

[20minutos.es](https://www.20minutos.es/mujer/1333377/jose-miguel-lainez-neurologo-sobre-las-migrañas-es-la-enfermedad-más-discapacitante-en-mujeres/)

José Miguel Láinez, neurólogo, sobre las migrañas: "Es la enfermedad más discapacitante en mujeres"

Isabel Moscoso

3-4 minutos

La **migrña** es una de las enfermedades más discapacitantes que existen actualmente en España. Las cifras asustan pero es que más de cinco millones de personas conviven con esta enfermedad que, se ceba especialmente con mujeres en edad fértil, ya que más de tres millones de éstas sufren las consecuencias de la migrña y lo que es peor, a menudo lo hacen en silencio.

El neurólogo José Miguel Láinez es el director de la Fundación Española de Cefaleas (FECEF), una institución que ha nacido recientemente con la idea de hablar más de la migrña y de la repercusión que tiene esta enfermedad en la sociedad española actual.

El doctor Láinez pone el acento en que la migrña es una enfermedad neurológica que va mucho más allá de un "simple dolor de cabeza". El experto continúa: "se manifiesta dolor pulsátil, náuseas y vómitos y una intensa sensibilidad a la luz y el sonido es la enfermedad más discapacitante en mujeres menores de 50 años". A pesar de las cifras de afectadas, sigue siendo una enfermedad estigmatizada, de la que existe mucha desinformación y, sobre todo una gran falta de reconocimiento social.

La relación entre migraña y mujeres no es casual

El neurólogo **lo deja claro y asegura** que "la prevalencia de la migraña en mujeres **no es casual**. Las fluctuaciones hormonales, especialmente los cambios en los niveles de estrógenos **juegan un papel clave**. Estos cambios, comunes durante el ciclo menstrual, el embarazo, el posparto y la menopausia, no solo **pueden desencadenar ataques** de migraña, sino también intensificarlos".

Cuando son niños hombres y mujeres **contemplan un número parecido** de casos con migraña. Sin embargo, en el momento que les llega la menstruación a las chicas, el porcentaje **se dispara entre las mujeres**. Según explica el doctor José Miguel Láinez "entre el 50-60% de las mujeres de las mujeres con migraña **experimentan ataques vinculados** con su ciclo menstrual".

¡Gracias por suscribirte a nuestra newsletter!

Newsletter Mujer.es

Tendencias en moda, belleza y estilo de vida, junto a historias de mujeres que emprenden, crean y transforman la sociedad.

Si una mujer con migrañas se queda embarazada, la enfermedad suele mejorar, sobre todo en el segundo y tercer trimestre. Pero en el posparto, lo más probable es que vuelvan porque se junta el estrés, la falta de sueño y el cansancio extremo. Durante la perimenopausia, los ataques pueden incrementarse antes de remitir o incluso desaparecer cuando la mujer llega a la menopausia. Así que **está claro que hay una implicación real** entre la migraña y el ciclo vital de las mujeres y esto **es un problema social**, laboral y económico.

Además, las mujeres jóvenes que **padecen migrañas** no sólo **se**

ven afectadas físicamente sino también emocional y socialmente, ya que **se enfrentan a una pérdida** de productividad, de oportunidades y en demasiados casos, de calidad de vida.

En definitiva, la migraña **es una enfermedad neurológica** que **altera mucho la vida** de quién la padece. Un ataque **puede durar horas o días**, pero le **puede implicar** a la persona que lo sufre **cancelar planes** y detener su vida para quedarse encerrado en una habitación a oscuras.

Por suerte, cada vez **se habla de esta enfermedad y se empieza a reconocer** como un problema de la salud pública de primer nivel. Sin embargo, sigue existiendo mucho desconocimiento y en muchas ocasiones las mujeres que tienen migrañas **son señaladas como exageradas** o hipocondríacas.



DIRECTO Sarkozy entra en prisión para cumplir su condena de cinco años

ENCUESTA ¿Estás a favor de acabar con el cambio de hora?

Los expertos defienden eliminar los cambios de hora: "Alteran el reloj biológico e impactan en la salud"





 24h Economía

ESPAÑA PROPONE A LA UE UNA REFORMA HORARIA DEFINITIVA

Adiós al cambio de hora en 2026

El Gobierno busca eliminar los ajustes estacionales por su escaso ahorro y sus efectos en la salud.

[Comprar vitaminas y suplementos](#)





Reloj - horario
24H

JEZABEL CASTAÑEDA

20 Oct 2025 - 11:59 CET



Este fin de semana, se cambiará, una vez más, al horario de invierno, un ajuste que ha sido objeto de controversia durante décadas. Esta inminente modificación horaria, que nos permitirá dormir una hora más (a las 03:00 serán las 02:00 horas), se produce en medio de un renovado e intenso debate impulsado por el Gobierno, que busca eliminar la práctica estacional de forma permanente.

Pedro Sánchez ha aprovechado la coyuntura para proponer formalmente a la Unión Europea **acabar con el cambio de hora a partir de 2026**. La propuesta se llevará a la reunión del Consejo de Transporte, Telecomunicaciones y Energía de la UE. El Ejecutivo considera que este mecanismo «ya no tiene sentido», que está «obsoleto» y que los argumentos originales que lo sustentaban han desaparecido.

El calendario oficial y la fecha límite de 2026

Aunque el Gobierno español ha puesto fecha a su propuesta, todavía no existe un día oficial y definitivo para el fin del cambio de hora. Sin embargo, basándose en el **calendario oficial que se publica en el Boletín Oficial del Estado (BOE)**, el último cambio de hora programado en España, según el Real Decreto 236/2002, está fijado para el **25 de octubre de 2026**. Esta fecha es provisional y depende de la decisión final que tome la Unión Europea sobre la propuesta española.

El hecho de que la regulación actual de la Comisión Europea sobre el calendario de cambios de horario expire justo en 2026 ofrece la oportunidad que el Gobierno ha decidido aprovechar para plantear la supresión definitiva de esta medida. El secretario de Estado de Energía, Joan Groizard, ha incidido en que es importante «reabrir el debate para encontrar una solución que funcione lo mejor posible».

Los pilares de la propuesta: salud y ahorro inexistente

La medida del cambio horario se adoptó desde 1981 en los países de la eurozona, con el objetivo principal de aprovechar las horas de luz y reducir el consumo de energía en un contexto de crisis del petróleo. No obstante, los avances tecnológicos y los cambios en los hábitos de consumo han desdibujado su justificación.

Comprar vitaminas y suplementos

El Gobierno argumenta que el cambio de hora **«apenas ayuda a ahorrar energía»**. Expertos coinciden en que el ahorro energético generado es ínfimo y prácticamente insignificante, situándose por debajo del 0,5% según análisis recientes presentados ante la Comisión Europea. El consumo eléctrico actual está ligado en mayor medida a la climatización, electrodomésticos y dispositivos electrónicos, no al simple alumbrado, que además utiliza iluminación LED de bajo consumo.

MÁS INFORMACIÓN



La Policía Nacional avisa por TikTok a los jóvenes que falsificar el DNI para entrar en discotecas puede llevarte a comisaría



Las subidas de precios del Euro que no te contaron



La alteración del ciclo circadiano puede derivar en diversos problemas de salud. Algunas entidades, como la Sociedad Española del Sueño y la Sociedad Española de Neurología, han advertido sobre estos efectos, que pueden incluir:

- Irritabilidad, estrés y falta de motivación.
- Insomnio y fatiga.
- Disminución de la concentración y bajo rendimiento laboral.
- Malestar gástrico.
- Riesgos graves relacionados con enfermedades como la obesidad, la diabetes, infartos, ictus, depresión o ansiedad.

[Comprar vitaminas y suplementos](#)

Los colectivos más vulnerables a estas alteraciones son los niños pequeños, las personas mayores y aquellos que padecen trastornos del sueño crónicos.

El Gobierno insiste en que su iniciativa es un ejemplo de «**política útil**» que «escucha a los ciudadanos, también a la ciencia, y los lleva a su legislación». El respaldo ciudadano a la eliminación del cambio horario es mayoritario tanto en España como en Europa.

- En una encuesta de la Comisión Europea de 2018, **el 84% de los ciudadanos europeos** participantes se mostró a favor de eliminar la medida.
- En España, el barómetro del CIS de 2022 reveló que **el 65% de los españoles** prefiere acabar con los cambios estacionales de horario.

Aunque el Parlamento Europeo ya respaldó ampliamente acabar con esta práctica en 2019, la decisión final se paralizó por la falta de un «consenso compartido» y la necesidad de una mayoría cualificada en el Consejo. España busca ahora reactivar este proceso.

La gran incógnita: ¿horario de invierno o de verano?

Si bien existe un amplio consenso en eliminar el cambio de hora, el debate se centra en cuál de los dos horarios se debería fijar permanentemente.

La comunidad científica, incluyendo a los cronobiólogos, se decanta mayoritariamente por el **horario de invierno**, asegurando que es el más beneficioso para los ritmos biológicos. La Comisión de Racionalización de Horarios Españoles sugiere que mantener el horario de invierno (GMT+1) sería la opción más acorde con la posición geográfica real de España.



El presidente Sánchez no ha apuntado en su mensaje hacia ninguno de los dos horarios.

Críticas de la oposición

La secretaria de Regeneración Institucional del Partido Popular (PP), Cuca Gamarra, ha reaccionado al anuncio del Gobierno, tildándolo de «señuelo». Gamarra defendió que el tema «no es nada nuevo» y que Sánchez utiliza la propuesta para «cambiar los temas de conversación de la actualidad política en España». La líder popular minimizó la importancia de la iniciativa, asegurando que «esto no va a cambiarnos la vida».

A pesar de las críticas, el Gobierno español avanza en su propuesta con la esperanza de que, de aprobarse en 2026, la eliminación del cambio horario pueda ser el primer paso hacia una reforma más amplia que facilite la planificación, mejore la conciliación laboral y familiar, y contribuya positivamente a la racionalización de los horarios en España.

[Configuración de la privacidad y las cookies](#)
Gestionado por Google Cumple el TCF de IAB. ID de CMP: 300



diariodesevilla.es

El cambio de hora será eliminado en 2026 tras años de debate

Redacción DDS

7-8 minutos

Estimado lector

Por favor acepta ver un breve anuncio para continuar con el artículo

El cambio de hora estacional llegará a su fin en 2026, según ha anunciado hoy el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez. Tras años de debate y múltiples estudios científicos que cuestionan sus beneficios, España llevará la propuesta al Consejo de Energía de la Unión Europea para solicitar formalmente que se ponga en marcha el mecanismo de revisión competente. Esta decisión responde a la creciente evidencia científica sobre los escasos beneficios energéticos que aporta el cambio horario semestral y sus comprobados efectos negativos en la salud de los ciudadanos.

"Como sabéis, esta semana se vuelve a cambiar la hora, otra vez, y francamente yo ya no le veo sentido. En todas las encuestas a las que se les pregunta a los españoles y a los europeos, de manera mayoritaria, están en contra de cambiar el horario. Además, la ciencia nos dice que ya no supone un ahorro energético y lo que sí nos dice la ciencia es que trastoca los ritmos biológicos dos veces al año", ha declarado Sánchez durante su intervención. El presidente ha recordado que **este debate viene gestándose desde hace tiempo**, específicamente desde que "el Parlamento Europeo votó hace 6

años acabar con el cambio horario". Por ello, ha señalado que "hoy el gobierno de España va a defender en el Consejo Europeo el que hagamos valer ese voto mayoritario y **dejemos de cambiar las horas por fin en el año 2026**".

Sánchez ha concluido su intervención definiendo esta iniciativa como un ejemplo de política útil, aquella "que escucha a los ciudadanos, también a la ciencia y los lleva a su legislación". La propuesta cuenta con un amplio respaldo ciudadano y experto que **avalía la eliminación definitiva de este sistema** que se ha mantenido durante décadas pese a los cuestionamientos sobre su eficacia.

Una práctica con orígenes en el ahorro energético que ha perdido su justificación

El cambio de hora bianual se implementó originalmente en la década de 1970 como respuesta a la crisis del petróleo, con el objetivo principal de aprovechar mejor la luz solar y reducir el consumo energético en iluminación. Sin embargo, numerosos estudios realizados en las últimas décadas han demostrado que **el ahorro energético real es prácticamente insignificante** en la actualidad, situándose por debajo del 0,5% según los análisis más recientes presentados ante la Comisión Europea.

Los patrones de consumo energético han cambiado significativamente desde la implementación de esta medida. Actualmente, el consumo eléctrico está más vinculado al uso de dispositivos electrónicos, sistemas de climatización y electrodomésticos que al simple alumbrado, lo que ha reducido considerablemente el impacto de esta práctica. Además, con la generalización de la iluminación LED de bajo consumo, **los posibles beneficios energéticos se han reducido aún más**, haciendo que el cambio horario resulte cada vez menos relevante desde la

perspectiva del ahorro.

Impacto en la salud y calidad de vida

Uno de los argumentos más sólidos contra el cambio de hora es su demostrado efecto negativo sobre la salud. Investigaciones médicas han documentado ampliamente cómo **la alteración brusca del horario afecta a los ritmos circadianos**, provocando trastornos del sueño, irritabilidad, falta de concentración e incluso un incremento temporal en el riesgo de accidentes cardiovasculares en los días posteriores al cambio.

La Sociedad Española de Neurología ha venido advirtiendo durante años sobre estos efectos, señalando que el cambio horario puede tardar hasta una semana en ser asimilado por el organismo. Los colectivos más vulnerables a estas alteraciones son los niños pequeños, las personas mayores y quienes padecen trastornos del sueño crónicos, para quienes **el ajuste de horarios supone un desafío significativo** que puede afectar su bienestar durante días o incluso semanas.

El largo camino hacia la eliminación del cambio horario

La iniciativa española no es nueva en el contexto europeo. En marzo de 2019, el Parlamento Europeo ya había votado a favor de eliminar el cambio de hora estacional a partir de 2021, con 410 votos a favor y 192 en contra. Sin embargo, **la pandemia de COVID-19 y las discrepancias** entre los estados miembros sobre qué horario (invierno o verano) adoptar de forma permanente ralentizaron el proceso. La falta de consenso sobre cómo implementar esta medida ha provocado que, seis años después de aquella votación, el cambio horario siga vigente en toda la Unión Europea.

La propuesta actual del Gobierno español busca reactivar este proceso y establecer una fecha definitiva para su eliminación en 2026, dando tiempo suficiente para que los países miembros adopten sus decisiones respecto al huso horario que mantendrán permanentemente. España se suma así a **países como Finlandia, Portugal y Polonia** que han manifestado abiertamente su deseo de acabar con esta práctica en los últimos años.

¿Qué huso horario adoptaría España permanentemente?

Una de las cuestiones más relevantes que deberá decidirse en los próximos meses es qué horario mantendrá España de forma permanente. Geográficamente, España debería situarse en el huso horario GMT (el mismo que Reino Unido y Portugal), pero desde 1940 se mantiene en GMT+1, el mismo que Alemania y Francia, **una decisión que ha sido objeto de debate** entre especialistas en cronobiología y economistas durante décadas.

Los estudios realizados por la Comisión de Racionalización de Horarios Españoles sugieren que mantener permanentemente el horario de invierno (GMT+1) sería la opción más acorde con la posición geográfica de España y podría contribuir a mejorar los hábitos de sueño de la población. Por otro lado, **el sector turístico se ha mostrado más favorable** al horario de verano (GMT+2) por los beneficios económicos que suponen las tardes más largas durante la temporada alta.

Consecuencias prácticas para los ciudadanos

De aprobarse definitivamente la propuesta española y establecerse 2026 como fecha para eliminar el cambio horario, los ciudadanos experimentarán un período de adaptación a un horario fijo. La medida

podría tener implicaciones en diversos ámbitos como **los horarios laborales, escolares y comerciales**, que podrían requerir ajustes para adaptarse al nuevo escenario.

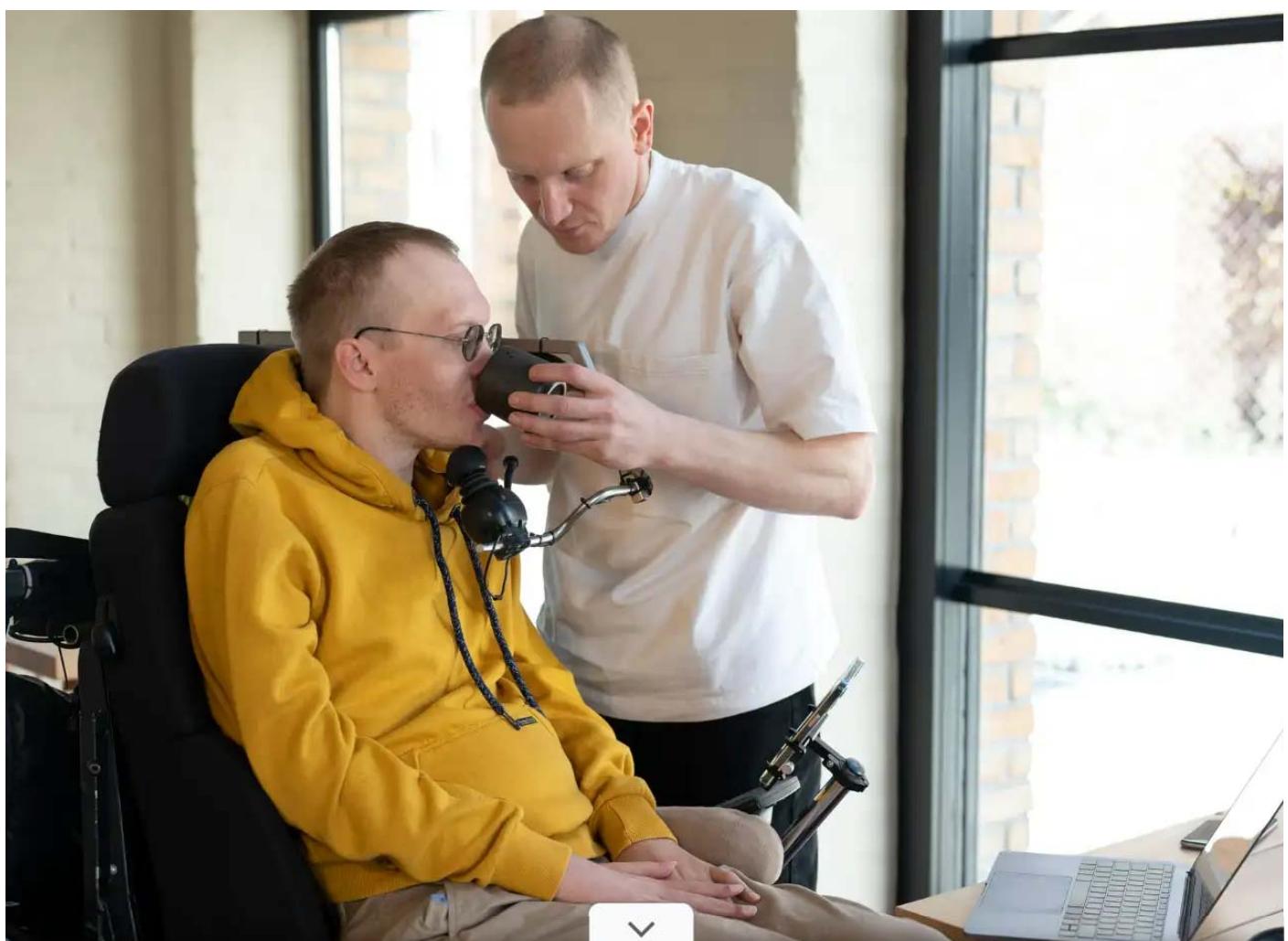
No obstante, expertos en productividad laboral y conciliación familiar sostienen que un horario estable durante todo el año facilitaría la planificación y podría contribuir positivamente a la racionalización de los horarios españoles, tradicionalmente más extendidos que en otros países europeos. La eliminación del cambio horario **podría ser el primer paso hacia una reforma** más amplia de los horarios que mejore la calidad de vida y la conciliación laboral y familiar.

SALUD

¿Qué ha pasado con la ley ELA? Así está la cosa ahora mismo



Publicado el 20/10/2025
por Alessandro Elia



estyle

Police FW25: gafas que combinan diseño y carácter Police Lifestyle



un reglamento pendiente que fijará su alcance.

La ley está en vigor y, sin embargo, su despliegue sigue a medio gas. La Ley 3/2024 entra en el BOE el 31 de octubre de 2024 y operativa desde el 1 de noviembre de ese año. A corto plazo, se pretende acortar los plazos de **discapacidad y dependencia**, coordinar la **atención sociosanitaria** y respaldo económico a la vida en **casa** —donde se juega la mayor parte de la batalla— para personas con esclerosis lateral amiotrófica. Un año después, el diagnóstico es de avances concretos, como la vía rápida de **resolución** en tres meses y un **parche** para cuidados profesionales en fases avanzadas, pero falta la **financiación estatal**. Para culminar un **reglamento** clave que debe precisar el alcance de la norma sobre otras enfermedades de alta complejidad.

En la práctica, esto significa que el **marco legal** existe —es real y exigible—, pero no se nota todavía con la misma intensidad en todos los hogares. El Gobierno ha establecido una subvención extraordinaria de **10 millones** para cubrir cuidados 24/7 en casos más graves. Se mantiene en **audiencia pública** el borrador que amplía criterios a patologías con clínicas similares a la ELA. Al mismo tiempo, varias comunidades han ajustado su valoración para no rebasar los **tres meses** que marca la ley. La foto, hoy, es de **una norma firme, motor irregular**.

Qué cambia realmente la ley: los tres tornillos que existen

prestaciones, empleo protegido, deducciones y un marco jurídico menos hostil.

Segundo, **dependencia**. La norma fija que el **Grado I** se reconoce **desde el diagnóstico**, ordena que la **resolución** —grado, baremo y programa individual de atención— dicte en **tres meses**. En una enfermedad de progresión rápida esto marca la diferencia: la ayuda que llega tarde es, directamente, una ayuda que no sirve.

Tercero, **atención continuada**. La ley blinda la **coordinación sociosanitaria** para que el paciente no quede colgado entre hospitales, primaria y servicios sociales, con función de **domicilio**. El mensaje es inequívoco: en fases avanzadas debe garantizarse **supervisión constante las 24 horas** ante eventos respiratorios o deglutorios que no dan tiempo para incorporarla, además, la **electrodependencia** al marco del **bono social eléctrico**: facturas en hogares con dispositivos conectados de manera esencial.

Hay piezas menos visibles, pero igual de importantes, que hacen sistema. Se refuerza la **investigación** a través del Instituto de Salud Carlos III, se ordena la creación de un organismo público **Estatal de Enfermedades Neurodegenerativas** y se tocan normas adyacentes al sistema, **Seguridad Social** —para que el engranaje no chirríe. La arquitectura está por veremos, **llenarla de contenido y personal**.

El dinero y los plazos: cuánto cuesta, qué hay y qué viene

La ELA castiga con tiempos cortos y gastos largos. La horquilla de **coste anual** es amplia, dependiendo de la evolución de la enfermedad y con sentido la ley, sumando atención domiciliaria profesional, apoyos a cuidadores,

100.000 euros anuales si el Estado no llega a tiempo. Sucece hoy. Es una realidad. Asociaciones y los clínicos observan a diario.

¿Dónde está la **financiación estructural**? El Gobierno ha hablado de **generación** específica y ha activado una **subvención urgente** de 10 millones como puente. Útil para un segmento muy concreto —quienes viven con traqueostomía y ventilación mecánica o necesitan aspiración frecuente de secreciones—, pero no resuelve el problema. Faltan partidas finalistas y estables que **capilaricen** hacia los servicios autonómicos dependencia y hacia las **unidades** clínicas que hacen seguimiento en domicilio. De acuerdo con el músculo, la promesa de la ley queda en **enunciado**.

El **otro gran reloj** son los **tres meses**. Son ley. Aquí no hay margen para interpretaciones creativas: **discapacidad** y **dependencia** deben resolverse en ese tiempo. En algunas comunidades el ajuste se ha notado con refuerzos de equipos de valoración y pruebas exprés; en otras, los expedientes siguen deslizándose por inercias previas. Eso es parte del malestar: **la enfermedad avanza más rápido que el papel**. Y cuando tarde, lo que se pierde no es burocracia; es **calidad de vida**.

El reglamento pendiente: a quién más alcanza y por qué importa

La ley nació con doble vocación: **cobertura inmediata** a la ELA y **método** para “acelerador administrativo” a **enfermedades atípicas irreversibles de alta complejidad**.

ha sacado a **audiencia pública** un **borrador de reglamento** con un **anexo no** en enfermedades, un **cuestionario de verificación** y pautas para que las administraciones trabajen con seguridad jurídica.

Ese reglamento es el **mapa** que necesitan las comunidades para actuar con hombría. También es el **seguro** de quien cae en una zona gris: atrofias, demencias de cursadas determinadas neuromusculares, procesos oncológicos muy agresivos con necesidad de soporte domiciliario permanente. Lo relevante no es tanto el nombre de la enfermedad, la **carga de cuidados y el riesgo vital**. Si el reglamento acierta, el sistema deja de ser diagnósticos y mirará **trayectorias**. Si se demora, el territorio se seguirá llenando de **discrecionalidad y suerte de código postal**.

Cómo se nota en el territorio: un puzzle autonómico cambia lento

La aplicación real depende, para bien o para mal, de **17 engranajes**. Las comunidades autónomas gestionan **dependencia y discapacidad**, financian servicios, contratan profesionales y establecen prioridades. En este marco, el despliegue de la ley ELA está siendo **asimétrico**. Algunas regiones han recordado por escrito a sus equipos los **plazos de tres meses** y han establecido valoraciones con tramitación urgente. Otras han abierto **líneas de ayudas** propias para terapias y productos de apoyo mientras llega la financiación estatal; por ejemplo, convocatorias específicas para sufragar fisioterapia, logopedia, atención psicológica y adaptaciones del hogar. También se han acelerado **préstamos de productos** y dispositivos de comunicación— para no dejar a nadie colgado mientras corre el riesgo de quedarse sin oxígeno.

El punto neurálgico, sin embargo, es el **domicilio**. La ley dibuja una **atención continua** y una **vigilancia clínica** y soporte profesional **24/7** en fases avanzadas. Traducido: alguien tiene que estar **en casa** a observar, aspirar, ajustar, enseñar y responder si la respiración o la deglución tuercen a las 03.00. Ahí es donde la **subvención de 10 millones** al Consorcio Nacional de Entidades de ELA (ConELA) intenta hacer de **ponte**: financiar horas reales de asistencia en los domicilios de pacientes que cumplan **criterios clínicos** muy estrictos. ¿Cubre todo el plan? No. ¿Evita muertes evitables y crisis familiares cuando la enfermedad ya ha dado el salto? Sí. Es una grieta que, por fin, parece haber empezado a sellar.

Conviene decirlo sin rodeos: mientras no aterrice la **financiación estructural** y el **reglamento**, seguirá habiendo **mapas dispares**. Una familia en Almería y otra en Pontevedra no deberían depender de la suerte para que su expediente se resuelva en un par de meses o para que la ayuda domiciliaria llegue antes de que todo se complique. Igualmente, para **homogeneizar** los derechos y los tiempos. Ese es el listón.

Derechos que ya se pueden exigir: guía útil y concisa

A pesar de la sensación de “a medio hacer”, la ley contiene **derechos exigibles** que conviene conocer con precisión. **Desde el diagnóstico** de ELA, la **dependencia** debe ser **reconocer Grado I** y resolverse **en un máximo de tres meses**. En términos prácticos, el expediente de valoración no puede eternizarse; si la enfermedad acelera, hay que **revisar el grado y prestación** con la misma rapidez. En **discapacidad**, la ley presume una situación de incapacidad permanente en situaciones muy habituales (cuando hay incapacidad permanente, por ejemplo) y permite una revisión **urgente** del grado. Este reconocimiento abre la puerta a **prestaciones** como **ayudas técnicas, movilidad y compatibilidades** que alivian el día a día.

La **electrodependencia** ya cuenta a efectos de **bono social eléctrico**. En un hogar con ventilación mecánica, dispositivos de aspiración, bombas, comunicadores o alimentación enteral, la factura puede dispararse. El ajuste normativo permite **acceder a una rebaja** siempre que se acredite la situación sanitaria. Es un alivio tangible en un gasto que es difícil de negociar: la **electricidad**.



En la **fase avanzada**, cuando existe traqueostomía y ventilación mecánica o nebulización constante, la **subvención a ConELA** ofrece un canal activo para **asistencia domiciliaria profesional**. El procedimiento es más simple de lo habitual —debe pivotar en un **informe clínico** que acredite criterios. No sustituye al resto de apoyos que puede ni debe—, pero **rellena** un hueco crítico: la **vigilancia y la respuesta inmediata**.

Documentación clínica y trazabilidad: la importancia de los papeles

La vida cotidiana de un expediente se gana con **papeles bien armados**. No hay mejor argumento que el **diagnóstico fechado, informe de evolución actualizado, recomendaciones de manejo, prescripción de productos de apoyo y plan de cuidados** cuando sea necesario. Los documentos le ponen **tiempo** a la enfermedad y justifican que el expediente continúa dependiendo de la ley. La lógica de la ley es clara: si la ELA progresiona con rapidez, la administración debe progresar igual. Dejar rastro de **solicitudes, resguardos y requerimientos** permite medir plazos y exigir su cumplimiento.

Productos de apoyo y terapias: lo que encaja en el marco

La norma no inventa el catálogo, pero lo **activa**. **Comunicación aumentativa, alternativas, fisioterapia respiratoria, logopedia para deglución y voz, ortesis adaptadas, camas articuladas, grúas y elevadores...** La vida en casa con ELA requiere **tecnología y personas**. Una parte se obtiene por **prestación ortoprotésica, otra por la dependencia, otra por sanidad** ✓ **que es que las resoluciones lleguen a tiempo**

decide el futuro

Sin **datos**, la política pública se apoya en percepciones. El **Registro Estatal de Neurodegenerativas** es más que un censo: permite saber **cuántos** pacientes han seguido **qué trayectorias y qué necesidades**. Con ese mapa, los presupuestos dejan de ser “orientativa” y se convierten en una **planificación** con métricas: cuántas horas en domiciliaria se financian, cuántas **crisis respiratorias** se evitan en casa, cuánto **evitables** se reducen. Ahí también entra el **Instituto de Salud Carlos III**, que coordina ensayos, redes clínicas y transferencia rápida de conocimiento a las **unidades de atención primaria**. Cuando la evidencia viaja, la **práctica** cambia.

La **coordinación sociosanitaria** es la piedra angular. En un extremo, el hospital coordina entre unidades especializadas de ELA; en el otro, los **equipos de atención domiciliaria** coordinan **rehabilitación** y **servicios sociales** municipales o autonómicos. La ley obliga a que todos hablen el mismo idioma y comparten **objetivos**: mantener capacidades, **prevenir aspiraciones**, **asegurar la ventilación**, apoyar a **cuidadores**, planificar **decisiones anticipadas** y evitar que la persona viva al filo del **agotamiento**. La diferencia entre un sistema coordinado y uno fragmentado es que el primero mide en **urgencias** que no se pisan, en **llamadas atendidas** a la primera y en **reptilas** que desaparecen.

El papel de las comunidades y del Estado: quién decide y quién mantiene la ficha ahora

Pieza por pieza, el **Estado** debe cerrar dos frentes inmediatos: **financiación** y **regulación**. El primero exige **partidas finalistas** y un mecanismo de **transferencia** a comunidades autónomas que priorice atención domiciliaria profesional, refuerzo de valoraciones y provisión de apoyo. El segundo —el reglamento— exige **criterios claros y verificables** que no dejen espacio a discrecionalidad y aseguren que los **aceleradores** de la ley lleguen a quien lo necesita, sea ELA u otra patología comparable en carga y pronóstico.

A las **comunidades**, la ley las compromete con **plazos** y **circuitos**. Tres meses no es un adorno; es la columna vertebral de la norma. Se necesitan **equipos suficientes** para cumplirlos y **protocolos de revisión acelerada** cuando la progresión se dispare, **valoraciones presenciales** cuando el paciente no se pueda mover y una **cartilla de servicios** que lleve a la persona a la mejor atención.

Por el camino, hay una **tarea silenciosa: cuidadores**. La ley también los reconoce: cotizaciones, descansos, formación—. Sin esa pata, cualquier sistema se tambalea. El **impacto** físico y emocional del cuidado, dar **respiro** programado y profesionales apoyos no es solo una decisión compasiva; es **eficiencia sanitaria**.

Datos que ayudan a entender la urgencia

España convive con **4.000–4.500** personas con ELA en cualquier momento, **900** diagnósticos nuevos cada año y una supervivencia media de **tres a cinco años** desde el diagnóstico, con grandes variaciones según fenotipo, edad y soporte. Cada día, 11 reciben el diagnóstico y **tres** fallecen. No son números para el titular; son la esencia del problema. En ese tablero, retrasar una resolución **tres meses** equivale a perder una oportunidad: un **comunicador** que llega tarde, una **ventana de intervención** o una **traqueostomía** que se complica por falta de vigilancia intensiva en casa.

Cuando la ley acorta trámites, no solo **agiliza; previene**. Un **ingreso** por aspiración compensa buena parte del coste de una **asistencia domiciliaria** bien organizada. Un **profesional** a tiempo reduce **bajas laborales** en cuidadores y pequeños **desastres domésticos** que acaban siendo grandes. La ELA tiene una **economía propia**: o se continúa la atención y prevención, o se paga más caro después en **hospitales** y en vidas.

Del BOE al salón: el salto que falta

El país va a tener una ley que responde a lo que más dolía: **plazos imposibles, coordinación deficiente**

necesitan **supervisión** intensiva. El **reglamento** dará seguridad a los equipos y sobre a quién alcanza el **acelerador** de la ley. Y los **tres meses** —el mantra de la ley— deben convertirse en práctica común en cada ventanilla.

La ELA no concede prórrogas; la ley tampoco debería. Ya está escrito quién hace cuánto tiempo. Queda que esa letra se note **en casa**, a la hora de la verdad, cuando el **respirador** pita, la **deglución** falla o el **cansancio** del cuidador pide relevo. Si el paciente **consuma**, España habrá pasado del simbolismo a la **política útil**: una ley que lleva a la acción, seguirá sonando a promesa. Aquí no hay épica, hay **gestión**. Y, por una vez, están casi todas sobre la mesa. Falta encajarlas sin excusas.

Contenido Verificado ✓

Este artículo se ha elaborado con información oficial y contrastada. Fuentes consultadas: [Ministerio de Sanidad](#), [BOE](#), [Ministerio de Sanidad](#), [La Moncloa](#), [Sociedad Española de Neurología](#), [MITECO](#), [CIBERER](#).



Alessandro Elia



Periodista con más de 20 años de experiencia, comprometido con la creación de contenidos de calidad y relevancia. Su trabajo se basa en el rigor, la veracidad y el uso de fuentes siempre fiables y contrastadas.

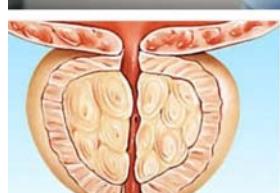
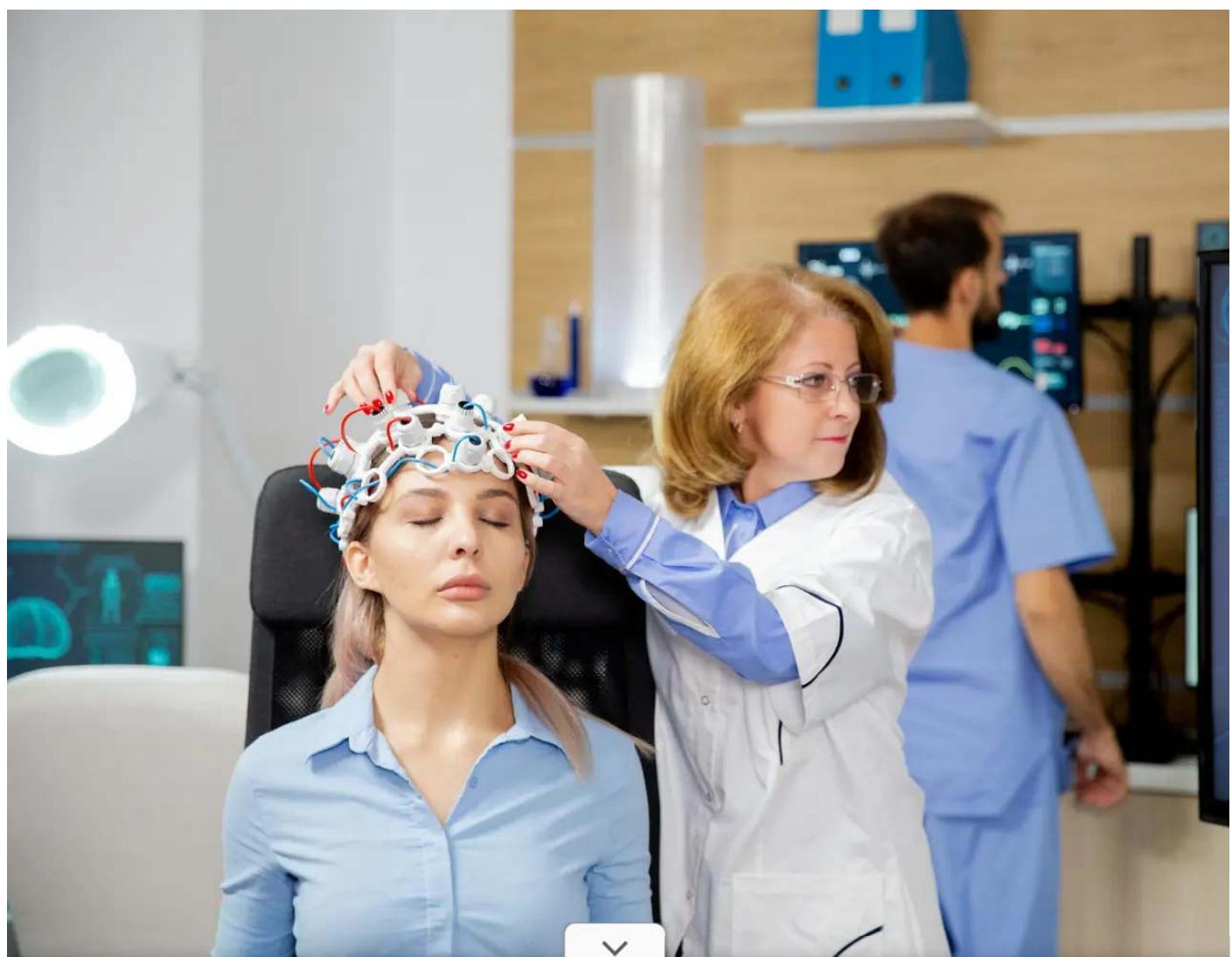


donPORQUE[INICIO](#) [CASA](#) [CIENCIA](#) [CULTURA](#) [ECONOMÍA](#) [HISTORIA](#) [NATURALEZA](#)**SALUD**

Neuromodulación para insomnio: ¿solución o espejismo?



Publicado el 20/10/2025
por Alessandro Elia



¡La prostatitis ya no es un problema! Prueba por la noche.

Blackmaca

protocolos, integración con CBT-I y acceso en España.

La **neuromodulación para insomnio** ha pasado de promesa difusa a opción concretada en determinados casos. **Sí, puede mejorar el sueño cuando se indica bien y se aplica de forma adecuada**. Es un **método**, sobre todo como complemento de la terapia cognitivo-conductual especializada en insomnio (CBT-I). La técnica con señales más consistentes hoy es la **estimulación eléctrica vago auricular**; las **corrientes transcraneales de baja intensidad** y la **estimulación magnética transcraneal** suman avances, aunque con resultados menos homogéneos. No sustituye al abordaje conductual de primera línea, pero **ayuda a desactivar la hipervigilancia**, reduce latencia de sueño y, en perfiles concretos, recorta despertares repetidos durante la noche. El margen de mejora medio no es espectacular, es **clínicamente relevante**. Y el perfil de seguridad, si se respetan las contraindicaciones, resulta favorable.

Conviene fijar expectativas desde el inicio. La **neuromodulación no invasiva** no es una pastilla ni un sedante: **no “apaga” el cerebro**, lo **re-sintoniza**. Funciona en promedio en 4-6 semanas, con sesiones cortas y parámetros definidos; **no todos responden** de igual manera. La respuesta suele consolidarse con el tiempo y el entrenamiento del hábito. En consulta, el terapeuta integra **educación del sueño**, ritmos de exposición a la cama y **neuromodulación** para el acelerador o apoyo mientras se corrigen conductas que perpetúan el insomnio. Lo más valioso no es la noche perfecta, sino **romper la espiral de hipervigilancia** y reestablecer un **descanso** más estable y útil para el día siguiente.

Qué entendemos por neuromodulación en el insomnio

Bajo el paraguas de **neuromodulación** para insomnio conviven varias tecnologías:

baja intensidad a una rama del nervio vago situada en el pabellón auricular (cor sobre todo). Esa rama comunica con núcleos del tronco cerebral y redes autonó implicadas en **ansiedad, frecuencia cardiaca y tono vagal**; al estimularla, se l el sistema hacia **un predominio parasimpático** y rebajar la hiperalerta que caí muchos insomnios crónicos.

La segunda familia incluye **corrientes eléctricas transcraneales de baja intensidad** (**tDCS**) (estimulación transcraneal por corriente directa) aplica una corriente con suave, habitualmente entre **1 y 2 mA** durante **20-30 minutos**, para aumentar o excitabilidad de áreas corticales clave (prefrontal, parietal medial). La **tACS** (co introduce oscilaciones a una **frecuencia elegida** —alfa, theta— con la hipótesis ritmos cerebrales hacia patrones más compatibles con conciliar el sueño. La **CEC** (electroterapia craneal) opera con microcorrientes, a menudo por electrodos en oreja o en la frente, con una tradición clínica más amplia pero heterogénea.

La tercera vía es la **estimulación magnética transcraneal (rTMS/EMT)**. Medi magnéticos breves y focales, modula la actividad de la corteza sin contacto con “duerme” el cerebro; **introduce plasticidad** en redes específicas. En insomnio, explorada se ubica en **corteza prefrontal medial o dorsolateral derecha**, regi relacionadas con rumiación, control cognitivo y la llamada **red por defecto**, qu hiperactivarse de noche en personas con insomnio.

Estas herramientas comparten rasgos prácticos: **sesiones cortas**, múltiples visi autoaplicación guiada, **parámetros ajustables** (intensidad, frecuencia, patrón **seguimiento con escalas vali** ▼ como PSQI (calidad de sueño) o ISI (severi

con **síndrome de piernas inquietas** latente. De ahí que la **evaluación previa** sea una pieza de una pauta que tenga sentido.

Evidencia clínica: señales fiables hoy

El mapa de estudios ha madurado. Persisten trabajos pequeños y diseños irregulares, pero hay **ensayos aleatorizados con simulación** (sham) que prueban la **eficacia de la neuromodulación para el insomnio crónico**, con reducciones de **4-5 puntos** en escalas estándar y **mantener el efecto** semanas después de finalizar la pauta. Traducido a vida real, una bajada significativa de **menos tiempo despierto en la cama, menos rumiación** al acostarse y **más consistentes**. No es una panacea —no todos logran ese umbral—, pero sí **una mejoría que el paciente percibe**.

Los números importan, pero también la **estructura del protocolo**. En taVNS, la terapia suele concentrarse en **30 minutos por sesión, una o dos veces al día** durante **a ocho semanas**. La localización del electrodo auricular y el **rango de intensidad** (habitualmente en torno a **0,8-1,5 mA**, ajustado a sensación “fuerte pero tolerable”) difieren entre pacientes. En algunos programas se compacta el tratamiento en **bloques intensivos** y una fase de **mantenimiento** con menor frecuencia; otros prefieren **sesiones diarias constantes**. El denominador común de quienes responden suele ser la **adherencia**: cumplir el plan y se monitorizan los cambios sin obsesionarse por la noche a no dormir.

La **CBT-I** sigue siendo la columna vertebral. Los metaanálisis muestran que **mejora la eficiencia y los despertares** con una tracción que se mantiene meses. La neuromodulación **compite** con ella, **la acompaña** y **reduce el consumo de medicamentos** en mitad del programa, **reduce el consumo de alcohol** y **mejora la calidad del sueño**.

apoyo mientras se consolidan rutinas.

Corrientes de baja intensidad y rTMS: luces y sombras

En **corrientes transcraneales** la fotografía es más heterogénea. La **CES** acumula uso con resultados dispares. Hay ensayos que reportan **descenso del ISI** en cuantos otros que no encuentran diferencias frente a simulación cuando se agrupan datos. Funciona, lo hace con **parámetros estrictos** y un guion diario sostenido; donde fallar la **dosis efectiva** o la **fidelidad al protocolo**. El mercado añade ruido con **de bienestar** que se venden sin una guía clínica sólida, y ahí conviene separar la pauta: no basta con tener un aparato, hay que aplicarlo bien.

La **tDCS** y la **tACS** han pivotado hacia **dianas más específicas** y combinaciones. En tDCS, la estimulación **anódica prefrontal** a 1-2 mA durante **20-30 minutos** muestra **mejoras subjetivas** de calidad de sueño y, en algunos grupos, **reducción del tiempo despierto tras el inicio del sueño**. La **tACS** a **frecuencia alfa** o **theta** busca sincronizar ritmos; en protocolos vespertinos se han descrito **latencias más cortas** y **sensación más profundo**, aunque las muestras todavía son moderadas y los efectos, varían con comorbilidad. Es un terreno de **fisiología aplicada** que avanza con paso corto y cuando el diseño se alinea con el fenotipo de insomnio, la respuesta mejora.

La **rTMS** llega con una mochila de evidencia en **depresión resistente y trastorno compulsivo**. En insomnio, los **pilotos controlados** han explorado **baja frecuencia** sobre **prefrontal derecha** para **disminuir hiperactividad**, y **alta frecuencia** en la **izquierda** para facilitar **plasticidad** que reduce la rumiación nocturna. Los resultados señalan:

necesidad de equipo especializado.

Si se busca una conclusión honesta, sería esta: **la neuromodulación eléctrica mejor posicionada hoy para el insomnio primario o comórbido sin trastorno del sueño; las corrientes transcraneales y la rTMS aportan beneficio en perfiles con experiencia, pero requieren protocolos finos y una selección cuidadosa medida** que crece el número de estudios con **simulación y seguimiento largo, nitidez.**

Seguridad, contraindicaciones y seguimiento

El **perfil de seguridad** es, en general, **favorable**. Con **taVNS**, lo habitual es **cosquilleo enrojecimiento leve**, pequeñas **molestias locales** y, en ocasiones, **somnolencia** si la sesión se hace muy tarde. Raras veces se reportan **mareos** al inicio, que se bajando la intensidad. En **corrientes transcraneales**, los efectos más comunes **hormigueo, picor cutáneo, cefalea ligera o fatiga pasajera**. Con **rTMS**, aparece **sesión en un porcentaje** no desdeñable, que responde a analgésicos habituales; **crisis es excepcional** si se respetan los protocolos y se realiza **cribado clínico**.

Las **contraindicaciones** merecen tomarse en serio. La estimulación eléctrica se **portadores de marcapasos o dispositivos implantados** salvo valoración específica. En **embarazo** suele considerarse una **zona de prudencia**; en **migrana activa**, se p según el historial del paciente. Para **rTMS**, los **implantes metálicos craneales aneurismáticos y fragmentos ferromagnéticos** son una **línea roja**, igual que **cocleares**. En todos los casos, la evaluación previa debe incluir **cribado de apnea** (un insomnio con microdespertares por apnea no se arregla con neuromodulación), **dolor de piernas inquietas, consumo de cafeína, medicación** que interfiera con el **trastornos del ritmo circadiano** que requieran otras intervenciones.



El **seguimiento** no puede reducirse a “¿duerme mejor?”. Lo sensato es fijar **índices objetivables** desde el día uno. **Índices validados** (PSQI, ISI), **diario de sueño** (cuatro semanas) antes de empezar y durante la pauta, y **objetivos temporales**: **semana** debería intuirse algo —menos tiempo despierto en cama, menos rumia— llega a menudo en la **cuarta a octava semana**. Si no hay respuesta, se **revisa la dosis o el horario**. La **adherencia** se protege ajustando la pauta al estilo de vida; si el plan exige dos sesiones diarias imposibles, se rediseña. Una intervención en **papel** que no cabe en la **rutina** fracasa fuera del ensayo.

Integración con CBT-I y fármacos

El insomnio crónico se trata mejor con **planes multimodales**. CBT-I corrige hábitos y reestructura la **ansiedad anticipatoria** y ordena lo que pasa en la cama. La neuromodulación bien elegida, **acelera** ese aprendizaje. Un itinerario razonable: **taVNS** al final de la noche, **justo antes de acostarse** durante **ocho semanas**, con **monitorización quince días** y **PSQI** y **revisión del diario de sueño**. Si predomina un perfil de **hiperalerta** y **rumiación intensa**, **tDCS** o **tACS** en **protocolos cortos** y **dianas frontales/parietales** para reducir esa tensión cognitiva al anochecer. En contextos con **síntomas ansiosos** y depresivos asociados, la **rTMS** en **prefrontal** gana sentido si el centro dispone de **neurona** y experiencia.

¿Y la **medicación**? Las guías clínicas permiten **ciclos cortos** de **benzodiacepinas** con **retirada progresiva**; **agonistas de melatonina** y **antagonistas de orexin** tienen su espacio en perfiles concretos. La neuromodulación puede **facilitar la reducción** de la medicación y **sustentar la ganancia de la CBT** ✓ **tar la escalada de dosis**. El error común es

Hay otra frontera interesante: **intervenciones sensorias en bucle cerrado**. La **auditiva sincronizada** con fases de sueño profundo pretende **potenciar ondas** despertar. En insomnio, los **pilotos** muestran **viabilidad y alguna mejora** subjetiva. El mundo responde y faltan **cohortes grandes** con **seguimiento largo**. ¿Potencia su **comodidad**? ¿Lista para escalar? Con **prudencia**, todavía no como primera opción.

Acceso y contexto español actual

En **España**, la neuromodulación avanza, **desigual** según territorio. La **rTMS** está en **clínicas privadas y unidades de psiquiatría** con experiencia en depresión y ansiedad. Empiezan a ofrecer **protocolos específicos de sueño** dentro de **programas integrados** que combinan intervención psicológica y seguimiento. La **taVNS** gana presencia también en **consultas de sueño** como en **entornos ambulatorios** con supervisión, y algunas terapias orientadas a **uso doméstico supervisado** aparecen en el mercado. El **Sistema Nacional de Salud** incorpora tratamientos de forma gradual y prioriza la **CBT-I** y la **detección temprana de comorbilidades**; la neuromodulación asoma más en **proyectos piloto** o **derivaciones** a centros de referencia.

Los **costes** varían en función de **técnica, número de sesiones, ciudad y centro**. La **terapia** ofrece **escalabilidad**: puede iniciarse en consulta y continuar en **casa** con **revisiones**. Sin embargo, se exige **equipamiento y personal entrenado**, por lo que los programas suelen asociarse a **bonos de sesiones**. La **cobertura** por aseguradoras privadas es **heterogénea**; en general, la **revisión** es **selección de casos y derivación** según disponibilidad local. Para evitar sorpresas, es útil **preguntar por el protocolo exacto** (diana, dosis, duración), **tasas intermedias**, **efectos secundarios**, **respuesta**, **criterios de selección** y **cómo se medirá** el cambio. Un centro serio no habla en términos de **números y límites**, no promesas.



completa del sueño (incluida la posibilidad de **polisomnografía** si hay sospech un **plan de tratamiento escrito, explicación de efectos esperables y márguer respuesta, monitorización estructurada** con escalas y vías de ajuste. Descon propuestas que **saltan la evaluación** y venden neuromodulación como **solució** para cualquier insomnio, cualquier edad, cualquier contexto.

Un balance realista para dormir mejor sin humo

La **neuromodulación para insomnio** ha **madurado lo suficiente** como para e rutina de **unidades de sueño y servicios especializados con criterio clínico**.] una proporción significativa de personas, **sobre todo** cuando existe un compon **hiperalerta autonómica y cognitiva** que **no cede del todo** con higiene del su tras un primer ciclo de CBT-I. La **estimulación del nervio vago auricular** es **candidata más sólida** por **eficacia y manejabilidad**; las **corrientes transcran rTMS** aportan **beneficios** en **perfiles seleccionados y centros con experienci** curva de aprendizaje que el campo está afinando. La **seguridad** acompaña si se **adherencia** decide gran parte del resultado y la **integración con terapia cond** convierte mejoras discretas en **cambios sostenidos**.

De aquí a corto plazo, el progreso vendrá de **tres frentes**. Primero, **protocolos personalizados** por **fenotipo de insomnio** y **biomarcadores sencillos** —vari frecuencia cardíaca, patrones EEG accesibles, cronotipo— que permitan eleg dosis con más puntería. Segundo, **programas híbridos** que combinen CBT-I di **neuromodulación domiciliaria** con **seguimiento clínico**; menos fricción, má Tercero, **ensayos con simulación y muestras amplias**, multicéntricos, que cie discusión sobre qué parámetros funcionan de verdad en **poblaciones diversas** personas mayores, quienes viven con **dolor crónico** o **cáncer**, y quienes ademá ansiedad o depresión.

Mientras llega esa evidencia más gruesa, hay certezas accionables. **Diagnóstica** (descartar apnea, piernas inquietas y trastornos circadianos), **priorizar CBT-I**, **neuromodulación** cuando el caso lo pide y **medir** el impacto con herramientas milagros, **con método**. Quien entra por esa puerta no siempre duerme como un **recupera noches útiles y días más estables**. En un país que ha normalizado a mirar pantallas hasta el último , ese pequeño desplazamiento —**menos** ,



Dos mujeres que padecen alzhéimer. (EFE/Jero Morales)

Por **Andrea Muñoz**

21/10/2025 - 00:00

Susana recuerda perfectamente el **día que su madre dejó de reconocerla**. Era por la tarde y acompañaba a su padre a recogerla del centro en el que pasaba gran parte de la jornada. "De él se enamoraba cada día, le recibía **como si llevara años sin verle**", cuenta a este periódico. Pero aquella tarde fue distinta, miró a su hija y acto seguido preguntó: "**¿Y esta qué hace aquí?**". Desde entonces, Susana tiene ese **momento "clavado en el alma"**.

ella, pero vivió su enfermedad de forma terrible", explica.

Susana ha aprendido en este tiempo que la **enfermedad marca su propio ritmo**: "Los destellos de lucidez **son mis pequeñas batallas ganadas** en el día a día, son logros para las dos. Esta guerra la tengo perdida, pero me esfuerzo para que durante las visitas pasemos un rato agradable. Ella cada vez está más lejos de la realidad, pero yo le digo **muchas veces que la quiero** porque eso me conecta con ella. **El cariño ha de ser muy evidente**, mi madre a veces sigue dándomelo".

Además, apunta que el alzhéimer de su madre le ha provocado un **desgaste emocional evidente**, "como un poso de tristeza siempre presente" en todo lo que hace. El conflicto emocional que le supone la enfermedad **lo describe como "complicado"**: "Mi duelo anticipado es diario, esto es algo que te sobrepasa y nunca logras tener la sensación de que lo estás haciendo bien. He aprendido a manejar mi malestar".

Foto: predecir-si-tendras-alzheimer-es-mas-fiable-y-barato-que-nunca-merece-la-pena-saberlo

TE PUEDE INTERESAR

Predecir si tendrás alzhéimer es más fiable y barato que nunca. ¿Merece la pena saberlo?

Sergio Parra

Valeria Moriconi es psicóloga experta en duelo y confiesa que en las **enfermedades neurodegenerativas** la pérdida llega "a trozos". "El cuidador experimenta una ambigüedad porque mientras tiene todavía a su ser querido, **siente que le está perdiendo**. Está todo el rato en un limbo que puede tener consecuencias psicológicas", reseña. Es algo que resume en una "presencia física con ausencia psicológica".

pasarlos no garantiza que luego el duelo por fallecimiento sea más ágil", añade. Es algo que define **como liminalidad**, la condición de estar en un umbral, entre una cosa que se ha ido y **otra que está por llegar**.

Foto: consiguen revertir el alzheimer en ratones

TE PUEDE INTERESAR

Los investigadores que han conseguido revertir el alzhéimer en ratones con el uso de nanopartículas

El Confidencial

Además, insiste en que las **fases del duelo** "no son lineales y tampoco ordenadas": "Es un proceso dinámico que no se da en todas las personas". "Se debe trabajar la resignificación de la relación, no su cierre, dejando claro que este tipo de duelo es totalmente legítimo y **no disipa el rol del cuidador**. Acompañar es una palabra que a veces damos demasiado por hecho, pero **hacerlo desde la empatía** es un gesto de amor y vinculación enorme", sigue.

Respecto a cómo afrontar ese duelo, confiesa que es **muy importante darle espacio** y validación: "Un espacio terapéutico en el que la persona pueda parar, llorar y expresar su ambivalencia, culpa o vergüenza. Llevamos muchos años viendo que las **terapias grupales en el acompañamiento al duelo** tienen mucha eficacia por el trabajo de las emociones de cada uno y la legitimación de las mismas".

Menciona también otro tipo de enfoques, como las **terapias narrativas** o las enfocadas a la búsqueda de significado, que **ayudan al cuidador a reconectar** y a volver a narrar su historia de vinculación, cuidado o pérdidas desde una mirada "más amplia". "Es importante separar la enfermedad del enfermo, volver a hablar de Juan y no solo de la **demencia, alzhéimer o ELA**", manifiesta.

"Las frases tira", como "al menos sigue vivo", resultan de poca ayuda

siento mal si fallece' y 'tengo que estar al 100% para cuidarle', la culpa es una emoción que nos sirve como brújula interna".

Por último, asegura que "las **frases tilita**", como "al menos sigue vivo", resultan de poca ayuda. "Aíslan a la persona. Habría que cambiarlas porque ayudar a sostener una pérdida es tarea de todos, un 'no sé por lo que estás pasando, pero quiero estar a tu lado', valdría", relata.

En las consultas

Por su parte, **Teresa Moreno**, miembro del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la **Sociedad Española de Neurología**, expone cómo comunican los diagnósticos por primera vez en las consultas: "La mayoría de familiares ya vienen pensando que el **diagnóstico va a ser alzhéimer**, pero los pacientes no siempre quieren saberlo. Nosotros hablamos de **pérdida de memoria progresiva** y les damos información hasta que ellos quieran. Lo más importante es contarles cómo será su futuro".

Igualmente, recalca que siempre prefieren **que vengan acompañados de los hijos**, aunque la mayoría de veces esa figura la ejerce la pareja, que también tiene "de 70 a 90 años". "Se anticipan a lo que pasará, pero yo siempre les digo que **nunca se sabe en medicina**, cada persona es un mundo y hay que centrarse en el día a día. La **parte afectiva** es la última que se pierde, el 'yo quiero a esta persona' se mantiene intacto hasta el final, por eso son relevantes los pequeños gestos, como cogerles la mano o ponerles la música que les gusta. Es muy dura la agresividad que a veces soporta la familia y cuando se preguntan '**¿qué le está pasando a papá?**', describe.

Asimismo, los doctores siempre intentan que los familiares sean honestos con estos comportamientos, **aunque sientan vergüenza**: "Nosotros hacemos recomendaciones y les asesoramos. Es primordial que se cuiden porque esto **es una carrera de fondo** que puede durar años".

infosalus / **mayores**

Mayores piden que la inversión de 500 millones de euros para pacientes con ELA llegue de forma "ágil" a las familias

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

España pondrá fin al cambio de hora en 2026: “Ya no tiene sentido”, anuncia Pedro Sánchez

Redacción Europa Sur

5-6 minutos

Estimado lector

Por favor acepta ver un breve anuncio para continuar con el artículo
España dejará de cambiar la hora en 2026. Así lo ha anunciado este lunes el presidente del Gobierno, **Pedro Sánchez**, quien ha confirmado que el Ejecutivo llevará la propuesta al Consejo de Energía de la Unión Europea para activar el mecanismo que permite **poner fin al cambio horario estacional**.

“Esta semana volvemos a cambiar la hora, otra vez, y francamente **yo ya no le veo sentido**”, ha declarado Sánchez durante su intervención. “La ciencia nos dice que ya no supone un ahorro energético, y sí que trastoca los **ritmos biológicos** dos veces al año. Por eso, hoy el Gobierno de España va a defender en el Consejo Europeo que dejemos de cambiar las horas por fin en el año 2026”.

El presidente ha presentado la iniciativa como un ejemplo de **“política útil”**, que “escucha a los ciudadanos, también a la ciencia, y los lleva a su legislación”. La propuesta llega con amplio respaldo ciudadano y científico, después de años de estudios que cuestionan la utilidad de esta práctica instaurada hace más de medio siglo.

Un cambio que nació por el ahorro energético... y perdió su sentido

El cambio de hora bianual se implantó en los **años 70**, durante la crisis del petróleo, con el objetivo de aprovechar mejor la luz solar y reducir el consumo eléctrico. Pero en pleno siglo XXI, los estudios más recientes concluyen que el ahorro real es insignificante, por debajo del 0,5%, según los informes presentados ante la Comisión Europea.

Hoy, el consumo energético depende mucho más del uso de dispositivos electrónicos, la climatización y los electrodomésticos que del alumbrado. Además, la generalización de la **iluminación LED** ha reducido aún más cualquier posible ahorro, dejando sin fundamento la continuidad de esta medida.

El impacto sobre la salud: sueño alterado, irritabilidad y estrés biológico

El argumento más contundente contra el cambio horario proviene del **ámbito sanitario**. Los ritmos circadianos se alteran con cada modificación de la hora, lo que provoca trastornos del sueño, irritabilidad, falta de concentración e incluso un aumento del riesgo de infartos en los días posteriores al cambio, según han advertido múltiples investigaciones.

La Sociedad Española de Neurología señala que el cuerpo humano puede tardar hasta una semana en adaptarse al nuevo horario. Los grupos más afectados son **niños, mayores y personas con trastornos del sueño crónicos**, para quienes el ajuste biológico se convierte en un desafío que repercute directamente en su bienestar.

Europa ya lo votó, pero nunca se aplicó

El Parlamento Europeo aprobó en 2019 eliminar el cambio horario a partir de 2021, con 410 votos a favor y 192 en contra. Sin embargo, la pandemia y la falta de consenso entre los países sobre qué horario mantener de forma permanente paralizaron la decisión.

Seis años después, la propuesta española busca reactivar el proceso europeo y fijar una fecha definitiva: **2026**. España se suma así a otros países como Finlandia, Portugal y Polonia, que también han defendido la eliminación de esta práctica.

¿Qué horario se quedará España? El debate que viene

El gran interrogante que se abre ahora es **qué huso horario adoptará España** de manera permanente. Por su posición geográfica, el país debería regirse por el horario GMT (el mismo que Reino Unido y Portugal), pero desde 1940 mantiene el **GMT+1**, el mismo que Francia y Alemania.

Los expertos de la Comisión de Racionalización de Horarios abogan por **mantener el horario de invierno** (GMT+1) de forma fija, lo que favorecería el descanso y los hábitos de sueño. Sin embargo, el **sector turístico** prefiere el horario de verano (**GMT+2**) por los beneficios que suponen las tardes más largas para el ocio y la hostelería.

Consecuencias prácticas y oportunidad para racionalizar horarios

Si la medida prospera, 2026 será el último año con cambio horario en España. Los ajustes podrían requerir una **revisión de los horarios** laborales, escolares y comerciales, pero los expertos apuntan a efectos positivos a medio plazo.

Un horario estable facilitaría la **conciliación familiar**, la planificación

empresarial y podría ser el primer paso hacia una reforma más profunda de los horarios españoles, tradicionalmente más extensos que en el resto de Europa.



[Inicio](#) / [Noticias](#) / Hospiten Tamaragua lanza una campaña de prevención del ictus

Hospiten Tamaragua lanza una campaña de prevención del ictus



La acción va dirigida a personas mayores de 50 años, a fumadores habituales y pacientes con antecedentes de infarto

Santa Cruz de Tenerife, 20 de octubre de 2025.

Hospiten Tamaragua, a través de su Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, pone en marcha una campaña de prevención del ictus, que tendrá lugar el próximo 31 de octubre. Esta iniciativa ofrece un screening gratuito de ecoDoppler de troncos supraaórticos, una prueba diagnóstica no invasiva destinada a estudiar el flujo sanguíneo en las arterias que llevan la sangre al cerebro.

Esta campaña va dirigida a personas mayores de 50 años, a fumadores habituales y pacientes con antecedentes de infarto, ya que forman parte de los grupos con mayor riesgo.

La acción se enmarca dentro de la celebración del Día Mundial del Ictus, una fecha que se dedica a concienciar de la importancia de la detección precoz y la prevención de esta enfermedad. Los ictus son reconocidos como una de las principales causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial.

La acción se enmarca en la celebración del Día Mundial del Ictus, una fecha que se dedica a concienciar de la importancia de la detección precoz y la prevención de esta enfermedad. Los ictus son reconocidos como una de las principales causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial.

El principal objetivo de Hospiten con esta nueva campaña es reducir el riesgo de sufrir ictus, una enfermedad que puede prevenirse en muchos casos si se detecta a tiempo. La detección precoz de estenosis en las arterias carótidas permite actuar antes de que se produzca un episodio grave.

A través de esta iniciativa, Hospiten quiere fomentar la concienciación sobre este tipo de enfermedades y la importancia de hacerse revisiones periódicas que permitan detectar a tiempo cualquier tipo de problema en las arterias.

Para participar en esta iniciativa las personas interesadas pueden reservar su cita a través de la app de Hospiten o en la web Hospiten.com con fecha límite el 30 de octubre.

Hospiten muestra su compromiso con la prevención del ictus, pues se trata de la segunda causa de muerte más común a nivel mundial y la tercera más común de discapacidad. Según datos de la Sociedad Española de Neurología, se producen casi 12 millones de casos de ictus al año. Además, gracias a la prevención, el estilo de vida saludable y el control de los factores de riesgo vasculares, se puede reducir cerca de un 90% de los casos de ictus.

Publicado el 20/10/2025

[Compartir](#)

Somos una red hospitalaria comprometidos
con ofrecerte un servicio de atención
sanitaria de primer nivel.



[Inicio](#) / [Noticias](#) / Hospiten Tamaragua lanza una campaña de prevención del ictus

Hospiten Tamaragua lanza una campaña de prevención del ictus



La acción va dirigida a personas mayores de 50 años, a fumadores habituales y pacientes con antecedentes de infarto

Santa Cruz de Tenerife, 20 de octubre de 2025.

Hospiten Tamaragua, a través de su Servicio de Angiología, Cirugía Vascular y Endovascular, pone en marcha una campaña de prevención del ictus, que tendrá lugar el próximo 31 de octubre. Esta iniciativa ofrece un screening gratuito de ecoDoppler de troncos supraaórticos, una prueba diagnóstica no invasiva destinada a estudiar el flujo sanguíneo en las arterias que llevan la sangre al cerebro.

Esta campaña va dirigida a personas mayores de 50 años, a fumadores habituales y pacientes con antecedentes de infarto, ya que forman parte de los grupos con mayor riesgo.

La acción se enmarca dentro de la celebración del Día Mundial del Ictus, una fecha que se dedica a concienciar de la importancia de la detección precoz y la prevención de esta enfermedad. Los ictus son reconocidos como una de las principales causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial.

La acción se enmarca en la celebración del Día Mundial del Ictus, una fecha que se dedica a concienciar de la importancia de la detección precoz y la prevención de esta enfermedad. Los ictus son reconocidos como una de las principales causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial.

El principal objetivo de Hospiten con esta nueva campaña es reducir el riesgo de sufrir ictus, una enfermedad que puede prevenirse en muchos casos si se detecta a tiempo. La detección precoz de estenosis en las arterias carótidas permite actuar antes de que se produzca un episodio grave.

A través de esta iniciativa, Hospiten quiere fomentar la concienciación sobre este tipo de enfermedades y la importancia de hacerse revisiones periódicas que permitan detectar a tiempo cualquier tipo de problema en las arterias.

Para participar en esta iniciativa las personas interesadas pueden reservar su cita a través de la app de Hospiten o en la web Hospiten.com con fecha límite el 30 de octubre.

Hospiten muestra su compromiso con la prevención del ictus, pues se trata de la segunda causa de muerte más común a nivel mundial y la tercera más común de discapacidad. Según datos de la Sociedad Española de Neurología, se producen casi 12 millones de casos de ictus al año. Además, gracias a la prevención, el estilo de vida saludable y el control de los factores de riesgo vasculares, se puede reducir cerca de un 90% de los casos de ictus.

Publicado el 20/10/2025

[Compartir](#)

Somos una red hospitalaria comprometidos
con ofrecerte un servicio de atención
sanitaria de primer nivel.

Alicante

L'Alacantí Sucesos Hogueras Hércules CF Universidad Barrios En valencià Farmacias

lial del Dolor

Ís artrosis en menores de 30 años por la práctica de deportes de alto impacto

Cada cuatro alicantinos sufre dolor crónico y aumentan los casos en jóvenes. Los hospitales de la provincia ofrecen opciones farmacológicas y técnicas intervencionistas para tratar las molestias

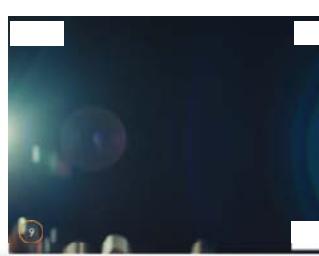


Cada vez hay más personas menores de 30 años con artrosis por el deporte de alto impacto / [INFORMACIÓN](#)

PUBLICIDAD

 **J. Hernández**
20 OCT 2025 14:45

Un 26% de la población de la provincia de Alicante padece **dolor crónico**, y de ellos el 25 % padecería dolor neuropático, que es aquel que envía señales del cerebro sin que haya una lesión real por una disfunción de los nervios, según datos de la **Sociedad Española de Neurología** (SEN) que se ponen de manifiesto ante el Día Mundial del Dolor Crónico. Los hospitales de la provincia ofrecen opciones farmacológicas y técnicas intervencionistas para tratar las patologías derivadas de las cirugías, el dolor neuropático y el asociado a enfermedades degenerativas.



Leer

Cerca

Jugar

PUBLICIDAD

Todo dolor que tiene lugar de forma continua (durante más de cuatro días a la semana) y persiste desde hace al menos tres meses es lo que se denomina dolor crónico y, desde hace varios años, la **Organización Mundial de la Salud** lo considera no un síntoma, sino una enfermedad en sí misma.

PUBLICIDAD

PUBLICIDAD

El desgaste articular temprano se manifiesta con dolor y rigidez, especialmente en las caderas y rodillas

A la ya altísima prevalencia del dolor crónico se une el envejecimiento progresivo de la población, algo que seguirá impactando aún más tanto a nivel sociosanitario como económico, advierten los neurólogos.

Además, enfermedades de "mayores" como la artrosis afecta cada vez más a menores de 30 años por **sobrepeso u obesidad, la práctica de deportes de alto impacto, traumatismos previos**, actividades laborales que sobrecarguen las articulaciones o genética, según pone de manifiesto la Sociedad Española de Reumatología.



Leer



Cerca



Jugar

PUBLICIDAD

Estas causas provocan un desgaste articular temprano, que se manifiesta con dolor y rigidez, especialmente en las **caderas y rodillas**. En jóvenes con obesidad, la artrosis es tres veces más frecuente y en el caso de la rodilla, la cifra se eleva, llegando a ser cinco veces más habitual.



El sobrepeso también causa un desgaste articular temprano / [INFORMACIÓN](#)

Impacto en el PIB

Actualmente, el dolor crónico es la causa de más del 17% de los casos de discapacidad. Se estima que en España su coste alcanzaría más del 2,5% del PIB y que hasta el 40% de la población mayor de 65 años ya vive con algún tipo de dolor crónico.

PUBLICIDAD

"Dentro de todos los posibles tipos de dolor crónico que existen, uno de los más prevalentes es el dolor neuropático, que además es uno de los dolores más complejos y difíciles de tratar", señala la doctora Montserrat González Platas, de la Sociedad Española de Neurología.

La artrosis, la lumbalgia, la cervicalgia y las tendinopatías, las más frecuentes

La Unidad del Dolor del **Hospital de Dénia** atiende cada año una media de 1.300 pacientes. Las patologías que trata son las derivadas de las cirugías, el dolor neuropático y dolor asociado a enfermedades degenerativas. Las más frecuentes son las musculoesqueléticas, como la artrosis, la lumbalgia, la cervicalgia y las tendinopatías. También se incluyen las cefaleas, las neuralgias y el dolor oncológico. Coordinada por Antonio Martínez Mortera, realiza un abordaje multidisciplinar e integral del paciente, en colaboración con otros servicios médicos.

Los tratamientos disponibles incluyen opciones farmacológicas y técnicas intervencionistas. Las técnicas intervencionistas abarcan **infiltraciones**, bloqueos nerviosos, radiofrecuencia, neuroestimulación, epiduroscopia, plasma rico en plaquetas, **ácido hialurónico**, **ozonoterapia** y fisioterapia invasiva. Estas intervenciones se realizan en régimen ambulatorio o en quirófano.

Para Antonio Martínez Mortera, coordinador de la Unidad del Dolor del Hospital de Dénia, el alivio del dolor no es solo una cuestión médica, sino también un derecho universal, recogido desde el año 2000 por la Carta de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. "El objetivo de la celebración del día mundial es visibilizar el impacto del dolor crónico en la calidad de vida de millones de personas y promover el acceso a tratamientos eficaces".

PUBLICIDAD

Afección neurológica

El dolor neuropático es una afección neurológica que aparece como consecuencia de alteraciones del sistema nervioso, tanto periférico como central. Los pacientes experimentan un intenso dolor continuo, **quemante y punzante**, y algunas personas también pueden sentir calambres y sensación de descarga eléctrica. Suele localizarse en una parte concreta del cuerpo, aunque en algunos casos puede afectar a varias zonas. Se trata de una enfermedad que afecta significativamente a la calidad de vida de las personas que lo sufren, ya que así lo afirman un **85% de los pacientes**.

"Uno de los principales problemas del dolor neuropático es que no responde a los analgésicos convencionales y, con los tratamientos actuales, menos del 60% de los pacientes logran un adecuado alivio del dolor. Esto hace que sea uno de los principales dolores crónicos que existen, porque una vez instaurado es común que los pacientes tengan que convivir con él meses e incluso años". Los neurólogos estiman que la mitad de las consultas que se realizan en Atención Primaria son por dolor, y de ellas, una de cada cuatro son por dolor neuropático.

Expertos internacionales abordan el reto de las terapias innovadoras para el dolor crónico

Con motivo del Día Mundial contra el Dolor, el **Instituto de Neurociencias**, centro mixto del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y la Universidad Miguel Hernández (UMH) de Elche, ha celebrado una mesa redonda sobre la difícil transición de la ciencia básica a las terapias analgésicas innovadoras, dedicada a analizar los principales retos científicos, clínicos y regulatorios en la búsqueda de nuevos tratamientos para el dolor crónico.

La jornada reunió a tres destacados expertos internacionales: la profesora **Michaela Kress** (Universidad de Innsbruck, Austria), el profesor **Antonio Ferrer-Montiel** (UMH, España) y el doctor **Edward Emery** (Grünenthal, Alemania). Los ponentes ofrecieron una visión complementaria desde los ámbitos académico, industrial y farmacéutico sobre los desafíos que frenan el desarrollo de terapias eficaces para millones de pacientes que sufren dolor en todo el mundo.



Leer



Cerca



Jugar

Expertos sobre el dolor en las jornadas del Instituto de Neurociencias / **INFORMACIÓN**

Causas

En España, y según datos de la SEN, el dolor neuropático afecta a 3 millones de personas y cada año se producen alrededor de 400.000 nuevos casos, siendo más frecuente en mayores de 55 años y en mujeres (57% de los pacientes). Detrás del origen del dolor neuropático se encuentran una gran variedad de factores, como **lesiones, infecciones, enfermedades o tratamientos médicos**. Pero la diabetes y el dolor lumbar son las patologías que más frecuentemente se asocian a dolor neuropático, así como las secuelas posttraumáticas o posquirúrgicas.

Noticias relacionadas y más

Opioides para la fibromialgia o la artrosis: "El primer tratamiento para el dolor crónico debe ser el ejercicio físico"

Manos con artritis: señales de alerta, diagnóstico y cómo escapar del dolor crónico

Jornadas de IA en el Hospital General de Elche: avances contra el dolor crónico o para detectar el cáncer de mama

La **depresión**, la ansiedad y los trastornos del sueño son significativamente más prevalentes en pacientes con dolor neuropático que en pacientes con otros tipos de dolor.

TEMAS [DOLOR](#) [PACIENTES](#) [NEUROLOGÍA](#) [ONCOLOGÍA](#) [CÁNCER](#) [ARTRITIS](#) [SANIDAD EN ALICANTE](#)

Alicante

L'Alacantí Sucesos Hogueras Hércules CF Universidad Barrios En valencià Farmacias

Salud

¿Cuál es el dolor que requiere tratamiento farmacológico?

Analgésicos, antiinflamatorios, opioides, antidepresivos y antiepilepticos son los medicamentos más utilizados



Una farmacéutica muestra medicamentos para distintos grados de dolor / **ELISENDA PONS**



Leer



Cerca



Jugar

PUBLICIDAD

**J. Hernández**

Actualizada 20 OCT 2025 15:02

El dolor que requiere tratamiento farmacológico incluye dolor agudo e incapacitante, como el post-traumático o post-quirúrgico, dolor crónico no controlado y neuropático. Son todos aquellos que, a pesar de los analgésicos comunes o tratamientos no farmacológicos, persisten e interfieren en las actividades diarias. La elección del tratamiento depende del tipo, intensidad y causa del dolor, pudiendo incluir **analgésicos**, antiinflamatorios, **opioides**, antidepresivos o antiepilepticos, y a menudo se recurre a una combinación de estos.

PUBLICIDAD

Un 26% de la población de la provincia de Alicante padece **dolor crónico**, y de ellos el 25 % de origen neuropático, que es aquel que envía señales del cerebro sin que haya una lesión real por una disfunción de los nervios, según datos de la **Sociedad Española de Neurología** (SEN) que se ponen de



Leer



Cerca



Jugar

PUBLICIDAD

Cuatro días

Los hospitales de la provincia ofrecen opciones farmacológicas y técnicas intervencionistas para tratar las patologías derivadas de las cirugías, el dolor neuropático y el asociado a enfermedades degenerativas.

Todo dolor que tiene lugar de forma continua (durante más de cuatro días a la semana) y persiste desde hace al menos tres meses es lo que se denomina dolor crónico y, desde hace varios años, la **Organización Mundial de la Salud** lo considera no un síntoma, sino una enfermedad en sí misma.



Leer



Cerca



Jugar

PUBLICIDAD

Agudo

Requieren tratamiento farmacológico todo dolor agudo o de corta duración. A menudo precisa de tratamiento sintomático para aliviar el dolor rápidamente, incluso mientras se trata la causa subyacente, como un **traumatismo**, una cirugía o una fractura.

Así como el dolor crónico no oncológico pue persiste a largo plazo. A pesar del tratamiento, no se controla completamente, afectando significativamente la calidad de vida del paciente, de ahí que necesite medicamentos para aliviarlo.

PUBLICIDAD

PUBLICIDAD



Leer



Cerca



Jugar

El neuropático es otro dolor que necesita fármacos para aliviarlo. Se produce por un daño o disfunción del sistema nervioso, como en la neuropatía diabética o la **ciática**. Este tipo de dolor no responde tan bien a los analgésicos tradicionales y a menudo requiere medicamentos coadyuvantes como antidepresivos o antiepilepticos.

Tipos de fármacos

El tipo de tratamiento más utilizado son los analgésicos no opioides, como el paracetamol o el metamizol, para dolores leves.

PUBLICIDAD



Leer



Cerca



Jugar

También los antiinflamatorios no esteroideos, como el **ibuprofeno** o el naproxeno, para dolores inflamatorios como los causados por artritis o esguinces.

Para dolores moderados a severos, se indican opiodes como la codeína (menor) o la morfina y fentanilo (mayor).

Noticias relacionadas y más

[¿Dolor de pecho o infarto? Aprende a diferenciarlos y cuándo acudir al médico de inmediato](#)

[Leonor lleva más de 30 años sufriendo el "peor dolor del mundo": "Un simple beso es insopportable"](#)

[¿Dolor en la cara? Puede ser neuralgia del trigémino, uno de los peores dolores que afecta a 35.000 españoles](#)

Otro remedio son los fármacos coadyuvantes, que son aquellos que utilizan para tipos específicos de dolor, como el neuropático, e incluyen antidepresivos y antiepilepticos.

TEMAS

DOLOR

FÁRMACOS

ANTIDEPRESIVOS

MEDICAMENTOS

SANIDAD

ALICANTE



Leer



Cerca



Jugar

Un estudio vincula los dolores de cabeza frecuentes con mayores tasas de depresión

Según explican los autores del trabajo, publicado en la revista científica Journal of Psychiatric Research, se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectivo y de base poblacional



▲Un estudio vincula los dolores de cabeza frecuentes con mayores tasas de depresión istock



ÁLVARO GARCÍA ▾

Creada: 21.10.2025 06:30
Última actualización: 21.10.2025 06:30



Los **dolores de cabeza**, también conocidos como **cefaleas**, representan uno de los problemas de salud más comunes. De acuerdo con datos de la **Sociedad Española de Neurología (SEN)**, alrededor del **90% de la población en España ha experimentado alguno de estos episodios en algún momento de su vida**. Sin embargo, no se trata de una enfermedad uniforme, ya que existen diversos tipos con causas, manifestaciones y consecuencias distintas.

MÁS NOTICIAS



Hito médico

Hallan la causa por la que muchas personas no recuperan el olfato tras la Covid-19



Descanso

Elena Monje, farmacéutica, sobre los gestos involuntarios que realizamos al dormir: "Tiene su explicación científica"

Entre las formas más habituales se encuentran la cefalea tensional y la migraña, clasificadas ambas dentro del grupo de los dolores de cabeza primarios. Recientemente, una investigación ha señalado que estas condiciones podrían vincularse con un mayor riesgo de padecer depresión e incluso con una mayor probabilidad de suicidio entre quienes las sufren.

Un estudio de gran cohorte

Según explican los autores del trabajo, publicado en la revista científica **Journal of Psychiatric Research**, se llevó a cabo un estudio de cohorte retrospectivo y de base poblacional. En él se analizaron los datos de más de **192.000 personas con cefaleas primarias** —distinguiendo entre migrañas y cefaleas tensionales— registrados en la base de datos del **Servicio Nacional de Seguros de Salud - Cohorte Nacional de Cribados de Salud**, recopilados entre **2002 y 2019**.

▷ :



**Disfruta sin
cortes con la
conexión de O₂**

La edad promedio de los participantes era de **52 años, y el 54% eran hombres**. El seguimiento comenzó en **2006** y se mantuvo hasta que el individuo fue diagnosticado de depresión, falleció o finalizó el periodo de estudio, dependiendo de qué suceso ocurriera antes.

- La detección precoz permite ralentizar la pérdida de audición

Para establecer comparaciones, se seleccionó un grupo control de **460.000** personas sin dolores de cabeza primarios, emparejadas en función de su edad y sexo. Además, se consideraron variables adicionales como factores demográficos, hábitos de vida, características clínicas y el índice de comorbilidades de Charlson, que evalúa la esperanza de vida a diez años basándose en la edad y las enfermedades de cada sujeto.

Hasta un 40% más de probabilidad de depresión

Los resultados mostraron que quienes padecían cefaleas primarias presentaban, en general, un riesgo aproximado del 40% superior de desarrollar depresión en comparación con la población sin este trastorno.

Al analizar los tipos específicos, se observó que la migraña se asociaba con un incremento del 50% en el riesgo de depresión, mientras que la cefalea tensional lo elevaba hasta un 55%.

- [El marido de Norma Duval, Matthias Kühn, guarda silencio ante la jueza en el juicio por presunta estafa y](#)

- Mateu Alemany quiere cerrar un fichaje para el Atlético de Madrid en el Elche

El estudio también determinó que el dolor de cabeza previo aumentaba la probabilidad de depresión tanto en **hombres (40%) como en mujeres (35%)**. En cuanto al riesgo de suicidio, la cefalea tensional se relacionó con un incremento del **40%** en los varones, pero no mostró asociación significativa en las mujeres. Por otro lado, la migraña no se vinculó con un mayor riesgo de suicidio.

Repercusiones emocionales y limitaciones del estudio

Los investigadores advierten que el estudio presenta ciertas limitaciones. Dado que la muestra se compuso de población coreana, factores culturales podrían influir en la incidencia del suicidio. Además, el diseño del trabajo podría haber omitido a pacientes con cefaleas que no buscaron atención médica o no reportaron sus síntomas.

Otro aspecto a considerar es que el número de casos de suicidio fue reducido, lo que limita la solidez estadística de los resultados en ese punto. Tampoco se analizaron variables como la frecuencia, intensidad o duración de los dolores de cabeza, ni el uso de medicamentos.

Por último, debido al carácter retrospectivo del estudio, no puede establecerse una relación causal directa entre las cefaleas y los trastornos depresivos; únicamente se puede hablar de una asociación.

Aun así, los autores subrayan que estos hallazgos refuerzan la evidencia sobre el impacto emocional negativo de las cefaleas y ponen de manifiesto la importancia de ofrecer tratamientos integrales que aborden tanto el dolor físico como las consecuencias psicológicas que este conlleva.

ARCHIVADO EN:

Depresión / estudio / Salud

 0 Ver comentarios



Más leídas

"Guerra del dátil"

- 1** Los agricultores marroquíes sospechan que los dátiles que se importan de Túnez son en realidad argelinos
-

Deudas millonarias

- 2** El marido de Norma Duval, Matthias Kühn, guarda silencio ante la jueza en el juicio por presunta estafa y alzamiento de bienes
-

Hogar

- 3** Adiós al edredón nórdico: una nueva tendencia más cómoda llega a los hoteles de lujo
-

Nutrición

Ni melatonina ni magnesio: hay una fruta de temporada otoñal para comer por la noche que reduce el cortisol y ayuda a dormir mejor

Cuando pensamos en estrategias para dormir bien puede que creamos que es preciso recurrir a los suplementos de moda, pero la realidad es muy diferente.

POR ÁLVARO PIQUERAS PUBLICADO: 20/10/2025



WESTEND61 // GETTY IMAGES

- José Abellán, cardiólogo, sobre el consumo de café: “Puede afectar a los niveles de colesterol, sobre todo si es espresso o de prensa francesa”
- Elena Garrido, nutricionista: “Un desayuno compuesto por zumo de naranja, tostadas con aceite de oliva y café parece muy saludable, pero no es tan natural”
- William Li, médico: "Esperar una hora para desayunar hace que se extienda el ayuno nocturno, se active la quema de grasas y se ralentice el envejecimiento"

Según **los datos que maneja la Sociedad Española de Neurología (SEN)**, un 48% de la población adulta española no tiene sueño de calidad y el 54% duerme menos de las horas recomendadas. Además, uno de cada tres adultos españoles se despierta con la sensación de no haber tenido un sueño reparador.

Dormimos poco y dormimos mal. Un drama.

Y lo es porque si el sueño no es el adecuado para sentirnos descansados al día siguiente, si hay interrupciones en nuestros ciclos de sueño, o no es lo suficientemente profundo para considerarlo restaurador, **estamos condenados a sufrir problema a corto, medio y largo plazo**.

Un sueño deficiente está asociado, en última instancia, a un **mayor riesgo de sufrir diabetes, obesidad, accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardiovasculares e incluso cáncer**. Y además va a repercutir en un peor estado de ánimo y en un rendimiento cognitivo menor.

Pero antes, mucho antes de recurrir a suplementos como la melatonina o el magnesio para fomentar un buen descanso **es preciso que revisemos todo lo relacionado con el estilo de vida**. Y es que no sólo importa lo que hagamos en los momentos previos a irnos a la cama, como por ejemplo evitar el uso de pantallas, también es fundamental que cuidemos aspectos como el ejercicio físico o la dieta.

El poder de la dieta para arroparnos por la noche

En relación a esto último, cada vez hay más pruebas de que existe una relación recíproca entre el sueño y los hábitos alimentarios y algunos ingredientes son especialmente valiosos para ayudarnos a dormir a pierna suelta, **como sucede en caso del kiwi**.

Los kiwis son una de las frutas más apreciadas durante el otoño y el invierno, ya que son ricos en vitamina C y vitamina K, esenciales para **reforzar el sistema inmunitario** durante la estación fría. No obstante, sus bondades no terminan ahí ya que es rico en potasio, calcio, magnesio y en también fibra. Y además, la ciencia ha demostrado que, ingerido en el momento adecuado puede fomentar un mejor descanso porque reduce el cortisol.

Sin ir más lejos, un estudio publicado en ***Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition***, asegura que quienes consumían dos kiwis una hora antes de acostarse, en un periodo de cuatro semanas, **reducían el tiempo que necesitaban para dormirse**. De igual forma se observó **un aumento de la duración y la eficacia del sueño**, todo esto relacionado con el hecho de que el kiwi es rico en antioxidantes y serotonina

Pero hay más, ya que un trabajo más reciente publicado en ***Nutrients***, y centrado en deportistas de élite, sugieren una relación entre el consumo de kiwi y **el aumento de la calidad del sueño, el tiempo total de sueño y la eficiencia del sueño**. Además, los participantes experimentaron descensos en los niveles de estrés general y deportivo gracias al consumo de esta fruta de temporada.

Además, se trata de **un ingrediente que mejora la salud digestiva** y que es perfecto para consumir por la noche, ya que tiene un índice glucémico bajo, lo

que además contribuye notablemente a reducir los niveles de cortisol antes de dormir. En definitiva, nos encontramos ante un tipo de fruta muy interesante si lo que pretendemos es dormir mejor. Como hemos comentado al comienzo, antes que pensar en la suplementación, es preciso pensar qué podemos poner de nuestra parte para mejorar nuestra higiene del sueño. Primero los hábitos, después del resto.

LO MÁS LEÍDO



Arnold Schwarzenegger alerta a los 78 años sobre la bacteria intestinal que nos hace comer más: "El hambre puede controlarse con mecanismos homeostáticos y hedónicos de la microbiota"



Sara Marín, doctora experta en microbiota: "Congelar los arándanos protege tu cerebro y ayuda a crear nuevas neuronas"



Rafa Muñoz de la Cámara, empresario de la noche y amante del fitness: "Solo como una vez al día y siempre llevo las zapatillas en la maleta para salir a correr"



Las psicólogas Judit Merayo y Luciana Moretti analizan los rasgos de personalidad de los que siempre llevan el coche sucio



ÁLVARO PIQUERAS

Salud | 18 Oct, 2025, 22:32

Del paracetamol al fentanilo: Así funciona la “escalera analgésica” que trata el dolor

Es molesto y desagradable, pero tiene su función. El dolor sirve para avisarnos de que algo en nuestro organismo no va bien. Sin embargo, algunas veces, dura más de lo normal e incluso llega a convertirse en crónico.



Foto: EFE

- +

EFE / La Voz de Michoacán

El dolor puede variar muchísimo de una persona a otra pues, con la misma enfermedad o lesiones similares, algunas sufren enormemente y otras lo consideran algo llevadero y manejable. La escala numérica del dolor lo cuantifica del 0 al 10, según la percepción del paciente sobre su intensidad.

También existen escalones para el tratamiento del dolor, lo que se conoce como la escalera analgésica. En el primero de ellos están los analgésicos menores, como los antiinflamatorios y el paracetamol, indicados para el dolor leve o moderado. Según explican los especialistas de la Clínica Universidad de Navarra, estos fármacos no producen resistencia ni adicción. “Más dosis no aumenta la analgesia y sí los efectos secundarios”, advierten.

Si con los fármacos del primer escalón no se ha conseguido aliviar el dolor, se puede subir al segundo. Aquí se encuentran los opioides débiles, como la codeína o el tramadol. Los expertos del Área del Dolor de la Clínica Universidad de Navarra indican que la codeína es un derivado de la morfina, pero con menor potencia analgésica que ella y está indicada para el dolor leve o moderado. No produce dependencia, pero puede tener efectos secundarios como náuseas, vómitos, mareo y estreñimiento. Por su parte, el tramadol sirve para paliar dolores de intensidad moderada y actúa sobre el sistema nervioso central. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) detalla que este fármaco “alivia el dolor actuando sobre células nerviosas específicas de la médula espinal y del cerebro”.

En el tercer escalón se encuentran los opiáceos mayores, como la morfina. En este nivel también están el fentanilo y otros medicamentos. La morfina es de origen natural y el fentanilo, sintético. Se suelen aplicar a pacientes con dolor de intensidad alta o bien si el dolor no cede tras utilizar los fármacos del segundo escalón. Estos fármacos se caracterizan por no tener techo analgésico, es decir, su grado de analgesia podría crecer casi ilimitadamente con la dosis, de no ser por sus efectos adversos. Algunos de estos efectos adversos pueden llegar a ser graves, como los cambios en el ritmo cardiaco.

Tres conceptos

Además, en tratamientos largos con estos medicamentos hay que tener presentes tres conceptos: dependencia física, tolerancia y adicción. La dependencia se refiere al síndrome de abstinencia que puede aparecer al dejar de tomarlos. La tolerancia implica que, con el tiempo, se necesitará una dosis mayor para obtener el mismo efecto.

Por último, pueden generar adicción.

Existe un cuarto escalón que incluye procedimientos como las infiltraciones; la iontoporesis (una técnica que emplea corriente eléctrica débil para introducir medicamentos a través de la piel); aparatos implantados como los estimuladores epidurales o sistemas de infusión de fármacos en zonas próximas a la médula, entre otros. "Cuando todo esto no resulta, algunas intervenciones neuroquirúrgicas disminuyen la sensibilidad nerviosa", apuntan desde el Área del Dolor de la Clínica Universidad de Navarra.

Estos especialistas aclaran que existen varios tipos de dolor: el somático, el visceral y el neuropático. El dolor somático está "causado por la activación de los receptores del dolor en la piel, tejido subcutáneo, músculo y hueso. Es un dolor bien localizado y se describe como agudo", detallan. El dolor visceral, por su parte, lo provoca "la distensión de las capas que rodean un órgano visceral. Es un dolor tipo cólico y aumenta con la palpación", subrayan. Por último, el dolor neuropático "está causado por una lesión en el sistema nervioso. Suele ser como de quemazón, ardor, punzante o lacerante", describen.

"El dolor neuropático es un tipo de dolor, generalmente crónico, que se produce por un daño o lesión del sistema nervioso periférico o central, que hace que se interpreten como dolorosos estímulos normales", explica Alan Luis Juárez Belaúnde, especialista en dolor neuropático y miembro de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Un dolor se considera crónico cuando dura más de tres meses. "Lo que diferencia este dolor de otros dolores crónicos es su fuerte intensidad, la repercusión que tiene en la calidad de vida de los pacientes, y la dificultad de su tratamiento", expresa el neurólogo.

"El dolor neuropático tiene una intensidad superior al de otros tipos de dolor y, en el 60% de los casos, se localiza en una parte concreta del cuerpo, por ejemplo, un brazo o una pierna, aunque en muchos casos también puede afectar a varias zonas", comenta el doctor Juárez Belaúnde.

"Pero a pesar de que afecta significativamente a la calidad de vida de las personas que lo sufren, y así lo afirman casi la totalidad de los pacientes, y que suele estar asociado a otras patologías, como trastornos del sueño, fatiga, ansiedad y depresión, es un dolor generalmente subdiagnosticado y, por tanto, no tratado adecuadamente", destaca.

"Una evaluación correcta de cada paciente y un diagnóstico adecuado son fundamentales para intentar mejorar el manejo del dolor neuropático. Identificar correctamente este tipo de dolor puede no resultar sencillo, ya que es muy común que coexista con otros tipos de dolor, pero es necesario mejorar el diagnóstico tanto del dolor neuropático en sí, como de las comorbilidades que suelen estar presentes en los pacientes con dolor crónico para que, tratados de manera temprana e integral, se pueda mejorar su calidad de vida", subraya.

Haga clic aquí para descargar



Bienestar Destacadas

Babear al dormir, ¿es buena o mala señal?

Dejar baba en la almohada mientras se duerme es algo muy habitual. La respuesta a este fenómeno está en la fase REM del sueño



Noelia Idrogo • 20 de octubre de 2025 Última modificación 20 de octubre de 2025 0 144



Gestionar el consentimiento de las cookies X

Utilizamos tecnologías como las cookies para almacenar y/o acceder a la información del dispositivo. Lo hacemos para mejorar la experiencia de navegación y para mostrar anuncios (no) personalizados. El consentimiento a estas tecnologías nos permitirá procesar datos como el comportamiento de navegación o los ID's únicos en este sitio. No consentir o retirar el consentimiento, puede afectar negativamente a ciertas características y funciones.

Aceptar

Denegar

Ver preferencias

[Política de cookie](#) [Política de Privacidad](#)



sería que en esa fase no se produjese la relajación muscular”.

Desde la Sociedad Española de Neurología (SEN) recuerdan la importancia de lograr una buena calidad del sueño a través de los siguientes hábitos:

- Realizar ejercicio de forma regular.
- Evitar las comidas copiosas, el alcohol, el tabaco o las drogas.
- Mejorar nuestros niveles de estrés.
- Evitar elementos que puedan sobreexcitar antes de ir a dormir, como el uso de móviles u ordenadores.
- Adecuar el entorno en el que se duerme para que sea confortable, silencioso y oscuro.
-

Sialorrea, algo diferente

Una cosa es que la fase REM del sueño lleve a babear por la noche y otra, que se hipersalive durante todo el día. Este cuadro se conoce como sialorrea y como

Gestionar el consentimiento de las cookies X

Utilizamos tecnologías como las cookies para almacenar y/o acceder a la información del dispositivo. Lo hacemos para mejorar la experiencia de navegación y para mostrar anuncios (no) personalizados. El consentimiento a estas tecnologías nos permitirá procesar datos como el comportamiento de navegación o los ID's únicos en este sitio. No consentir o retirar el consentimiento, puede afectar negativamente a ciertas características y funciones.

Aceptar

Denegar

Ver preferencias

[Política de cookie](#) [Política de Privacidad](#)



embargo, los expertos aseguran que  después de los 4 años los menores siguen presentando una salivación excesiva, se trata entonces ya de un problema.

Asimismo, existe la sialorrea medicamentosa. Según Almeida, "al igual que hay medicamentos que producen xerostomía, hay algunos fármacos que estimulan la producción de saliva".

La sialorrea posterior se manifiesta por "una descoordinación neuromotora en la musculatura normal. Mientras que lo normal es tragarse involuntariamente cada cierto tiempo, las personas que sufren enfermedades neurodegenerativas tienen ese reflejo inhibido y se les acumula la saliva", subraya Almeida.

Vía Cuídate Plus

#Bienestar

Gestionar el consentimiento de las cookies

Utilizamos tecnologías como las cookies para almacenar y/o acceder a la información del dispositivo. Lo hacemos para mejorar la experiencia de navegación y para mostrar anuncios (no) personalizados. El consentimiento a estas tecnologías nos permitirá procesar datos como el comportamiento de navegación o los ID's únicos en este sitio. No consentir o retirar el consentimiento, puede afectar negativamente a ciertas características y funciones.

Aceptar

Denegar

Ver preferencias

[Política de cookie](#) [Política de Privacidad](#)



Lo último: [COCEMFE traslada mejoras para que el Plan Estatal de](#)



N3WS

Tercera Edad



ALIMENTACIÓN NATURAL
de textura modificada



NOTICIAS - PORTADA

El dolor neuropático afecta a 3 millones de personas en España y cada año se suman 400.000 nuevos casos

■ 16 octubre, 2025 □ moon

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), más del 30% de la población española sufre algún tipo de dolor pero, además, más de un 5% de la población lo padece diariamente y al menos un 20% lo sufre desde hace más de tres meses. Todo dolor que tiene lugar de forma continua (durante más de cuatro días a la semana) y persiste desde hace al menos tres meses es lo que se denomina dolor crónico y, desde hace varios años, la Organización Mundial de la Salud lo considera no un síntoma, sino una enfermedad en sí misma. Mañana, 17 de octubre, es el Día Mundial contra el Dolor.

A la ya altísima prevalencia del dolor crónico en España se une el hecho de que en las últimas décadas ha aumentado el número de personas que lo padecen, principalmente por el

~~envejecimiento progresivo de la población, algo que seguirá impactando aún más tanto a nivel~~

Este sitio web utiliza cookies para que usted tenga la mejor experiencia de usuario. Si continúa navegando está dando su consentimiento para la aceptación de las mencionadas cookies y la aceptación de nuestra [política de cookies](#), pinche el enlace para mayor información.

[ACEPTAR](#)

[plugin cookie](#)

Producto Interior Bruto (PIB) en los países desarrollados. Se estima incluso que en España su coste alcanzaría más del 2,5% del PIB y que hasta el 40% de la población española mayor de 65 años ya vive con algún tipo de dolor crónico.

"Dentro de todos los posibles tipos de dolor crónico que existen, uno de los más prevalentes es el dolor neuropático, que además es uno de los dolores más complejos y difíciles de tratar", señala la Dra. Montserrat González Platas, Coordinadora del Grupo de Estudio de Dolor Neuropático de la Sociedad Española de Neurología. *"Se estima que en Europa el 20% de la población sufre dolor crónico, y un 25% de estos pacientes presenta dolor predominantemente neuropático, lo que equivale a que actualmente 50 millones de europeos lo padecen. Además, cada año, un 1% de la población europea comenzará a desarrollar este tipo de dolor"*.

El dolor neuropático es una afección neurológica que aparece como consecuencia de alteraciones del sistema nervioso, tanto periférico como central y, a diferencia de otros tipos de dolor, no se trata de un dolor "de aviso" del cuerpo cuando hay una lesión, sino que lo provoca nuestro propio sistema nervioso, que al funcionar de forma anómala, confunde estímulos normales con dolorosos. Por lo tanto, frente a estímulos comunes que no suelen resultar molestos para la gran mayoría de la población, el cuerpo los percibe como dolorosos y, en consecuencia, el dolor pierde su función de alerta y protección.

Los pacientes que lo sufren experimentan un intenso dolor continuo, quemante y punzante, y algunas personas también pueden sentir calambres y sensación de descarga eléctrica. Suele localizarse en una parte concreta del cuerpo, aunque en algunos casos puede afectar a varias zonas. Se trata de una enfermedad que afecta significativamente a la calidad de vida de las personas que lo sufren, ya que así lo afirman un 85% de los pacientes.

"Uno de los principales problemas del dolor neuropático es que no responde a los analgésicos convencionales y, con los tratamientos actuales, menos del 60% de los pacientes logran un adecuado alivio del dolor. Esto hace que el dolor neuropático sea uno de los principales dolores crónicos que existen, porque una vez instaurado es común que los pacientes tengan que convivir con él meses e incluso años. Cuando aparece, el tiempo de evolución es de alrededor de 30 meses, durante los cuales el sistema nervioso mantiene activa la señal de dolor sin una causa evidente, afectando al descanso, el ánimo y la calidad de vida de los pacientes", explica la Dra. Montserrat González Platas. *"El dolor neuropático es, por lo tanto, uno de los mayores desafíos en el manejo del dolor crónico y también es uno de los tipos de dolor que con más frecuencia se encuentra en la práctica clínica. Estimamos que, en España, el 50% de las consultas que se realizan en Atención Primaria son por dolor, y de ellas, el 25% corresponden a dolor neuropático"*.

Este sitio web utiliza cookies para que usted tenga la mejor experiencia de usuario. Si continúa navegando está dando su consentimiento para la aceptación de las mencionadas cookies y la aceptación de nuestra [política de cookies](#), pinche el enlace para mayor información.

[ACEPTAR](#)

[plugin cookie](#)

años y en mujeres (57% de los pacientes). Detrás del origen del dolor neuropático se encuentran una gran variedad de factores, como lesiones, infecciones, enfermedades o tratamientos médicos. Pero la diabetes y el dolor lumbar son las patologías que más frecuentemente se asocian a dolor neuropático, así como las secuelas postraumáticas o posquirúrgicas. Aunque algunas personas también pueden desarrollar la misma clínica de dolor neuropático sin una causa aparente.

"Además de la elevada intensidad de dolor, cuando hablamos de dolor neuropático frecuentemente estamos hablando de otras comorbilidades que suelen ir acompañándolo, principalmente en forma de alteraciones del sueño, cansancio o pérdida de concentración, que pueden afectar considerablemente al estado de ánimo, la personalidad y las relaciones familiares y sociales del paciente. Y, todo ello, junto a la dificultad en el tratamiento, bien por falta de respuesta analgésica o por mala tolerabilidad a los fármacos utilizados, complica el cuadro clínico", señala la Dra. Montserrat González Platas.

La depresión, la ansiedad y los trastornos del sueño son significativamente más prevalentes en pacientes con dolor neuropático que en pacientes con otros tipos de dolor. Además, su impacto en la vida de los pacientes es muy relevante: el 40% de los pacientes ha sufrido dolor durante más de 5 años, el 60% presenta trastornos del sueño, el 34% depresión, el 25% ansiedad, el 27% se siente constantemente cansado y el 65% ha tenido que restringir sus actividades diarias.

"En el caso del dolor neuropático, un diagnóstico precoz puede marcar la diferencia, porque cuanto antes se identifique el origen y se inicie un tratamiento adecuado, mayores son las posibilidades de aliviar el dolor y evitar que se cronifique. Existen opciones farmacológicas para aliviar el dolor y recuperar calidad de vida y, aunque el dolor neuropático no siempre desaparece por completo, con el tratamiento adecuado puede controlarse, reducir su intensidad y dejar de condicionar el día a día. Lo fundamental es dar con la causa, abordarla de forma personalizada y, sobre todo, no rendirse si los primeros tratamientos no funcionan. Además, en determinadas situaciones, especialmente cuando el dolor neuropático está provocado por una compresión nerviosa o una lesión estructural, la cirugía también puede ser una opción efectiva para su tratamiento", concluye la Dra. Montserrat González Platas.

 Post Views: 70

← XXVI Congreso Nacional de Hostelería Hospitalaria

Los Premios Fundación FiraGran 2025 distinguen al exministro Joan Subirats. al

Este sitio web utiliza cookies para que usted tenga la mejor experiencia de usuario. Si continúa navegando está dando su consentimiento para la aceptación de las mencionadas cookies y la aceptación de nuestra [política de cookies](#), pinche el enlace para mayor información.

[ACEPTAR](#)

[plugin cookie](#)



Buscar



Glosario Directorio IA Cursos Psicofármacos Trastornos Congreso Actualidad B

Actualidad y Artículos | Dolor

Seguir 35



2



2



PUBLICAR ▾

Menos del 60% de los pacientes con dolor neuropático responde a los tratamientos actuales



Noticia | 📅 Fecha de publicación: 19/10/2025

Artículo revisado por nuestra redacción

La coordinadora del Grupo de Estudio de Dolor Neuropático de la Sociedad Española de Neurología (SEN), la doctora Montserrat C..., afirmado que **menos del 60 por ciento de los**

Explora el artículo con IA



Glosario Directorio IA Cursos Psicofármacos Trastornos Congreso Actualidad B

convencionales y, con los tratamientos actuales, menos del 60 por ciento de los pacientes logra un adecuado alivio del dolor.



¿Aún no conoces Quviviq®?



PUBLICIDAD

Esto hace que **el dolor neuropático sea uno de los principales dolores crónicos que existen**, porque una vez instaurado es común que los pacientes tengan que convivir con él meses e incluso años", ha declarado la doctora González de cara al Día Mundial contra el Dolor, que se celebra este viernes.

Tras ello, ha detallado que el tiempo de evolución de este dolor es de unos 30 meses, en los que el sistema nervioso mantiene activa la señal de dolor sin una causa evidente, que además es "**continuo, quemante y punzante**", lo que afecta al descanso, el ánimo y la calidad de vida de los pacientes.

Explora el artículo con IA

La prevalencia del dolor crónico es de un 15 por ciento, de los que un 25 por ciento presenta dolor



Glosario Directorio IA Cursos Psicofármacos Trastornos Congreso Actualidad B

Cabe destacar que el dolor crónico es la causa de más del 17 por ciento de los casos de discapacidad registrados en Europa y genera unos gastos superiores al 1,5 por ciento del Producto Interior Bruto (PIB) en los países desarrollados. En España, su coste alcanzaría más del 2,5 por ciento del PIB.

"El dolor neuropático es, por lo tanto, uno de los mayores desafíos en el manejo del dolor crónico y también es uno de los tipos de dolor que con más frecuencia se encuentra en la práctica clínica.

Estimamos que, en España, el 50 por ciento de las consultas que se realizan en Atención Primaria son por dolor, y de ellas, el 25 por ciento corresponden a dolor neuropático", ha añadido la especialista.

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ASOCIADOS

Este dolor tiene un gran impacto en la vida de los pacientes, de los que un 40 por ciento lo ha sufrido durante más de cinco años. El 60 por ciento de las personas que sufren este dolor presenta trastornos del sueño, el 34 por ciento depresión, la ansiedad y el 27 por ciento se sienten cansado. Todo ello hace que el 65 por ciento

Explora el artículo con IA



Glosario Directorio IA Cursos Psicofármacos Trastornos Congreso Actualidad B

principalmente en forma de alteraciones del sueño, cansancio o pérdida de concentración, que **pueden afectar considerablemente al estado de ánimo, la personalidad y las relaciones familiares y sociales del paciente.**

Y, todo ello, junto a la dificultad en el tratamiento, bien por falta de respuesta analgésica o por mala tolerabilidad a los fármacos utilizados, complica el cuadro clínico", ha agregado la experta.

La doctora González ha explicado que tras el origen del dolor neuropático se encuentran una gran variedad de factores, como lesiones, infecciones, enfermedades o tratamientos médicos, pero que la diabetes y el dolor lumbar son las patologías que más frecuentemente se asocian a dolor neuropático, así como las secuelas postraumáticas o posquirúrgicas. Sin embargo, algunas personas pueden desarrollarlo sin una causa aparente.

Es por ello por lo que **un diagnóstico precoz puede marcar la diferencia**, pues cuanto antes se identifique el origen y se inicie un tratamiento adecuado, "mayores son las posibilidades de aliviar el dolor y evitar que se cronifique.

Explora el artículo con IA



Glosario Directorio IA Cursos Psicofármacos Trastornos Congreso Actualidad B

Lo fundamental es dar con la causa, abordarla de forma personalizada y, sobre todo, no rendirse si los primeros tratamientos no funcionan", ha subrayado.

Por último, ha hablado también sobre la posibilidad de realizar una cirugía en aquellos casos en los que este dolor esté provocado por una compresión nerviosa o una lesión estructural.

Cuando la vida de tus pacientes con depresión pesa, ayúdale a desprenderte de su carga



PUBLICIDAD

Fuente: Europa Press

Palabras clave: dolor neuropático, tratamiento, paciente

Comentarios de los usuarios

AÑADIR COMENTARIO

Explora el artículo con IA

✉ senrhb@gmail.com (<mailto:senrhb@gmail.com>)

f   (<https://twitter.com/seneuroreha>) in
(/)



Aproximación de fecha límite envío de comunicaciones a nuestra XXIII Jornada de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación dentro de la Reunión Anual de la SEN 2025



Recuerden que contamos solo hasta la noche del próximo lunes 8 de septiembre para enviar las comunicaciones de nuestros estudios de investigación a la próxima jornada de la Sociedad Española de Neurorrehabilitación que se llevará a cabo el próximo jueves 20 de noviembre en la Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología en Sevilla.

Recordar los enlaces:

Condiciones de envío y presentación de comunicaciones (https://www.sen.es/pdf/condiciones_neurorrehab_2025.pdf)

Utilizamos cookies para asegurarnos de brindarle la mejor experiencia en Plataforma de envío de comunicaciones (<https://comunicaciones.neuro-reha.com>) en nuestro sitio web. Más Información (<http://www.neuro-reha.com/la-sociedad/politica-de-cookies>)

Para cualquier duda escribirnos a:
(<mailto:senrhb@gmail.com>)senrhb@gmail.com (<mailto:senrhb@gmail.com>)

Acepto

[revistaq.mx](https://www.revistaq.mx)

EL SECRETO DE UN CEREBRO JOVEN Y SANO: GENERAR NEURONAS NUEVAS A CUALQUIER EDAD

REVISTA Q QUÉ MÉXICO

6-8 minutos

Tamaño de texto-+=



La actividad física mejora la función cerebral porque induce a la producción de sustancias neurotróficas (neurotrofinas), moléculas que regulan la proliferación y el desarrollo de las células del sistema nervioso, manteniendo una adecuada regeneración del tejido cerebral, explican los expertos. EFE/Mariscal

Hace tiempo se pensaba que el cerebro no podía generar nuevas

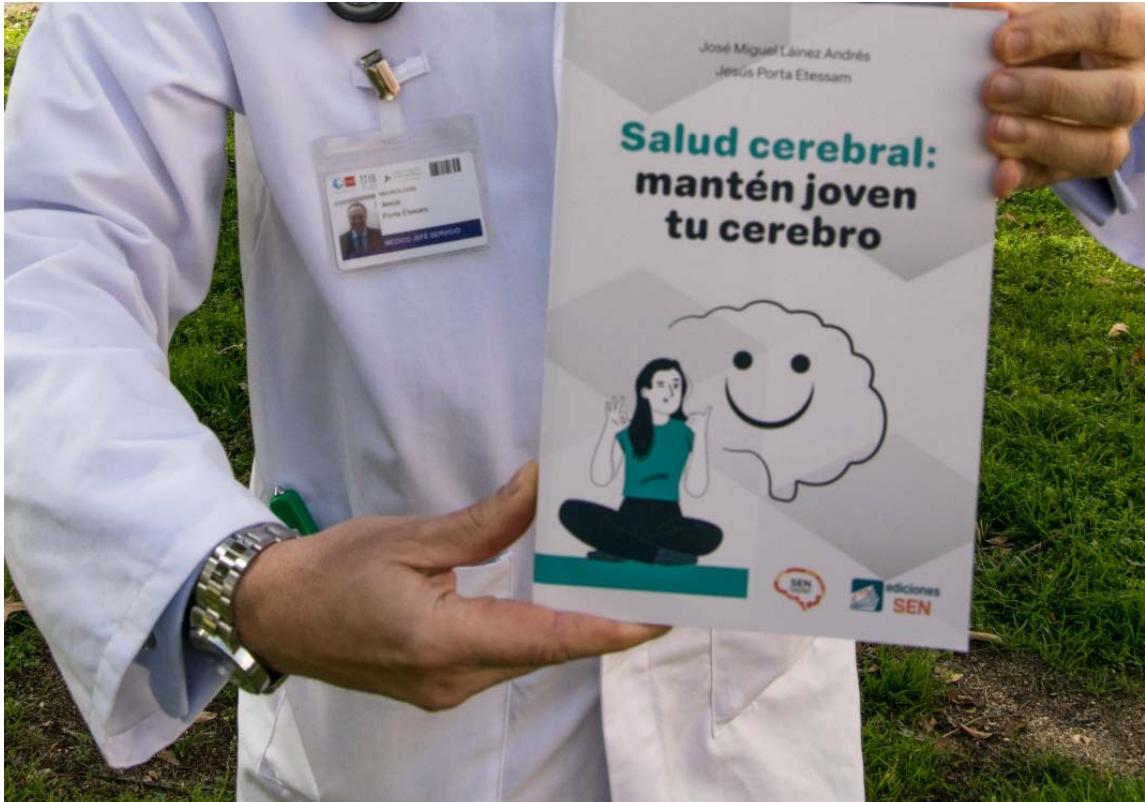
neuronas, ahora se sabe que es posible a todas las edades y que el ejercicio físico es decisivo para lograrlo y mantener el volumen cerebral.

La actividad física mejora la función cerebral porque induce a la producción de sustancias neurotróficas (neurotrofinas), moléculas que regulan la proliferación y el desarrollo de las células del sistema nervioso, manteniendo una adecuada regeneración del tejido cerebral.

Así lo afirma en una entrevista con EFE el presidente de la Sociedad Española de Neurología, Jesús Porta-Etessam, con motivo del Día Mundial del Cerebro, el 22 de julio y la publicación de 'Salud Cerebral: mantén joven tu cerebro', una guía de esta entidad médica.

La neurogénesis (formación de nuevas neuronas) "solo se ha visto en el hipocampo y los cambios son discretos, pero está totalmente relacionada con la actividad física", añade el jefe de Servicio de Neurología en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid.





El presidente de la Sociedad Española de Neurología, Jesús Porta-Etessam, muestra la publicación de 'Salud Cerebral: mantén joven tu cerebro', una guía de esta entidad médica. Foto. Sociedad Española de Neurología

En el hipocampo, continúa, se localiza “la memoria episódica de los hechos de la vida, la que más falla en pacientes por ejemplo de Alzheimer. Ahí es donde pueden nacer nuevas neuronas. Es muy clara y marcada en roedores y mucho menor en el ser humano, pero es una evidencia que puede ocurrir, por tanto aconsejamos, junto a la dieta y el sueño, el ejercicio físico”.

Hábitos para que el cerebro se mantenga joven y sano.

Para mantener el cerebro sano es esencial seguir una dieta equilibrada y variada con predominio de alimentos de origen vegetal como frutas, verduras y legumbres; evitar el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas; cultivar relaciones sociales frecuentes y realizar tareas estimulantes (leer, escribir, pintar, bailar, resolver pasatiempos, ver películas, asistir a conciertos, tocar un instrumento, viajar, aprender nuevos idiomas, etc.).

Un aspecto esencial, subraya Porta, es entrenar o aumentar la reserva cognitiva: la capacidad que tiene el cerebro para tolerar mejor

las consecuencias de la patología asociada a la demencia, es decir, la habilidad para tolerar los cambios que se producen en el envejecimiento normal o patológico.



“El cerebro de los adultos “de ahora nada tiene que ver con el de hace diez años”, explica el presidente de la Sociedad Española de Neurología. Los cerebros se van modificando en función de la sociedad en donde vivimos.

EFE/Luis Tejido

“Un elemento clave es el nivel de estudios. La diferencia entre una persona que nace en un buen medio socio-económico y otra que nace en un medio bajo y sin estudios, es que el riesgo de demencia es 450 % mayor. Esto nos obliga a replantearnos las medidas que estamos tomando ahora mismo de cara a la educación”.

En su opinión, resulta “absolutamente esencial desde pequeños tener una educación adecuada, sobre todo en el colegio. Aunque de adulto puedes reforzar esa reserva cognitiva, será a costa de un esfuerzo mucho mayor”.



La actividad física mejora la función cerebral porque induce a la producción de sustancias neurotróficas (neurotrofinas), moléculas que regulan la proliferación y el desarrollo de las células del sistema nervioso, manteniendo una adecuada regeneración del tejido cerebral, explican los expertos. EFE/Mariscal

Un cerebro maravilloso capaz de modificarse.

El presidente de la Sociedad Española de Neurología explica que el

cerebro de los niños recién nacidos ahora es exactamente igual al de un bebé de hace 4.000 años, tendría las mismas capacidades.

Sin embargo, el cerebro de los adultos “de ahora nada tiene que ver con el de hace diez años”.



Para mantener el cerebro sano es esencial realizar tareas estimulantes como bailar
EFE / Raquel Manzanares

“Los cerebros se van modificando en función de la sociedad en donde vivimos. Es la gran maravilla del cerebro humano: cuando somos pequeños nuestro cerebro tiene una gran potencia prospectiva para ir adquiriendo funciones y modificándose; esto hace que sea una maravilla porque crecemos en un ambiente distinto y enseguida se adapta”.

Básicamente, lo más “llamativo” de un cerebro de hoy respecto al de hace una década es que tiene áreas dedicadas a las nuevas tecnologías.

Todas las nuevas adquisiciones que realiza el cerebro humano son más fáciles a una edad temprana, mientras que en la edad adulta “cuesta mucho más”.

Ello tiene que ver con la mayor potencia prospectiva de un niño, que se puede adaptar a todo, por eso los pequeños “aprenden mucho más fácil a tocar el piano o a manejar el móvil. Cuando somos adultos nos cuesta mucho menos avanzar en un conocimiento previo, mientras que a los niños les cuesta mucho menos empezar, pero les cuesta profundizar”.

Inversiones en neurociencias.

El campo neurológico es “con diferencia donde más se está invirtiendo en el mundo porque la enfermedad neurológica es la primera causa de discapacidad global y primera causa de gasto sanitario”, explica Porta.

“Las enfermedades neurológicas suman en conjunto más que las oncológicas y cardiovasculares. Además el Alzhéimer, el Párkinson, la epilepsia, las migrañas, la esclerosis lateral amiotrófica implican una enorme repercusión social”.

Estas dolencias afectan a alrededor de 3.400 millones de personas, lo que supone más del 43 % de la población mundial.

En Europa, se estima que el coste derivado es superior al billón de euros, una cifra que equivale al total de lo que supusieron todas las enfermedades cardíacas, cáncer y diabetes en su conjunto.

La guía ‘Salud Cerebral: mantén joven tu cerebro’ explica cómo funciona el cerebro, expone los aspectos que afectan a una buena salud cerebral y dedica secciones específicas a las enfermedades neurológicas más prevalentes (ictus, Alzheimer, migraña, epilepsia, Parkinson, esclerosis múltiple y trastornos del sueño).

Marina Segura Ramos.

EFE REPORTAJES

Infórmate y mantente actualizado con nuestra newsletter

Disfruta de contenido actualizado, formaciones y mucho más con la newsletter que enviamos cada semana.

Correo Electrónico

He leído y acepto la Política de Privacidad y consiento el tratamiento de mis datos personales con dicha finalidad

Suscribirme

Conócenos

Explora

Asociaciones

Actualidad

Nuestros premios

Accede al apartado personal de asociaciones



Contacta con nosotros



[Política de Privacidad](#)

[Política de Cookies](#)

[Aviso legal](#)



somos pacientes

generado en los últimos años en torno al insomnio. Según los expertos, optar por utilizar remedios sin validez no solo supone un gasto económico importante para el paciente, sino que también puede ser perjudicial para su salud: además de generar frustración a los pacientes al no obtener los resultados esperados, **retrasan la búsqueda de ayuda médica adecuada** y, en ocasiones, incluso pueden empeorar los síntomas y favorecer su cronificación.

- Te interesa: **Una buena vigilia favorece el sueño, especialmente en personas con insomnio**

“Aunque resulta positivo que aumente el interés por la importancia del sueño y por las medidas destinadas a mejorarlo, **cada vez es más frecuente encontrar afirmaciones categóricas y propuestas que carecen de validez científica**, ofreciendo en muchos casos soluciones falsas o sin validez médica», explica Celia García Malo, coordinadora del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la SEN.

Según la experta, en los últimos años estamos observando un aumento exponencial de productos y servicios dirigidos a personas con insomnio crónico: desde suplementos y pastillas que se presentan como “naturales”, aerosoles o infusiones milagro, hasta almohadas especiales, antifaces con tecnología incorporada, aplicaciones de meditación, dispositivos electrónicos, gafas con filtros de luz, lámparas de colores o incluso retiros de fin de semana orientados a “curar” el insomnio. «Sin embargo, la realidad es que ninguno de estos productos ha demostrado eficacia en el tratamiento de este trastorno. Se trata de una industria con un gran poder de marketing que busca su nicho entre quienes sufren este problema de salud”, expone.

Según los últimos datos disponibles, **solo la venta en farmacias de remedios para dormir sin receta supuso en el año 2022 en España un mercado superior a los 130 millones de euros.**

Así, la SEN hace un llamamiento a la población para que se desconfíe de la publicidad engañosa y no se deje arrastrar por modas o promesas sin base científica. Y es que, apunta que existe un **gran mercado organizado en torno a este problema de salud**, sustentado en potentes estrategias de marketing, por lo que es necesario advertir de que solo a través de un diagnóstico preciso y un tratamiento avalado por la evidencia científica, con expectativas realistas y bajo las máximas garantías es posible prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas con insomnio.

Uno de los trastornos del sueño

más frecuentes

El insomnio es un trastorno del sueño que consiste en la dificultad para conciliar el sueño, mantenerlo o por despertarse antes de lo deseado, a pesar de disponer de una correcta oportunidad de dormir, tanto en horario como en duración. **El insomnio es uno de los trastornos del sueño más frecuentes en la población general.** Se calcula que hasta un 15% de los adultos lo padece de forma crónica, con impacto significativo en la calidad de vida, en el rendimiento laboral y que aumenta el riesgo de desarrollar otras enfermedades como depresión, ansiedad, hipertensión arterial o diabetes.

Las consecuencias del insomnio no solo aparecen en la noche, cuando la persona no logra dormir, sino que también suponen un gran impacto en el desempeño diurno, asociando problemas de concentración, apatía, falta de energía, irritabilidad, e incluso aumentando el riesgo de padecer accidentes.

Acudir a profesionales capacitados

Por lo tanto, desde la SEN se insiste en advertir de que **el insomnio es una entidad clínica compleja y por lo tanto es importante acudir a profesionales de la salud capacitados para un correcto diagnóstico y tratamiento.** El insomnio debe abordarse como un trastorno médico y, por ello, es el médico quien debe profundizar en conocer sus causas, y en base a ello plantear un tratamiento u otro.

Además, en ciertas ocasiones y manifestándose como insomnio, pueden existir otras patologías del sueño que también requieren de una atención médica específica como puede ser la apnea del sueño, el síndrome de piernas inquietas, o los trastornos del ritmo circadiano.

"Una vez evaluado al paciente con insomnio, y que se hayan descartado otra serie de patologías que también se pueden manifestar en problemas de sueño, la terapia cognitivo-conductual (TCC) es la que consideramos el tratamiento de primera elección para el insomnio. Son muchos los pacientes con insomnio que pueden ser candidatos para recibir este tratamiento, y se trata de una intervención dirigida a restablecer un patrón de sueño normal. Conviene subrayar que la TCC no se limita a simples pautas de

higiene del sueño, sino que requiere una evaluación individualizada, ya que cada persona tiene características y necesidades particulares. En todo caso somos conscientes de que el acceso a este tratamiento aún está lejos de dar respuesta al elevado número de pacientes que lo requieren, una realidad sobre la que debemos seguir trabajando y reclamando como sociedad científica", afirma la Dra. Celia García Malo.

"En determinados casos, además de plantear la TCC si fuera el caso, puede ser necesario recurrir a tratamiento farmacológico, pero siempre bajo supervisión médica. Lo que está claro es que el insomnio no se resuelve con soluciones rápidas ni productos milagro. Se trata de un trastorno complejo que debe ser valorado en el marco de una historia clínica completa, identificando factores desencadenantes y asociados y profundizando en sus causas. Solo así es posible ofrecer soluciones que resuelvan el problema desde su raíz y reduzcan el riesgo de cronificación", añade la Dra. Ana Fernández Arcos, secretaria del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y el Sueño de la SEN.

Noticias relacionadas



Seis años de espera para un...

Fenaer reclama la financiación
del...

L
E





Introduzca su búsqueda...



ES



Su fuente de conocimiento farmacológico

Introduzca su búsqueda...

Buscar

ES

Índices Vademecum Box (/box-es) Noticias (/noticias-generales-1) Productos (/productos-vademecum)

INICIO / ÚLTIMA INFORMACIÓN NOTICIAS GENERALES (NOTICIAS GENERALES) Productos (/productos-vademecum)

Última Información

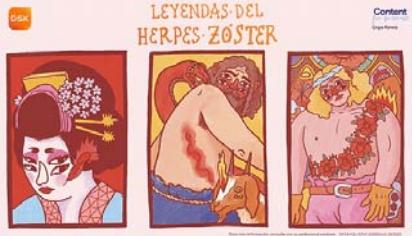
Ana Perez

Principios Activos (/noticias-principios-activos-1) Alertas (/noticias-alertas-1) Problemas Suministro (/noticias-problemas-suministro-1)
Actualización monografías Principios Activos (/noticias-atcmodificados-1) Noticias (/noticias-generales-1)

Llega a Barcelona la exposición 'Leyendas del Herpes Zóster', una forma de entender y expresar lo que supone vivir con herpes zóster a través de culturas en diferentes regiones del mundo

VADEMECUM - 14/10/2025 PUBLICACIONES (/busqueda-noticias-categoría_10-1)

El artista Ricardo Cavolo da vida con sus ilustraciones a diez relatos inspirados en cómo distintas culturas en todo el mundo han llamado coloquialmente al herpes zóster.



El herpes zóster (HZ) es una enfermedad causada por la reactivación del virus varicela-zóster, el mismo que provoca la varicela. Por este motivo, más del 90% de la población adulta que ha pasado la varicela en su infancia es susceptible de tener un herpes zóster¹. Es más, se estima que 1 de cada 3 personas entre 50 y 90 años desarrollará esta enfermedad a lo largo de su vida³, y, a los 85 años, la probabilidad aumenta a 1 de cada 2 personas^{4,5}. Esto es debido a que el virus puede permanecer latente durante años o décadas en el organismo² y activarse en cualquier momento de la vida, especialmente cuando el sistema inmunológico se debilita por el propio envejecimiento, estar recibiendo un tratamiento inmunosupresor o sufrir una enfermedad crónica^{3, 4, 6}.

Con el objetivo de dar a conocer el herpes zóster y sus efectos, la compañía biofarmacéutica GSK de la mano de Lunwerg (Grupo Planeta) inauguran, este miércoles en Barcelona, la exposición 'Leyendas del Herpes Zóster', una iniciativa de sensibilización que aborda esta patología desde una perspectiva cultural y simbólica.

La exposición estará abierta al público en el Puerto Olímpico - Passeig de Colom de Barcelona, del 15 de octubre al 11 de noviembre, tras su paso por el parque de El Retiro de Madrid.

La muestra, basada en el libro 'Leyendas del Herpes Zóster', editado por Planeta-Lunwerg y que cuenta con el aval de la Sociedad Española del Dolor y la Sociedad Española de Neurología, exhibe diez relatos inspirados en cómo distintas culturas en todo el mundo, como España, Italia o Nepal, entre otros, han concebido y denominado coloquialmente el herpes zóster para dar sentido a esta enfermedad. Términos como *culebrilla* (España), *fuego de San Antonio* (Italia) o *madición de la serpiente* (Nepal), no solo aluden a manifestaciones físicas del herpes zóster, sino que revelan vivencias culturales y emocionales ligadas al dolor que puede originar la infección por este virus⁷.

El libro (<https://virusherpeszoster.es/iniciativas/libro-leyendas-herpes-zoster>), ilustrado por el artista Ricardo Cavolo, incluyó también un prólogo de la escritora Carmen Posadas, quien aporta una mirada literaria al sufrimiento, y un epílogo médico firmado por la Dra. María Madariaga, presidenta de la Sociedad Española del Dolor, quien reflexiona sobre el impacto clínico y humano del herpes zóster.

"El herpes zóster no solamente aparece en la piel, también puede impactar en la calidad de vida. El dolor que, en algunos casos puede persistir tras la curación de las ampollas, se denomina neuralgia postherpética, y se trata de una complicación muy incapacitante, especialmente en personas mayores, siendo uno de los cuadros de dolor más refractarios y complejos de tratar que vemos en consultas de las unidades de dolor"⁷, señala esta especialista.

Por su parte, Raquel García - Flórez, responsable de Enfermería del Centro de Salud Tres Cantos II (Sector Embarcaciones) en Madrid, destaca el papel clave de la enfermería de atención primaria, no solo en la detección precoz y el seguimiento del paciente, sino también en el acompañamiento emocional, la comunicación cercana y la educación sanitaria, elementos esenciales para mejorar la calidad de vida y fomentar la concienciación sobre esta enfermedad.

Iniciativas como esta ayudan a crear puentes entre el conocimiento científico y el lenguaje artístico para lograr una mayor concienciación sobre esta enfermedad. "Nuestra intención con esta exposición es dar visibilidad a una enfermedad que muchas veces se sufre en silencio, y generar empatía a través de las emociones, el arte y la palabra. De esta manera, GSK refuerza su compromiso con la divulgación en salud, ofreciendo herramientas innovadoras que acercan el conocimiento y la concienciación sobre patologías que afectan a la población a través de la cultura y el lenguaje simbólico", indica Paula Sánchez de la Cuesta, directora de Patient Advocacy & Disease Awareness en GSK.

Herpes zóster, un virus latente

Cuando el virus del herpes zóster se reactiva, los síntomas iniciales más frecuentes son picazón, dolor ardiente, hormigueo, normalmente en el tórax, abdomen o cara, que suelen durar entre uno y cinco días⁷. Tras ese tiempo, comienza la fase aguda de la enfermedad en la que aparecen pequeñas manchas rojas en la piel que posteriormente se transforman en pequeñas ampollas llenas de líquido, acompañadas de un dolor punzante⁸. Esta erupción es conocida popularmente como "culebrilla"⁷.

Al cabo de unos 10 días, las vesículas se convierten en costras que, normalmente, duran entre 2 y 4 semanas, desapareciendo con ellas los síntomas de la enfermedad. Sin embargo, en algunas personas el herpes zóster puede complicar dando lugar a la neuralgia postherpética, un dolor que persiste después de que la erupción se haya curado y que puede prolongarse de 3 a 6 meses, incluso años⁸. Después de los 50 años, hasta un 30% de las personas con herpes zóster puede desarrollar una neuralgia postherpética⁸.

Para más información, consulte con un profesional sanitario.

Referencias:

1. 2º Estudio de seroprevalencia en España. Septiembre 2020. Disponible en: EstudioSeroprevalencia_ErreñmedadesInmunoprevenibles.pdf (https://www.sanidad.gob.es/areas/promocion/prevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/Estudioseroprevalencia_ErreñmedadesInmunoprevenibles.pdf) (Último acceso: septiembre 2025).
2. Kimberlin DW, Whitley RJ. Varicella-zoster vaccine for the prevention of herpes zoster. N Engl J Med. 2007;356(13):1338-1343.
3. Muñoz Quiles C, López-Lacort M, Díez-Domínguez J et al. Herpes zoster risk and burden of disease in immunocompromised populations: a population-based study using health system integrated databases, 2009-2014. BMC Infect Dis. 2020; 20(1): 905.
4. Koshy E, Mengting L, Kumar H, et al. Epidemiology, treatment and prevention of herpes zoster: A comprehensive review. Indian J Dermatol Venereol Lepr. 2018 May-Jun;84(3):251-262.
5. Gan EY, Tian EA, Tey HL. Management of herpes zoster and post-herpetic neuralgia. Am J Clin Dermatol. 2013 Apr;14(2):77-85.
6. Harpaz R, Ortega-Sánchez IR, Seward JF; Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2008;57(RR-5):1-CE4.
7. Yawn BP, Gilgen D. The global epidemiology of herpes zoster. Neurology. 2013 Sep 3;81(10):928-30.
8. Kawai K, Gebremeskel BG, Acosta CJ, et al. Systematic review of incidence and complications of herpes zoster: towards a global perspective. BMJ Open. 2014 Jun 10;4(6):e004833.

Fuente: BERBÉS

Enlaces de Interés

Laboratorios:

GLAXOSMITHKLINE BIOLOGICALS S.A. (/laboratorio-medicamento-glaxosmithkline+biologicals+s.a._1366_1)

GLAXOSMITHKLINE CONSUMER HEALTHCARE (GLAXOSMITHKLINE) (/laboratorio-medicamento-glaxosmithkline+consumer+healthcare+%28glaxosmithkline%29_875_1)

GLAXOSMITHKLINE, S.A. (/laboratorio-medicamento-glaxosmithkline%2C+s.a._448_1)

Indicaciones:

Infecciones por virus Varicela-Zóster (./.../enfermedad-infecciones+por+virus+varicela-zoster_6134_1)

[Destacado](#) (<https://www.vozpopuli.com/destacado/destacado.html>)[Caja B PSOE](#) [Koldo García](#) [Gerente del PSOE](#) [Víctor de Aldama](#) [Venezuela PSOE](#) [OPA BBVA](#) [Ba...](#)BIENESTAR ([HTTPS://WWW.VOZPOPULI.COM/BIENESTAR](https://www.vozpopuli.com/bienestar)).

Así puede afectar a la salud el cambio de hora a partir del domingo

El cambio de hora tiene diversos efectos sobre la salud a los que algunos grupos de la población son más vulnerables

- Cambio horario: ¿es el último año en el que se llevará a cabo en España? (</actualidad/cambio-horario-ultimo-ano-sd.html>)



<https://www.vozpopuli.com/redaccion/andrea-del-valle-gonzalez>

ANDREA DEL VALLE GONZÁLEZ ([HTTPS://WWW.VOZPOPULI.COM/REDACCION/ANDREA-DEL-VALLE-GONZALEZ](https://WWW.VOZPOPULI.COM/REDACCION/ANDREA-DEL-VALLE-GONZALEZ))

Publicado: 20/10/2025 18:18 ([/hemeroteca/2025-10-20](#))



https://www.linkedin.com/shareArticle?mini=true&url=https://www.vozpopuli.com/bienestar/asi-puede-afectar-a-tu-salud-el-cambio-de-hora.html&tw_p=tweetbutton&url=https://www.vozpopuli.com/bienestar/asi-puede-afectar-a-tu-salud-el-cambio-de-hora.html



<https://api.whatsapp.com/send/?text=https://www.vozpopuli.com/bienestar/asi-puede-afectar-a-tu-salud-el-cambio-de-hora.html>



https://www.facebook.com/sharer/sharer.php?u=https://www.vozpopuli.com/bienestar/asi-puede-afectar-a-tu-salud-el-cambio-de-hora.html&tw_p=tweetbutton&url=https://www.vozpopuli.com/bienestar/asi-puede-afectar-a-tu-salud-el-cambio-de-hora.html



https://twitter.com/intent/tweet?original_referer=https://www.vozpopuli.com/bienestar/asi-puede-afectar-a-tu-salud-el-cambio-de-hora.html&tw_p=tweetbutton&url=https://www.vozpopuli.com/bienestar/asi-puede-afectar-a-tu-salud-el-cambio-de-hora.html

cambio-de- hora.html%20Así salud-el-cambio-de- hora.html&text=Así puede afectar a la
hora.html&title=Así puede afectar a la hora.html) salud el cambio de
puede afectar a la salud el cambio de hora.html) domingo &via=voz_populi)
salud el cambio de hora a partir del hora.html)
hora a partir del domingo %22)
domingo
&summary=&source=)

El cambio de hora (<https://www.vozpopuli.com/actualidad/cambio-de-hora-espana-2025-que-dia-hay-que-adelantar-atrasar-relojes-horario-invierno.html>) se acerca. La madrugada del sábado 25 al domingo 26 pasará de ser las tres de la noche a, de nuevo, las dos de la mañana. Aunque parece inofensivo, este pequeño gesto -adorado por muchos, y temido por otros- conlleva distintos efectos negativos para la salud. Estos no afectan a todos por igual: algunos grupos de la población acusan más el cambio de hora. Pero, ¿cuáles son estas consecuencias y a qué se deben? Todos ellos responden a un motivo, la alteración de los ritmos circadianos, conocidos popularmente como el 'reloj biológico'.





ES

Buscar



+ Crear



20251020 Conexión Salud con Carles Aguilar #44



UP3MEDIA | Estrategias de Comunicación
1,16 K suscriptores

[Suscribirme](#)

0

[Compartir](#)[Recortar](#)

...

3 visualizaciones hace 5 horas Conexión Salud con Carles Aguilar

Una semana más se inicia un nuevo episodio de Conexión Salud, el número 44. Vamos a hablar sobre la prostitución y la trata con fines de explotación sexual. Dos factores que no sólo dejan huellas físicas en las mujeres, sino también profundas cicatrices emocionales que las acom ...más

0 comentarios

[Ordenar por](#)[Añade un comentario...](#)