de los casos. Sin embargo, dado que es una zona que tradicionalmente ha enviado emigrantes a otras comunidades autónomas como Cataluña o País Vasco, **la incidencia de la enfermedad está "desperdigada"**, como nos explica en una conversación telefónica.

Se trata de una enfermedad "relacionada con los ciclos de vigilia y el sueño", señala a este diario la **doctora Celia García Malo**, Coordinadora del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la Sociedad Española de Neurología. "Produce [insomnio](#), pero no el común que todos hemos experimentado en algún momento de nuestra vida. Es una incapacidad total para dormir,

debido a que se degenera el tálamo, que es el centro que regula los ciclos de sueño y vigilia".

"Las familias con síndrome familiar fatal han transmitido la mutación de generación en generación"



Antonio Lamelas y su mujer, junto a su hijo, que falleció por el insomnio familiar fatal / Cedida por la familia

Qué es el insomnio familiar fatal

Es una enfermedad hereditaria que afecta principalmente una parte del cerebro llamada tálamo, que controla el ciclo sueño-vigilia. El insomnio familiar fatal es una patología progresiva y neurodegenerativa que forma parte de las enfermedades producidas por priones (trastornos degenerativos progresivos del encéfalo). En muchos de los casos está causada por una mutación en el gen PRNP. Esta mutación resulta en una proteína prionica anormal, en que el aminoácido asparagina reemplaza al ácido aspártico en la posición 178 de la proteína priónica (PrP).

El gen que pasa de padres a hijos

No hay registros oficiales de cuántas personas en nuestro país sufren o han sufrido insomnio familiar fatal. La neuróloga señala que el término "familiar" se refiere a su carácter hereditario. Está causada por una mutación en un gen, que tiene el 50% de probabilidades de ser transmitida a los descendientes.

Sin embargo, también hay personas que, sin **antecedentes familiares**, sufren la mutación y la pueden transmitir a sus hijos. Sobre por qué hay más casos en la provincia de Jaén, la doctora García Malo recalca que "no hay un factor ambiental" que sea responsable. "Las familias afectadas por esta enfermedad han transmitido la mutación de generación en generación".





Imágenes del banco de cerebros de la Fundación CIEN, en Madrid. /

José Luis Roca

En el caso de Antonio Lamelas, que ha realizado un estudio del **árbol genealógico**, la enfermedad ha afectado a distintas ramas de la familia. "No solo en Jaén, sino también en otras ciudades como Badalona, Mataró o [Zaragoza](#)".

"Muchas personas no quieren saber si tienen la mutación"

La única manera de "anticiparse" a la enfermedad y saber si alguien tiene la mutación es realizarse una prueba genética. No obstante, es un "tema ético complicado", como subraya la especialista, porque "depende de cada persona, ya que es dueño de su propia información".

Pero, aunque la prueba pueda confirmar la presencia de la mutación del gen responsable del insomnio familiar fatal, **"no se puede predecir con exactitud cuándo aparecerán los síntomas"**. E incluso "podría fallecer por otra causa antes de que se desarrolle la sintomatología".

"Mi hijo Vicente perdió habilidades básicas como la deglución de alimentos y controlar su cuerpo"

Existen unidades especializadas en los hospitales españoles que ofrecen consejo genético a las familias. "Es útil especialmente para quienes planean tener hijos, ya que se puede realizar una selección genética para prevenir que los hijos hereden la mutación".

La mujer de Antonio es portadora del gen que causa la enfermedad, sin embargo, "no lo ha desarrollado de momento". **Su hijo Vicente falleció con 42 años.** Ahora, sus nietos tienen el 50% de probabilidades de sufrir insomnio familiar fatal. "Hay mucha gente que no se la quiere hacer porque si das positivo es un auténtico sinvivir. Es una lotería".

Los síntomas progresan rápidamente y los pacientes experimentan un deterioro considerable en su vida diaria



Imágenes de escáner de un cerebro / Redacción

Causa la muerte rápidamente

Antonio se dio cuenta de que algo no iba bien cuando su hijo empezó a experimentar "extraños síntomas". "Al principio arrastraba un pie, luego la situación se fue agravando. Finalmente, **le realizaron las pruebas y, efectivamente, confirmaron que padecía la enfermedad**".

Las personas con insomnio familiar fatal no llegan a alcanzar en ningún momento la **fase REM**, que es clave en el descanso. La falta de sueño tiene efectos terribles en el [cerebro](#), que comienza a deteriorarse a toda velocidad. "Mi hijo Vicente perdió habilidades

básicas como deglución de comida y controlar su cuerpo".

El IFF suele manifestarse en personas de entre 30 y 60 años. La evolución, como destaca la doctora García Malo a ['Guías de Salud'](#), es bastante rápida. "En unos pocos meses, los pacientes pueden experimentar una serie de síntomas neurológicos que no son normales y que llaman la atención de los familiares, lo que los lleva a consultar al médico. El insomnio, los [problemas de memoria](#), y las alteraciones del movimiento, progresan rápidamente".

No son los únicos síntomas: también son frecuentes las sacudidas musculares, alucinaciones visuales, y dificultad para mover los ojos. "Esto genera un impacto negativo en la **calidad de vida** de quienes la sufren, puesto que los síntomas se agravan cada día y experimentan un deterioro considerable".

No hay tratamiento para esta enfermedad. "Se han probado tratamientos inmunológicos, corticoides y terapias biológicas, pero con poco éxito. Cuando los síntomas progresan, se administran fármacos para mitigar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida, pero no existe un tratamiento curativo", recalca la neuróloga.

Aunque se desconoce el alcance real de la enfermedad, se calcula que hay unas 300 personas portadoras en España que lo desarrollan. A través de su testimonio, Antonio **reclama más investigación** para una enfermedad hereditaria en la que hay un 50 % de probabilidades de que se transmita de padres a hijos.



(<https://www.facebook.com/profile.php?id=100057487927901>)



([https://twitter.com/](https://twitter.com/mashup_web)

mashup_web)

[Partneras \(/es/partners\)](#)

[Contacto](#)

[Términos y condiciones de uso \(/modalite/es\)](#)



El neurólogo y director de la fundación donostiarra Cita Alzheimer, Pablo Martínez-Lage, galardonado por su labor científica

<https://s3.ppllstatics.com/diariovasco/www/multimedia/2025/06/09/PREMIOS-MED.jpg>

09/06/2025 10:33

También ha sido premiado por la Sociedad Española de Neurología el neurólogo vasco Juan Carlos Gómez

Leer más en El Diario Vasco → (<https://www.diariovasco.com/gipuzkoa/neurologo-director-fundacion-donostiarra-cita-alzheimer-pablo-20250609102504-nt.html>)



José María Prieto recibe el Premio SEN de Enfermedades Neurológicas

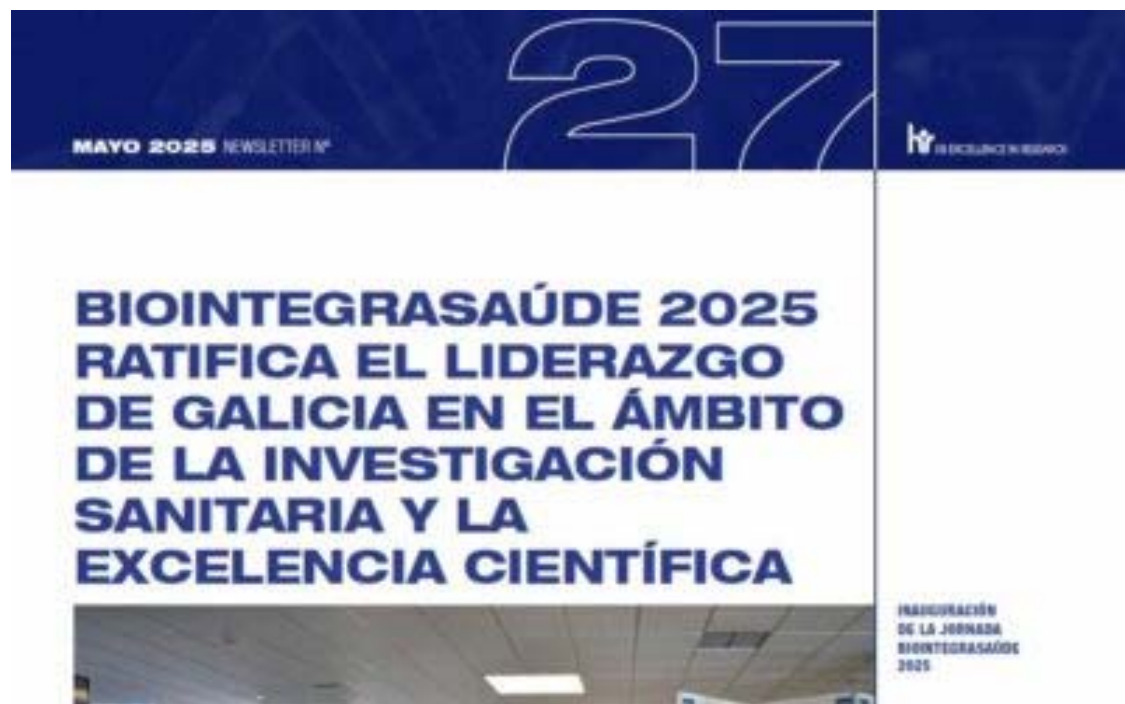
11 June 2025

Santiago de Compostela, 21 de enero de 2025. José María Prieto, líder del grupo de Investigación en Enfermedades Neurológicas (ITEN) del IDIS y jefe de Neurología del Hospital Clínico de Santiago, ha sido galardonado con el Premio SEN Enfermedades Neurológicas que otorga la Sociedad Española de Neurología, y que tiene como objetivo reconocer la labor que, tanto en el campo científico como en el social, han desarrollado personas, entidades e instituciones en el campo de la Neurología.

Prieto es miembro activo de diversas sociedades médicas, entre ellas, ostenta el cargo de presidente de la Sociedad Gallega de Neurología, es académico corresponsal en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia; y miembro del Comité de expertos para el tratamiento de la esclerosis múltiple de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Xunta de Galicia. Además, ejerce como docente de Neurología en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela.

En el campo de la investigación, le avalan más de 150 publicaciones científicas y 40 proyectos de investigación y ensayos clínicos desarrollados, trabajos que le sitúan como una referencia en el estudio de enfermedades como la esclerosis múltiple.

Más noticias



IDIS monthly newsletter – May 2025

3 June 2025

The IDIS bulletin for the month of May 2025 is now available. You can download it in PDF [here](#).

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

El medio de transporte que se utiliza puede aumentar o disminuir el riesgo de sufrir demencia, según un estudio

C. Amanda Osuna

4-5 minutos



Una pareja de mayores usando la bicicleta (AdobeStock)

Investigadores de la Universidad de Ciencia y Tecnología de Huazhong (China) y de la Universidad de Sydney (Australia) han descubierto que un **uso habitual de la bicicleta** como medio de transporte puede reducir significativamente el riesgo de desarrollar **demencia** en las personas mayores.

El estudio, publicado en la revista *JAMA Network Open*, analizó los datos médicos del Biobanco del Reino Unido para determinar qué **formas de movilidad cotidiana**, especialmente aquellas que

implican actividad física y navegación espacial, podrían tener mayor impacto en la prevención de [enfermedades neurodegenerativas](#).

Aunque investigaciones anteriores ya habían vinculado tanto el ejercicio físico como actividades que requieren **orientación espacial** (como conducir taxis o ambulancias) con una menor incidencia de demencia, este nuevo trabajo se propuso identificar específicamente cuál de estas actividades cotidianas podría resultar proteger más contra la [demencia](#).

Para ello, el equipo examinó los historiales médicos de 479.723 personas con una edad media de 56,5 años, todas ellas sin diagnóstico previo de demencia y en buen estado de salud al comienzo del seguimiento. A lo largo de 13 años, los investigadores evaluaron la aparición de **demencia en relación con el medio de transporte habitual** de los participantes, excluyendo los desplazamientos al trabajo.

Los resultados fueron reveladores: aquellos que utilizaban la **bicicleta** como forma principal de transporte —o combinaban su uso con otros medios— presentaron **tasas mucho más bajas de demencia** en comparación con quienes optaban por caminar, conducir o usar transporte público. Además, los ciclistas mostraban un mayor volumen en el hipocampo, una región cerebral esencial para la memoria y que suele verse afectada en etapas tempranas de la enfermedad de Alzheimer.

El efecto protector del ciclismo se observó en los tres tipos de demencia evaluados: Alzheimer, demencia de inicio temprano y demencia de inicio tardío. Asimismo, se halló una relación entre el beneficio obtenido y la **genética** de los individuos, ya que aquellos sin la variante del gen APOE $\epsilon 4$, asociado con un mayor riesgo de Alzheimer, experimentaron beneficios aún más notables, aunque quienes sí portaban esta variante también mostraron cierta

protección.

Así, los resultados de este estudio subrayan la importancia del ejercicio moderado, accesible y regular como **herramienta preventiva contra el deterioro cognitivo**. En particular, resalta el valor de promover el uso de la bicicleta entre los adultos mayores como una estrategia eficaz para preservar la salud cerebral a largo plazo.

0 seconds of 1 minute, 1 secondVolume 90%

Press shift question mark to access a list of keyboard shortcuts

Cinco Mitos Sobre La Alimentación Saludable - Bienestar

01:01

00:00

01:01

01:01

Cinco Claves Para Reducir El Riesgo De Demencia - Bienestar

Entre 500.000 y 600.000 personas sufren de **demencia** en España, siendo el **Alzheimer** la enfermedad más frecuente (entre el 50 y el 70% de los casos). Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), en 2050 existirán cerca de un millón de casos. En todo el mundo, son más de 60 millones de personas las que conviven con la enfermedad.

Para enfrentar este problema de salud pública, la prevención es clave. Se estima que hasta un 45% de los casos de demencia podrían evitarse reduciendo la exposición a **14 factores de riesgo** modificables, muchos de los cuales están relacionados con el estilo de vida. Estos incluyen la obesidad, la falta de ejercicio, el tabaquismo y otros comportamientos que comienzan a manifestarse desde la adolescencia y persisten a lo largo de la vida adulta.

ÚLTIMAS NOTICIAS



Silvia Alonso arremete en 'La revuelta' contra los titulares clickbait: "¿Cuántas noticias han sacado de 'la novia de Broncano presenta serie'?" (<https://inoticias.cl/index.php/detalle/silvia-alonso-arremete-en-la-revuelta-contra-los-titulares-928359>)

5 MINUTOS NOTICIAS ([HTTPS://INOTICIAS.CL/INDEX.PHP/CATEGORIA/NOTICIAS](https://inoticias.cl/index.php/categoria/noticias))



([https://](https://inoticias.cl/index.php/detalle/silvia-alonso-arremete-en-la-revuelta-contra-los-titulares-928359)

Silvia Alonso Arremete En 'La Revuelta' Contra Los Titulares Clickbait: "¿Cuántas Noticias Han Sacado De 'La Novia De Broncano Presenta Serie'?" ([Https://Inoticias.Cl/Index.Php/Detalle/Silvia-Alonso-Arremete-En-La-Revuelta-Contra-Los-Titulares-928359](https://inoticias.cl/index.php/detalle/silvia-alonso-arremete-en-la-revuelta-contra-los-titulares-928359))

5 MINUTOSNOTICIAS ([HTTPS://INOTICIAS.CL/INDEX.PHP/CATEGORIA/NOTICIAS](https://inoticias.cl/index.php/categoria/noticias))



Elisabeth Moss Recuerda La Parte Más Difícil De Rodar La Temporada Final De 'El Cuento De La Criada': "Pasamos Tres Días Dentro De Un Tren Pensando Cómo Hacerlo" ([Https://Inoticias.Cl/Index.Php/Detalle/Elisabeth-Moss-Recuerda-La-Parte-Mas-Dificil-De-Rodar-La-928360](https://inoticias.cl/index.php/detalle/elisabeth-moss-recuerda-la-parte-mas-dificil-de-rodar-la-928360))

5 MINUTOSNOTICIAS ([HTTPS://INOTICIAS.CL/INDEX.PHP/CATEGORIA/NOTICIAS](https://inoticias.cl/index.php/categoria/noticias))



([https://](https://inoticias.cl/index.php/detalle/acaba-de-estrenarse-en-streaming-uno-de-los-thrillers-mas-unicos-y-asombrosos-del-cine-espanol-reciente-una-ballena-928357)

Acaba De Estrenarse En Streaming Uno De Los Thrillers Más Únicos Y Asombrosos Del Cine Español Reciente: 'Una Ballena' ([Https://Inoticias.Cl/Index.Php/Detalle/Acaba-De-Estrenarse-En-Streaming-Uno-De-Los-Thrillers-Mas-928357](https://inoticias.cl/index.php/detalle/acaba-de-estrenarse-en-streaming-uno-de-los-thrillers-mas-928357))

5 MINUTOSNOTICIAS ([HTTPS://INOTICIAS.CL/INDEX.PHP/CATEGORIA/NOTICIAS](https://inoticias.cl/index.php/categoria/noticias))

El Medio De Transporte Que Se Utiliza Puede Aumentar O Disminuir El Riesgo De Sufrir Demencia, Según Un Estudio

23 HORAS, 25 MINUTOS • INFOBAE.COM ([HTTPS://INOTICIAS.CL/INDEX.PHP/FUENTE/INFOBAE.COM](https://inoticias.cl/index.php/fuente/infobae.com)) • INTERNACIONAL ([HTTPS://INOTICIAS.CL/INDEX.PHP/CATEGORIA/INTERNACIONAL](https://inoticias.cl/index.php/categoria/internacional))

El

medio de transporte que se utiliza puede aumentar o disminuir el riesgo de sufrir demencia, según un estudio




por Infobae.com

Las personas que utilizan la bicicleta en lugar de caminar o conducir tienen tasas más bajas de demencia



¡Noticias 24/7 en Telegram!
No te pierdas todas las Noticias en nuestro nuevo canal TELEGRAM [🗨](#)

Únete ahora:
INoticiasCL

 No ver más hoy





evolución» y «área terapéutica más reputada en Aparato Digestivo», en reconocimiento a su trayectoria a lo largo de los diez años de existencia del Monitor de Reputación Sanitaria (**MRS**), una iniciativa impulsada por el Monitor Empresarial de Reputación Corporativa

(**Merco**).

Estos reconocimientos ponen en valor la trayectoria y el compromiso de AbbVie con la innovación, el avance científico y la mejora de la calidad de vida de las personas. *«Estos galardones nos llenan de orgullo, pero sobre todo refleja el compromiso y la pasión con la que todos los que formamos parte de AbbVie trabajamos cada día. En un sector tan exigente como el nuestro, avanzar no es solo cuestión de resultados, sino de propósito. Y en AbbVie lo tenemos muy claro: trabajamos para mejorar la calidad de vida quienes conviven con enfermedades graves a través de la innovación científica, la sostenibilidad y un firme compromiso con la sociedad»,* afirma **Felipe Pastrana**, director general de AbbVie en España.

José María San Segundo, CEO de Merco, señala que hay una oportunidad para el sector farmacéutico de evolucionar a empresas de I+D a empresas más sociales. *«Ya no se les pide solo que aporten tratamientos y medicamentos que curen, sino que deben aportar además transparencia, responsabilidad social y comunicación. Es lo que más valoran sus stakeholders».*

La Sociedad Española de Neurología reconoce la excelencia científica y social con sus Premios SEN 2025

La Sociedad Española de Neurología (**SEN**) ha celebrado la entrega de los **Premios SEN**, reconociendo tanto **aportaciones científicas como sociales en el campo de la neurología**. En el





a pacientes neurológicos. Entre los galardonados se encuentran el cortometraje *Súbito*, asociaciones como Duchenne Parent Project España y ASTTA, iniciativas como el Programa REMS y el blog *mamatienemigraña.com*, así como figuras como el exembajador Hugh Elliott y la divulgadora Andrea Lozano.

En el plano científico, la SEN premió a destacados neurólogos por su trayectoria profesional y sus contribuciones al avance del conocimiento neurológico. Entre ellos, figuran especialistas como Joan Montaner, Gerardo Gutiérrez y Pablo Martínez-Lage, entre otros. Además, se otorgó la Mención de Honor, el mayor reconocimiento de la SEN, al Dr. Jorge Matias-Guiu, y se nombraron nuevos Miembros Numerarios de Honor, destacando a médicos como María Rosario Martín y Jordi Alom.

Durante el acto también se entregaron las acreditaciones de otros premios vinculados a la Reunión Anual de la SEN. Estos incluyeron reconocimientos a investigadores como Albert Lladó y Elena Natera, así como el II Premio Periodístico SEN, otorgado a Eva Corada (La Razón) y Laura Miyara (La Voz de Galicia), y el II Premio Mujer y Neurología, concedido a la organización Inspiring Girls, por su labor en fomentar el papel femenino en la ciencia.

anefp y Mujeres en Farma inician una colaboración para poner en valor el talento femenino en el sector Consumer Health



La Asociación para el Autocuidado de la Salud (**anefp**) y **Mujeres en Farma** comienzan una colaboración con un objetivo común: dar **visibilidad al papel de la mujer en la industria farmacéutica**, especialmente en el sector **Consumer Health**, como un sector referente en equidad e inclusión.

Viernes 13 de Junio de 2025

LaFolk

ARGENTINA

09/06/2025

La ciencia detecta un nuevo síntoma del Parkinson: cambios en el olor corporal



Fuente: telam

El hallazgo de que este trastorno neurodegenerativo modifica el sebo cutáneo abre la puerta a métodos más precisos y menos invasivos para su detección temprana

> El Los estudios comenzaron luego de que **Joy Milne**, una mujer con un sentido del olfato extraordinariamente agudo, identificara que el olor corporal de su esposo había cambiado mucho antes de que recibiera el diagnóstico de Parkinson, lo que llevó a los estudiosos a explorar la relación entre la enfermedad y las modificaciones en la piel.

En un inicio, Milne atribuyó el cambio en el olor de su esposo al estrés laboral. Con el tiempo, los profesionales de la salud confirmaron que el hombre padecía Parkinson. Esto llevó a los especialistas a investigar si **la enfermedad podía provocar modificaciones en el olor corporal**.

Se trata de una condición que permite a quienes la presentan percibir olores con una intensidad y sensibilidad mucho mayores que el promedio. En los casos más extremos, **esta capacidad puede resultar abrumadora y generar situaciones de estrés**, aunque en el caso de Milne fue clave para aportar información valiosa sobre la enfermedad.

Su habilidad permitió a los investigadores identificar un **síntoma que hasta ahora había pasado desapercibido** y que podría contribuir a mejorar la **detección temprana** del Parkinson.

De acuerdo con lo publicado por *20minutos*, el diagnóstico temprano resulta esencial para el manejo de la enfermedad. Identificar los síntomas en un pronto estadio permite mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen, ralentizar la progresión de la enfermedad y optimizar la efectividad de los tratamientos disponibles.

En España, la Sociedad Española de Neurología (SEN) estima que cada año se detectan 10.000 nuevos casos, lo que subraya la importancia de encontrar señales de alerta que permitan una intervención precoz.

El descubrimiento relacionado con el olor de la piel se suma a la lista de posibles indicadores tempranos del Parkinson, lo que podría facilitar la identificación de la

BOLETÍN DE NOTICIAS

Reciba todas las noticias actualizadas

RADIO EN VIVO



DEJA UN MENSAJE

Roberto Mangieri :

Vamos todos juntos por nuestra música,nuestra cultura de 22a 24 hs,... MUCHAS GRACIAS.....!!!!

Malena Olmos:

Folklore...siempre que suban esta musica..yo siempre

NUESTROS OYENTES



enfermedad en etapas iniciales. La investigación en torno a nuevos síntomas y señales de alerta resulta esencial, ya que el diagnóstico precoz permite a los pacientes acceder a **tratamientos más efectivos y mejorar su calidad de vida**, aunque la enfermedad no tenga cura.

El caso de Joy Milne ilustra cómo la combinación de investigación científica, observación clínica y circunstancias personales excepcionales puede conducir a **avances significativos** en el conocimiento de enfermedades complejas como el Parkinson.

Este hallazgo podría motivar el desarrollo de nuevas herramientas y protocolos para la detección temprana, lo que beneficiaría tanto a pacientes como a profesionales de la salud.

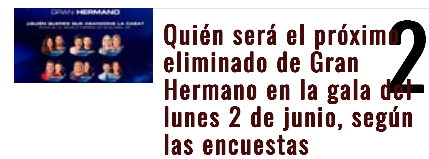
El Parkinson sigue siendo una **enfermedad neurodegenerativa** de difícil diagnóstico en sus primeras fases, por lo que la incorporación de nuevos síntomas a la lista de señales de alerta puede marcar la diferencia en la vida de quienes la padecen.

Fuente: telam

Compartir



LO MÁS LEIDO DEL MES



[laopiniondezamora.es](https://www.laopiniondezamora.es)

Insomnio familiar fatal, la enfermedad que quita el sueño y ha matado a 35 personas de una misma familia en Jaén

Rafa Sardiña

6-8 minutos

El **insomnio familiar fatal (IFF)** es una enfermedad rara que afecta a muy pocos, pero sus consecuencias son terribles. **Antonio Lamelas ha sido testigo de la muerte de "aproximadamente 35 personas" de su entorno familiar**, entre ellos su hijo. La mayoría de los afectados proceden de la Sierra de Segura, en [Jaén](#).

En esta comarca andaluza, que limita con las provincias de [Albacete](#), Ciudad Real y Granada, y con apenas 20.000 habitantes, se concentran la mayoría de los casos. Sin embargo, dado que es una zona que tradicionalmente ha enviado emigrantes a otras comunidades autónomas como Cataluña o País Vasco, **la incidencia de la enfermedad está "desperdigada"**, como nos explica en una conversación telefónica.

Se trata de una enfermedad "relacionada con los ciclos de vigilia y el sueño", señala a este diario la **doctora Celia García Malo**, Coordinadora del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la Sociedad Española de Neurología. "Produce [insomnio](#), pero no el común que todos hemos experimentado en algún momento de nuestra vida. Es una incapacidad total para dormir,

debido a que se degenera el tálamo, que es el centro que regula los ciclos de sueño y vigilia".

"Las familias con síndrome familiar fatal han transmitido la mutación de generación en generación"



Antonio Lamelas y su mujer, junto a su hijo, que falleció por el insomnio familiar fatal / Cedida por la familia

Qué es el insomnio familiar fatal

Es una enfermedad hereditaria que afecta principalmente una parte del cerebro llamada tálamo, que controla el ciclo sueño-vigilia. El insomnio familiar fatal es una patología progresiva y neurodegenerativa que forma parte de las enfermedades producidas por priones (trastornos degenerativos progresivos del encéfalo). En muchos de los casos está causada por una mutación en el gen PRNP. Esta mutación resulta en una proteína prionica anormal, en que el aminoácido asparagina reemplaza al ácido aspártico en la posición 178 de la proteína priónica (PrP).

El gen que pasa de padres a hijos

No hay registros oficiales de cuántas personas en nuestro país sufren o han sufrido insomnio familiar fatal. La neuróloga señala que el término "familiar" se refiere a su carácter hereditario. Está causada por una mutación en un gen, que tiene el 50% de probabilidades de ser transmitida a los descendientes.

Sin embargo, también hay personas que, sin **antecedentes familiares**, sufren la mutación y la pueden transmitir a sus hijos. Sobre por qué hay más casos en la provincia de Jaén, la doctora García Malo recalca que "no hay un factor ambiental" que sea responsable. "Las familias afectadas por esta enfermedad han transmitido la mutación de generación en generación".





Imágenes del banco de cerebros de la Fundación CIEN, en Madrid. /
José Luis Roca

En el caso de Antonio Lamelas, que ha realizado un estudio del **árbol genealógico**, la enfermedad ha afectado a distintas ramas de la familia. "No solo en Jaén, sino también en otras ciudades como Badalona, Mataró o [Zaragoza](#)".

"Muchas personas no quieren saber si tienen la mutación"

La única manera de "anticiparse" a la enfermedad y saber si alguien tiene la mutación es realizarse una prueba genética. No obstante, es un "tema ético complicado", como subraya la especialista, porque "depende de cada persona, ya que es dueño de su propia información".

Pero, aunque la prueba pueda confirmar la presencia de la mutación del gen responsable del insomnio familiar fatal, **"no se puede predecir con exactitud cuándo aparecerán los síntomas"**. E incluso "podría fallecer por otra causa antes de que se desarrolle la sintomatología".

"Mi hijo Vicente perdió habilidades básicas como la deglución de alimentos y controlar su cuerpo"

Existen unidades especializadas en los hospitales españoles que ofrecen consejo genético a las familias. "Es útil especialmente para quienes planean tener hijos, ya que se puede realizar una selección genética para prevenir que los hijos hereden la mutación".

La mujer de Antonio es portadora del gen que causa la enfermedad, sin embargo, "no lo ha desarrollado de momento". **Su hijo Vicente falleció con 42 años.** Ahora, sus nietos tienen el 50% de probabilidades de sufrir insomnio familiar fatal. "Hay mucha gente que no se la quiere hacer porque si das positivo es un auténtico sinvivir. Es una lotería".

Los síntomas progresan rápidamente y los pacientes experimentan un deterioro considerable en su vida diaria



Imágenes de escáner de un cerebro / Redacción

Causa la muerte rápidamente

Antonio se dio cuenta de que algo no iba bien cuando su hijo empezó a experimentar "extraños síntomas". "Al principio arrastraba un pie, luego la situación se fue agravando. Finalmente, **le realizaron las pruebas y, efectivamente, confirmaron que padecía la enfermedad**".

Las personas con insomnio familiar fatal no llegan a alcanzar en ningún momento la **fase REM**, que es clave en el descanso. La falta de sueño tiene efectos terribles en el [cerebro](#), que comienza a deteriorarse a toda velocidad. "Mi hijo Vicente perdió habilidades

básicas como deglución de comida y controlar su cuerpo".

El IFF suele manifestarse en personas de entre 30 y 60 años. La evolución, como destaca la doctora García Malo a ['Guías de Salud'](#), es bastante rápida. "En unos pocos meses, los pacientes pueden experimentar una serie de síntomas neurológicos que no son normales y que llaman la atención de los familiares, lo que los lleva a consultar al médico. El insomnio, los [problemas de memoria](#), y las alteraciones del movimiento, progresan rápidamente".

No son los únicos síntomas: también son frecuentes las sacudidas musculares, alucinaciones visuales, y dificultad para mover los ojos. "Esto genera un impacto negativo en la **calidad de vida** de quienes la sufren, puesto que los síntomas se agravan cada día y experimentan un deterioro considerable".

No hay tratamiento para esta enfermedad. "Se han probado tratamientos inmunológicos, corticoides y terapias biológicas, pero con poco éxito. Cuando los síntomas progresan, se administran fármacos para mitigar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida, pero no existe un tratamiento curativo", recalca la neuróloga.

Aunque se desconoce el alcance real de la enfermedad, se calcula que hay unas 300 personas portadoras en España que lo desarrollan. A través de su testimonio, Antonio **reclama más investigación** para una enfermedad hereditaria en la que hay un 50 % de probabilidades de que se transmita de padres a hijos.



MAGAZINE

MODA / BELLEZA / CASA / VIAJES / LIFESTYLE / BIENESTAR SUSCRÍBETE

SALUD CEREBRAL

Jesús Porta Etessam, neurólogo: “Estimular el cerebro desde la infancia es clave para prevenir enfermedades neurodegenerativas como el alzheimer”

La estimulación mental y la actividad física son claves para proteger el cerebro

Alzheimer: cómo identificar los primeros síntomas y los tratamientos disponibles



Jesús Porta Etessam es presidente de la Sociedad Española de Neurología. (Jesús Porta Etessam)



Nuria Virginia Martín

12/06/2025 06:00



[Asturias&Business](#)[Barcelona&Business](#)[Madrid&Business](#)[Valencia&Business](#)[Synergo!](#)

ULTIMAS NOTICIAS ▶ [Gi Group Holding se sube al escenario para seguir captando el mejor talento en GiFes](#)



DATA MANAGEMENT SUMMIT

EL EVENTO REFERENTE EN GESTIÓN DE DATOS

Bilbao - Barcelona - Tenerife - Madrid - Pavia - Turin

Evento Participativo Gratuito para saber más sobre datos.



Estas aquí ▶

[Home](#) > [Es noticia](#) > [JOMO, el nuevo bienestar: cómo desconectar del móvil y recuperar tu equilibrio emocional](#)

JOMO, El Nuevo Bienestar: Cómo Desconectar Del Móvil Y Recuperar Tu Equilibrio Emocional

Es noticia *junio 12, 2025*



Utilizamos cookies propias y de terceros para mejorar nuestros servicios y mostrarle publicidad relacionada con sus preferencias mediante el análisis de sus hábitos de navegación. Si continua navegando, consideramos que acepta su uso.

[Acepto](#) [Más informaciones](#)

En un mundo donde la hiperconexión es la norma y el miedo a perdernos algo (FOMO) alimenta una ansiedad constante, el concepto de JOMO —Joy of Missing Out, o “la alegría de perderse cosas”— se presenta como un bálsamo necesario para la salud mental, física y emocional.

“El JOMO no es simplemente apagar el móvil, es un acto consciente de presencia. Es elegir vivir con intención y priorizar lo verdaderamente importante”, señala Gabriela Paoli, psicóloga especializada en salud digital, presidenta de la Asociación Nexum y autora del libro “Salud digital”.



Sesión de fotos realizado al
Equipo de Nexum Comunidad

¿Por qué necesitamos practicar el JOMO?

Desde la Asociación Nexum, alertan sobre las consecuencias del FOMO, especialmente en mujeres, jóvenes y adultos hiperconectados. “Vivir pegados a una pantalla puede generar ansiedad, alteraciones del sueño, aislamiento social y sedentarismo. Incluso se habla del ‘trastorno por déficit de naturaleza’, por la falta de contacto real con el entorno”, advierte Paoli.

Además, diversos estudios recientes refuerzan esta preocupación:

- Según la Sociedad Española de Neurología, el uso excesivo de redes sociales, especialmente el visionado de vídeos cortos, reduce la capacidad de concentración, memoria y creatividad en niños y adolescentes, afectando negativamente su salud cerebral.
- Un estudio realizado en España por la Universidad Camilo José Cela revela que la adicción a las redes sociales está relacionada con la aparición del 55% de los síntomas de ansiedad, el 52% de los de depresión y el 48% de los comportamientos agresivos.

Evitar la soledad y el aislamiento

Utilizamos cookies propias y de terceros para mejorar nuestros servicios y mostrarle publicidad relacionada con sus preferencias mediante el análisis de sus hábitos de navegación. Si continua navegando, consideramos que acepta su uso.

Acepto [Más informaciones](#)

pegados a una pantalla puede llevar al aislamiento social, a la soledad no deseada, cuya consecuencia es tan perjudicial como fumar 15 cigarrillos al día. No se trata de rechazar la tecnología, sino de establecer un uso consciente que priorice el bienestar y mantenga el vínculo con el entorno real, para no perder el control sobre nuestra vida.

Los beneficios del JOMO

Lejos de perder algo, practicar el JOMO es ganar en bienestar. Entre sus beneficios destacan:

1. Introspección y claridad emocional: desconectar permite escucharnos, cultivar el autocuidado y tomar decisiones más conscientes.
2. Creatividad e imaginación: el silencio digital abre espacio a la reflexión y a nuevas ideas.
3. Relaciones auténticas: mejora la calidad de los vínculos afectivos con familia, amigos y comunidad.
4. Vínculo con el entorno: al salir de casa, se fortalece el sentido de pertenencia y se activa el contacto con la naturaleza.
5. Tiempo de calidad: recuperamos tiempo para actividades olvidadas como leer, escribir o simplemente descansar.

Claves para incorporar el JOMO a tu vida

Desde Nexum, Gabriela Paoli comparte estrategias accesibles y efectivas para practicar el JOMO:

- Establece límites digitales: fija horarios para revisar redes sociales y evita el uso del móvil antes de dormir.
- Practica el minimalismo digital: elimina apps innecesarias y desactiva notificaciones.
- Conecta con tu comunidad: participa en actividades locales, paseos, talleres o voluntariados.
- Redefine tu tiempo personal: prioriza hobbies, deporte, naturaleza, descanso y encuentros cara a cara.
- Habla con otros: compartir lo que sientes ayuda a crear vínculos más humanos y menos virtuales.

“El JOMO es una herramienta poderosa de salud mental y emocional. Es la oportunidad de recuperar el control de nuestro tiempo, nuestros vínculos y nuestro bienestar”, concluye Paoli.

Utilizamos cookies propias y de terceros para mejorar nuestros servicios y mostrarle publicidad relacionada con sus preferencias mediante el análisis de sus hábitos de navegación. Si continua navegando, consideramos que acepta su uso.

Acepto [Más informaciones](#)

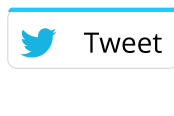
Gabriela Paoli, psicóloga reconocida por su experiencia y conocimiento relacionado con las adicciones tecnológicas y Sonia Montero, escritora, han puesto en marcha la asociación sin ánimo de lucro, Nexum. Nexum nace con el objetivo de combatir la soledad no deseada mediante la promoción de la socialización y la creación de nuevos vínculos. La entidad organiza actividades que fomentan la comunicación, el apoyo mutuo y la ampliación de círculos de amistad. Creando espacios y momentos de encuentro, diálogo y actividades compartidas, Nexum busca fortalecer los lazos y vínculos entre las personas. Nexum Asociación tiene como fin promover el encuentro entre personas mediante la realización de actividades. Es una asociación sin ánimo de lucro.

Acerca de Gabriela Paoli – <https://www.gabrielapaoli.com/>

Psicóloga general sanitaria, formadora y consultora en temas de Desarrollo Personal y Organizacional. Ha compaginado su profesión dentro del ámbito de la psicología clínica, recursos humanos y consultoría. Lleva más de 20 años trabajando para empresas públicas y privadas de Menorca y la península. Tiene consulta en **Madrid** y **Menorca**, además de realizar sesiones online.

Además, lleva años haciendo un trabajo de difusión y concienciación sobre la hiperconectividad y sus consecuencias a nivel personal, social, laboral, etc. Ha diseñado y patentado la **DES-Conecta Box** a nivel nacional e internacional. Posgrado en Alzheimer y otras demencias, un posgrado en Mediación Familiar y Promoción de la convivencia y un Máster en Pedagogía Terapéutica. Experta en el tratamiento de Adicciones Tecnológicas y Redes sociales (2018).

Publicó su primer libro “Salud digital: claves para un uso saludable de la tecnología” (2020).



EXPERT: Sistema de gestión (ERP)
sin inversión en hardware y licencias



Tagged “Gabriela Paoli” “soledad no deseada” hiperconexión Nexum soledad

< **Proximo Artículo**

Mitos y verdades sobre los juguetes sexuales: lo que

Utilizamos cookies propias y de terceros para mejorar nuestros servicios y mostrarle publicidad relacionada con sus preferencias mediante el análisis de sus hábitos de navegación. Si continua navegando, consideramos que acepta su uso.

Acepto [Más informaciones](#)

Quienes duermen de lado sufren dolor de hombros; pocos conocen este truco

Publicidad Derila



La "nueva forma" de ayudar en caso de emergencia por asfixia

Publicidad LifeVac



europa
press

Europa Press

Seguir

52.8K Seguidores



La Sociedad Española de Neurología reconoce la labor científica del especialista del Macarena Joan Montaner

Historia de Europa Press • 2 día(s) •

2 minutos de lectura



Comentarios

El neurólogo jefe de Servicio de Neurología del Hospital Macarena de Sevilla, Joan

El neurologo y jefe de servicio de neurologia del Hospital Macarena de Sevilla, Joan Montaner.
© HUVIM

SEVILLA, 9 (EUROPA PRESS)

Los Premios SEN representan el reconocimiento de la Sociedad Española de Neurología y de los neurólogos españoles a aquellas personas y entidades que han contribuido al desarrollo científico de la Neurología. Tal y como destaca el presidente de la SEN, Jesús Porta-Etessam, "reconocemos al doctor Montaner su trayectoria en el campo de la investigación en ictus y a su implicación para mejorar la atención de los pacientes con esta enfermedad", señala en un comunicado.



¿Cuánto
durarían...

Publicidad

Fisher Investments España >

Montaner es licenciado en Medicina por la Universidad de Cádiz y especialista en Neurología por el Hospital Universitario Vall d'Hebron

Continuar leyendo

Contenido patrocinado

 Comentarios

Quienes duermen de lado sufren dolor de hombros; pocos conocen este truco

Publicidad Derila



La "nueva forma" de ayudar en caso de emergencia por asfixia

Publicidad LifeVac



¡Hola!

Seguir

22.2K Seguidores



La enfermedad de Jordi Évole podría tener un tratamiento efectivo en poco tiempo

Historia de Nuria Safont • 2 semana(s) •

5 minutos de lectura



Primer plano de Jordi Évole
© Getty Images

Hace unos años, durante una entrevista conducida por **Pablo Motos** al presentador **Jordi Évole** en *El Hormiguero*, vimos como Évole sufría un **episodio denominado cataplejía**, una pérdida súbita de

tono muscular desencadenada por emociones fuertes. Por ello...



Comentarios

como muscular desencadenada por emociones fuertes. Por ello, tras un ataque de risa, Évole perdía el control de su cuerpo y parecía haberse quedado dormido.



¿Cuánto
durarían...

Publicidad

Fisher Investments España



La cataplejía es una de las enfermedades derivadas de la [narcolepsia tipo 1](#), que interrumpe la vigilia de forma involuntaria y limita la calidad de vida, ya que provoca un sueño repentino.

Afortunadamente, la **investigación científica** está permitiendo que cada vez se esté más cerca de **curar esta enfermedad**.

Y es que un ensayo clínico internacional, cuyos resultados se han publicado recientemente en la prestigiosa revista *The New England Journal of Medicine*, demuestra que un nuevo fármaco oral, el **TAK-861 (Oveporexton)**, es capaz de mejorar significativamente los síntomas de esta enfermedad. En España, el coordinador del estudio ha sido el **Dr. Rafael del Río Villegas, investigador de la Universidad CEU San Pablo** y responsable de la **Unidad de Neurofisiología y Trastornos del Sueño** de los hospitales Vithas Madrid Arturo Soria y Vithas Madrid La Milagrosa.



Empiece a
diversificar su...

Publicidad

Fisher Investments España



Hemos hablado con él para que nos ayude a entender **qué implica este avance**, por qué puede considerarse un cambio de paradigma en el **tratamiento de la narcolepsia y la cataplejía**, y qué pueden esperar los pacientes en los próximos años.

Una enfermedad cuya causa es cono...



Comentarios

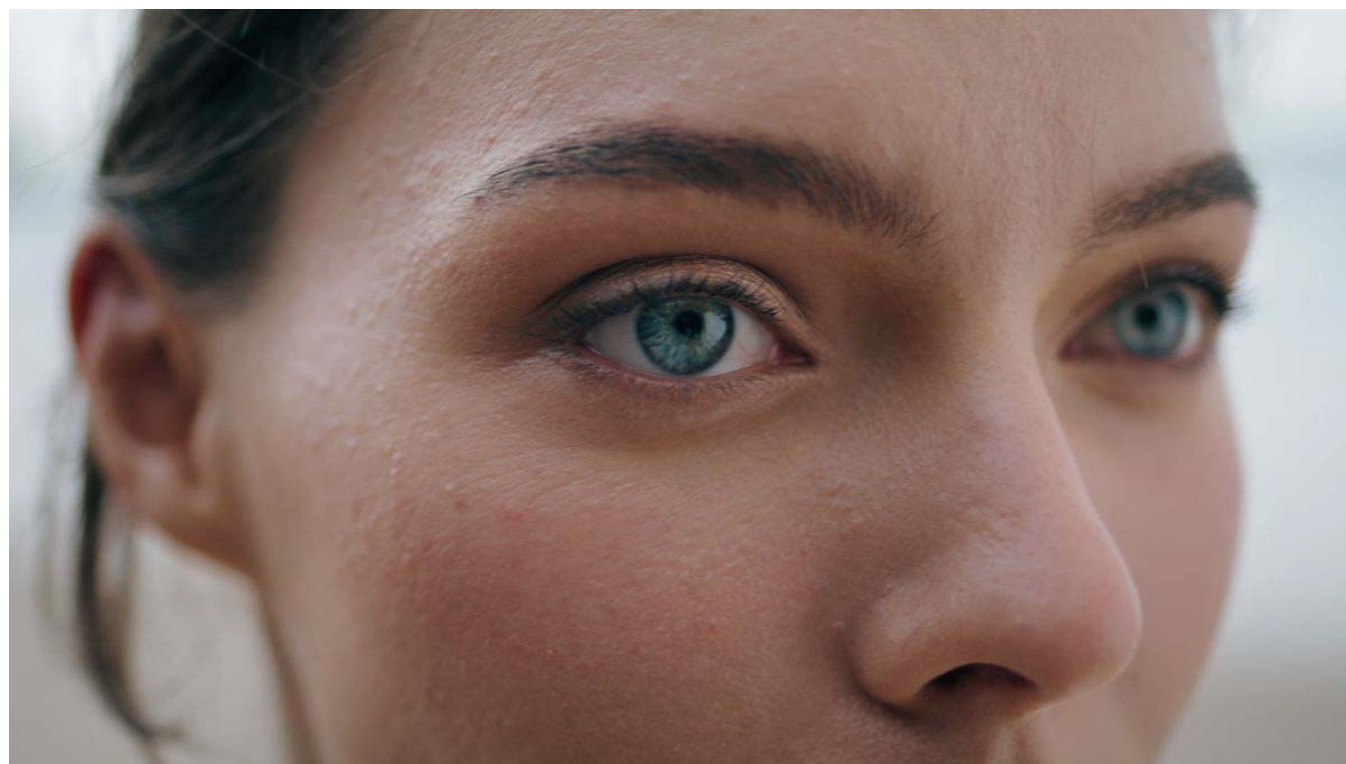


PEDRO SÁNCHEZ Moncloa paga 200.000 euros para la escuela de verano de los hijos de sus trabajadores

Noticiastrabajo → Sociedad

Qué significa quedarse con la mirada fija y borrosa según la psicología

Nuestra capacidad de atención tiene mucho que ver con lo que pasa cuando nos quedamos ‘embobados’.



Una mujer con la mirada fija y borrosa | Envato



Antonio Montoya

Fecha de actualización: 12/06/2025 17:22 CEST

Quedarse con la mirada fija en un sitio y borrosa al mismo tiempo, lo que se suele llamar también como quedarse ‘embobado’ o ‘empanado’, es algo bastante común en la inmensa mayoría de los humanos. Es raro al que no le pasa. Resulta

Pero, ¿qué significa esto?

Pues según Ana Fernández Arcos, coordinadora del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la Sociedad Española de Neurología (SEN), estar con la mirada fija y la vista nublada son gestos que **“podrían referirse a divagar, soñar despierto o dejar la mente en blanco”**.

Te puede interesar

Un colombiano extorsionado por bandas criminales pierde el asilo en España porque la Justicia no considera que esté perseguido

Mercadona anuncia un nuevo cambio de horario para este verano de 2025: amplían horas y abrirán en domingo

Qué sienten las personas que se quedan con la mirada

Mantener la mirada fija con la vista nublada y sin pestañear son características que nos indican que alguien está en modo off o desconectado de su entorno. Para la experta en psicología, se trataría de un estado en el que los estímulos externos se atenúan: “En el cerebro se produce una menor actividad eléctrica cerebral con un incremento de la frecuencia de ondas lentas y una disminución de las ondas rápidas en el electroencefalograma”.

Generalmente, las personas que se quedan con la mirada fija y borrosa **suelen tener una sensación placentera**, al desconectar con el medio externo y conseguir llegar al estado de relajación, sobre todo si viene después de una situación estresante.

Pero **con lo que más está implicado este gesto sin duda es con la capacidad de atención**, es decir, con “aquella que nos mantiene atentos a los estímulos que pueden ocurrir en nuestro ambiente de forma voluntaria”, según Marcos Llanero, miembro de la Junta Directiva de la Asociación Madrileña de Neurología (AMN). Aunque ciertamente esta atención no es 100% voluntaria, sino que se trata de una habilidad cognitiva que depende de cada individuo: “Hay gente con más capacidad para atender un determinado asunto y gente que menos”, detalla el experto.

Cómo son las personas que dejan la mirada perdida y desconectan a menudo

Las personas que mantienen la mirada fija y borrosa suelen transmitir una desconexión temporal con su entorno inmediato. Este tipo de mirada puede ser interpretado como un signo de introspección profunda, evasión o incluso de **bloqueo emocional**. En muchos casos, denota que la persona está absorta en sus pensamientos, tal vez atrapada en una emoción intensa como la tristeza, la ansiedad o la confusión. La falta de enfoque visual también puede ser indicativa de fatiga mental o física, ya que cuando alguien está agotado, su capacidad de mantener la atención visual disminuye y la mirada se vuelve más difusa.

Estas personas suelen presentar ciertas características psicológicas o emocionales asociadas a ese tipo de expresión. Pueden ser **introspectivas, sensibles o reservadas**, y a menudo están lidiando con conflictos internos no expresados verbalmente. También puede tratarse de personas que, ante una

visual, que es una de las formas más básicas de comunicación no verbal.

Archivado en

Sociedad | Estilo de vida

Te puede gustar

Enlaces Patrocinados por Taboola

Škoda Days hasta el 21 de junio

Skoda

Obtén información

Cuando lo quieres, lo tienes

Volkswagen

Más información

Tarancón: El truco para mejorar la audición que está causando furor en España

Experto en Audicion

¡Llega a España el HUAWEI Watch 5!

HUAWEI

Compra ahora

AdTab, un delicioso comprimido antiparasitario

Adtab

Encuétralo

No compres audífonos antes de leer esto

Top Audifonos

Tarancón: Se buscan: 500 personas mayores de 50 años (Haz clic aquí)

Experto en Audicion

Los signos de tu cuerpo hablan. ¡Haz el mejor seguimiento de ellos en un Smartwatch!

HUAWEI

Black Friday de Hyundai

Hyundai España

Más información



La Sociedad Española de Neurología reconoce la labor científica de Joan Montaner, especialista del Macarena

Por **Redacción** - 9 de junio de 2025



SEVILLA, 9 (EUROPA PRESS)

El neurólogo y jefe de Servicio de Neurología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, Joan Montaner, ha sido galardonado por la Sociedad Española de Neurología (SEN) con el 'Premio SEN Ictus' como reconocimiento a su amplia labor científica y a su dedicación por la investigación de esta enfermedad cerebrovascular, con más de 500 publicaciones científicas sobre ictus.

Los Premios SEN representan el reconocimiento de la Sociedad Española de Neurología y de los neurólogos españoles a aquellas personas y entidades que han contribuido al desarrollo científico de



Montaner es licenciado en Medicina por la Universidad de Cádiz y especialista en Neurología por el Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona. Recibió parte de su formación investigadora dentro del programa Río Hortega del ISCIII en el Laboratorio de Investigación en Neuroprotección del Hospital General de Massachusetts de la Universidad de Harvard (Boston).

Entre sus principales hitos se encuentra la creación del Centro Andaluz de Teleictus, sistema de telemedicina dirigido a atender a los pacientes con código ictus localizados en hospitales de Andalucía, fundamentalmente en centros sanitarios comarcales y hospitales de alta resolución.

Leer más: El Hospital de Cabueñes implementa un bypass aortofemoral utilizando cirugía robótica, siendo esta técnica innovadora en España

Actualmente, el CATI, ubicado en el Hospital Virgen Macarena, atiende a más de 1.000 pacientes residentes en Andalucía cada año. Su labor permite llevar a cabo tratamientos como técnicas de fibrinólisis y trombectomía con la máxima celeridad.

La Unidad de Ictus del Servicio de Neurología del Macarena, acreditada por la European Stroke Organisation, desarrolla una intensa labor tanto investigadora como asistencial atendiendo a más de 600 pacientes al año y participando en numerosos estudios científicos. Actualmente la Unidad está



Grandes pasos hacia la sostenibilidad. Compra en web

VARIOS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

El proyecto 'BIOSHIP' pretende identificar y utilizar biomarcadores en la fase aguda de la enfermedad, en concreto durante el traslado en ambulancia, y así acortar los tiempos de tratamiento. El objetivo del estudio es validar una nueva herramienta rápida de diagnóstico para identificar los ictus isquémicos con oclusión de gran vaso a nivel prehospitalario y antes del TAC, gracias a la cuantificación rápida en sangre de biomarcadores junto con otra información clínica a través del uso de una APP.

Por otro lado, el proyecto 'Salacunar', donde el Macarena actúa como centro coordinador de 20 hospitales españoles, valora las mejoras cognitivas de los extractos de salicornia en población que ha sufrido pequeños infartos cerebrales debidos a la hipertensión arterial.

- Te recomendamos -

Neumáticos al mejor precio

Peugeot Service: Te devolvemos la diferencia si encuentras mejor precio.

Sube el nivel de tus fotos

Las prestaciones y el precio del Samsung Galaxy S25 te sorprenderán

El poder de la IA en tu mano

Oppo revoluciona la experiencia IA con múltiples funcionalidades

IKEA.es

Grandes pasos hacia la sostenibilidad. Compra en web

Los colchones de IKEA.

Di adiós a las noches en vela y consigue un descanso impecable

Nuevo Toyota C-HR Hybrid

Transforma tu energía

Menú

Revista Electrónica de PortalesMedicos.com

ISSN 1886-8924 – Publicación de artículos, casos clínicos, etc. de Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud

[Inicio](#) > [Neurología](#) > Red flags en cefalea: diferenciando lo benigno de lo letal

Red flags en cefalea: diferenciando lo benigno de lo letal

12 junio, 2025

Red flags en cefalea: diferenciando lo benigno de lo letal

Autor principal: Michael Andrés Rosales Chaves

Vol. XX; nº 11; 625

Red flags in headaches: differentiating between benign and fatal

Fecha de recepción: 8 de mayo de 2025

Fecha de aceptación: 9 de junio de 2025

Incluido en Revista Electrónica de PortalesMedicos.com, Volumen XX. Número 11 – Primera quincena de Junio de 2025 – Página inicial: Vol. XX; nº 11; 625

Autores:

- ⚙ Michael Andrés Rosales Chaves, Médico general de consulta externa, Hospital Fernando Escalante Pradilla, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), San José, Costa Rica
- Álvaro Esteban Fernández Fernández, Médico general de área de salud, Área de Salud de Pérez Zeledón, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), Cajón, Pérez Zeledón, San José, Costa Rica
- Kattia Ivannia Mora Nuñez, Médico general de consulta externa y emergencias, Hospital Fernando Escalante Pradilla, Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), San José, Costa Rica

Resumen

Este artículo tiene como objetivo proporcionar una revisión indagatoria sobre las cefaleas, en particular la migraña, enfocándose en la identificación de señales de alarma que puedan indicar patologías subyacentes graves. Se presenta un análisis de los enfoques diagnósticos, diferenciando entre cefaleas primarias y secundarias, y se discuten las estrategias terapéuticas actuales para su manejo agudo y preventivo. La metodología constituye el uso de la revisión bibliográfica de estudios recientes sobre diagnóstico y tratamiento de la cefalea, complementada con la discusión de las «red flags» y la utilidad de la neuroimagen. Como resultado, se concluye que, aunque la mayoría de los casos de migraña pueden manejarse de forma ambulatoria el reconocimiento temprano de las señales de alerta es clave para evitar complicaciones graves.

Palabras clave

cefalea, red flags, diagnóstico, urgencias neurológicas, signos de alarma.

Abstract

This article aims to provide an investigative review of headaches, particularly migraine, focusing on the identification of warning signs that may indicate serious underlying pathologies. An analysis of diagnostic approaches is presented, differentiating between primary and secondary headaches, and current therapeutic strategies for their acute and preventive management are discussed. The methodology consists of a literature review of recent studies on headache diagnosis and treatment, complemented by a discussion of «red flags» and the usefulness of neuroimaging. The conclusion is that although most cases of migraine can be managed on an outpatient basis, early recognition of warning signs is key to avoiding serious complications.

Keywords

headache, red flags, diagnosis, neurological emergencies, warning signs.



Introducción

La cefalea, en sus distintas formas, representa uno de los motivos de consulta médica más frecuentes a nivel mundial, generando un impacto significativo en la calidad de vida, la productividad laboral y la economía global¹.

En particular, la migraña —una de las formas más prevalentes de cefalea— afecta a más de mil millones de personas en todo el mundo, lo que la convierte en una prioridad de salud

pública.²


La migraña es una condición neurológica común caracterizada por episodios recurrentes de dolor de cabeza, usualmente de carácter pulsátil, acompañados de síntomas como náuseas, vómitos, fotofobia y fonofobia. Si bien la mayoría de los casos puede manejarse de forma ambulatoria mediante tratamientos farmacológicos y modificaciones en el estilo de vida, resulta fundamental prestar atención a ciertos signos clínicos que podrían advertir sobre una patología subyacente más grave.³

Las denominadas «red flags» o señales de alarma en pacientes con cefalea representan un conjunto de criterios clínicos que orientan a los profesionales de salud a realizar un abordaje más profundo, con el fin de descartar causas secundarias de mayor riesgo. Entre estas señales se incluyen cambios abruptos en la frecuencia, intensidad o características del dolor, la presencia de aura neurológica atípica, la aparición de cefalea nueva en pacientes mayores de 50 años, así como la falta de respuesta al tratamiento habitual o la presencia de síntomas neurológicos focales, tales como debilidad muscular, alteración del lenguaje o convulsiones.³

En este contexto, el presente artículo pretende destacar la importancia de una evaluación clínica detallada, el reconocimiento oportuno de los signos de alarma y la adecuada clasificación de las cefaleas, con énfasis en diferenciar entre cuadros benignos como la migraña y aquellos potencialmente letales. A su vez, se propone revisar las opciones terapéuticas actuales para el tratamiento agudo y profiláctico de la migraña, considerando las recomendaciones más recientes en el ámbito clínico y de urgencias.

Material y Métodos

En este estudio se opta por el uso de la metodología de investigación de tipo revisión bibliográfica el cual es un método basado en la búsqueda de artículos científicos de calidad en diversos motores de búsqueda de libre acceso de artículos médicos especializados en relación al problema de «Red flags» en cefalea, desde el año 2015 al 2025, tomando en consideración el valor de los aportes médicos en este particular tema.

Para este estudio se consideran un total de 17 artículos científicos que tratan la temática  para así sustentar el análisis de esta forma se presentan los resultados aquí presentados.

Tras utilizar un proceso de análisis sistemático se compila la información vital y se analiza de forma lógica para su mejor entendimiento.

Como criterios de inclusión se definió: literatura científica en inglés y español sobre «Red flags» en cefalea, incluyendo estudios observacionales, artículos que han sido publicados y estudios relacionados con este diagnóstico.

Resultados

Red flags en cefalea


La cefalea representa una de las causas más comunes de consulta tanto en el ámbito ambulatorio como en los servicios de Urgencias⁴. Aunque la mayoría de los casos corresponden a cefaleas primarias, como la migraña o la cefalea tensional, un pequeño porcentaje puede deberse a condiciones graves que comprometen la vida o la integridad neurológica de la persona, tales como hemorragias intracraneales, meningitis, tumores cerebrales o eventos vasculares agudos. Por esta razón, la evaluación inicial de una cefalea debe ir más allá de un simple diagnóstico sintomático, requiriendo una aproximación sistemática y bien informada que permita identificar los signos de alarma conocidos como «red flags».

Estos «red flags» o signos de alarma son elementos clínicos que, al estar presentes en la anamnesis o el examen físico aumentan la probabilidad de que la cefalea sea secundaria a una causa potencialmente grave. Su identificación temprana es fundamental para garantizar una evaluación adecuada³.

No obstante, en la práctica diaria, la evaluación de la cefalea sigue dependiendo en gran medida de la experiencia individual de cada profesional y, en muchos casos, no se sigue una codificación estructurada que garantice la detección sistemática de los signos de alarma⁴. Esta falta de sistematización puede llevar tanto a errores por omisión —dejando pasar una cefalea secundaria peligrosa— como a un exceso de estudios innecesarios en casos benignos.

La diferenciación entre lo benigno y lo letal se sustenta, entonces, en la correcta identificación de patrones clínicos.

Etiología

La cefalea es uno de los síntomas neurológicos más frecuentes a nivel global, con una prevalencia notablemente alta en la población general. Se considera tanto un motivo común de consulta médica como una causa significativa de discapacidad. En Europa, se estima que  cerca del 50% de la población adulta experimenta algún tipo de trastorno relacionado con el dolor de cabeza, lo que refleja su amplio impacto sobre la salud pública y la calidad de vida⁵. La cefalea representa entonces una de las principales causas de consulta en atención primaria y constituye el motivo más habitual de primera consulta en los servicios de neurología.

En el caso de la población pediátrica, la cefalea es un síntoma común en la edad pediátrica, siendo un motivo de consulta muy frecuente. En la edad pediátrica, la prevalencia se estima entre el 42 y el 60%, con aumento progresivo con la edad pudiendo llegar al 82% a la edad de

15 años. La prevalencia es similar entre hombres y mujeres antes de los 12 años, con un ligero aumento en mujeres después de esta edad.⁶, y aunque la mayoría de las cefaleas en la infancia son benignas, su elevada frecuencia y el impacto en el rendimiento escolar, así como en el bienestar emocional requieren una evaluación cuidadosa por parte de los profesionales médicos.

Respecto a población embarazada, si se tiene en cuenta una prevalencia de dolor de cabeza de 86-97 % en la población general, junto con una tasa de embarazos de 105,5/1000 en mujeres de 15 a 44 años, no es sorprendente encontrar una incidencia significativa de consultas por cefalea en mujeres embarazadas.

Si bien el embarazo se presenta como una condición de alto impacto social, en la mayoría de los casos no conlleva un factor de riesgo al momento de valorar mujeres embarazadas con cefalea en el servicio de urgencias.⁷

Desde una perspectiva etiológica, las cefaleas pueden clasificarse en dos grandes grupos: cefaleas primarias y cefaleas secundarias. Las cefaleas primarias son aquellas que no se originan a partir de una enfermedad estructural o metabólica subyacente, sino que son propias del sistema nervioso. Entre estas se encuentran la migraña, la cefalea tensional y la cefalea en racimos. Estas entidades, aunque pueden ser incapacitantes, no suelen representar un peligro vital inmediato. Por el contrario, las cefaleas secundarias se presentan como consecuencia de otro proceso patológico, como una infección, un traumatismo, un trastorno vascular, o una neoplasia, y es en este grupo donde se concentran las causas potencialmente letales. Cabe destacar que esta clasificación no es rígida, ya que una persona puede presentar más de un tipo de cefalea a lo largo de su vida^{6,7}.

En cuanto a las causas específicas más frecuentes, se ha reportado que las cefaleas secundarias a infecciones virales representan entre el 25 y el 60% de los motivos de consulta, especialmente en contextos de infecciones respiratorias agudas o cuadros febriles. Por su parte, las cefaleas postraumáticas también constituyen una proporción considerable, alcanzando hasta un 20% de los casos en ciertos contextos clínicos⁸. Si bien estas causas suelen tener un curso benigno y autolimitado, es crucial vigilar signos de alarma que puedan sugerir complicaciones, como hematomas intracraneales o meningitis.

- ⚙ Un ejemplo reciente de la relevancia etiológica de la cefalea ha sido su asociación con la enfermedad por coronavirus (COVID-19).

La cefalea es un síntoma frecuente en la fase aguda de la enfermedad por coronavirus 2019 y también uno de los efectos adversos más comunes tras la vacunación. En ambos casos, la fisiopatología de la cefalea parece estar relacionada con la respuesta inmunitaria del huésped y podría presentar similitudes. Se determina que la cefalea causada por la infección por el SARS-CoV-2 y la cefalea relacionada con la vacunación de la COVID-19 presentan más similitudes que diferencias, lo que respalda una fisiopatología compartida y la

activación de la respuesta inmunitaria innata. Las principales diferencias estuvieron relacionadas con los síntomas asociados.⁹

No obstante, dentro del espectro de las cefaleas secundarias existe una minoría de pacientes cuya cefalea representa el síntoma inicial de un proceso patológico grave. Estos incluyen trastornos vasculares como la hemorragia subaracnoidea, la isquemia cerebral aguda, aneurismas rotos, arteritis de células gigantes o trombosis venosa cerebral; así como neoplasias intracraneales, abscesos, hipertensión intracraneal idiopática o infecciones del sistema nervioso central como meningitis y encefalitis¹⁰. Ahora es importante destacar algunos tipos comunes de cefalea.

Cefalea tensional episódica

Este tipo de cefalea representa una de las formas más prevalentes en la práctica médica. Se manifiesta en menos de 15 días por mes, típicamente con un dolor bilateral, de tipo opresivo y de intensidad leve a moderada. Su duración varía desde minutos hasta varios días. Un aspecto clave de su identificación es que no empeora con la actividad física habitual, aunque puede acompañarse de náuseas leves, fotofobia o fonofobia de forma ocasional⁹.

Cefalea tensional crónica

Constituye una evolución de la cefalea tensional episódica frecuente. En este caso, el dolor de cabeza se presenta a diario o de forma muy frecuente, con una duración que puede extenderse por horas o incluso mantenerse de manera ininterrumpida. El dolor conserva un carácter opresivo y bilateral, y aunque no se agrava con la actividad física, puede coexistir con síntomas como náuseas leves, fotofobia o fonofobia¹.

Cefaleas trigémino-autonómicas (CTA)

Las CTA comprenden un grupo de trastornos caracterizados por un dolor unilateral muy intenso acompañado de signos autonómicos en la misma región facial. Estos signos incluyen lagrimeo, enrojecimiento ocular, ptosis, miosis, rinorrea, congestión nasal, sudoración facial, rubefacción y sensación de oído tapado. La inquietud o agitación durante los episodios también es típica, especialmente en el caso de la cefalea en racimos¹¹.

Cefalea en racimos

Descrita como uno de los dolores más intensos que puede experimentar una persona, esta cefalea se presenta con ataques breves de dolor severo, unilateral, en áreas como la órbita, región supraorbitaria o temporal. Estos episodios duran entre 15 y 180 minutos y pueden repetirse desde una vez cada dos días hasta ocho veces al día. Se acompañan de múltiples signos autonómicos como lagrimeo, congestión nasal, miosis, ptosis y edema palpebral. La

naturaleza episódica o crónica de esta entidad crea un profundo impacto incapacitante^{1,2}.

Otras cefaleas primarias

Este grupo incluye entidades menos comunes pero igualmente importantes. Cuando se presenta un primer episodio, es indispensable descartar causas secundarias graves mediante estudios de neuroimagen. Si los episodios son recurrentes y no hay signos de alarma, se puede proceder a una evaluación neurológica no urgente⁶.

Cefalea tusígena primaria

Se trata de una cefalea desencadenada por la tos o maniobras de Valsalva, sin evidencia de alteraciones estructurales intracraneales. Es infrecuente antes de los 40 años, predomina en varones y responde bien al tratamiento con indometacina. El dolor es breve, de aparición súbita, bilateral y de tipo punzante o explosivo¹¹.

Cefalea por esfuerzo físico primaria

Esta cefalea aparece durante o después del ejercicio intenso. Predomina en hombres jóvenes, especialmente aquellos con migraña. Su duración es inferior a 48 horas y puede asociarse con síntomas migrañosos. En la mayoría de los casos, esta cefalea es de naturaleza primaria⁶.

Cefalea por actividad sexual primaria

Se desencadena exclusivamente durante el acto sexual, ya sea al alcanzar el clímax o durante la excitación. Se manifiesta como un dolor bilateral occipital, intenso, de resolución rápida tras finalizar la actividad. Es más común en varones adultos de mediana edad y presenta cierta asociación con migraña¹¹.

Cefalea en trueno primaria

Su presentación es abrupta, con un pico máximo de dolor en menos de 60 segundos, lo que la asemeja clínicamente a una hemorragia subaracnoidea. Puede durar desde horas hasta semanas, y aparecer de forma espontánea o tras actividad física, sexual o hiperventilación. Se localiza habitualmente en la región occipital y puede ir acompañada de náuseas y vómitos^{10,11}.

Cefalea numular

Caracterizada por un dolor localizado en un área fija y bien delimitada del cuero cabelludo, de forma redondeada u ovalada, con un diámetro de 1 a 6 cm. El dolor suele ser opresivo o

punzante y de intensidad leve a moderada. Frecuentemente se asocia a alteraciones sensitivas o dérmicas en la zona afectada. Se presenta a cualquier edad, con mayor frecuencia en mujeres¹¹.

Cefalea hípnic

Se considera una entidad rara, más común en personas mayores y con predominio femenino. Su rasgo distintivo es la aparición exclusiva durante el sueño, usualmente entre las 2 y 4 de la madrugada. La crisis dura entre 15 minutos y 4 horas, con dolor moderado y de localización fronto-temporal. Puede asociarse a síntomas vegetativos leves, como náuseas⁶.

Cefalea diaria persistente de novo

Es una cefalea que se presenta de manera diaria y continua desde el primer día, con una duración mínima de tres meses. Las y los pacientes suelen recordar con precisión el día de inicio del dolor, aunque no siempre se identifica un desencadenante claro. Puede aparecer a cualquier edad, pero se observa con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, especialmente entre la segunda y tercera década de vida^{9,11}.

Complicaciones

Reconocer y evaluar con precisión las señales de alarma en casos de cefalea, particularmente en cuadros migrañosos, constituye una piedra angular para garantizar un abordaje clínico seguro y eficaz. La presencia de estas señales, conocidas como red flags, no solo debe alertar sobre la posibilidad de una cefalea secundaria, sino que también obliga al personal de salud a considerar la realización de estudios complementarios para descartar patologías neurológicas graves que pueden simular los síntomas propios de una migraña¹³. Ignorar tales indicadores puede derivar en un retraso diagnóstico, comprometiendo la integridad neurológica y, en algunos casos, incluso la vida de la persona paciente.

Desde la perspectiva de las ciencias de la salud, se destaca la responsabilidad compartida de los y las profesionales, incluidos fisioterapeutas, enfermeros/as, psicólogos/as y demás actores del equipo interdisciplinario. Si bien el diagnóstico final recae en el criterio médico, es imprescindible que quienes brindan atención inicial cuenten con formación básica sobre las señales de alarma. Esto les permitirá identificar situaciones en las que se requiere una derivación inmediata para evaluación neurológica o por medicina de urgencias¹.

Uno de los marcos más utilizados para sistematizar la búsqueda de estos signos es el acrónimo SNOOP, propuesto por Gofshteyn y Stephenson y adaptado para la población pediátrica, aunque de gran utilidad también en adultos. Este recurso facilita la memorización y aplicación clínica de los criterios de riesgo.⁸

Cuadro 1. Red flags en cefalea según criterio SNOOP

Letra | Criterio | Descripción / Signo de alarma

— | — | —

S | Systemic symptoms or illness | Fiebre, pérdida de peso, inmunosupresión, VIH, cáncer conocido.

N | Neurologic signs or symptoms | Alteración del estado mental, convulsiones, déficits neurológicos focales.

O | Onset: sudden | Inicio abrupto o en trueno (thunderclap headache), puede sugerir hemorragia subaracnoidea.

O | Older age at onset | Inicio de la cefalea después de los 50 años, aumenta riesgo de causas secundarias.

P | Previous headache history | Cambio en patrón, frecuencia, intensidad o características de cefaleas previas.

Fuente: Carbone y Rodari (2021).

Como se puede ver en ese cuadro, estos criterios además de orientar la sospecha diagnóstica también ayudan a jerarquizar las cefaleas que requieren estudios de neuroimagen, laboratorio o interconsultas especializadas.

Un estudio retrospectivo desarrollado en Trieste, Italia, ofrece evidencia empírica sobre la relevancia y limitaciones del uso de señales de alarma en contexto pediátrico. En este análisis, que abarcó a 2.051 personas menores de edad atendidas en sala de emergencias por cefalea entre 2016 y 2020, se encontró que solo el 0.3% de los casos correspondía a cefaleas potencialmente letales. No obstante, el hallazgo de un examen neurológico anormal y la presencia de vómitos persistentes fueron las «red flags» más fuertemente asociadas con riesgo vital⁸.

De manera interesante, los investigadores no encontraron diferencias estadísticamente significativas en cefaleas que despertaban del sueño o aquellas de localización occipital, por lo que concluyeron que, en forma aislada, tales características no deberían ser consideradas indicativas de gravedad. Este hallazgo enfatiza la importancia de una interpretación clínica contextualizada, evitando tanto el alarmismo innecesario como la banalización de síntomas potencialmente serios.

Diagnóstico

El abordaje diagnóstico de la cefalea requiere una evaluación clínica exhaustiva cuyo eje principal consiste en diferenciar entre cefaleas primarias y secundarias. Esta distinción no solo guía la toma de decisiones terapéuticas, sino que también permite establecer el nivel de urgencia con el que se debe actuar. Las cefaleas primarias, como la migraña o la cefalea

tensional, suelen ser benignas y pueden ser manejadas en un entorno ambulatorio, a excepción de episodios excepcionalmente incapacitantes o con características inusuales en su evolución¹⁴. En contraste, las cefaleas secundarias pueden ocultar patologías subyacentes graves —como tumores, hemorragias o infecciones intracraneales— que requieren una atención médica oportuna y especializada.

Esta misma lógica diagnóstica aplica a la población pediátrica, en quienes también es crucial distinguir entre una cefalea primaria y una de origen secundario, ya que los cuadros clínicos pueden ser más inespecíficos y su evolución, en ocasiones, más rápida⁸. La anamnesis detallada y una exploración neurológica dirigida son herramientas fundamentales en este proceso. Cuando estas permiten confirmar una cefalea primaria o una neuralgia craneofacial, el siguiente paso es valorar si la complejidad del cuadro amerita una derivación al servicio de neurología, definiendo el carácter de la misma (urgente, preferente o normal), en función de la incapacidad que genera el dolor o la sospecha de organicidad¹¹.

El modelo diagnóstico también se apoya en sistemas de alerta como el SNOOP, cuyas variables como los déficits neurológicos o la edad avanzada han mostrado una asociación estadísticamente clave con la presencia de cefaleas secundarias⁴. Esto refuerza la importancia de identificar estos signos de manera temprana, sobre todo en pacientes con factores de riesgo neurológico.

A la hora de valorar la necesidad de estudios complementarios, resulta fundamental realizar una anamnesis completa, que explore antecedentes personales y familiares, edad de inicio de la cefalea, forma de aparición (súbita o progresiva), localización del dolor, intensidad, duración, factores desencadenantes o atenuantes, y la presencia de síntomas acompañantes como náuseas, vómitos, fiebre o déficits neurológicos. Es esencial también valorar si hay un cambio en las características del dolor en pacientes que ya presentan cefalea de base, y, en todos los casos, descartar la presencia de red flags¹⁵.

Por su parte, la exploración física debe incluir la toma de constantes vitales, un examen general básico y una evaluación neurológica detallada que permita descartar signos de alteración motora, sensitiva, cerebelosa o de los pares craneales. Según la sospecha clínica, también puede ser útil examinar arterias temporales, senos paranasales y articulaciones temporomandibulares¹⁵.



En los casos en que la clínica sugiere una causa secundaria grave o cuando el dolor de cabeza se presenta con características atípicas, pueden ser necesarias pruebas diagnósticas adicionales como:

Neuroimagen (TC o RM): indicada para descartar tumores, aneurismas, hemorragias o malformaciones arteriovenosas.

Punción lumbar: útil para identificar infecciones como meningitis o encefalitis.

Electroencefalograma (EEG): recomendado cuando se sospechan trastornos convulsivos³.

Respecto al uso de estudios por imágenes, como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM), se debe destacar que su indicación en el ámbito ambulatorio debe ser cuidadosamente valorada. La evidencia muestra que la prevalencia de hallazgos clínicamente relevantes en pacientes con cefalea sin otros signos de alarma es baja⁵. Incluso en los casos en que se detectan alteraciones estructurales, la relación entre estos hallazgos y la cefalea suele ser incierta. Por ello, las recomendaciones actuales indican que las neuroimágenes no son necesarias para diagnosticar una cefalea primaria, salvo en el caso de las cefaleas trigeminoautonómicas, que pueden tener causas intracraneales aún sin signos de alarma evidentes⁵.

Abordaje y tratamiento

El abordaje terapéutico de la cefalea, en especial en los cuadros migrañosos, exige una atención integral que contemple tanto la modificación de los hábitos de vida como el empleo racional de intervenciones farmacológicas. Uno de los modelos más destacados en la priorización clínica es el diagrama de flujo GFT, que ha demostrado ser el más adecuado entre los modelos de triaje disponibles⁴. Este modelo permite clasificar de forma más eficiente los casos, facilitando una atención oportuna y diferenciada, sobre todo cuando se trata de cefaleas secundarias potencialmente graves.

En cuanto a las migrañas, el tratamiento se basa en dos pilares fundamentales: el cambio en el estilo de vida y el manejo farmacológico. En relación con lo primero, se recomienda evitar factores desencadenantes como el estrés, adoptar una higiene del sueño adecuada, moderar el uso de pantallas electrónicas, mantener una dieta saludable y realizar ejercicio aeróbico con regularidad. Estos cambios pueden contribuir significativamente a disminuir la frecuencia e intensidad de las crisis migrañosas^{6,9}.

En lo farmacológico, se distinguen dos enfoques: el tratamiento agudo y el tratamiento profiláctico. El primero se orienta a detener el episodio de migraña una vez iniciado, mientras que el segundo busca prevenir o reducir su recurrencia. En el tratamiento agudo, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) orales representan la primera opción terapéutica, con un uso máximo recomendado de tres veces por semana. Si estos no son efectivos, se recurre a triptanes, fármacos permitidos a partir de los seis años de edad. Por su parte, el tratamiento profiláctico se indica en pacientes que presentan más de un episodio por semana o más de cuatro al mes, así como en aquellos cuya respuesta al tratamiento agudo es limitada. Algunos autores sugieren iniciar la profilaxis cuando la puntuación en el instrumento PEDMIDAS supera los 30 puntos, lo cual indica un impacto funcional significativo⁶.

Al llegar a una sala de emergencias, la primera línea de abordaje contempla medidas como la

hidratación intravenosa. Esto se justifica en pacientes con vómitos o disminución de la ingesta oral debido a las náuseas, aunque la eficacia de esta intervención aislada ha demostrado ser limitada, mejorando los síntomas únicamente en el 17% de los casos evaluados⁸. Por otro lado, el uso de opioides no está recomendado como opción de primera línea en el tratamiento de cefaleas agudas, según las principales guías clínicas⁸.

En presencia de náuseas o vómitos, es preferible el uso de antagonistas de los receptores de dopamina como la proclorperazina, clorpromazina o metoclopramida. La proclorperazina, administrada por vía intravenosa a una dosis de 0.15 mg/kg (máximo 10 mg), ha mostrado una tasa de reducción del dolor del 84% en la primera hora, posicionándola como una de las opciones más eficaces⁸. Entre los AINE disponibles por vía intravenosa, el ketorolaco a 0.5 mg/kg (hasta 30 mg) ha demostrado una eficacia del 55% en una hora, siendo una opción habitual si el paciente ya ha usado AINE orales sin éxito. El naproxeno IV es otra alternativa válida cuando está disponible⁸.

Un desarrollo reciente en el campo farmacológico es la aprobación del celecoxib para el tratamiento de migrañas, aunque su uso en cefaleas pediátricas aún se encuentra en evaluación, a pesar de que ya se ha aprobado su uso para otras condiciones reumatológicas en esta población⁸. En cuanto a los triptanes, su mayor eficacia se logra cuando son administrados al inicio del episodio. En el entorno de urgencias, su respuesta suele ser más limitada, aunque estudios con sumatriptán intranasal a dosis de 20 mg han demostrado una tasa de reducción del dolor del 86% a las dos horas⁸.

Si las estrategias iniciales no resultan efectivas, se puede recurrir a abordajes de segunda línea. Entre estos destaca el uso del sulfato de magnesio en infusión a dosis de 30 mg/kg (máximo 2000 mg), con una tasa de mejoría de aproximadamente el 35%, incluso en casos de estatus migrañoso¹⁶. Otra alternativa en esta categoría es el valproato de sodio, administrado a 20 mg/kg (máximo 1000 mg), cuya eficacia varía entre el 33.3% y el 78% en distintas series de pacientes¹⁶.

Cuando persisten los síntomas a pesar de estas intervenciones, se recurre al abordaje de tercera línea. En este nivel se incluye la dihidroergotamina intravenosa, utilizada en pacientes mayores de 10 años o con peso superior a 25 kg, a una dosis de 1 mg cada 8 horas. En menores de dicho peso o edad, la dosis recomendada es de 0.5 mg cada 8 horas. La eficacia reportada, luego de entre 5 y 7 dosis, alcanza el 74.4%⁸.

Finalmente, una opción avanzada y con resultados prometedores es el bloqueo de nervios periféricos. Esta técnica ha demostrado utilidad en pacientes con migraña refractaria o estatus migrañoso que no han respondido a tratamientos de primera ni segunda línea. Un estudio retrospectivo en población pediátrica hospitalizada reveló que un 49% de los pacientes tratados con bloqueos nerviosos experimentó una mejoría superior al 50%, además de una reducción en el tiempo de hospitalización. Los nervios comúnmente

bloqueados incluyen los occipitales mayores y menores, los supraorbitarios y los auriculotemporales, utilizando bupivacaína al 0.5% como anestésico local⁸.

Discusión

En el abordaje clínico de las cefaleas, identificar adecuadamente las denominadas «red flags» o señales de alerta resulta esencial para diferenciar entre una cefalea benigna y una potencialmente letal. Estas banderas rojas orientan al personal médico hacia diagnósticos diferenciales que requieren una atención urgente o especializada, ayudando a prevenir desenlaces adversos.

Un ejemplo clásico y particularmente crítico es la cefalea en trueno, denominada así por su inicio abrupto e intensidad máxima en segundos. Este tipo de cefalea es considerada una bandera roja en la evaluación clínica debido a su asociación con patologías graves. Aunque suele relacionarse con eventos vasculares intracraneales como hemorragias subaracnoideas, también puede manifestarse en situaciones menos convencionales, como en el contexto de una disección aórtica. Esta última, si bien es una entidad poco frecuente en comparación con otras causas de cefalea, representa una emergencia médica de desenlace potencialmente catastrófico. En especial en personas con antecedentes cardiovasculares, una neuroimagen normal no descarta esta posibilidad, por lo que la cefalea en trueno debe estudiarse con profundidad, aún en ausencia de otros síntomas evidentes¹⁷.

En la práctica clínica, contar con un enfoque sistemático mediante la identificación de «red flags» permite guiar los estudios complementarios adecuados. En la tabla presentada se resumen los principales signos de alarma, sus diagnósticos diferenciales más probables y los exámenes sugeridos para su evaluación. Por ejemplo, la aparición de cefalea después de los 50 años obliga a descartar procesos como arteritis temporal o lesiones ocupantes de espacio, siendo útiles pruebas como la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la neuroimagen. La cefalea de inicio súbito, además de asociarse a hemorragias, puede ser manifestación de una apoplejía hipofisaria o una malformación vascular, requiriendo estudios como neuroimagen y punción lumbar.¹⁰

Asimismo, el empeoramiento progresivo en frecuencia e intensidad de una cefalea puede sugerir causas como hematomas subdurales o abuso de medicamentos. Las cefaleas en personas inmunocomprometidas, como quienes viven con VIH o padecen cáncer, deben evaluarse en busca de infecciones o metástasis cerebrales. Igualmente, síntomas sistémicos como fiebre podrían indicar meningitis o infecciones más generalizadas. Los signos neurológicos focales o la presencia de edema de papila exigen una evaluación inmediata mediante neuroimagen, pues podrían representar lesiones intracraneales, pseudotumor cerebral u otras condiciones graves. Finalmente, no debe subestimarse la cefalea posterior a un trauma, la cual puede estar vinculada con hemorragias intracraneales o hematomas subdurales o epidurales, que requieren neuroimagen detallada del cráneo y, si se sospecha,

de la columna cervical.^{10,14}

Conclusiones

En conclusión, el reconocimiento oportuno de las «red flags» en pacientes con cefalea constituye un pilar fundamental para diferenciar entre condiciones benignas y potencialmente letales. El enfoque clínico basado en estas señales de alerta permite priorizar estudios diagnósticos adecuados y acelerar intervenciones terapéuticas, lo cual resulta vital en emergencias neurológicas o vasculares como la hemorragia subaracnoidea, meningitis, o la menos frecuente pero grave disección aórtica.

El tratamiento de la migraña, una de las causas más comunes de cefalea, requiere un abordaje integral que combine estrategias no farmacológicas con terapias agudas y profilácticas bien indicadas. La implementación de medidas de higiene del sueño, reducción del estrés y actividad física regular, junto con el uso juicioso de AINE, triptanos y, en casos seleccionados, agentes profilácticos, ha demostrado eficacia en la reducción de la frecuencia e intensidad de los episodios.

En escenarios de urgencia, el tratamiento escalonado según la respuesta clínica del o la paciente —desde la hidratación y AINE hasta el uso de antagonistas dopaminérgicos, sulfato de magnesio, valproato de sodio, y en casos refractarios, dihidroergotamina o bloqueos nerviosos— permite una atención adaptada a la severidad del cuadro y reduce complicaciones asociadas.

Por tanto, una adecuada evaluación clínica, basada en una historia detallada, examen físico exhaustivo y conocimiento de los signos de alarma, constituye la herramienta más poderosa del personal de salud para garantizar una atención segura, oportuna y efectiva en el manejo de las cefaleas, con especial énfasis en la población pediátrica y adolescente.

Referencias

1. Arévalo Ortiz M, Nicolás Cobos S, Lorente Pavo H. Valoración, diagnóstico y pautas de tratamiento de fisioterapia en la cefalea tensional [tesis de bachillerato]. Esplugues de Llobregat: Escoles Universitàries Gimbernat I Tomàs Cerdà; 2024.
2. Sánchez F. Eficacia y seguridad de los psicodélicos clásicos en la prevención y tratamiento de cefaleas: una revisión narrativa. ArchMed Univ. 2024;6(1):1-6.
3. Hernández LMA, Alfaro FJG, Porras DS. Señales de alarma de la migraña: síntomas que no debes ignorar. RevMéd Sinergia. 2023;8(07).
4. Subazzoli D, Mainolfi F, Bagattoni V. La valutazione della cefalea da parte dell'infermiere di

pronto socorro: revisión narrativa de literaturadeiprincipali red-flags e modelli di triage. Scenario. 2025;42(1):597-604.

5. García-Alcántara G, Pérez-Trapote F, López-Rebolledo R, Moreno-López C, Mayo-Canalejo D. Estudio descriptivo de las alteraciones en pruebas de neuroimagen en pacientes con cefalea en un ámbito ambulatorio. Rev Neurol. 2023;76(5):159.

6. Álvarez N, González Acero A, Málaga Diéguez I. Cefalea en el niño y el adolescente. AnPediatrContin. 2022;1:115-24.

7. Muñoz Cerón JF, Osorio A. La paciente embarazada con cefalea en urgencias. Acta Neurol Colomb. 2020;36(4):20-2.

8. Vides-Rosales M. Tratamiento de las cefaleas en sala de emergencia pediátrica. Med (B Aires). 2023;83:76-81.

9. González-Celestino A, González-Osorio Y, García-Iglesias C, Echavarría-Íñiguez A, Sierra-Mencia Á, Recio-García A, et al. Diferencias y similitudes entre la cefalea relacionada con la COVID-19 y la cefalea relacionada con la vacuna de la COVID-19. Un estudio de casos y controles. Rev Neurol. 2023;77(10):229.

10. Carbone DD, Rodari DOT. L'utilità dell'esameneurologiconell'identificazionedelle Red Flagsnellecefalee: una revisionesistemica [tesis]. Genova: UniversitàdegliStudi di Genova; 2021.

11. Gago-Veiga AB, García-Azorín D, Mas-Sala N, Ordás CM, Ruiz-Piñero M, Torres-Ferrús M, et al. Cómo y cuándo derivar un paciente con cefalea primaria y neuralgia craneofacial desde Urgencias y Atención Primaria: recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefalea de la Sociedad Española de Neurología. Neurología. 2020;35(3):176-84.

12. González García P. Una cefalea. ¿Se debe a una enfermedad grave? AMF. 2023;19(3):113-24.

⚙ 13. González García P. Una cefalea. ¿Se debe a una enfermedad grave? AMF. 2023;19(3):113-24.

14. Pistoia F. Codice cefalea in Pronto Soccorso: protocollo per la diagnosi, la caratterizzazione e la presa in caricodeipazienti con cefalea. Riv Neurol. 2024;1(3):178.

15. Santos SP, Domínguez S, Alvarez Y. Cuidado con los «red flag» en una cefalea. Médicos Fam. 2024;26(3):18-20.

16. Santos-Lasaosa S, Díaz-de-Terán J, Pozo-Rosich P, González-García N, González-Quintanilla V, Mínguez-Olaondo A, et al. Cómo y cuándo derivar un paciente con cefalea secundaria y otros tipos de dolores craneofaciales desde Urgencias y Atención Primaria: recomendaciones del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. *Neurología*. 2020;35(5):323-31.

17. Arias AA, Londoño DTL, Cardozo A. Cefalea en la disección aórtica, a propósito de un caso clínico. *Med UPB*. 2021;40(2):84-7.

Declaración de buenas prácticas: Los autores de este manuscrito declaran que:

Todos ellos han participado en su elaboración y no tienen conflictos de intereses

La investigación se ha realizado siguiendo las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El manuscrito es original y no contiene plagio.

El manuscrito no ha sido publicado en ningún medio y no está en proceso de revisión en otra revista.

Han obtenido los permisos necesarios para las imágenes y gráficos utilizados.

Han preservado las identidades de los pacientes.

 [Neurología](#)

< [Patología ósea en enfermedad renal crónica: diagnósticos diferenciales](#)

[Acerca de la Revista](#) [Aviso Legal y Condiciones Generales de Uso](#)

[Política de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales](#) [Política de Cookies](#) [Contactar](#)

©2025 [PortalesMedicos.com](#) - [Revista Electrónica de PortalesMedicos.com](#)





Noticias 11 de junio de 2025

Fallece el Prof. Vicente Calatayud Maldonado



Ha fallecido el Prof. Vicente Calatayud Maldonado, académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina de España.

El Prof. Calatayud ocupaba el sillón nº 45, dedicado a la Neurocirugía, desde el año 2008. Su discurso de ingreso en la RANME "Neurocirugía en el Tercer Millennium" lo leyó el 28 de octubre de 2008.

Nacido en Ciudad Real, el 14 de agosto de 1935. La trayectoria académica del Prof. Vicente Calatayud comenzó realizando el Bachillerato Superior en Madrid (1952), seguido por la obtención del certificado de escolaridad "Cours Universitaires d'Eté" en el Instituto Católico de París en 1954. Años posteriores se trasladó a Hamburg y obtuvo el Curso de Medicina Tropical en el Bernard Noth Institut en el año 1956. A lo largo de 1958 obtuvo el Famulus en la Rhenisches Laudes Frauenklinik (Alemania) y la Licenciatura en Medicina y Cirugía en la Universidad de Granada. En 1960 realizó el doctorado en Medicina y Cirugía en la Universidad de Zaragoza, y en 1963 en la República Federal Alemana.

Su trayectoria como investigador comenzó como becario del C.S.I.C. (1958) y en la D.A.A.D. de Alemania (1960-1963), fue ayudante científico de la Universidad de Giessen, Alemania (1963), también participó en el C.S.I.C. como colaborador científico por oposición (1970), fue nombrado Jefe de la Sección de Cirugía Experimental de la Cátedra de Patología y Clínica Quirúrgica "A" de la Facultad de Medicina de Zaragoza, participó como Colaborador del Instituto de Cirugía Experimental de la Universidad de Zaragoza (desde 1973). Su especialización le permitió dirigir múltiples proyectos de investigación del F.I.S. y del Gobierno de Aragón y Vasco. Fue director de una tesina de licenciatura y 52 tesis doctorales. Como Doctor en Veterinaria recibió el Premio Extraordinario en 1982. Realizó la evaluación positiva de dos tramos de investigación por la Secretaría de Estado de Educación y Universidades.

Organizó un total de 38 cursos, congresos y simposiums nacionales e internaciones. Realizó 168 comunicaciones, de las cuales 78 fueron en congresos nacionales y 90 en internacionales. Impartió 178 cursos pre y pos congresos y seminarios. Pronunció 106 conferencias en Centros Universitarios e Instituciones. Fue autor de 112 trabajos de investigación básica, clínica y experimental, de los cuales 88 han sido publicados en revistas nacionales y 24 en revistas internacionales. Organizó 20 cursos y seminarios realizados como formación continuada. Escribió 4 libros, 2 monografías y varios capítulos en publicaciones de la especialidad.

Su actividad docente y universitaria fue bastante extensa, siendo Ayudante de Clases Prácticas de Patología Quirúrgica A Universidad de Zaragoza; Profesor Adjunto de Patología Quirúrgica A. Universidad de Zaragoza; Profesor Agregado de Neurocirugía Universidad de Zaragoza (1978); Catedrático de Neurocirugía Universidad de Zaragoza (1981); Profesor de los cursos de la E:A:N:S (Formación de residentes) por la Sociedad Europea de Neurocirugía (desde 1985 a 1995). Además, fue Profesor invitado en: la Universidad de Harward (Septiembre de 1981); Instituto de Neurocirugía del Hospital HENRY FORD, DETROIT (Febrero a Junio 1987); Universidad de Philadelphia (Mayo-Junio de 1988); Institute Neurologie and Neurosurgery en la Universidad de Illinois, Chicago (Abril 1.992); en el Departamento de Neurocirugía de la Universidad de Armenia (Julio 1992); Congreso Europeo de Neuropatología, Berlín (junio 1.992); Profesor invitado con demostraciones quirúrgicas en la Universidad de Coimbra (1.987); Profesor invitado para pronunciar la "European Lecture", Bonn (Febrero de 2.003).

En el ámbito asistencial, desarrolló una destacada carrera como especialista en neurocirugía, llegando a ser especialista en Neurocirugía en la República Federal de Alemania (formación completa) (1968), especialista en Neurocirugía (1970), especialista en Neurología, jefe de sección de Neurocirugía en el Hospital Clínico de Zaragoza (1969), jefe de servicio de Neurocirugía del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza (1975), Presidente de la Comisión de Docencia del Hospital Clínico de Zaragoza (1985-1987), Director del Departamento de Cirugía Universidad de Zaragoza (1987), Director del Departamento de Cirugía (desde el 2001 hasta Septiembre del 2005).

A lo largo de su vida, el Prof. Vicente Calatayud ha sido Miembro Numerario de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, Miembro correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina, Miembro numerario de la Academia Euro-Asiana de Neurocirugía, Miembro numerario de la Sociedad Luso Española de Neurocirugía, Miembro correspondiente de la Academia de Medicina de Galicia, Miembro numerario de la Academia de Ciencias de New-York, Miembro de la Academia Argentina de Neurocirugía, Miembro de la Sociedad Alemana de Cirugía, Miembro de la Sociedad Aragonesa de Cirugía (Fundador), Miembro de la Sociedad Aragonesa de Neurocirugía (Fundador), Miembro de la Sociedad Española de Neurocirugía, Miembro del Colegio Internacional de Cirujanos, Miembro de la Sociedad Española de Cirugía, Miembro de la Sociedad Española de Neurología, Miembro del Comité de Docencia de la Sociedad Europea de Neurocirugía, Vicepresidente de la Sociedad Europea de Neurocirugía, Miembro de la A.A.N.S. Norteamericana, Presidente del Mainpower Comité de la W.F.N.S., Presidente de la Revista "Neurocirugía", Miembro del Comité Editorial de "Acta Neurochirurgica", Miembro del Comité Editorial de "Surgical Neurology", Presidente de la Sociedad Española de Neurocirugía, Chairman del Nominaiting Commitee de la E.A.N.S.

El Dr. Calatayud ha contribuido significativamente al desarrollo de la neurocirugía, lo que le hizo ser nombrado Hijo adoptivo de la Ciudad de Zaragoza (1992), Aragonés (1997), Miembro del Rotary Internacional tras recibir el Premio Paul Harris, Caballero Andante de Castilla la Mancha (1998), Miembro de honor de la Sociedad Medica Siria, Presidente del Rotary Club de Zaragoza (2003), Profesor Emérito de la Universidad de Zaragoza (2005) e Hijo Predilecto de Ciudad-Real (2006); entre los premios que recibió destacar la Espiga de oro de la Casa de Castilla la Mancha Zaragoza y la medalla de la Facultad de Medicina de Zaragoza.



REAL ACADEMIA NACIONAL
DE MEDICINA DE ESPAÑA

Calle Arrieta 12
28013 Madrid
Telf. +34 91 547 03 18

[Ingresar](#)

EN VIVO

[TN](#) > [Sociedad](#)

Qué significa dormir con una luz prendida, según expertos en comportamiento humano

Conocé la opinión de los especialistas sobre esta práctica, que puede tener efectos negativos.

11 de junio 2025, 22:56hs



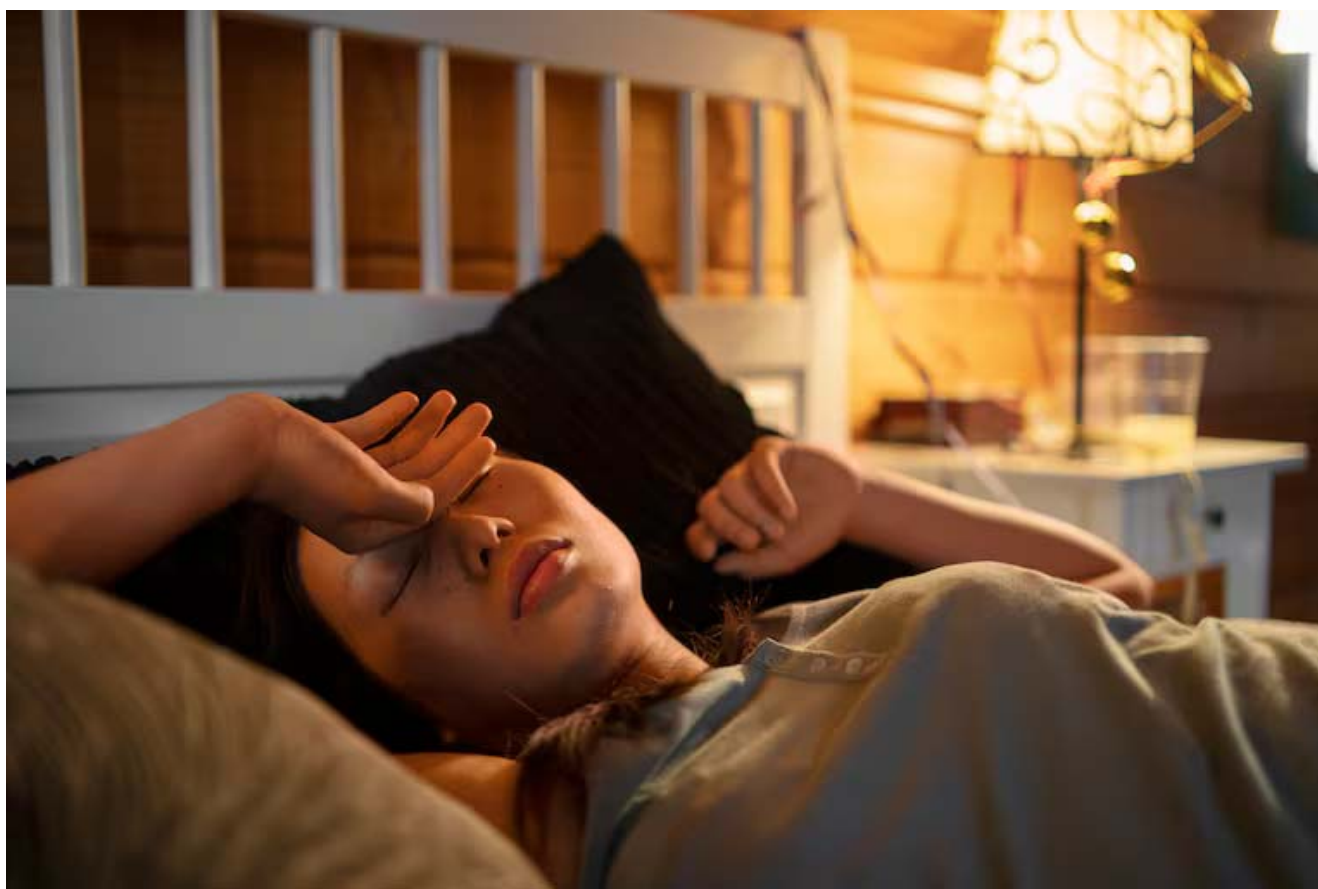
Qué significa dormir con una luz prendida, según expertos en comportamiento humano (Foto: Freepik).



Dormir con una **luz prendida**, ya sea un velador, la televisión, o incluso la del pasillo o el baño, es un hábito extendido entre personas de todas las edades. Aunque para muchos representa una **sensación de seguridad** o una **forma de evitar el miedo a la oscuridad**, **especialistas en comportamiento humano** y sueño advierten que esta práctica puede tener **efectos negativos** sobre la salud.

Según *María José Martínez Madrid*, coordinadora del grupo de trabajo de *Cronobiología de la Sociedad Española del Sueño (SES)*, el **cuerpo humano regula el sueño a través del sistema circadiano**, cuyo "reloj interno" se encuentra en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo. Este sistema funciona con la luz natural, por lo que la presencia de **luz artificial durante la noche puede confundir al cerebro**, en especial por su efecto sobre la melatonina, la hormona que favorece un sueño profundo y reparador. "Sin melatonina, no

vamos a poder conciliar el sueño o va a ser más superficial, fragmentado y con más despertares”, señaló la especialista para Cuidateplus.



Esta práctica puede tener efectos negativos (Foto: Freepik).

Leé también: [Qué es la leche de luna y por qué es buena para el descanso profundo](#)

La experta también explicó que incluso una **breve exposición a la luz**, como al levantarse para ir al baño, puede **afectar el sueño**. **Encender una luz** durante apenas 5 o 10 minutos **elimina la melatonina** del cuerpo y dificulta volver a dormir.

Ana Fernández Arcos, coordinadora del *Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la Sociedad Española de Neurología (SEN)*, advirtió que **la oscuridad total es clave**, en especial en personas jóvenes, que son más sensibles a la luz. Incluso con los **ojos cerrados**, la luz puede **filtrarse a través de los párpados** y **reducir a la mitad la producción de melatonina**, al volver el sueño más liviano.

Por qué algunas personas duermen con la luz prendida

Según la psicología del sueño, dormir con una fuente de luz encendida puede tener distintos significados:

- **Miedo a la oscuridad:** la luz da sensación de seguridad y reduce la ansiedad frente a lo

desconocido.

- **Dificultad para conciliar el sueño:** mantener la luz puede ser una forma de evitar pensamientos que interfieren con el descanso.
- **Trastornos del sueño:** como el insomnio o la apnea.
- **Ansiedad generalizada:** la luz funciona como elemento de contención.
- **Hábito adquirido:** en muchos casos, se convierte en una costumbre difícil de abandonar.



Hay diferentes razones por las que una persona puede necesitar dormir con una luz prendida (Foto: Freepik).

Leé también: [*No es por las pulgas: por qué no deberías dormir con tu gato, según un veterinario*](#)

Consecuencias para la salud de dormir con la luz prendida

Dormir con luz encendida puede derivar en distintos problemas:

- **Sueño superficial, fragmentado y con múltiples despertares.**
- **Dificultades cognitivas,** como falta de atención o concentración.

- **Mayor riesgo de accidentes** laborales o de tránsito.
- Asociación con **enfermedades cardiovasculares, obesidad, problemas de salud mental** y ciertos **tipos de cáncer**.
- Vínculo con **enfermedades neurodegenerativas** como Alzheimer y Parkinson.

Los especialistas recomiendan evitar luces durante la noche y, en caso de tener que levantarse, optar por una linterna de baja intensidad para no interrumpir la producción natural de melatonina y proteger la calidad del descanso.

Temas de la nota

[dormir](#)[luz](#)[TNS](#)

Más sobre Sociedad



No es para decorar: por qué se debe poner una cinta roja en la planta de aloe vera