



Reunión de pacientes y familiares de ELA Andalucía en la presentación de los resultados del proyecto // ABC

Un proyecto de ELA Andalucía reafirma la mejora física y anímica de los pacientes con personal ayudante

Enfermos de ELA: «Vivir acompañado me ha dado vida»

JAIME PAREJO SEVILLA

Vivir con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es ir asumiendo que paulatinamente tu cuerpo va a dejar de responder como tú deseas, que la cuesta de bajada en salud no tiene por qué estar asociada a una cuesta abajo en actitud. La mayoría de pacientes de ELA, que abanderan una lucha por darle visibilidad a la enfermedad para que los gobiernos no hagan la vista gorda, acogen como agua de mayo iniciativas como la llevada a cabo por ELA Andalucía con el proyecto piloto 'Asistente Personal para personas con ELA', un programa que durante ocho meses mejora notablemente la autonomía y la calidad de vida de los pacientes y de sus familiares.

Los datos de este proyecto, financiado con fondos Next Generation, y llevado a cabo entre los meses de marzo y octubre de 2025, reflejan que los 10 pacientes de la provincia de Sevilla (41 en Andalucía) que finalizaron el mismo han podido mantener la condición física, a pesar del avance natural de esta enfermedad. Pero el verdadero hito de este proyecto está en el aumento del 96% en las relaciones sociales, reforzando la presencia activa de las personas con ELA en su círculo social y comunitario, además de la importancia del acompañamiento para evitar el aislamiento. «A mí me ha ayudado un montón. Ha

sido un regalo para los enfermos de ELA. Al principio de la enfermedad lo pasé muy mal, pero luego te entra la resiliencia y aceptas tu vida, pero claro, quieres seguir siendo lo que eras, seguir realizando tus actividades, entrando y saliendo, recibiendo amigos... Tener a mi asistente personal estos ocho meses a mí me ha dado vida, me ha dado alegría, independencia, mucha seguridad de poder decidir sin depender de mi familia», reconoce María Luisa Pérez, paciente de ELA de 54 años.

Y es que estos asistentes personales contribuyen a una mayor independencia y a darle un respiro a una familia que se desvive, pero que también necesita un respiro en sus compromisos. El proyecto ha favorecido dinámicas familiares más equilibradas, recuperando los roles afectivos y naturales dentro del hogar. «Ha sido un regalo. Gracias a la Asociación ELA y a este proyecto me he vuelto a sentir otra vez como era yo, sin necesidad de estar cuadrando horarios con mis hijos y con mi marido», señala María Luisa, que reconoce con el alma

«Sé que es una enfermedad que va a peor y que no mejora, pero el tiempo que tengo lo afronto con ilusión y ganas de hacer cosas»

encogida que al único sitio al que no ha ido en este período es al colegio Tarreros, lugar en el que trabajaba como profesora de educación infantil: «es que me emociona mucho cuando veo a mis niños», lamenta.

Compromiso con la ELA

ELA Andalucía aprovecha esta experiencia piloto para pedir que se consolide y amplíe la asistencia personal en Andalucía como un recurso estable dentro de la Ley de Dependencia. «Hasta que me quede amarrada a una máquina que Dios quiera que tarde mucho, tengo ganas de vivir, de hacer cosas, y este tipo de proyectos ayudan mucho a eso. Quiero disfrutar de un tiempo de madre con mis hijos, no de asistencia, que ellos se que lo hacen de corazón», sentencia una María Luisa que es consciente de lo que tiene, pero también de cómo vivirlo. «Esto es una enfermedad que va a peor, sé que no voy a mejorar, pero el tiempo que tengo lo afronto con ilusión y ganas de hacer cosas. Tuve mucha suerte porque me tocó una chica muy alegre, que no me miraba con pena ni como una persona enferma, sino todo lo contrario. Me hace sentirme bien, me complementaba y eso es muy enriquecedor», agradece.

También muestra su gratitud Carlos Barrera, enfermo de ELA desde hace tres años y que con 69 años agradece la imparable labor de su asistente personal. «Ha sido muy buena experiencia porque además nos hace falta una persona que esté con nosotros unas cuantas horas al día para seguir más o menos haciendo lo que hacíamos antes de la enfermedad», comenta este antiguo representante al que la enfermedad ya le dificulta el habla. A sus 69 años, Carlos mantiene sus ganas intactas de vivir, y busca que este tipo de noticias contribuyan a que las ayudas a este colectivo de enfermos, que aumenta aproximadamente en tres por día, según los datos de la Sociedad Española de Neurología. «Espero que se extiendan este tipo de proyectos, tanto a nivel Andalucía como en España, ya que hace falta que se cumpla la ley —ley ELA— que se aprobó en octubre del año pasado», reclama Carlos.

**AZKOITIA**

La Real Sociedad Bascongada cuenta con dos nuevos Amigos de Número

El neurólogo Jaber Olaskoaga Urtaza y el exviceconsejero de Formación Profesional Jorge Arévalo Turrillas ingresan en la RSBAP

ELI AIZPURU

AZKOITIA. La Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País ha incorporado recientemente como nuevos miembros a Jaber Olaskoaga Urtaza y Jorge Arévalo Turrillas, dos figuras destacadas en los ámbitos de la Medicina y la Formación Profesional, respectivamente. Su ingreso supone un reconocimiento a trayectorias profesionales de gran impacto en Euskadi y al compromiso de ambos con el progreso social, científico y educativo.

Jaber Olaskoaga Urtaza (Errenteria, 1952) es médico especialista en Neurología, doctor por la Universidad del País Vasco y máster en Neuroinmunología. A lo largo de su carrera ha sido consultor de Neuropsiquiatría del Instituto Social de la Marina, neurólogo adjunto en el Hospital Gipuzkoa y consultor senior en el Hospital Universitario Donostia, donde también coordinó la Unidad de Esclerosis Múltiple y desarrolló una intensa labor investigadora ligada al Instituto Biomedio de Donostia. Premio Científico de la Sociedad Española de Neurología en 2021 y Miembro Numerario de Honor desde 2023, cuenta con una amplia producción



Representantes azkoitiarras en el acto de ingreso llevado a cabo en Donostia. **ONDAREZ**

científica y ha participado como investigador principal en numerosos ensayos clínicos.

Por su parte, Jorge Arévalo Turrillas (San Sebastián) es ingeniero técnico Industrial y ha dedicado buena parte de su trayectoria a la docencia y la gestión pública en el ámbito de la Formación Profesional. Fue profesor durante 24 años en el Centro Integrado Easo Politeknikoa y posteriormente ocupó los cargos de director General de Formación Profesional del Gobierno Vasco y de viceconsejero durante 16 años. Ha sido responsable directo de cinco de los seis Planes Vascos de Formación Profesional —refe-

rentes a nivel estatal y europeo— y ha asesorado a instituciones como el Parlamento Europeo, la Comisión Europea, el Congreso y el Senado, así como a diferentes gobiernos autonómicos y entidades empresariales.

Con su incorporación, la Sociedad Bascongada reconoce «la contribución de ambos al conocimiento, la innovación y el desarrollo social del País Vasco, en coherencia con el espíritu ilustrado y reformista que inspira a la institución desde su fundación en el siglo XVIII», ha señalado Juan Bautista Mendizabal en representación de la RSBAP.

Olaskoaga ingresó en la Real

Sociedad de los Amigos del País el pasado octubre y en su lección de ingreso trató sobre dos pioneros de la Neuropsiquiatría en Gipuzkoa: Ricardo de Añibarre y Lángara (1857-1934) y Ricardo Bueno y Ituarte (1904-1956).

Por su parte, Arévalo habló de 'La importancia de la Formación Profesional en la competitividad de Euskadi' en el acto llevado a cabo el pasado día 8 en el centro Easo Politeknikoa de Donostia, con la participación de representación azkoitiarra, entre ellos Axun Larrañaga, Miren Otero, directora de Izarraitz Lanbide Heziketa BHI y Juan Bautista Mendizabal.

29 Noviembre, 2025



El diagnóstico de la migraña tarda más de seis años pese a los 5,1 millones de afectados

Más del 60% de los facultativos desconoce los criterios de este mal invalidante

CELESTE LÓPEZ
 Madrid

El panorama para quien padece migraña es desolador. Una media de seis años para ser diagnosticados y, por lo tanto, tratados adecuadamente. Mientras tanto, peinar y pensar con un dolor de cabeza que no se cura con paracetamol, ni mucho menos, y que va a más. Siempre va a más y puede ir acompañado de auras (preceden a un ataque de migraña y pueden incluir síntomas visuales como ver luces brillantes), vómitos y náuseas. Duele tanto (no, no es solo un dolor de cabeza) que no deja pensar, casi ni respirar, ni ver, ni oír... Ni trabajar. Rocío Blein, 57 años, enferma, lo describía así: "Es como llevar un casco de moto tres tallas más pequeño mientras lo taladran".

Ocurre esto aun siendo la enfermedad más frecuente de España (y del mundo). El 12% de la población lo padece, unos 5,1 millones de ciudadanos, de las cuales más del 80% son mujeres. Más de un millón padece migraña crónica (episodios de más de 15 días al mes) y más de cuatro millones, de forma episódica (entre 4 y 8 días al mes).

Más de la mitad no están tratados porque ni saben que tienen migraña ni los médicos que les tratan (normalmente, de familia o urgencias, aunque también neurólogos) conocen qué es. De hecho, tardan de media más de seis años en ser diagnosticados. ¿Cómo es posible? Porque apenas se dan 4 horas en la carrera de Medicina sobre esta enfermedad neurológica. Y eso que es la primera causa de discapacidad.

Así lo indica Roberto Belvís, director del servicio de neurología del hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona y coordinador del grupo de estudios de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, en el III seminario Lundbeck *Migraña: una carrera de obstáculos*.

Belvís insiste en que esa falta de diagnóstico tiene mucho que ver con el desconocimiento de los criterios de la migraña, entre ellos que el dolor afecta a un lado



Eva Ortega y Rocío Blein, dos pacientes con migraña

de la cabeza (indistinto y cambiante, pero a un solo lado), dolor pulsátil (bum-bum-bum), fotofobia (imagen del vampiro, oclutándose del sol con la mano), sensibilidad extrema a los sonidos, el dolor es moderado o grave e invalidante cuando se sufre.

Si no se conoce esta enfermedad, no se trata, pese a que inter-

Los médicos ignoran la enfermedad más frecuente porque en la carrera apenas la estudian cuatro horas

fiere en todos los aspectos de la vida. Es el caso de Rocío, que se pasó años y años a base de paracetamol e ibuprofenos. "Los dolores de cabeza brutales que he tenido toda mi vida no tenían nombre. Mi madre los tuvo y te decía de eso 'eres como yo'. Y con eso,

pues a aguantar". Belvís, que recuerda que esta enfermedad es hereditaria, señala que la migraña es la enfermedad récord de automedicación.

Rocío no supo que tenía migrañas hasta hace unos años. Eva Ortega, tampoco. A ambas les tardaron dos décadas en decirles que esos dolores de cabeza eran una enfermedad neurológica.

Habían ido mil veces al médico, pero nadie les dijo la palabra clave: tiene migraña, usted tiene una enfermedad crónica. "El hecho de saberlo les ayuda mucho y les reduce el miedo y el estrés y, sobre todo, les quita la culpa", señala la psicóloga Almudena Mateos. "Muchas sienten que son unas flojas y exageradas porque eso es lo que les hacen sentir", dice.

El estigma y la banalización impregna esta enfermedad, incluso en el mundo sanitario. "Uno de cada tres médicos estigmatiza al paciente: '¿Por un dolor de cabeza vienes?'" reconoce Belvís.

Tiene una afectación laboral

enorme. Pese a lo que pueda creerse, los enfermos de migraña faltan muy poco al trabajo cuando la cabeza les estalla. Eso sí, la productividad disminuye: cómo concentrarse cuando un taladro golpea tu cabeza, dice Ortega.

¿Hay tratamiento? Sí, lo hay. Pero es preciso diagnosticarlo pronto para evitar que se cronifi-

"No es un dolor de cabeza. Es como llevar un casco de moto tres tallas más pequeño mientras lo taladran"

que. Y en los más duros, también, pero como son caros respecto a los anteriores (entre 100 y 160 euros al mes, pero hay muchos pacientes), Sanidad pone pegas. Los pacientes piden una reunión con la ministra de Sanidad ya. "Por favor", suplican.●



OBITUARIO

Álvaro Martínez Lomba (Marinero, 73 años, A Guarda)

El enfermo de ELA que nunca volvió a su casa porque no le aprobaron un ascensor

«Me dijo que luchase y yo voy a luchar», advierte su mujer

ÁNGEL PANIAGUA

VIGO / LA VOZ

Hace nueve años que Álvaro Martínez Lomba se fue de su piso de A Guarda y nunca pudo volver. Este hombre, enfermo de esclerosis lateral amiotrófica (ELA), habitaba en un cuarto piso sin ascensor. El avance de la enfermedad, que va paralizando progresivamente el cuerpo pero no la mente, le impidió seguir subiendo las escaleras. Él y su mujer, María Jesús Martínez, Marita, tuvieron que mudarse a otro piso y pagar el alquiler. Empezó entonces una pelea con la comunidad de vecinos de su edificio para reclamar la instalación de un ascensor. No se ha resuelto aún y Álvaro falleció el pasado día 10 sin poder volver a casa.

«Lo último que me dijo cuando íbamos en la ambulancia al hospital fue que luchara por lo del ascensor», cuenta su viuda, «y yo voy a luchar». Unos días antes, sus dos hijos habían regresado al hogar, después de 70 días en el mar. Álvaro fue marinero también. «Él dijo que quería ver la casa», dice Marita. Lo estuvieron sopesando. Hacía poco habían reformado el baño, con la esperanza de que él pudiera moverse por allí con su silla de ruedas. Pero para llegar al piso había que subirlo en peso y Álvaro era un hombre grande. Finalmente lo descartaron. Álvaro se quedó sin ver su casa.



Álvaro y Marita, en una foto del 2022, delante del edificio donde dejaron de vivir. XOÁN CARLOS GIL

En los últimos días se encontraba cansado y le habían indicado que tenía un virus. Todo se complicó en poco tiempo y finalmente sufrió una broncoaspiración, una complicación habitual en los pacientes de ELA, provocada por la dificultad para tragar. Se quedó en la ambulancia que lo llevaba al Cunqueiro.

«Fuimos tan luchadores los dos y se fue de forma tan rápida...», lamenta su esposa. Estuvieron 46 años juntos. «Yo le decía, con todo el cariño: «Tú tienes la ELA, pero yo también». Fue mi vida».

Su caso refleja la dura realidad de esta enfermedad tan agresiva

que afecta a toda la familia. «Él nunca se quejó, aunque algunas veces que no podía comer y yo le daba, me decía: «Soy una carga»», dice Marita.

El ascensor es un buen ejemplo. Sus vecinos nunca consintieron que se instalase en el edificio, por no afrontar un gasto que en su día calcularon en 150.000 euros. Un juzgado de Tui dio la razón a la pareja hace dos años, pero el caso se recurrió y está pendiente de sentencia por la Audiencia. «No entiendo que la gente sea tan mala, que te haga sufrir», protesta su mujer.

Álvaro y Marita también lucharon por las ayudas económicas.

Él percibía la de la Xunta, que aprobó un gasto de hasta 12.000 euros por paciente, siempre contra factura, así como una gran invalidez. No llegó a recibir las ayudas económicas de la ley ELA.

El caso de Álvaro no es típico. Según la Sociedad Española de Neurología, la supervivencia media de los enfermos es de entre dos y cuatro años. Este guardés llevaba trece con la enfermedad diagnosticada, catorce si se tiene en cuenta el año previo, que ya tenía síntomas pero no un diagnóstico. «Hay que tomarse más en serio la vida que la enfermedad», advirtió en una entrevista en La Voz.



Neurología

QUÉ CAUSA
LA APNEA
DEL SUEÑO

¿Puede aparecer a cualquier edad? ¿Cuáles son sus síntomas?

Elisa Royo (Zaragoza)



DRA. CELIA
GARCÍA
MALO

Coordinadora del Grupo de Estudio del Sueño de la SEN

- **Sí, aunque es más frecuente en adultos, sobre todo a partir de los 40-50 años y en personas con sobre peso, también puede presentarse en jóvenes e, incluso, en niños. En la infancia a menudo se relaciona con amígdalas o adenoides grandes. Y en mujeres en edad de menopausia también aumenta el riesgo.**
- **Conviene consultar ante la aparición de síntomas: ronquidos fuertes, pausas respiratorias durante el sueño, somnolencia diurna, sueño no reparador y problemas de concentración o ánimo bajo son algunos de los más comunes.**





CALIDAD DE VIDA

El 95% de los pacientes con migraña tarda seis años en recibir diagnóstico

La migraña sigue siendo una enfermedad invisible y banalizada, pese a su impacto social, económico y personal. ● Pacientes y profesionales implicados piden una estrategia nacional que aporte equidad

RAMIRO NAVARRO

La migraña sigue moviéndose en una paradoja incómoda, ya que es una de las enfermedades neurológicas más incapacitantes y, al mismo tiempo, una patología invisibilizada y banalizada. En España afecta a alrededor del 12% de la población, más de 5 millones de personas, de las que más del 80% son mujeres. Más de un millón convive con migraña crónica y más de 4 millones la sufren de forma episódica. A nivel global, es la tercera enfermedad más prevalente y la primera causa de discapacidad en adultos menores de 50 años.

Pese a estas cifras, el día a día de los pacientes se parece más a una carrera de fondo plagada de barreras que a un circuito asistencial organizado. Demoras diagnósticas que se prolongan durante años, falta de formación específica en muchos niveles del sistema sanitario, desigualdades territoriales en el acceso a unidades especializadas y tratamientos innovadores, escasez de recursos y una infravaloración social persistente. Éste es el retrato que han dibujado neurólogos, enfermeras, psicólogos y representantes de pacientes en el III Seminario de Periodistas organizado por Lundbeck bajo el título "Migraña: una carrera de obstáculos".

RETRASO DIAGNÓSTICO

Los datos son contundentes. El 95% de los pacientes tarda una media de seis años en recibir un diagnóstico y alrededor del 40% permanece sin diagnosticar. Mientras tanto, las crisis se suceden, el dolor interfiere con la vida laboral y familiar, y muchas personas se resignan a convivir con una enfermedad que ni siquiera está adecuadamente reconocida en su entorno.

"El diagnóstico tardío y las diferencias en el acceso a la atención convierten a la mi-



Tania Herrera, Almudena Mateos, Roberto Belvís y Eva Ortega durante el encuentro 'Migraña: una carrera de obstáculos'.

M. G.

graña en una enfermedad con muchos retos y necesidades no cubiertas", subraya el neurólogo Roberto Belvís, quien recuerda que se trata de "una de las enfermedades neurológicas más incapacitantes y con mayor infradiagnóstico; muchas personas tardan años en obtener un diagnóstico correcto y acceder a una unidad de cefaleas".

Belvís pone el foco también en la inequidad territorial y en la necesidad de incorporar una perspectiva de género: la migraña "afecta tres veces más a mujeres que a hombres, con desigualdades tanto en el diagnóstico como en la atención". A su juicio, todas estas barreras solo pueden abordarse con "un plan o una estrategia que garantice la atención integral y equitativa y asegure unos mínimos comunes y homogéneos en todo el país". El itinerario de quienes viven

con migraña no termina cuando se consigue el diagnóstico.

El acompañamiento durante el tratamiento, la educación sanitaria y el seguimiento del paciente son claves para que los abordajes sean eficaces y sostenibles. Aquí, la enfermería especializada en cefaleas se revela como una pieza fundamental.

"Las enfermeras somos clave en la educación del paciente, la adherencia al tratamiento y el seguimiento continuado", explica Tania Herrera, enfermera experta en cefaleas del Hospital Universitario Donostia. La creación de puestos específicos de enfermería en las unidades de cefaleas, añade, "reduce las visitas a urgencias, mejora la calidad de vida y refuerza la relación profesional-paciente".

Herrera insiste en que incorporar enfermeras expertas en neurología "no es un gas-

to, sino una inversión que repercute directamente en la eficiencia del sistema y en la satisfacción del paciente". La migraña no solo duele en la cabeza. Afecta al estado de ánimo, a la autoestima, a la vida social y al desempeño profesional. Según datos de la Sociedad Española de Neurología, el 38% de las personas

que conviven con la enfermedad. La Asociación Española de Migrana y Cefalea (Aemic) reivindica su papel en la sensibilización social, el acompañamiento durante el proceso diagnóstico y la defensa de los derechos de las personas con migraña.

Aemic reclama de forma explícita la puesta en marcha de un Plan Estratégico Nacional de la Migrana, dotado de recursos suficientes, que contemple medidas de equidad territorial, impulso a la investigación y apoyo a la atención multidisciplinar, asegurando además el acceso equitativo a los tratamientos innovadores.

"La prioridad para los próximos años es mejorar de manera decidida la atención sanitaria y social que recibe la población con migraña en nuestro país", afirma Eva Ortega, representante de la asociación Aemic.

La enfermería especializada reduce las visitas a urgencias y aporta calidad de vida

con migraña presenta síntomas depresivos de moderados a graves y en torno al 22% sufre ansiedad.

En este escenario, las asociaciones de pacientes se han convertido en motor de cambio y en red de apoyo para



Neurología

El 38% de pacientes muestran síntomas depresivos y se estima que el 22% sufre ansiedad. La enfermedad afecta tres veces más a mujeres.

La migraña tarda una media de 6 años en ser diagnosticada

NIEVES SALINAS
Madrid

Pacientes y especialistas en neurología, enfermería y psicología se dieron cita el pasado viernes en la localidad madrileña de Alcalá de Henares para hablar de la migraña, una enfermedad que afecta a un 12% de la población, unos cinco millones de personas en España, de las cuales el 80% son mujeres. Una dolencia todavía invisibilizada y que enfrenta a quien la padece a numerosos obstáculos: el primero, el diagnóstico. Pero hay más. La escasez de recursos, la inequidad territorial, la dificultad para acceder a tratamientos innovadores o la falta de formación médica suponen una carrera de obstáculos para los pacientes. El 95% tarda una media de seis años en recibir un diagnóstico, y el 40% permanece sin diagnosticar.

Así se expuso en el III seminario para periodistas organizado por Lundbeck bajo el título *Migraña, una carrera de obstáculos*, centrado en una dolencia que, de forma crónica, padecen un millón de personas y, más de cuatro, de forma episódica. A nivel global, es la tercera enfermedad más prevalente

del mundo y la primera causa de discapacidad en adultos menores de 50 años.

En España, el acceso a las unidades especializadas de cefaleas y a los tratamientos más innovadores varía significativamente según donde resida el paciente. «El diagnóstico tardío y las diferencias en el acceso a la atención convierten a la migraña en una enfermedad con muchos retos y necesidades no cubiertas», explicó el doctor Roberto Belvís, director del servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona quien se refirió a una dolencia «ninguneada» a veces, incluso, por los propios sanitarios. «No va de dolor. Va de impacto y obstáculos en el día a día. Un adulto joven con un día de migraña a la semana, pierde 1.560 días durante 30 años de su vida», recalcó.

Sin formación específica

El también coordinador del Grupo de Estudios de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN) se quejó, además, de que en la carrera de Medicina solo se dedica una media de cuatro horas a la enseñanza específica de las cefaleas y solo el 10% son seguidas por neurólogos. El especialista subrayó la necesidad de que la enfermedad se aborde con perspectiva de género, dado que afecta tres veces más a mujeres que a hombres, con desigualdades tanto en el diagnóstico como en la atención.

Para Tania Herrera, enfermera experta en cefaleas y madre de un niño con migraña, las profesionales son clave en la educación del paciente, la adherencia al tratamiento y el seguimiento continuado. La creación de puestos específicos de enfermería en unidades de cefaleas «reduce las visitas a urgencias, mejora la calidad de vida y refuerza la relación profesional-paciente».

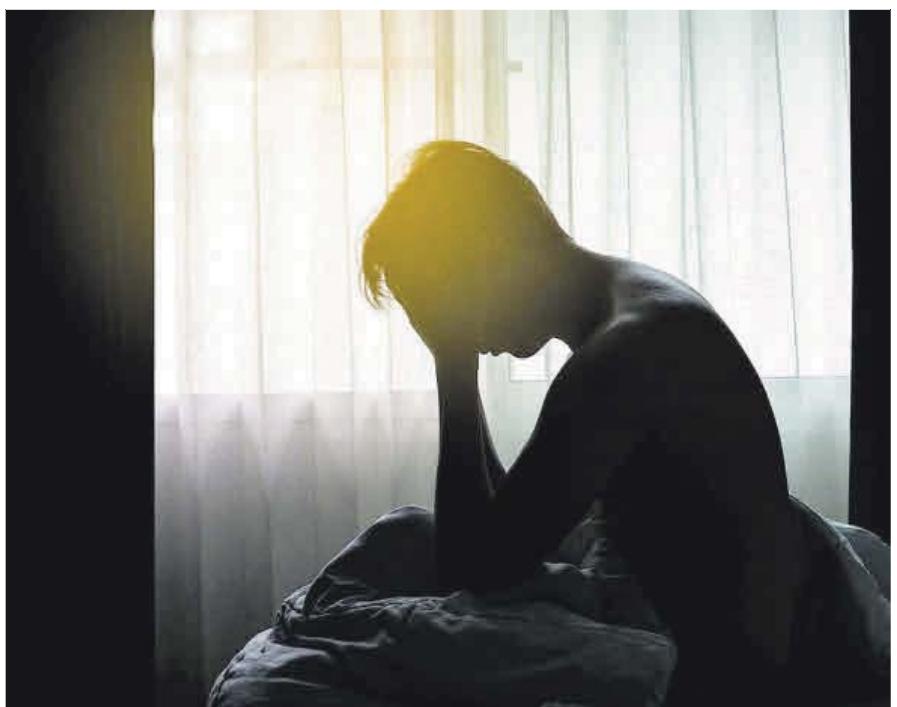
ficos de enfermería en unidades de cefaleas «reduce las visitas a urgencias, mejora la calidad de vida y refuerza la relación profesional-paciente».

Herrera insistió en la necesidad de incorporar enfermeras expertas en neurología, muy pocas en España. «Es una inversión que repercute directamente en la eficiencia del sistema», dijo. Su papel no solo se centra en la atención clínica, sino también en la educación del paciente para el manejo de desencadenantes y estrategias de autocuidado, reduciendo así la frecuencia y el impacto de las crisis.

La migraña también impacta de lleno en la salud emocional. Según la Sociedad Española de Neurología, el 38% de los pacientes muestran síntomas depresivos de mo-

derados a grave. De igual modo se estima que el 22% sufren ansiedad. «No solo duele en la cabeza, también en la autoestima, en el trabajo y en las relaciones sociales. La salud mental no solo empeora, sino que también va a modular la experiencia fisiológica del dolor», aseguró en el encuentro la psicóloga Almudena Mateos.

«Existe una relación bidireccional entre la migraña y la depresión: se genera un círculo vicioso donde la migraña y las afecciones mentales se refuerzan mutuamente, disminuyen la calidad de vida y aumentan la discapacidad», agregó. Mateos insistió en integrar intervenciones psicológicas basadas en la evidencia, como la terapia cognitivo-conductual o terapia de aceptación y compromiso. ■



La migraña es una de las enfermedades más incapacitantes.

Un millón de personas la padecen de forma crónica y otros 4, episódicamente

y la necesidad de que la enfermedad se aborde con perspectiva de género, dado que afecta tres veces más a mujeres que a hombres, con desigualdades tanto en el diagnóstico como en la atención.

Para Tania Herrera, enfermera experta en cefaleas y madre de un niño con migraña, las profesionales son clave en la educación del paciente, la adherencia al tratamiento y el seguimiento continuado. La creación de puestos específicos de enfermería en unidades de cefaleas «reduce las visitas a urgencias, mejora la calidad de vida y refuerza la relación profesional-paciente».

Herrera insistió en la necesidad de incorporar enfermeras expertas en neurología, muy pocas en España. «Es una inversión que repercute directamente en la eficiencia del sistema», dijo. Su papel no solo se centra en la atención clínica, sino también en la educación del paciente para el manejo de desencadenantes y estrategias de autocuidado, reduciendo así la frecuencia y el impacto de las crisis.

La migraña también impacta de lleno en la salud emocional. Según la Sociedad Española de Neurología, el 38% de los pacientes muestran síntomas depresivos de mo-

ficos de enfermería en unidades de cefaleas «reduce las visitas a urgencias, mejora la calidad de vida y refuerza la relación profesional-paciente».

Herrera insistió en la necesidad de incorporar enfermeras expertas en neurología, muy pocas en España. «Es una inversión que repercute directamente en la eficiencia del sistema», dijo. Su papel no solo se centra en la atención clínica, sino también en la educación del paciente para el manejo de desencadenantes y estrategias de autocuidado, reduciendo así la frecuencia y el impacto de las crisis.

La migraña también impacta de lleno en la salud emocional. Según la Sociedad Española de Neurología, el 38% de los pacientes muestran síntomas depresivos de mo-



NEUROLOGÍA

El 38% de pacientes muestran síntomas depresivos y se estima que el 22% sufre ansiedad. La enfermedad afecta tres veces más a mujeres que a hombres.

La migraña tarda una media de 6 años en ser diagnosticada

NIEVES SALINAS
Madrid

Pacientes y especialistas en neurología, enfermería y psicología se dieron cita el pasado viernes en la localidad madrileña de Alcalá de Henares para hablar de la migraña, una enfermedad que afecta a un 12% de la población, unos cinco millones de personas en España, de las cuales el 80% son mujeres. Una dolencia todavía invisibilizada y que enfrenta a quien la padece a numerosos obstáculos: el primero, el diagnóstico. Pero hay más. La escasez de recursos, la inequidad territorial, la dificultad para acceder a tratamientos innovadores o la falta de formación médica suponen una carrera de obstáculos para los pacientes. El 95% tarda una media de seis años en recibir un diagnóstico, y el 40% permanece sin diagnosticar.

Así se expuso en el III seminario para periodistas organizado por Lundbeck bajo el título *Migraña, una carrera de obstáculos*, centrado en una dolencia que, de forma crónica, padecen un millón de personas y, más de cuatro, de forma episódica. A nivel global, es la tercera enfermedad más prevalente

del mundo y la primera causa de discapacidad en adultos menores de 50 años.

En España, el acceso a las unidades especializadas de cefaleas y a los tratamientos más innovadores varía significativamente según donde resida el paciente. «El diagnóstico tardío y las diferencias en el acceso a la atención convierten a la migraña en una enfermedad con muchos retos y necesidades no cubiertas», explicó el doctor Roberto Belys, director del servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona quien se refirió a una dolencia «ninguneada» a veces, incluso, por los propios sanitarios. «No va de dolor. Va de impacto y obstáculos en el día a día. Un adulto joven con un día de migraña a la semana, pierde 1.560 días durante 30 años de su vida», recalcó.

Sin formación específica

El también coordinador del Grupo de Estudios de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN) se quejó, además, de que en la carrera de Medicina solo se dedica una media de cuatro horas a la enseñanza específica de las cefaleas y solo el 10% son seguidas por neurólogos. El especialista subra-



La migraña es una de las enfermedades más incapacitantes.

Un millón de personas la padecen de forma crónica y otros 4, episódicamente

yo la necesidad de que la enfermedad se aborde con perspectiva de género, dado que afecta tres veces más a mujeres que a hombres, con desigualdades tanto en el diagnóstico como en la atención.

Para Tania Herrera, enfermera experta en cefaleas y madre de un niño con migraña, las profesionales son clave en la educación del paciente, la adherencia al tratamiento y el seguimiento continuado. La creación de puestos especí-

ficos de enfermería en unidades de cefaleas «reduce las visitas a urgencias, mejora la calidad de vida y refuerza la relación profesional-paciente».

Herrera insistió en la necesidad de incorporar enfermeras expertas en neurología, muy pocas en España. «Es una inversión que repercute directamente en la eficiencia del sistema», dijo. Su papel no solo se centra en la atención clínica, sino también en la educación del paciente para el manejo de desencadenantes y estrategias de autocuidado, reduciendo así la frecuencia y el impacto de las crisis.

La migraña también impacta de lleno en la salud emocional. Según la Sociedad Española de Neurología, el 38% de los pacientes muestran síntomas depresivos de mo-

derados a grave. De igual modo se estima que el 22% sufren ansiedad. «No solo duele en la cabeza, también en la autoestima, en el trabajo y en las relaciones sociales. La salud mental no solo empeora, sino que también va a modular la experiencia fisiológica del dolor», aseguró en el encuentro la psicóloga Almudena Mateos.

«Existe una relación bidireccional entre la migraña y la depresión: se genera un círculo vicioso donde la migraña y las afecciones mentales se refuerzan mutuamente, disminuyen la calidad de vida y aumentan la discapacidad», agregó. Mateos insistió en integrar intervenciones psicológicas basadas en la evidencia, como la terapia cognitivo-conductual o terapia de aceptación y compromiso. ■



La migraña tarda una media de seis años en ser diagnosticada

Un millón de personas en España la padecen de forma crónica y otros 4, episódicamente

NIEVES SALINAS

Madrid

Pacientes y especialistas en neurología, enfermería y psicología se dieron cita el pasado viernes en la localidad madrileña de Alcalá de Henares para hablar de la migraña, una enfermedad que afecta a un 12% de la población, unos cinco millones de personas en España, de las cuales el 80% son mujeres. Una dolencia todavía invisibilizada y que enfrenta a quien la padece a numerosos obstáculos: el primero, el diagnóstico. Pero hay más. La escasez de recursos, la inequidad territorial, la dificultad para acceder a tratamientos innovadores o la falta de formación médica suponen una carrera de obstáculos para los pacientes. El 95% tarda una media de seis años en recibir un diagnóstico, y el 40% permanece sin diagnosticar.

Así se expuso en el III seminario para periodistas organizado por Lundbeck bajo el título *Migraña, una carrera de obstáculos*, centrado en una dolencia que, de forma crónica, padecen un millón de personas y, más de cuatro, de forma episódica. A nivel

global, es la tercera enfermedad más prevalente del mundo y la primera causa de discapacidad en adultos menores de 50 años.

En España, el acceso a las unidades especializadas de cefaleas y a los tratamientos más innovadores varía significativamente según donde resida el paciente. «El diagnóstico tardío y las diferencias en el acceso a la atención convierten a la migraña en una enfermedad con muchos retos y necesidades no cubiertas», explicó el doctor Roberto Belvís, director del servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu de Barcelona quien se refirió a una dolencia «ninguneada» a veces, incluso, por los propios sanitarios. «No va de dolor. Va de impacto y obstáculos en el día a día. Un adulto joven con un día de migraña a la semana, pierde 1.560 días durante 30 años de su vida», recalcó.

El también coordinador del Grupo de Estudios de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN) se quejó, además, de que en la carrera de Medicina solo se dedica una media de cuatro horas a la enseñanza específica de las cefaleas y solo el 10% son seguidas por neurólogos.



LECTURAS Práctica

NO LAS PASES POR ALTO

Cómo actuar ante las pérdidas de memoria

Depende de si son simples olvidos o un problema cognitivo. Te explicamos cómo diferenciarlos y las soluciones que hay en cada caso

No saber dónde has dejado las llaves, si te has tomado la medicación o qué cenaste el día anterior son ejemplos de despistes cotidianos que no deberían preocuarnos. "La mayoría de personas de mediana edad, sobre todo las mujeres, tienen pérdidas de memoria. Pero esto no significa que sea necesariamente demencia. La causa es multifactorial", nos explica la doctora Teresa Moreno, miembro del Grupo de Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología.

MUCHAS VECES SON REVERSIBLES

"Normalmente, entre los 40 y 50 años, las pérdidas de memoria en las mujeres se dan porque tenemos demasiadas

cosas en la cabeza", explica la doctora Moreno. Y la mayor parte de las veces no tiene importancia. "Realizar o pensar en varias tareas a la vez [el *multitasking*] hace que se nos olviden muchas cosas. No es bueno. Hay que centrarse en una sola". Pero hay más factores que influyen en la pérdida de memoria y que son curables y reversibles.

• **Los cambios hormonales.** La bajada de estrógenos durante la perimenopausia y la menopausia afecta muchísimo. "Ahora hay un término que lo describe muy bien: la niebla mental. Es como que estás un poco aturdida, pero realmente no tienes ningún daño en el cerebro. Esta niebla mental, que también se da en las personas con fibro-



Juegos para la mente

PARA MEJORAR la memoria es fundamental mantener la mente ocupada y desafiarla con la estimulación.

EN EL LIBRO de entrenamiento 'Juegos para tu mente' (RBA), de Agustín Fonseca, encontrarás hasta 125 ejercicios para mantener tu cerebro joven y activo.





Salud

TRES CLAVES FUNDAMENTALES

Prevención desde joven. Es, sin duda, lo más importante, según Teresa Moreno, experta en neurología. "Una alimentación sana, dejar el tabaco y el alcohol, y hacer ejercicio (natación o caminar) está demostrado que puede retardar la aparición de la demencia hasta en 20 años".

Tener activo el cerebro. "No es lo mismo usar 100 neuronas y perder una, que usar solo dos y perder una. Cuanto más activo tengas el cerebro, mejor, ayudarás a retrasar los síntomas de demencia. Basta con hacer cualquier cosa mental: crucigramas, punto de cruz, un taller...".

Acudir al especialista para obtener un diagnóstico si tienes dudas. Tanto si es demencia como simples olvidos, tranquiliza y esto incluso 'cura'. Cuanto más nerviosa estés, más pérdidas de memoria tendrás.



mialgia (vivir con dolor crónico afecta a la memoria), es reversible, se puede mejorar, y no deja secuelas".

• **Un déficit de vitaminas.** Sobre todo de vitamina B12, que es la más importante para el cerebro, para la salud de la memoria y cualquier otra función neuronal. Asimismo, el déficit de vitamina D también se ha demostrado que está relacionado con muchas enfermedades neurológicas. Basta con hacer una analítica para detectarlos.

• **Bajo estado de ánimo.** Una pequeña depresión, aunque sea muy sutil, puede afectar a la memoria. De hecho hay un síndrome, el de la pseudodemencia, que relaciona ansiedad y depresión con la pérdida de memoria.

• **Estrés.** Normalmente es la causa de los olvidos entre las personas jóvenes.

CUÁNDO PREOCUPARSE

Deberías ir al médico "si las pérdidas de memoria afectan a tu día a día, a tu calidad de vida. Cuando te obliguen a dejar de hacer algo que has hecho bien siempre. Por ejemplo, si un día te desorientas, te pierdes en el super o no sabes ir, si se te quema la comida y casi provocas un incendio...", explica la doctora.

• **Estas pérdidas de memoria** progresan poco a poco y pueden terminar en demencia, sobre todo a partir de los 70 años porque la edad es uno de los principales factores de riesgo. "Entonces vale la pena acudir al especialista porque existen tratamientos muy efectivos, como el ginkgo biloba, que mejoran la calidad de vida de estas personas. Porque el problema de la demencia es que también repercute en la conducta. Y esto puede afectar mucho más a los pacientes y a sus familias que la pérdida de la memoria".

Por Lluïsa Sanmartín

La mayoría de olvidos cotidianos no son importantes. Pero sí cuando afectan a tu calidad de vida



Neurología

El 38% de pacientes muestran síntomas depresivos y se estima que el 22% sufre ansiedad. La enfermedad afecta tres veces más a mujeres que a hombres

La migraña tarda una media de 6 años en ser diagnosticada

NIEVES SALINAS
Madrid

Pacientes y especialistas en neurología, enfermería y psicología se dieron cita el pasado viernes en la localidad madrileña de Alcalá de Henares para hablar de la migraña, una enfermedad que afecta a un 12% de la población, unos cinco millones de personas en España, de las cuales el 80% son mujeres. Una dolencia todavía invisibilizada y que enfrenta a quien la padece a numerosos obstáculos: el primero, el diagnóstico. Pero hay más. La escasez de recursos, la inequidad territorial, la dificultad para acceder a tratamientos innovadores o la falta de formación médica suponen una carrera de obstáculos para los pacientes. El 95% tarda una media de seis años en recibir un diagnóstico, y el 40% permanece sin diagnosticar.

Así se expuso en el III seminario para periodistas organizado por Lundbeck bajo el título *Migraña, una carrera de obstáculos*, centrado en una dolencia que, de forma crónica, padecen un millón de personas y, más de cuatro, de forma episódica. A nivel global, es la tercera enfermedad más prevalente

del mundo y la primera causa de discapacidad en adultos menores de 50 años.

En España, el acceso a las unidades especializadas de cefaleas y a los tratamientos más innovadores varía significativamente según donde resida el paciente. «El diagnóstico tardío y las diferencias en el acceso a la atención convierten a la migraña en una enfermedad con muchos retos y necesidades no cubiertas», explicó el doctor Roberto Belvís, director del servicio de Neurología del Hospital de la Santa Creu y Sant Pau de Barcelona quien se refirió a una dolencia «ninguneada» a veces, incluso, por los propios sanitarios. «No va de dolor. Va de impacto y obstáculos en el día a día. Un adulto joven con un día de migraña a la semana, pierde 1.560 días durante 30 años de su vida», recalcó.

Sin formación específica

El también coordinador del Grupo de Estudios de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN) se quejó, además, de que en la carrera de Medicina solo se dedica una media de cuatro horas a la enseñanza específica de las cefaleas y solo el 10% son seguidas por neurólogos. El especialista subrayó la necesidad de que la enfermedad se aborde con perspectiva de género, dado que afecta tres veces más a mujeres que a hombres, con desigualdades tanto en el diagnóstico como en la atención.

Un millón de personas la padecen de forma crónica y otros 4, episódicamente

Para Tania Herrera, enfermera experta en cefaleas y madre de un niño con migraña, las profesionales son clave en la educación del paciente, la adherencia al tratamiento y el seguimiento continuado. La creación de puestos específicos de enfermería en unidades de cefaleas «reduce las visitas a urgencias, mejora la calidad de vida y refuerza la relación profesional-paciente».

Herrera insistió en la necesidad de incorporar enfermeras expertas en neurología, muy pocas en España. «Es una inversión que repercute directamente en la eficiencia del sistema», dijo. Su papel no solo se centra en la atención clínica, sino también en la educación del paciente para el manejo de desencadenantes y estrategias de autocuidado, reduciendo así la frecuencia y el impacto de las crisis.

La migraña también impacta de lleno en la salud emocional. Según la Sociedad Española de Neurología, el 38% de los pacientes muestran síntomas depresivos de mo-

derados a grave. De igual modo se estima que el 22% sufren ansiedad. «No solo duele en la cabeza, también en la autoestima, en el trabajo y en las relaciones sociales. La salud mental no solo empeora, sino que también va a modular la experiencia fisiológica del dolor», aseguró en el encuentro la psicóloga Almudena Mateos.

«Existe una relación bidireccional entre la migraña y la depresión: se genera un círculo vicioso donde la migraña y las afecciones mentales se refuerzan mutuamente, disminuyen la calidad de vida y aumentan la discapacidad», agregó. Mateos insistió en integrar intervenciones psicológicas basadas en la evidencia, como la terapia cognitivo-conductual o terapia de aceptación y compromiso. ■



La migraña es una de las enfermedades más incapacitantes.

Las claves para prevenir un ictus

EL 90 % DE LOS CASOS SE PUEDEN EVITAR

Su incidencia crece a nivel mundial, pese a ser una enfermedad que se puede prevenir en la inmensa mayoría de los casos. Dos grandes expertos nos ayudan a conocer las novedades sobre cómo podemos alejar el riesgo. **CRISTINA SÁEZ**

Son muchos los rostros de personas conocidas, celebridades de distintos ámbitos, que han sufrido un ictus, y el impacto que tiene la noticia en la opinión pública es grande. Pero es algo que les ocurre cada año a 120.000 personas en España, según datos de la Federación Española de Ictus. Aunque esta emergencia médica sigue siendo la primera causa de muerte entre las mujeres en nuestro país y la segunda en hombres, se trata de una enfermedad prevenible: el 90 % de los casos se pueden evitar adoptando hábitos de vida saludables.

• **“Ese dato es una muy buena noticia”,** nos dice la Dra. M.ª del Mar Castellanos, jefa del Servicio de Neurología en el Hospital Universitario A Coruña y anterior Coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebro-

vasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN). La especialista concreta y asegura que “podemos controlar casi todos los factores asociados a esta enfermedad, y eso nos permite poder evitarla”.

• **Cuando ocurre por un coágulo que bloquea** el paso de la sangre. El 80 % de los ictus son de este tipo, llamado ictus isquémico. Se produce cuando un coágulo de sangre o trombo bloquea o tapona una

Con el estilo de vida adecuado se controlan casi todos los factores asociados a esta enfermedad

arteria que se comunica con el cerebro. Eso interrumpe el flujo sanguíneo y la llegada de oxígeno y nutrientes a las neuronas,

que comienzan a destruirse en unos pocos minutos produciendo un infarto cerebral.

• **Puede ser transitorio, pero nos está avisando.** A veces, el taponamiento de la arteria dura unos pocos minutos y, después, la persona se recupera. Son los ataques isquémicos transitorios y, cuando pasan, es el propio organismo el que pone en marcha una serie de mecanismos para disolver los trombos. Es cierto

Por qué es más serio en mujeres

• **Es así, pero por una cuestión de edad: ellas viven más años**, en general, que los hombres. Por eso, tienen más probabilidades de sufrir un ictus y que este, además, esté producido por una fibrilación auricular, un tipo de arritmia (también vinculada a la edad) que produce una contracción irregular en el corazón.

• **Esa clase de arritmia favorece que se acumulen trombos** de gran tamaño capaces de obstruir arterias grandes en el cerebro e impedir que llegue sangre a varias áreas, lo que aumenta la gravedad del ictus. Los anticonceptivos y la terapia hormonal sustitutiva en la posmenopausia también suben (de forma leve) el riesgo de trombosis.



La especialista



DRA. MARÍA
DEL MAR
CASTELLANOS

Jefa de Neurología en el
Complejo Universitario
Hospitalario de A Coruña

PUEDE OCURRIR MIENTRAS SE DUERME

✚ ¿Los síntomas son siempre evidentes?

Cuando sucede estando la persona despierta, es más fácil identificarlos, porque son muy visibles y reconocibles por los demás, o porque el propio paciente puede explicar qué le está ocurriendo. En ocasiones también pasan estando dormido. En ese caso, ya se despierta con los síntomas y no es tan fácil identificarlos.

✚ ¿Por qué entonces no son señales claras?

Porque esa persona puede levantarse con visión doble o con una parte del cuerpo entumecida, o con sensación de abotargamiento. Y con frecuencia ocurre que lo achaca a cansancio acumulado. Eso puede retrasar la atención médica, e incluso no buscarla. Es esencial saber que esos también pueden ser síntomas de que se está produciendo un ictus.



que, en la inmensa mayoría de los pacientes, estos ataques isquémicos se resuelven sin dejar secuelas; sin embargo, la doctora Castellanos, que también está al frente del Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), recuerda que estos ictus transitorios son "avisos"

Incluso un ictus pasajero que aparentemente no ha dejado secuelas debe consultarse siempre con el especialista

importantes. "Poreso, aunque el paciente se recupere al 100 %, debe acudir a un servicio de urgencias para estudiar la causa que le ha producido el ictus y, si es necesario, tratarla. Dejarlo pasar es un error, porque es una manifestación de enfermedad cerebrovascular", señala.



PREVENIR

Tras pasar un ictus transitorio hay que estar alerta: durante el mes siguiente hay riesgo de que se dé uno más serio

• **Diagnosticado a tiempo**, se puede administrar un tratamiento efectivo y evitar que el ictus se repita. Pese a todo hay que recordar que el ictus es la primera causa de discapacidad en adultos, a pesar de los tratamientos aplicados. Y que, a entre un 4 y un 8 % de esos pacientes, les sobreviene un ictus más serio en el plazo de un mes.

• **El 20 % de los casos restantes son ictus** hemorrágicos (un vaso sanguíneo del cerebro se rompe), que suelen ser más graves, aunque la atención temprana está logrando mejorar también la recuperación de esas personas.

El tiempo es salud para el cerebro

Sean del tipo que sean, cuando suceden "el tiempo es cerebro", destaca el Dr. Pere Cardona, director de la Unidad de Ictus y del Programa Neurovascular del Servicio de Neurología del Hospital de Bellvitge (Barcelona). Y es que se estima que, por cada minuto

que transcurre antes de que la persona sea tratada en un hospital, mueren alrededor de dos millones de neuronas. Por ello, es primordial, en primer lugar, saber reconocer los síntomas, que son idénticos en hombres y mujeres, lo que permite actuar rápido.

• **"Lo más evidente es que el brazo y la pierna fallan**, la persona comienza a arrastrar esa pierna, o se cae; se le desvía la comisura de la boca o se queda sin poder hablar, o habla y no se entiende lo que dice", explica el doctor Cardona, nombrado recientemente director del Plan director de la enfermedad vascular cerebral del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.

• **Otros síntomas son la pérdida de sensibilidad** en una parte del cuerpo, alteraciones visuales (por ejemplo, ver doble) y, aunque no es muy frecuente,

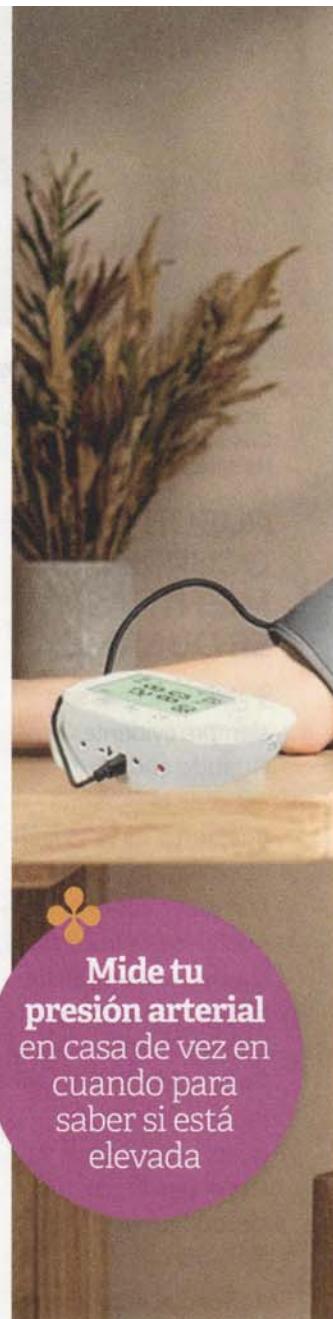
una cefalea muy intensa, fuera de lo normal, que puede ser también la manifestación de un tipo de ictus hemorrágico.

• **En todos esos casos, no hay que desplazarse** por los propios medios a un servicio de urgencias, sino llamar cuanto antes al 112 o al 061. La razón es que no todos los centros hospitalarios del país disponen de un equipo especializado en ictus y podemos llegar a uno que no lo tenga... perdiendo un tiempo precioso.

Revisar hábitos para alejar el riesgo

Cuatro de cada cinco ictus se pueden evitar con hábitos de vida saludables. Lo avanzábamos al principio, pero es primordial que este dato se recuerde porque podemos hacer mucho para prevenirlor.

• **El primer consejo es controlarse la tensión.** "Si uno no se la mira nunca,



Mide tu presión arterial en casa de vez en cuando para saber si está elevada

¿Heredamos la predisposición?

• Actualmente se está investigando el rol que puede tener la genética. Cada vez hay más evidencia científica de que alteraciones en determinados genes confieren mayor susceptibilidad a padecer esta enfermedad.

• De momento, se ha identificado una variante genética que aumenta la probabilidad de hacer coágulos y otra que puede incrementar la de tener embolias. Estas alteraciones podrían heredarse de padres a hijos.

• Por eso, tener antecedentes familiares aumenta el riesgo. De hecho, según investigadores suecos, si un hermano lo padece, hay un 60% más de probabilidades de sufrirlo. La Ciencia aclarará si es por genética o por hábitos compartidos.



Ya no ocurre solo en mayores: el 60 % tiene menos de 65 años

• **La edad sigue siendo uno de los factores de riesgo no modificables, pero cada vez hay más personas en edad laboral que sufren uno de estos eventos: el 60 % de los pacientes ya son menores de 65 años.**

• **La Asociación Mundial del Ictus** (WSO, por su sigla en inglés) alerta de que está aumentando entre un 15 % y un 25 % la incidencia de esta dolencia por debajo de los 55 años. La razón, nos cuenta la Dra. María del Mar Castellanos, es que "los factores de riesgo vascular –que son los que se relacionan con un aumento de la predisposición a sufrirlo– también se dan cada vez más en personas jóvenes". La especialista se refiere a seguir dietas ricas en grasas, al consumo de alcohol, tabaco o drogas; a tener sobrepeso u obesidad, y al sedentarismo.

• **Es crucial comenzar a cuidarse** a edades tempranas, a partir de los 35 años, para poder gozar de una buena salud cerebral y prevenir las enfermedades neurológicas.

La presión arterial elevada y mantenida en el tiempo es el primer factor de riesgo. Por eso, hay que conocer cómo se tiene

no sabe si la tiene dentro de límites adecuados o alta y, por tanto, debe comenzar a tratársela", explica la Dra. Castellanos, que destaca que la hipertensión es el factor de riesgo número uno para sufrir un ictus. Si bien las mujeres cuentan con cierta protección frente las enfermedades vasculares en general gracias a los estrógenos, al entrar en la posmenopausia

y decaer los niveles de esta hormona, comienzan a tener un riesgo similar al de los varones al perder la protección estrogénica. Por ello, recuerda la Dra. Castellanos, en este periodo de la vida y sobre todo para las mujeres es aún más importante tomarse de vez en cuando la tensión.

• **Seguir una dieta saludable, al estilo mediterráneo,** es el segundo gran hábito

protector. Da prioridad a verduras, frutas, hortalizas, granos enteros, legumbres, pescado y grasas saludables. Es la más recomendable porque esos alimentos tienen un gran efecto antiinflamatorio en todo el organismo (también en el ce-

rebro) y porque, con ellos, se controla mejor la presión arterial y los niveles de lípidos (grasas). Un amplio estudio publicado en la revista *GeroScience* (los investigadores siguieron y analizaron a más de 860.000 personas) ha demostrado que quienes siguen estrictamente la Dieta Mediterránea tienen un 12 % menos de riesgo de ictus que quienes no lo hacen.

• **Conviene evitar por completo el tabaco** y limitar el consumo de alcohol. El estrés elevado crónico suele ser otro enemigo de la salud general y cerebral: unos niveles altos –y sos-



PREVENIR

Mantenerse activo, alimentarse con productos frescos y cuidar la higiene bucal son factores protectores

tenidos en el tiempo- de cortisol en sangre, la principal hormona del estrés, provocan inflamación sistémica.

• **El ejercicio físico es un buen antídoto** contra ese estrés. Pero no solo eso: practicar una actividad aeróbica moderada de manera regular es un escudo protector frente a todas las enfermedades; y estudios científicos recientes demuestran que el ejercicio de fuerza tiene un impacto positivo en el metabolismo y en la salud general. Lo más adecuado es combinarlos.

• **También es positivo hacerse un chequeo** cardiológico de vez en cuando. Ciertas enfermedades cardiovasculares, como la fibrilación auricular, pueden propiciar coágulos capaces de alcanzar el cerebro y obstruir sus arterias. De hecho, dos de cada 10 ictus tienen su origen en ese fallo del corazón. La aterosclerosis, las placas de colesterol que se acumulan en las paredes de los vasos

sanguíneos, es otra de las causas del ictus.

• **El neurólogo Pere Cardona apunta una más:** las apneas de sueño, que generan interrupciones de oxígeno que sobrecargan el corazón. "Siempre hay que consultarlas con el médico de atención primaria", sugiere este experto.

• **La salud bucodental influye mucho.** Las investigaciones más recientes han demostrado que una buena higiene de boca y dientes resulta protectora. La explicación es que eso contribuye a mantener a raya la microbiota oral, el conjunto de microorganismos que habitan en esa cavidad. Que se desequilibre y proliferen las bacterias dañinas, contribuye a la inflamación sistémica.

Diagnosticar más pronto y tratar mejor

Actuar en los 90 minutos posteriores a sufrir el ictus puede salvar la vida de la



El ejercicio es un antídoto contra el estrés, que daña la salud general y la cerebral

persona y lograr que tenga una mejor recuperación. Actualmente, existen terapias muy efectivas que lo consiguen, aunque su eficacia depende del momento en que se apliquen. Por eso, los protocolos de

actuación instan a ser cada vez más rápidos. Tiempo atrás, la persona afectada no se trataba hasta llegar al hospital; hoy se la atiende -y se la estabiliza- ya durante el traslado al centro hospitalario.

Recuerda el Método FAST

- ✿ **FAST** es un acrónimo en inglés (**hecho con iniciales**) y una herramienta efectiva para reconocer un ictus.
- ✿ **La F, de face** (rostro, en español), nos recuerda que si un lado de la cara está caído es una señal evidente.
- ✿ **La A, de arms** (brazos), indica que otro signo es no poder levantar ambos brazos, o que falle su coordinación.

- ✿ **Con la S de speech** (habla) recordamos como alarma importante que la persona sea incapaz de repetir una frase sencilla, hablar de manera coherente o encontrar las palabras.
- ✿ **Finalmente la T, de time** (tiempo), que es crucial para el pronóstico y la recuperación. Hay que llamar de inmediato al servicio de emergencias.



• **El recibimiento en el hospital es también** muy rápido (los sanitarios de la ambulancia han avisado previamente de que se trataba de un ictus). Nada más llegar, se sigue aplicando el llamado Código Ictus (ver columna de la derecha) y se inicia el tratamiento para restablecer el flujo sanguíneo en la zona del cerebro afectada.

• **La primera opción es administrar** un fármaco y, si no es posible, se extrae el trombo mediante un catéter que se introduce por la ingle hasta llegar al coágulo, y se elimina. Gracias a que ahora se identifican antes estas emergencias médicas, y a

que se dispone de mejores protocolos y de tratamientos más eficaces, el pronóstico de la enfermedad ha mejorado mucho.

• **Se ha conseguido doblar el porcentaje** de supervivencia, que ahora es del 80 %. Y seis de cada 10 pacientes se recuperan y pueden volver a hacer vida

Una vez en el hospital, y si los fármacos no funcionan, se introduce un catéter para deshacer el coágulo

Actualmente, y gracias a la rapidez de los protocolos, 6 de cada 10 pacientes de ictus se recuperan del todo

completamente normal. El resto queda con alguna secuela (por ejemplo, dificultad de habla o de movimiento). Por ello, insiste el doctor Pere Cardona, resulta esencial comenzar cuanto antes con el proceso de rehabilitación, junto a logopedas y fisioterapeutas, así como contar con apoyo psicológico durante todo el proceso, para el paciente y también para la familia.

• **Los protocolos de actuación futuros serán** todavía más rápidos: investigadores alemanes han desarrollado un análisis de sangre con el que miden los niveles de una proteína específica del cerebro (la GFAP), que se libera al torrente sanguíneo cuando hay daño cerebral. De esa forma, se puede identificar si se trata de un ictus hemorrágico o de un ictus isquémico. Si esta prueba se valida, se podrá aplicar el tratamiento incluso antes de que la persona llegue al centro hospitalario.

Especialista
ASÍ FUNCIONA
UN CÓDIGO
ICTUS



DR. PERE
CARDONA

Dir. de la Unidad de Ictus y del Programa Neurovascular del Serv. de Neurología del H. de Bellvitge (Barcelona)

• **¿Qué hacer, doctor, ante una sospecha de ictus?** Si se detectan los síntomas, es esencial llamar rápido al 112 o al 061. Los servicios de emergencias activan el Código Ictus: trasladan al paciente al hospital más cercano dotado con un TAC y un neurólogo para realizar el diagnóstico. En la ambulancia ya se le toma la presión arterial y, si es necesario, se le administra un fármaco para controlarla.

• **¿Qué protocolo se inicia en el hospital?** Allí, los neurólogos realizan un escáner cerebral para identificar el tipo de ictus y seguir la estrategia terapéutica más conveniente. Se puede valorar el hacer un tratamiento para romper el coágulo que obstruye el paso de sangre al cerebro (trombólisis o trombectomía). Si es un ictus hemorrágico, el control inmediato de la tensión es básico. Una vez estabilizada la fase aguda, se inicia la rehabilitación para que el paciente regrese a casa en las mejores condiciones.