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

Impacto creciente de la enfermedad de Alzheimer y carga del cuidador informal: implicaciones para la práctica enfermera

3 septiembre 2026

Descubre si tienes derecho a la
de la alarma que arrasa en Espa
Securitas Direct

AUTORES

1. **Belén Buetas Buera. Enfermera del Servicio Aragonés de Salud. Aragón, España.**
2. **Irene Sánchez Subias. Enfermera del Servicio Aragonés de Salud. Aragón, España.**
3. **Ana Peligero Mindan. Enfermera del Servicio Aragonés de Salud. Aragón, España.**
4. **Ingrid Trallero Marco. Enfermera del Servicio Aragonés de Salud. Aragón, España.**
5. **Sara Vidaller Guillen. Enfermera del Servicio Aragonés de Salud. Aragón, España.**
6. **Natalia Garzo González. Enfermera del Servicio Aragonés de Salud. Aragón, España.**

RESUMEN

La enfermedad del Alzheimer constituye la principal causa de demencia y uno de los mayores desafíos sociosanitarios del siglo XXI. El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento progresivo de la población han favorecido un incremento sostenido del número de personas afectadas, lo que ha generado una creciente demanda de cuidados prolongados en el ámbito domiciliario. En este contexto, el cuidador informal,

generalmente un familiar cercano, asume una responsabilidad compleja y continua que puede comprometer significativamente su salud física, psicológica y social. El presente artículo analiza el impacto actual de la enfermedad de Alzheimer y la elevada exigencia que supone el cuidado cotidiano de estos pacientes, destacando las principales repercusiones sobre el cuidador y el papel esencial de la enfermería en la detección precoz de la sobrecarga y en la implementación de estrategias de apoyo y acompañamiento.

PALABRAS CLAVE

Enfermedad de Alzheimer, cuidadores informales, carga del cuidador, demencia, enfermería, salud pública.

ABSTRACT

Alzheimer's disease is the leading cause of dementia and one of the greatest health and social challenges of the 21st century. Population aging and increasing life expectancy have led to a steady rise in the number of affected individuals, resulting in a growing demand for long-term care, most of which is provided at home by informal caregivers. These caregivers, typically close family members, assume complex and continuous responsibilities that affect the caregiver's physical, psychological, social, and economic well-being. This article analyzes the expanding impact of Alzheimer's disease and the substantial burden associated with caregiving, highlighting the essential role of nursing in early identification of caregiver strain, health education and emotional support.

KEY WORDS

Alzheimer's disease, informal caregivers, caregiver burden, dementia, nursing, public health.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Alzheimer es una patología neurodegenerativa crónica y progresiva caracterizada por el deterioro de la memoria, las funciones cognitivas y la capacidad para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. A medida que la enfermedad avanza, la persona afectada pierde progresivamente su autonomía y requiere niveles crecientes de supervisión y asistencia para tareas tan esenciales como la alimentación, la higiene, la movilidad, la administración de medicación y la toma de decisiones.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA):

IMPACTO DEL ALZHEIMER EN LA POBLACIÓN:

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la primera causa de demencia entre los ancianos a nivel global. Según los datos de la OMS, en 2015 el Alzheimer y otras demencias afectan a 47 millones de personas en todo el mundo lo que supone en torno al 5% de la población anciana total. Esta cifra se prevé que alcance los 75 millones en 2030 y los 132 millones en 2050. Es decir, cada 20 años se duplicará el número de personas afectadas. Se estima que cada año hay cerca de 9,9 millones de nuevos casos en todo el mundo, lo que significa que aparece un nuevo caso cada 3 segundos[1].

Respecto a los datos en España; según las estimaciones de la Sociedad Española de Neurología (SEN) actualizadas en septiembre de 2022, unas 800.000 padecen Alzheimer en nuestro país. El perfil de persona más afectado son las mujeres a partir de los 80 años. Se calcula que cada año se diagnostican unos 40.000 casos nuevos; sin embargo, estimamos que aproximadamente el 35% de los casos totales y el 80% de los que aún son leves están todavía sin diagnosticar[2,3].

El INE calcula que el % que representan las personas con EA respecto a los 4,31 millones de españoles con discapacidad es del 5,55%. El porcentaje más alto es alcanzado en personas mayores de ochenta años llegando a representar los ancianos con Alzheimer el 12,36% de los discapacitados[2].

La Estadística de Defunciones según la causa de muerte del INE de 2020 recoge un total de 15.571 muertes por Alzheimer en aquel año. Esta cifra aumenta en paralelo al envejecimiento poblacional del país[2].

Estos datos representan como el Alzheimer no es solo la principal causa de demencia en todo el mundo, sino también la enfermedad que mayor discapacidad genera en personas mayores. Un elevado número de ancianos dependientes y con demencia nos lleva a un número significativo de cuidados informales que se encargan de su bienestar. Debido al impacto que tiene esta enfermedad en la población española se convierte en un reto para la salud pública y una prioridad social y sanitaria[3].

EL ALZHEIMER ANATÓMICA Y CLÍNICAMENTE:

Desde el punto de vista anatómico, el Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por la pérdida de neuronas y las conexiones entre estas, así como por la aparición de placas seniles y ovillos neurofibrilares[4].

Clínicamente, se caracteriza por un deterioro cognitivo y funcional progresivo y de inicio insidioso el cual afecta a las capacidades del paciente para realizar las actividades de la

vida diaria por sí mismo. Algunos de los síntomas habituales son típicos del envejecimiento normal como olvidos, pérdida de la concentración o problemas motrices. Esto puede llegar a confundir la enfermedad con el propio envejecimiento y retrasar el diagnóstico[5].

El primer síntoma que aparece suele ser la pérdida de memoria inmediata, con dificultades para retener información reciente, frecuentes olvidos y desorientación en el tiempo. A medida que avanza la enfermedad, se alteran otras funciones cognitivas como el lenguaje, con pérdida de vocabulario, complicaciones para encontrar la palabra concreta o dificultades para estructurar frases, lo que reduce la participación en conversaciones largas. También cursa con praxias y gnosias alteradas, dificultando los movimientos organizados y voluntarios para realizar acciones cotidianas como vestirse o manejar objetos. Los problemas para reconocer la información sensorial son otro síntoma que aparece: identificar objetos, colores e incluso su ubicación en el espacio debido a las alteraciones en el sentido de la percepción[5,6].

Además, emergen síntomas conductuales y psicológicos como irritabilidad, agresividad, psicosis, depresión o ansiedad. Estos particularmente son lo que genera mayor carga para los familiares y precisan más tratamiento farmacológico[5,7].

EL ROL DEL CUIDADOR:

Tal como recalca la OMS “la demencia es devastadora no sólo para quienes la padecen sino también para sus cuidadores y familiares”. En España, el Alzheimer afecta a la vida de más de 3,5 millones de personas, por lo que una de cada cuatro familias españolas tiene un miembro con esta enfermedad. La demencia constituye una patología del núcleo familiar ya que los allegados tienen un papel esencial en la provisión de cuidados y atención a la persona con Alzheimer[1]. Es habitual que, cuando una persona padece una enfermedad crónica o de larga duración, dentro del contexto familiar se establezca un cuidador principal que es quien proporciona la mayor parte de la asistencia diaria al enfermo[6].

El cuidador principal en muchas ocasiones asume este papel sin un acuerdo explícito con el resto de la familia. Este tipo de atención suele brindarse de manera informal y por mujeres con algún tipo de parentesco con el paciente; frecuentemente esposas e hijas. Aproximadamente 1/3 de los cuidadores informales tienen 65 años o más. En promedio pasan sobre tres horas diarias brindando cuidados, más de la mitad durante más de cuatro años[6,8].

Con el puesto de cuidador principal vienen incluidas las responsabilidades no pedidas del familiar que antes era independiente. Conforme se desarrolla la enfermedad, la dependencia aumenta y con esto la necesidad de más horas de cuidados y supervisión, ya

que las tareas que puede hacer el receptor de cuidado por sí solo disminuyen paulatinamente. Cambia el rol familiar y el cuidador pasa a responsabilizarse de aspectos de la vida del enfermo como higiene, seguridad, medicación o alimentación. En muchas ocasiones, el cuidador se ve absorbido por sus responsabilidades, dejando de lado su propio bienestar, atención personal y proyecto vital.

CARGA DEL CUIDADOR, UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA:

Los cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer reportan más estrés, carga y depresión en comparación con los cuidadores de personas con otras patologías. Esto puede estar asociado a los síntomas neuropsiquiátricos de estos pacientes y a la gran demanda de cuidados antes mencionada. Además, la carga también está asociada a algunos factores propios del cuidador principal como pueden ser: la falta de interacciones sociales, dificultades financieras, frustración, reducción de actividades de ocio y preocupaciones constantes sobre el futuro[9].

El desgaste físico, emocional y psicosocial que sufren estos cuidadores es evidente y puede acarrear una gran batería de signos y síntomas. Según un estudio realizado en 2020 sobre los cuidadores de pacientes con EA en España, los síntomas somáticos observados con mayor frecuencia son los trastornos del sueño (95,8%) seguidos de dolor en brazos,

piernas y articulaciones (95%), fatiga (90,9%), dolor de espalda (73,3%), dolores de cabeza (72,5%), estreñimiento o diarrea (68,4%) y dolor de estómago (57,5%). Además, la mayoría de los cuidadores reportaron síntomas de ansiedad (63,3%) y depresión (62,5%) (10). A nivel emocional, los cuidadores deben lidiar con el empeoramiento progresivo de su familiar y con el miedo a perder a un ser querido. Ver como la enfermedad avanza y aumentan síntomas como los olvidos o la desorientación afectan profunda y emocionalmente a los cuidadores.

Se estimó que más del 50% de los cuidadores dijeron que su salud se vio deteriorada en consecuencia de sus responsabilidades de cuidado y más del 60% vieron también afectada su vida social[10]. Se ven forzados a reducir el ocio y afrontar una intensa angustia emocional que muchas veces lleva a sentimientos de aislamiento. Las altas demandas del cuidado pueden afectar a sus vínculos sociales, familiares y conyugales[11].

IMPORTANCIA DE ABORDAR LOS FACTORES PROTECTORES:

Se puede decir que los cuidadores informales son los grandes aliados del sistema sanitario; se hacen cargo de los cuidados de sus familiares una gran cantidad de horas durante un número considerable de años y en gran parte de los casos con poca o nula ayuda económica. Se debe cuidar la salud de estos cuidadores, brindarles técnicas, apoyo,

recomendaciones y reconocimiento para que no solo se sientan realizados con su labor, sino que no descuiden su propia salud tanto física como mental.

Conforme avanza la enfermedad de la persona con EA más tiempo dedicará el cuidador al bienestar del enfermo y más susceptible será a los trastornos del estado de ánimo como es la depresión[12]. Lo óptimo sería que para cuando llegue este momento contará con una serie de recursos no farmacológicos y consejos sobre cuidado y autocuidado para poder mantener la calidad de vida y bienestar al máximo nivel posible sin sentir que están fallando a su familiar.

IMPLICACIONES CLÍNICAS EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA:

El rol de la enfermería es esencial para identificar y promover estrategias que fortalezcan la salud y bienestar del cuidador y, en consecuencia, optimicen el cuidado del paciente. Los cuidadores familiares son conocidos como los pacientes ocultos ya que a menudo los servicios hacia su salud son incompletos y no abarcan todas sus necesidades; como enfermeras buscamos que dispongan de una amplia gama de recursos y poder brindarles estrategias de autocuidado y apoyo.

En el ámbito de la salud mental, es muy importante abordar la sobrecarga del cuidador como un problema de salud pública. Estudios han demostrado que un cuidador sobrecargado no solo ve afectada su calidad de vida, sino que también puede comprometer el bienestar del paciente. Por ello, los hallazgos de este trabajo pueden contribuir a diseñar estrategias que prevengan el deterioro psicológico del cuidador, reduzcan la necesidad de institucionalización del paciente y favorezcan una atención domiciliaria más eficaz y humanizada, así como un entorno más afectuoso y seguro para el paciente[12].

La identificación y promoción de los factores protectores puede y debe ser integrada en los planes de cuidado para mejorar el bienestar integral de los cuidadores y así optimizar indirectamente la atención brindada al paciente. Otro objetivo de este artículo es proponer recomendaciones aplicables desde el ámbito enfermero; entre estas se incluyen:

– Diseño e implementación de intervenciones psicoeducativas: La evidencia sugiere que la formación e instrucción son cruciales para mejorar la capacidad de los cuidadores para enfrentar los retos asociados con el cuidado de un paciente con Alzheimer. Las enfermeras pueden organizar y liderar intervenciones

psicoeducativas que aborden la gestión del estrés, las estrategias de afrontamiento consideradas efectivas y las habilidades prácticas para el cuidado del paciente. Además, el papel de la enfermera en la identificación temprana de cuidadores en situación de riesgo es clave para posibilitar la intervención precoz y la provisión de apoyo emocional lo antes

posible.

– Fomento de redes de apoyo social: El aislamiento social es un factor de riesgo importante en la salud del cuidador. Las enfermeras pueden desempeñar un papel fundamental en la identificación de cuidadores aislados socialmente y en la promoción de redes de apoyo, tanto formales como informales. Los programas de apoyo, como los grupos de cuidadores y las intervenciones comunitarias, pueden reducir la carga emocional de los cuidadores y aumentar la calidad de vida; especialmente en contextos de atención domiciliaria prolongada.

– Promoción activa del autocuidado: Fomentar el autocuidado debe formar parte de la atención al cuidador. Programas de educación en salud que conciencien sobre la importancia del bienestar físico y psicológico.

CONCLUSIONES

El cuidado informal de personas con Alzheimer representa un desafío creciente y multifactorial que afecta profundamente a quienes lo asumen.

Frente a los síntomas depresivos, ansiedad, estrés u otras consecuencias provocadas por el rol del cuidador, fomentar métodos no farmacológicos bien sea de forma combinada con medicamentos o independiente, es una propuesta que tener en cuenta de

forma significativa. Desde la perspectiva de la enfermería, es clave implementar estrategias preventivas más que reactivas, fomentando programas integrales que preparen, apoyen y fortalezcan al cuidador desde las fases iniciales del cuidado y durante el desarrollo completo de la enfermedad del allegado. Asimismo, se hace necesario un mayor compromiso institucional para garantizar el acceso a recursos, formación y apoyo continuado. Los factores protectores que protegen al cuidador actúan a su vez como un método indirecto para retrasar o prevenir la institucionalización de los pacientes con EA puesto que aumenta el tiempo que los cuidadores informales pueden hacerse cargo de sus familiares.

En definitiva, cuidar del cuidador es invertir en la calidad del cuidado ofrecido y, por tanto, en el bienestar de ambos: paciente y cuidador. Aún queda camino por recorrer, pero reconocer y potenciar estos factores protectores es un paso imprescindible hacia un modelo de atención más humano, sostenible y efectivo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan integral de Alzheimer y otras demencias (2019-2023) Ministerio de Sanidad,

Ad

TRASTORNOS DEL SUEÑO

Jordi Évole, sobre vivir con narcolepsia: “Tengo que hacer dos siestas cada mañana de 20 o 25 minutos. Pasas de no tener fuerza para nada a levantarte con una energía increíble”

El comunicador reivindica una mayor comprensión hacia una enfermedad infradiagnosticada que puede condicionar profundamente la vida cotidiana



Jordi Évole ha hablado abiertamente en varias ocasiones sobre cómo la narcolepsia condiciona su día a día (Eli Don / ACN)



Christian Jiménez

02/09/2026 19:30

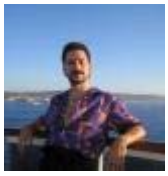
Síguenos en Google

Quedarse dormido de forma incontrolable durante el día es una de las manifestaciones más visibles de la **narcolepsia**, pero no la única. Esta enfermedad neurológica altera la regulación del sueño y la vigilia y, en algunos pacientes, puede provocar también episodios repentinos de pérdida del tono muscular. **La Sociedad Española de Neurología (SEN)** estima que unas 25.000 personas la padecen en España y advierte de que continúa ampliamente infradiagnosticada.



Existen dos tipos principales: la narcolepsia tipo 1, asociada a la **cataplexia**, una pérdida repentina del tono muscular que puede desencadenarse por emociones intensas, y la tipo 2, en la que este síntoma no está presente. El periodista Jordi Évole lleva una década

conviviendo con narcolepsia y cataplexia en su día a día. En una intervención en *El Matí de Catalunya Radio*, ha explicado cómo aprendió a **identificar las señales** que anticipan los episodios de sueño y cómo logra adaptar su trabajo a ellos.



Lee también

El trastorno que afecta al cantante Camilo y le impide llevar una vida completamente normal: “No puede atender muchas reuniones de amigos porque se queda dormido”

ADRIÁN MONTERRUBIO



La narcolepsia puede provocar episodios irresistibles de sueño durante el día y afectar a las actividades cotidianas (Terceros)

Aprender a reconocer el sueño

Évole relata que su experiencia fue realmente complicada antes de conocer el origen de lo que le ocurría. En su entorno de trabajo, el periodista intentaba luchar contra la progresiva incapacidad de mantenerse despierto: “Me quedé dormido en reuniones hablando. Intentaba mantener el tipo, pero no había manera. Era como un borracho, como una persona que dice incoherencias y que ya está desconectada”, empezaba diciendo.

Cambio después del diagnóstico

Con el diagnóstico, el periodista aprendió a identificar mejor las señales de su cuerpo: “Tengo que hacer dos siestas cada mañana de 20 o 25 minutos. Pasas de no tener fuerza para nada a levantarte con una energía increíble”, contaba. Esa capacidad para anticipar la somnolencia le permite organizar su jornada alrededor de pequeños descansos.

La cataplexia provoca una pérdida repentina del tono muscular que puede aparecer ante emociones como la risa o la sorpresa (Pheelings Media / Getty Images)

Convivir con cataplexia

La cataplexia puede provocar episodios repentinos de debilidad muscular desencadenados por emociones intensas, como la risa o la sorpresa. En el caso de Évole, existe además una estrecha relación con el humor. “Es complicado porque se activa por sorpresa y, en mi caso, está muy relacionada con el sarcasmo”, explicaba.

Los episodios pueden aparecer en situaciones aparentemente cotidianas en el día a día de muchas personas: “Me he llegado a **caer en redondo** por la calle después de haberme encontrado con un amigo. Después de muchos comportamientos, de caerme al suelo, normalmente de risa, era algo celebrado en el grupo de amigos”, reconocía. A raíz de uno de estos sucesos, se puso en contacto con la Unidad del Sueño del Hospital Clínic de Barcelona, donde recibió el diagnóstico y comenzó el tratamiento.

> **“Me gustaría hacer un llamamiento a toda esa gente incomprendida para que pueda dar un paso adelante y tener un diagnóstico**
>
> **Jordi Évole**
> **Periodista**

Una enfermedad difícil de comprender desde fuera

Consciente del impacto que puede tener la enfermedad, Évole reclama una mayor comprensión hacia quienes conviven con estos síntomas y todavía no saben qué les ocurre: “Me gustaría hacer un llamamiento a toda esa gente incomprendida para que pueda dar un paso adelante y tener un diagnóstico, porque la sanidad pública de este país está preparada para ello. Puede parecer una tontería, pero hay mucha gente, que no es mi caso, a la que le ha condicionado mucho la vida”, terminaba diciendo.

Jordi Évole, en la proyección del documentla Eso que tú me das, en el cine Phenomena Experience (Ana Jiménez / Propias)

Recomendaciones

La Sociedad Española de Neurología recomienda consultar ante una somnolencia diurna excesiva y persistente, especialmente cuando aparecen episodios irresistibles de sueño o síntomas compatibles con cataplexia. El **diagnóstico** debe realizarse mediante una valoración especializada y puede requerir diferentes estudios del sueño. Junto al tratamiento farmacológico indicado en cada caso, mantener horarios regulares de sueño y programar siestas breves puede ayudar a controlar la somnolencia y reducir su impacto en la vida cotidiana.

Christian Jiménez
Ver más artículos

Redactor especializado en redes sociales, tecnología, tendencias virales y del mundo del entretenimiento

EN DIRECTO Abascal acusa a Sánchez de ser el "embajador y portavoz" de Marruecos y de "encubrir al invasor"



Una mujer con migraña. AdobeStock

OBSERVATORIO DE LA SANIDAD

Sanidad rechaza quitar restricciones a los fármacos contra la migraña: "Nos obligan a dar terapias de otra época"

- De los dos millones de pacientes candidatos, los reciben menos del 10%.
- Los neurólogos creen que la causa del rechazo es económica.
- **Más información** : Médicos, industria y pacientes reclaman un Plan Nacional de Migraña para mejorar la vida de las personas que la sufren



Marcos Domínguez
Publicada 3 septiembre 2026 02:10h



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

Actualidad (https://www.geriatricarea.com/categorias/actualidad/)

La Sociedad Española de Neurología reclama más especialistas ante el aumento de la presión asistencial

Septiembre, 2026 (https://www.geriatricarea.com/la-sociedad-espanola-de-neurologia-reclama-mas-especialistas-ante-el-aumento-de-la-presion-asistencial/)



(https://www.amavir.es/)

facebook.com/sharer/sharer.php?(https://www.linkedin.com/shareArticle?
%2F%2Fwww.geriatricarea.com%2Fla-
sociedad-espanola-de-neurologia-reclama-mas-especialistas-ante-el-aumento-de-la-presion-asistencial%2F)
fb-messenger://share?
%2F%2Fwww.geriatricarea.com%2Fla-
sociedad-espanola-de-neurologia-reclama-mas-especialistas-ante-el-aumento-de-la-presion-asistencial%2F)

¡Newsletter!

(https://colisee.es/)

La Sociedad Española de Neurología (SEN) advierte de que los pacientes españoles esperan una media de 109 días para acceder a una consulta especializada, una demora acentuada por el envejecimiento de la población y el déficit de especialistas.

Los pacientes españoles esperan una media de **109 días para acceder a una consulta de Neurología**, lo que convierte a esta especialidad en la segunda con mayores tiempos de espera del sistema sanitario español, solo por detrás de Dermatología, situada en 127 días.

Para la **Sociedad Española de Neurología (SEN) (https://www.sen.es/)**, esta demora refleja una **presión asistencial creciente** sobre una especialidad con un número de especialistas insuficiente. El último estudio disponible sobre la ratio de neurólogos en España, realizado hace años por la SEN, situaba el **déficit en torno a los 800 especialistas** respecto a la recomendación de la Federación Europea de Sociedades de Neurología (EFNS), fijada en 5 especialistas por cada 100.000 habitantes.



Los pacientes españoles esperan una media de 109 días para acceder a una consulta de Neurología

facebook.com/sharer/sharer.php?u=https%3A%2F%2Fwww.geriatricarea.com%2Fla-sociedad-espanola-de-neurologia-responde-el-aumento-de-la-presion-asistencial%2F) (https://www.linkedin.com/shareArticle?mini=true&url=https%3A%2F%2Fwww.geriatricarea.com%2Fla-sociedad-espanola-de-neurologia-responde-el-aumento-de-la-presion-asistencial%2F) fb-messenger://share?

El **Dr. Jesús Porta-Etessam**, Presidente de la SEN, advierte que "*el progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de* ***enfermedades neurológicas (https://***

¡Newsletter!

www.geriatricarea.com/?s=enfermedades+neurol%C3%B3gicas) *están incrementando la demanda asistencial, lo que hace imprescindible* ***reforzar la capacidad del sistema sanitario para dar respuesta en condiciones de equidad y calidad****. Las enfermedades neurológicas son, en muchos casos, tiempo-dependientes: cada retraso diagnóstico supone una oportunidad perdida para reducir discapacidad, preservar la autonomía de los pacientes y mejorar su calidad de vida"*.

Según datos de la Federación Mundial de Neurología (WFN) más de 3.400 millones de personas - más del 40% de la población mundial- viven actualmente con alguna **enfermedad neurológica**, lo que convierte a estas patologías en **la principal causa de discapacidad en el mundo** y en su segunda causa de muerte, con unos 11 millones de fallecimientos al año. El 81% de estas muertes se producen en países de ingresos bajos y medios, donde el acceso a la atención especializada es limitado.



(https://los-nogales.es/empleo/?utm_source=geriatricarea1T26&utm_medium=cpc&utm_campaign=talento)

Presión asistencial y desigualdad en el acceso al diagnóstico

Y esta desigualdad no se limita a los recursos humanos o terapéuticos, sino también al **acceso diagnóstico**. En zonas rurales de países de ingresos bajos y medios, la distancia media hasta una herramienta de diagnóstico puede superar los 200 kilómetros, convirtiendo patologías tratables en discapacidades permanentes. Además, los pacientes pueden experimentar retrasos medios de hasta 5,4 años entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico especializado.

El Dr. Jesús Porta-Etessam subraya que *"aunque en España el acceso a la atención neurológica sea significativamente superior al de muchas otras regiones del mundo, esto no implica que no se deba poner esfuerzo en tratar de reforzar la capacidad del sistema sanitario para dar respuesta en condiciones de equidad y calidad"*.

"Porque cuando hablamos de enfermedades neurológicas, además de que constituyen la principal causa de discapacidad y la segunda causa de muerte, tenemos que tener en cuenta que ***su*** *(https://www.linkedin.com/sharing/share-offsite/?url=https%3A%2F%2Fwww.geriatricarea.com%2Fla-sociedad-espanola-de-neurologia-reclama-reforzar-la-capacidad-asistencial-ante-el-aumento-de-la-presion-asistencial%2F)*

facebook.com/sharer/sharer.php?u=https%3A%2F%2Fwww.geriatricarea.com%2Fla-sociedad-espanola-de-neurologia-reclama-reforzar-la-capacidad-asistencial-ante-el-aumento-de-la-presion-asistencial%2F) fb-messenger://share?link=https%3A%2F%2Fwww.geriatricarea.com%2Fla-sociedad-espanola-de-neurologia-reclama-reforzar-la-capacidad-asistencial-ante-el-aumento-de-la-presion-asistencial%2F)

de los casos de ictus, demencias, Parkinson, epilepsia, migraña o esclerosis múltiple, entre otras",

Newsletter!

indica el Presidente de la SEN.

Y añade que *"la campaña de este año de la WFN quiere subrayar que* ***el acceso temprano al diagnóstico y al tratamiento puede ser determinante*** *para cambiar el curso de las enfermedades neurológicas y que la salud cerebral debe ser un derecho de todas las personas, independientemente de su lugar de origen o de su situación socioeconómica".*



(https://www.pardo.es/es/sociosanitaria/)



(https://www.rehacare.com/)

(https://www.campofriohealthcare.es/?utm_campaign=HC-Promo-Geriatriarea&utm_source=geriatriarea&utm_medium=banner&utm_term=promonovdic2021)

La prevención como herramienta clave frente a la discapacidad

Hasta **el 90% de los ictus están relacionados con factores de riesgo modificables**, como la hipertensión arterial, por lo que intervenciones básicas como el control de la tensión pueden evitar millones de casos de discapacidad y mortalidad. Asimismo, se estima que alrededor del **40% de los casos de demencia podrían prevenirse o retrasarse** actuando sobre 14 factores de riesgo modificables a lo largo de la vida.

Por todo ello, la SEN hace un llamamiento a las administraciones sanitarias para **situar la salud cerebral entre las prioridades de las políticas públicas**: reforzando las plantillas de Neurología, reduciendo las demoras diagnósticas y asistenciales, garantizando la equidad territorial en el acceso a pruebas diagnósticas y tratamientos innovadores, e impulsando estrategias nacionales de prevención.

*"Mejorar la salud cerebral no depende únicamente de los tratamientos disponibles, sino de la capacidad de los sistemas sanitarios para **garantizar equidad en el acceso y asegurar una atención coordinada** entre niveles asistenciales. Y también, muy importante, reforzar la prevención, impulsando la promoción de hábitos de vida saludables"*, concluye el Dr. Jesús Porta-Etessam.

Artículos relacionados

facebook.com/sharer/sharer.php?u=https%3A%2F%2Fwww.geriatricarea.com%2Fla-sociedad-espanola-de-neurologia-reclama-reducir-las-demoras-diagnosticas-ante-el-aumento-de-la-presion-asistencial%2F) (https://www.linkedin.com/shareArticle?mini=true&url=https%3A%2F%2Fwww.geriatricarea.com%2Fla-sociedad-espanola-de-neurologia-reclama-reducir-las-demoras-diagnosticas-ante-el-aumento-de-la-presion-asistencial%2F) (fb-messenger://share?link=https%3A%2F%2Fwww.geriatricarea.com%2Fla-sociedad-espanola-de-neurologia-reclama-reducir-las-demoras-diagnosticas-ante-el-aumento-de-la-presion-asistencial%2F)

¡Newsletter!

LA GACETA

Sociedad > Salud

¿Cómo empieza la esclerosis múltiple?: el síntoma que podría ayudar a detectarlo a tiempo

La detección temprana de los brotes y la intervención adecuada pueden marcar una gran diferencia en el pronóstico a largo plazo.



¿Cómo empieza la esclerosis múltiple?: el síntoma que podría ayudar a detectarlo a tiempo

Por Santiago Mendieta
30 Agosto 2026

Seguir en

Resumen para apurados

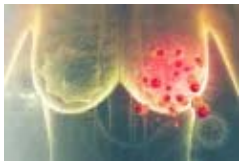
La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad crónica que afecta al sistema nervioso central y es la principal causa no traumática de discapacidad en adultos jóvenes en el mundo. L mayoría de los diagnosticados están entre los 20 y 40 años, el diagnóstico y tratamiento temprano son cruciales para mejorar el pronóstico.

¿Qué es un brote de Esclerosis Múltiple?

Un brote de esclerosis múltiple se define como un episodio de aparición subaguda de síntomas neurológicos que se desarrollan a lo largo de varias horas o días y que luego remiten, con una duración promedio de dos a ocho semanas. Ana Belén Caminero, coordinadora del Grupo de Estudio de Esclerosis Múltiple de la Sociedad Española de Neurología (SEN), explica que durante el inicio de la

enfermedad en personas jóvenes, estos episodios suelen no dejar secuelas debido a la buena capacidad de restauración del tejido dañado. Sin embargo, con el avance de la enfermedad y en pacientes mayores, los brotes pueden dejar secuelas acumulativas que causan una discapacidad creciente.

¿Cómo empieza el cáncer de mama? Estos son los primeros síntomas que aparecen y debes conocer



Criterios para diagnosticar un brote

Celia Oreja-Guevara, presidenta del Consejo Médico Asesor de la Asociación Española de Esclerosis Múltiple (AEDEM-COCEMFE), destaca dos condiciones clave para identificar un brote: debe durar más de 24 horas y presentar un nuevo síntoma neurológico. Aunque no hay factores específicos que desencadenen un brote, el riesgo aumenta en pacientes que no están en tratamiento. El estrés y la fiebre también pueden inducir episodios.

Cómo se visualiza un brote en resonancia magnética

Los brotes se visualizan en resonancias magnéticas con contraste como lesiones focales que captan el contraste, indicativas de procesos inflamatorios localizados en el sistema nervioso central. Estas lesiones son producidas por células inmunitarias que entran en el tejido nervioso desde la sangre y por células inmunitarias ya presentes en el sistema nervioso central. Confirmar que los síntomas corresponden a un brote no siempre es sencillo, reconoce Caminero.

Verdad o mito: ¿las ondas del Wi Fi pueden causar cáncer?



Signos de alerta y síntomas comunes

La esclerosis múltiple puede afectar cualquier parte del sistema nervioso central. Los síntomas más comunes incluyen:

Neuritis óptica: disminución de la agudeza visual y dolor ocular.

Mielitis: debilidad en alguna parte del cuerpo.

Trastorno de sensibilidad: acorchamiento o hormigueo.

Dificultad en el control de esfínteres.

Afectación del tronco del encéfalo y cerebelo: visión doble, adormecimiento facial, desequilibrio o inestabilidad.

Cuál es el extraño tipo de cáncer que tiene al dolor de espaldas como principal síntoma



Evolución de los brotes y pronóstico

La frecuencia de los brotes puede variar. Durante los primeros años, en la fase remitente-recurrente de la enfermedad, los brotes son más comunes y tienden a disminuir con la evolución, dando paso a formas secundarias progresivas. Características de brotes como la afectación de múltiples áreas del sistema nervioso central, síntomas motores durante los brotes y la falta de recuperación completa pueden estar asociadas con un peor pronóstico y una mayor probabilidad de progresión temprana.

Importancia de un tratamiento temprano

Oreja-Guevara enfatiza la importancia de comenzar tratamientos modificadores de la enfermedad lo antes posible para prevenir la acumulación de discapacidad y mejorar el pronóstico. En caso de un brote, se recomienda consultar al neurólogo de referencia o acudir a urgencias hospitalarias si hay gran discapacidad. El tratamiento corticoideo, generalmente metilprednisolona en altas dosis, puede ser necesario para acortar la duración del brote. Es crucial informar al neurólogo sobre la aparición de síntomas nuevos para ajustar el tratamiento si es necesario.

Los hábitos que debemos adoptar para reducir los riesgos de padecer cáncer de cabeza y cuello



Diferenciación de pseudobrotes

Es importante no confundir los brotes de esclerosis múltiple con pseudobrotes, que son síntomas neurológicos derivados de infecciones o procesos intercurrentes. Según Caminero, estos síntomas no se

deben a un nuevo proceso inflamatorio en el sistema nervioso central, sino a una activación inespecífica de procesos inflamatorios debido a la infección.

El diagnóstico y tratamiento temprano de la esclerosis múltiple son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los pacientes y manejar la progresión de la enfermedad. La detección temprana de los brotes y la intervención adecuada pueden marcar una gran diferencia en el pronóstico a largo plazo.

Opinando sin anestesia.es

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

La Sociedad Española de Neurología, la Asociación Española de Migraña y Cefaleas y la Fundación Española de Cefaleas advierten de que los pacientes españoles con migraña tienen limitado el acceso a nuevos tratamientos más eficaces

By **Xavi Mascarell** — 2 de septiembre de 2026

- **Los fármacos anti-CGRP han demostrado una eficacia superior a la de otros tratamientos preventivos frente a la migraña, pero su acceso está limitado por criterios más restrictivos que los aprobados por la Agencia Europea del Medicamento.**
- **La Agencia Europea del Medicamento aprueba el uso de estos tratamientos en personas con más de 4 días de migraña al mes, pero en España su prescripción está restringida a pacientes que padecen al menos 8 días de migraña al mes y que hayan probado previamente 3 medicamentos preventivos distintos.**

- **La migraña afecta a más de 6 millones de personas en España, en su mayoría mujeres. La SEN estima que al menos un tercio de ellas —más de dos millones— podrían beneficiarse de estos nuevos medicamentos, cuyo coste para el Sistema Nacional de Salud rondaría los 100-200 euros mensuales.**

- **La SEN ha enviado una carta al Ministerio de Sanidad solicitando que se eliminen las restricciones actuales para que todas las pacientes puedan beneficiarse de estos tratamientos, pero ya se le ha comunicado su negativa.**

2 de septiembre de 2026.- La Sociedad Española de Neurología (SEN), la Asociación Española de Migraña y Cefaleas (AEMICE) y la Fundación Española de Cefaleas (FECEF) advierten de las dificultades que existen en España para que las personas con migraña puedan acceder a los medicamentos anti-CGRP, considerados actualmente el tratamiento preventivo más eficaz y seguro por todas las sociedades de Neurología a nivel mundial, debido a las restricciones vigentes para su prescripción.

"Actualmente, en España están disponibles seis fármacos anti-CGRP. Todos ellos han supuesto un gran avance en el tratamiento preventivo de la migraña, especialmente en pacientes con una elevada frecuencia de ataques o con mala respuesta a los tratamientos tradicionales", explica el Dr. Robert Belvís, Coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. "Sin embargo, aunque algunos de estos medicamentos están disponibles en España desde el año 2019 y la Agencia Europea del Medicamento autoriza estos tratamientos para pacientes con más de cuatro días de migraña al mes, los criterios de financiación del Sistema Nacional de Salud restringen su uso y limitan el acceso de muchos pacientes. La migraña no es sólo dolor, es una cuestión de salud cerebral y, sobre todo, de salud de la mujer, afectando incluso a niños. De hecho, dos de cada tres personas con migraña inician la enfermedad en edad infantil", explica la Sra. Isabel Colomina, Presidenta de la Asociación Española de Migraña y Cefaleas.

En os
fár
pr
en
co n
publicado nuevos estudios y metaanálisis que confirman la mayor eficacia y seguridad de los fármacos anti-CGRP, así como ensayos clínicos comparativos que muestran sus beneficios frente a otros tratamientos preventivos.

Por esta razón, SEN, AEMICE y FECEF han enviado una carta conjunta al Ministerio de Sanidad solicitando la eliminación de los criterios restrictivos actuales, para que los pacientes puedan beneficiarse de los fármacos anti-CGRP, siguiendo los criterios aprobados por la Agencia Europea del Medicamento, es decir, a partir de cuatro días de migraña al mes y sin necesidad de haber fracasado previamente con tres tratamientos preventivos. Sin embargo, el Ministerio ya ha comunicado a la SEN que no se van a modificar estos criterios restrictivos, al menos a corto-medio plazo.

“La superioridad en eficacia y seguridad de los medicamentos anti-CGRP respecto a otros tratamientos preventivos ha sido ampliamente respaldada por la evidencia científica. Pero, además, retrasar el acceso a estos fármacos puede tener consecuencias clínicas importantes en los pacientes”, comenta el Dr. José Miguel Laínez, Director de la Fundación Española de Cefaleas. “El tiempo es dolor en migraña. Obligar a los pacientes a pasar por varios tratamientos menos eficaces antes de poder acceder a los anti-CGRP puede suponer más de un año de dolor evitable, con el riesgo añadido de que la enfermedad progrese, el cerebro se sensibilice y la respuesta posterior al tratamiento sea menor”.

Además, hay que remarcar que, aunque estos medicamentos tuvieron inicialmente un coste elevado, actualmente su coste para el Sistema Nacional de Salud rondaría los 100-200 euros mensuales por paciente, una cifra que los neurólogos consideran asumible si se tiene en cuenta el impacto y el coste sanitario, laboral, familiar y social de la migraña mal controlada. Además, la migraña es una enfermedad con un coste económico elevado, que supera los 5.000 euros anuales por paciente, de los cuales más del 65% procede de la pérdida de productividad laboral y otro importante porcentaje a otros costes indirectos. Se estima que al menos un tercio de los pacientes con migraña —más de dos millones de personas en España— podrían beneficiarse de los nuevos tratamientos anti-CGRP. Por ello, aunque inicialmente acceder a estos nuevos fármacos pueda parecer más caro, a largo plazo permitiría reducir no solo costes, sino también la discapacidad asociada a esta enfermedad.

“Retrasar el uso de los tratamientos más eficaces no solo aumenta el sufrimiento de los pacientes, sino que puede resultar menos eficiente a largo plazo”, destaca el Dr. Jesús Porta-Etessam, Presidente de la Sociedad Española de Neurología. ”La migraña es no solo una enfermedad infradiagnosticada, sino también infratratada y con un enorme impacto en la calidad de vida de quienes la padecen. Y no resulta ético que pacientes que podrían beneficiarse de tratamientos más eficaces tengan que esperar a empeorar para recibirlos. Ojalá desde el Ministerio de Sanidad recapaciten, porque las recomendaciones clínicas deben estar guiadas por la evidencia científica y por las necesidades individuales de cada persona con migraña”.

Puesto que en los últimos años se han producido importantes avances terapéuticos que pueden mejorar el control de la enfermedad y reducir su impacto, y teniendo en cuenta que actualmente la migraña no tiene cura, desde la SEN reiteran que es fundamental que estos avances puedan llegar a los pacientes que los necesitan y recuerdan la importancia de consultar con el neurólogo o neuróloga, especialistas en el diagnóstico y tratamiento de la migraña.

SOCIEDAD (HTTPS://REVISTAPERFILES.COM/SOCIEDAD/)

Mantener horarios regulares mejora la salud, el rendimiento y el bienestar

La rutina favorece el buen ritmo del organismo

La regularidad en nuestro día a día a la hora de acostarnos, levantarnos, comer o hacer deporte puede parecer algo trivial, sin embargo, cada vez más investigaciones y especialistas coinciden en que estas rutinas son los pilares de la salud física y mental. El desorden horario puede tener consecuencias directas sobre el sueño, el estrés y, sobre todo, aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

POR REDACCIÓN

02/09/2026



Durante muchos años, las principales recomendaciones sobre el cuidado de la salud han insistido en la necesidad de dormir un determinado número de horas, realizar ejercicio físico o seguir una alimentación equilibrada. Sin embargo, en los últimos tiempos se insiste en la importancia de otro factor igualmente relevante, o más: la regularidad o lo que se suele interpretar de manera despectiva como la rutina.

Especialistas en cronobiología recuerdan que **el organismo humano funciona a través de ritmos biológicos internos** que regulan procesos tan importantes como el sueño, la

de ritmos biológicos internos que regulan procesos tan importantes como el sueño, la temperatura corporal, la presión arterial, la secreción hormonal o el metabolismo. Cuando los horarios cambian constantemente, esos mecanismos pierden sincronía.

> *"LA REGULARIDAD DEL SUEÑO ES MÁS IMPORTANTE QUE EL TIEMPO QUE DUERMES" (JUAN A. MADRID, CRONOBIÓLOGO)*

El cronobiólogo español Juan Antonio Madrid, uno de los principales referentes en esta disciplina, ha llegado a afirmar que "la regularidad del sueño es más importante que el tiempo que duermes", al explicar que el organismo responde mejor cuando recibe señales temporales constantes y previsibles.

La Sociedad Española del Sueño recomienda mantener **horarios estables tanto para acostarse como para levantarse**, con diferencias mínimas entre días laborables y festivos. La regularidad es, según aseguran, una de las bases de la denominada higiene del sueño, de hecho, el lema del Día Mundial del Sueño este año 2026 es "**Duerme bien, vive mejor**".

Un problema cada vez más visible en España

Los datos muestran que el descanso insuficiente afecta a un elevado porcentaje de la población española. Según cifras de la Sociedad Española de Neurología (https://revistaperfiles.com/sociedad/habitos-salud-cerebral-prevencion-espana/) difundidas el Día Mundial del Sueño de 2025, **el 54% de los adultos españoles duerme menos horas de las recomendadas** y cerca de la mitad de la población asegura no disfrutar de un sueño de calidad. Además, uno de cada tres adultos se despierta con la sensación de no haber descansado adecuadamente.

La falta de sueño (https://revistaperfiles.com/sociedad/la-espana-que-no-duerme/) no provoca simplemente cansancio, algo que ya es motivo de preocupación, los expertos relacionan este desajuste con problemas de atención, menor productividad, alteraciones del estado de ánimo, mayor riesgo de accidentes laborales y de tráfico y una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas a largo plazo.

Los horarios tardíos, una de las señas de identidad de las jornadas en nuestro país, tampoco son costumbres muy sanas, ni mucho menos. Especialistas en medicina del sueño critican con frecuencia nuestros hábitos horarios, argumentando que muchas personas cenan demasiado tarde, lo que provoca que se retrase la hora de acostarse y, finalmente, la acumulación de déficit de sueño durante la semana.

Más allá del sueño

Mantener horarios regulares no solo es importante para el descanso nocturno, los profesionales sanitarios explican que también ayuda a estabilizar otros procesos fisiológicos, por lo tanto, la regularidad, la rutina, es una medida más que necesaria para cuidar nuestra salud.

> LAS RUTINAS SON SEÑALES PARA EL CEREBRO Y AYUDAN A QUE LOS SISTEMAS HORMONALES Y METABÓLICOS SEN MÁS EFICIENTES

Los especialistas explican que las rutinas actúan como señales temporales para el cerebro. Cuando el organismo sabe aproximadamente cuándo debe comer, dormir o activarse, los sistemas hormonales y metabólicos funcionan con mayor eficiencia.

En la práctica, **muchas personas alteran drásticamente sus horarios durante los fines de semana o las vacaciones**. Los expertos denominan este fenómeno ***jet lag social***, ya que sus efectos pueden parecerse a los que experimenta una persona tras cruzar varios husos horarios.

La Unidad de Trastornos del Sueño del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (https://www.youtube.com/watch?v=rGeFVlyNnAY) recomienda explícitamente evitar cambios bruscos en los horarios habituales, incluso durante fines de semana y periodos vacacionales. También aconseja levantarse a la misma hora, aunque se haya dormido mal la noche anterior.

> *EL CUERPO NECESITA ESTABILIDAD PARA MANTENER SU RELOJ BIOLÓGICO CORRECTAMENTE SINCRONIZADO*

La razón es sencilla: intentar recuperar horas de sueño prolongando excesivamente la permanencia en la cama puede alterar todavía más el ciclo sueño-vigilia. Según los especialistas, el cuerpo necesita estabilidad para mantener su reloj biológico correctamente sincronizado.

La Sociedad Española del Sueño también recomienda que la diferencia entre **el horario de despertar de los días laborables y el de los festivos no supere aproximadamente las dos horas.**

Un reto social

Cada vez más organizaciones sanitarias consideran que la mejora de los horarios (https://revistaperfiles.com/entrevistas/raul-quevedo-blasco-dia-mundial-sueno/) no depende únicamente de decisiones individuales. Las jornadas laborales prolongadas, los desplazamientos, los horarios televisivos tardíos o la dificultad para conciliar vida personal y profesional influyen directamente en los hábitos de descanso de la población.

La Sociedad Española del Sueño ha llegado a proponer medidas de carácter social para favorecer horarios más saludables, incluyendo adelantar algunas rutinas cotidianas y **fomentar hábitos compatibles con los ritmos biológicos naturales.**

Por su parte, la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ (https://www.separ.es/)) ha reclamado **cambios organizativos y culturales que faciliten una mejor conciliación y respeten los ritmos circadianos de la población**, ante el creciente impacto de los trastornos del sueño sobre la salud pública.

A diferencia de otros retos sanitarios, mejorar la regularidad horaria (https://revistaperfiles.com/sociedad/habitos-para-dormir-correctamente/) no requiere tratamientos complejos ni grandes inversiones. Acostarse y levantarse a la misma hora, evitar diferencias excesivas los fines de semana, cenar con antelación suficiente y mantener rutinas previsibles son medidas al alcance de la mayoría de la población.

Los expertos coinciden en que estas prácticas ayudan a dormir mejor, mejoran la concentración, favorecen el equilibrio emocional y reducen el riesgo de diversas enfermedades asociadas al desajuste de los ritmos biológicos.

En una sociedad cada vez más acelerada y conectada permanentemente, la regularidad se perfila como un hábito sencillo, pero con un enorme impacto sobre la salud. En definitiva, **cuidar los horarios es mucho más que eso, es, cuidar el reloj interno que regula todo nuestro organismo.**

SALUD PUBLICA (HTTPS://REVISTAPERFILES.COM/TEMA/SALUD-PUBLICA/)

Continúa Leyendo

ENTREVISTAS

"España tiene unas cifras de inseguridad alimentaria y de obesidad infantil alarmantes"

POR SERVIMEDIA

Este sitio web utiliza cookies

Utilizamos cookies propias y de terceros para mejorar la experiencia del usuario, analizar el tráfico, su navegación en el sitio web y personalizar el contenido. Puede "Aceptar todas las cookies", "Configurar las cookies" que desea aceptar o "Rechazar todas" (excepto las cookies técnicas que son necesarias). Consulte nuestra **política de cookies** para obtener más información.

Aceptar todas las cookies

Rechazar todas

Configurar las cookies

Enamora't del teu cervell. Coneix el sistema nerviós

El recurso educativo ¡Enamórate de tu cerebro! explica de forma detallada cómo funciona el sistema nervioso. ¿Qué es el dolor y por qué lo sentimos? ¿Cómo actúan las drogas sobre el sistema nervioso? ¿Qué sucede cuando abrazamos a alguien? ¿Por qué nuestro corazón late sin parar? La respuesta a estas preguntas y a muchas otras se encuentra en nuestro cerebro. Descúbrelas a través de esta actividad multimedia interactiva.

Entidad editora	Ambientech + Sociedad Española de Neurología
Formato	Recurso interactivo en línia
Nivel educativo	Secundaria



Una mujer con migraña. AdobeStock

Sanidad rechaza quitar restricciones a los fármacos contra la migraña: "Nos obligan a dar terapias de otra época"

- De los dos millones de pacientes candidatos, los reciben menos del 10%.
- Los neurólogos creen que la causa del rechazo es económica.
- **Más información** : Médicos, industria y pacientes reclaman un Plan Nacional de Migraña para mejorar la vida de las personas que la sufren



Marcos Domínguez
Publicada3 septiembre 2026 02:10h

LAS CLAVES

El primero de ellos fue aprobado en Europa hace ocho años. El último, hace tres. Se les conoce como medicamentos 'anti-CGRP' y son la gran esperanza para dos

COMPARTE + Seguir

que necesitan un tratamiento preventivo.



Pero "estimamos que **menos de un 10% de los pacientes, menos de 20.000 personas, los está tomando**", lamenta **Robert Belvís**, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

ÚLTIMOS VIDEOS

COMPARTE + Seguir

Así abre el Ibex 35

La razón es que los criterios que acordaron el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas para financiarlos son mucho más restrictivos que la indicación aprobada.



El inexplicable mapa de la migraña en España: por qué afecta más a unas comunidades que a otras

La SEN, junto a la Asociación Española de Migrañas y Cefaleas (Aemice) y la Fundación Española de Cefaleas, escribió una carta a Sanidad para pedir la eliminación de esas restricciones.

PUBLICIDAD

COMPARTE + Seguir

La respuesta, enviada por la Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos (el organismo compuesto por representantes de las comunidades autónomas y del Gobierno que acuerda la financiación de los medicamentos en la sanidad pública) "sin estar firmada por nadie en persona", ha sido tajante: no se van a revisar las normas hasta que no se estabilice su prescripción en España.

"Es una respuesta surrealista", sostiene Belvís. "**No podremos saber cuántos pacientes los necesitan si no nos permiten dárselo**s".



COMPARTE + Seguir

La Agencia Europea del Medicamento determinó que sería candidato todo paciente con al menos cuatro días de migraña al mes. Las autoridades españ pusieron el listón más alto: tenían que tener ocho días de migraña y, además, haber pasado por tres tratamientos previos, "menos eficaces y con más efectos secundarios".

Un dolor incapacitante

Belvís matiza que, en su momento, "todos los sistemas públicos pusieron cortapisas" pero, a medida que han ido apareciendo estudios que demuestran la superioridad de los anti-CGRP sobre las opciones de tratamiento anteriores, la negativa a levantar esas restricciones se debe, "simplemente, por un tema económico".

COMPARTE + Seguir

adolescencia y estar relacionada con una caída en los niveles de estrógenos, de ahí que afecte más a mujeres que a hombres.

La molécula CGRP (péptido relacionado con el gen de la calcitonina, por sus siglas en inglés) aumenta sus niveles durante la migraña, provocando la inflamación y dilatación de los vasos sanguíneos del cerebro, responsable del dolor y otros síntomas como las náuseas y la fotosensibilidad.

Dos tercios de esos seis millones de personas pueden manejar sus síntomas con los fármacos tradicionales, pero el resto necesita tratamientos alternativos.

COMPARTE + Seguir

Los fármacos anti-CGRP bloquean esta molécula, previniendo los ataques de migraña o reduciendo su intensidad. "Nos contentábamos con que redujera a la mitad los días de migraña pero, en un 25% de los pacientes, consiguen reducirlos a cero, también sus síntomas", señala el neurólogo.

Actualmente, hay seis de estos medicamentos. Cuatro de ellos son anticuerpos monoclonales, terapias biológicas de las que tres se administran (por vía subcutánea) una vez al mes y la otra (por vía intravenosa) una vez al trimestre. Los otros dos, llamados gepantes, son terapias orales.

COMPARTE + Seguir

Patricia Pozo-Rosich, neuróloga: "El paracetamol no funciona para tratar la migraña"

En el momento de la aprobación europea, la eficacia se había mostrado frente a placebo, por lo que tenía cierto sentido esperar al fracaso de terapias anteriores para probar con los anti-CGRP.

Desde entonces, tres nuevos ensayos clínicos han demostrado la superioridad de esta clase de fármacos, tanto en eficacia como en efectos secundarios, frente a las terapias tradicionales. "**Dos de ellos fueron encargados por la autoridad regulatoria alemana, que ya permite que se puedan adquirir estos fármacos en farmacia**", apunta Belvís.

COMPARTE + Seguir

La carta enviada por la SEN, Aemice y la Fundación Española de Cefaleas daba cuenta de los resultados de estos ensayos para pedir que se eliminen las restricciones. Sin embargo, el rechazo de Sanidad restringe el número de personas que puede acceder a ellos y, además, les aboca a tener que probar primero otros tres medicamentos de inferior eficacia.

"Los ensayos clínicos en que se basa el uso del topiramato son de 2007, pero es que los del propanolol son de los años 80: el ministerio nos obliga a ofrecer estos medicamentos basándose en ensayos de los años 80", denuncia Belvís, que es neurólogo en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Del hospital a la farmacia

Sanidad, además, mantiene estos fármacos como de dispensación hospitalaria, lo que impide que sean adquiridos de forma personal en la farmacia y la única opción es ir al circuito sanitario privado, lo que puede multiplicar el coste inicial del medicamento de entre 100 y 200 euros a más de 500 (además del coste de las consultas y pruebas), señala.

"Los tenemos que recetar los neurólogos de las unidades de cefalea. **Si los pudiera dar el médico de familia, se darían mucho más**", apunta. "Los de inyección subcutánea son como la heparina o la insulina, se enseña su uso en un momento, y los orales no tienen complicación. Solo el intravenoso tiene que

COMPARTE + Seguir

Los neurólogos reclaman "prescribir con libertad estos medicamentos", que se reduzcan de ocho a cuatro los días de migraña grave al mes que justifiquen su uso, no tener que pasar por tres tratamientos previos y que su dispensación pase del hospital a las farmacias de calle, prescritos por "neurólogos de consultas externas no especializadas, médicos de familia y también pediatras, pues ya hay ensayos que muestran su beneficio en niños".

En Alemania y Portugal ya se puede adquirir en las farmacias. Otros países siguen por el mismo camino pero "España sigue en el núcleo duro, tienes que dar tres fármacos de los antiguos y esperar a que el paciente esté el doble de mal para poder recetar uno".

COMPARTE + Seguir

Demócrata

Ad

SANIDAD

Sanidad mantiene sin cambios el acceso a los nuevos fármacos contra la migraña, según la SEN

Sanidad mantiene los criterios que restringen el acceso a los fármacos anti-CGRP para migraña pese a la petición de neurólogos y asociaciones.

2 minutos

Añadir DEMÓCRATA en Google

POR **AGENCIAS**

Publicado
2 SEPT., 2026 - 13:54

2 minutos

El Ministerio de Sanidad ha decidido no revisar, “al menos a corto-medio plazo”, los actuales criterios de financiación que limitan en España el acceso a los fármacos anti-CGRP para la migraña. Así lo han comunicado la Sociedad Española de Neurología (SEN), la Asociación Española de Migraña y Cefaleas (AEMICE) y la Fundación Española de Cefaleas (FECEF), que insisten en que se adapten estos requisitos a los establecidos por la Agencia Europea del Medicamento (EMA).

Las tres entidades han remitido una carta conjunta al Ministerio de Sanidad en la que piden retirar las condiciones restrictivas vigentes y permitir que los pacientes accedan a los anti-CGRP conforme a los criterios de la EMA: iniciar el tratamiento a partir de cuatro días de migraña al mes y sin exigir el fracaso previo de tres terapias preventivas distintas.

En la actualidad, recuerdan, en España estos fármacos solo se financian para pacientes que sufren al menos ocho días de migraña mensuales y que ya han pasado por tres tratamientos preventivos diferentes sin obtener resultados adecuados. Desde la SEN subrayan que estas exigencias, que podían justificarse cuando se autorizaron los nuevos medicamentos por la ausencia de comparaciones directas, han quedado desfasadas ante la evidencia científica acumulada.

Según explican las organizaciones, el Ministerio de Sanidad ya ha trasladado a la SEN que no contempla modificar por ahora estos criterios de acceso, manteniendo por tanto las restricciones actuales.

SUPONE "MÁS DE UN AÑO DE DOLOR EVITABLE"

Las asociaciones implicadas destacan que los fármacos anti-CGRP han probado

una eficacia y seguridad superiores frente a otros tratamientos preventivos de la migraña. En los últimos años se han difundido nuevos estudios y metaanálisis que avalan estos resultados, junto con ensayos clínicos comparativos que confirman sus ventajas respecto a las opciones preventivas tradicionales.

El coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN, Robert Belvís, detalla que actualmente hay disponibles en España seis medicamentos anti-CGRP y recalca que estos tratamientos han supuesto “un gran avance” en la prevención de la migraña, sobre todo en personas con alta frecuencia de crisis o con mala respuesta a las terapias convencionales.

Por su parte, el director de la Fundación Española de Cefaleas, José Miguel Laínez, alerta de que demorar el inicio de estos fármacos puede acarrear un impacto clínico relevante. “El tiempo es dolor en migraña”, recuerda, antes de insistir en que “obligar a los pacientes a pasar por varios tratamientos menos eficaces antes de

poder acceder a los anti-CGRP puede suponer más de un año de dolor evitable, con el riesgo añadido de que la enfermedad progrese, el cerebro se sensibilice y la respuesta posterior al tratamiento sea menor".

Las organizaciones apuntan que, aunque estos medicamentos tuvieron en un principio un precio elevado, en la actualidad su coste para el Sistema Nacional de Salud se situaría en torno a 100-200 euros al mes por paciente, "una cifra que los neurólogos consideran asumible si se tiene en cuenta el impacto y el coste sanitario, laboral, familiar y social de la migraña mal controlada".

"Ojalá desde el Ministerio de Sanidad recapaciten, porque las recomendaciones clínicas deben estar guiadas por la evidencia científica y por las necesidades individuales de cada persona con migraña", concluye el doctor Jesús Porta-Etessam, presidente de la Sociedad Española de Neurología.

Etiquetas: Migraña Sanidad Tratamientos Neurología

Sanidad rechaza cambiar los criterios de acceso a los nuevos tratamientos contra la migraña, según la SEN

El Ministerio de Sanidad ha rechazado modificar, «al menos a corto-medio plazo», los criterios de financiación que restringen en España el acceso a los fármacos anti-CGRP para la migraña, según han informado la Sociedad Española de Neurología (SEN), la Asociación Española de Migraña y Cefaleas (AEMICE) y la Fundación Española de Cefaleas (FECEF), que reclaman equiparar estos criterios a los aprobados por la Agencia Europea del Medicamento (EMA).

Powered by WPeMatico

MonsterInsights

Valoramos tu privacidad

Usamos cookies para mejorar su experiencia de navegación, mostrarle anuncios o contenidos personalizados y analizar nuestro tráfico. Al hacer clic en "Aceptar todo" usted da su consentimiento a nuestro uso de las cookies.

Rechazar todo Aceptar todo

CRÓNICA SANITARIA

Telefónica ¿Hasta dónde crees que puedes llegar *solo*? Mejor *Conectados*

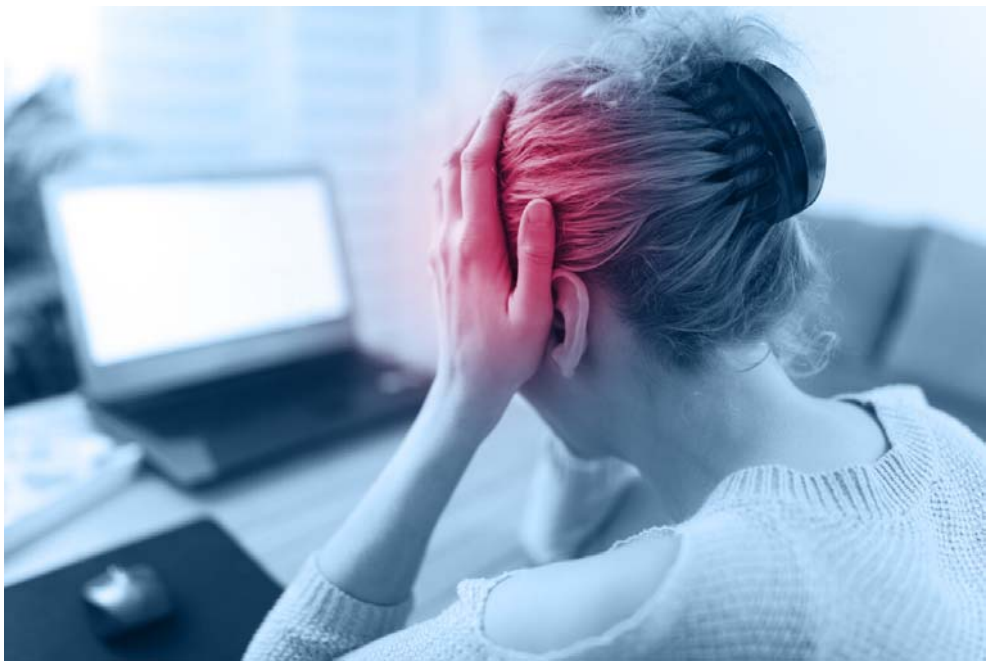
FARMACIA HOY

La SEN, AEMICE y la FECEF advierten dificultades en el acceso a los medicamentos anti-CGRP



By Julio García

3 DE SEPTIEMBRE DE 2026 cefaleas



La Sociedad Española de Neurología (SEN), la Asociación Española de Migraña y Cefaleas (AEMICE) y la Fundación Española de Cefaleas (FECEF) han advertido de las dificultades que existen en España para que las personas con migraña puedan acceder a los medicamentos anti-CGRP, considerados actualmente el tratamiento preventivo más eficaz y seguro por todas las sociedades de Neurología a nivel mundial, debido a las restricciones vigentes para su prescripción....

ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DEL ICTUS ISQUÉMICO AGUDO: DE LA TROMBÓLISIS A LA TROMBECTOMÍA MECÁNICA (2021-2025)

/ Miscelánea - Salud / 03/09/2026 / Por Comité Editorial revista Ocronos

Actualización en el manejo del ictus isquémico agudo: de la trombólisis a la trombectomía mecánica (2021-2025)

Web Companion

Descarga gratuita

Descargar

Índice

1 Resumen
2 Introducción
3 Objetivos
    3.1 Objetivos específicos
4 Método
5 Resultados
6 Discusión
7 Conclusión

8 Bibliografía

Guardar Síguenos en Pinterest

Incluido en la revista Ocronos. **Vol. IX. N.º 9–Septiembre 2026.**

Pág. Inicial: **Vol. IX; N.º 9: 104**

Autor principal (primer firmante): **María De Mar Martínez Millán**

Fecha recepción: **05/08/2026**

Fecha aceptación: **01/09/2026**

Ref.: **Ocronos. 2026;9(9): 104**

Autores:

1. María del Mar Martínez Millán
2. Ángel Sánchez Caro
3. Ana Mulero Carrero
4. Alicia Magallon Artigas
5. Samuel Roa Mejía
6. María Asunción Pascual Anadón

Categoría profesional:

Total Staff.

Resumen

El ictus isquémico es una emergencia tiempo-dependiente donde "el tiempo es cerebro". En el periodo 2021-2025, el estándar de cuidado se ha consolidado mediante la expansión de la ventana terapéutica para la trombectomía mecánica y el uso de técnicas de imagen avanzada. Este artículo analiza la eficacia de los nuevos trombolíticos como el tenecteplase frente a la alteplase y la organización de los sistemas de tele-ictus para mejorar el acceso al tratamiento en zonas rurales.



Palabras clave:

Ictus isquémico; trombectomía; tenecteplase; neuroimagen; Código Ictus.

Introducción

El ictus representa la primera causa de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda de muerte en España. La ventana de oportunidad para salvar tejido cerebral (penumbra isquémica) es extremadamente corta. Durante el último lustro, la neurología vascular ha vivido una revolución gracias a la consolidación de la trombectomía mecánica, un procedimiento endovascular que permite la recanalización de grandes vasos con una eficacia muy superior a los fármacos intravenosos.

Sin embargo, el éxito del tratamiento depende de una red asistencial perfectamente engranada: el "Código Ictus". En 2025, la integración de la inteligencia artificial en la interpretación de los TC de perfusión permite identificar a pacientes que, incluso habiendo superado las 6 horas desde el inicio de los síntomas, todavía presentan tejido salvable y pueden beneficiarse de intervenciones hasta las 24 horas. Este artículo revisa los cambios en las guías de la ESO (European Stroke Organisation) y la importancia de las Unidades de Ictus en el pronóstico funcional a largo plazo.

Objetivos

El objetivo principal es actualizar las estrategias de manejo del ictus isquémico agudo en el periodo 2021-2025.



Objetivos específicos

- Comparar la eficacia y seguridad de tenecteplase vs alteplase.
- Evaluar el impacto de la trombectomía mecánica en la ventana extendida (6-24 horas).
- Analizar la importancia de la rehabilitación precoz iniciada en la Unidad de Ictus.
- Describir el papel de la Enfermería en la vigilancia de complicaciones pos

Método

Revisión sistemática de ensayos clínicos (EXTEND-IA, DAWN) y guías clínicas publicadas entre 2021 y 2025. Se analizaron datos del registro oficial de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

La muestra incluyó pacientes adultos con ictus isquémico candidatos a reperfusión. Se midió el éxito mediante la escala de Rankin modificada (mRS) a los 90 días.

Resultados

Los resultados muestran que el tenecteplase (TNK) es no inferior al alteplase, con la ventaja de administrarse en un solo bolo rápido, lo que agiliza el traslado a las salas de hemodinámica. La trombectomía mecánica en ventana extendida guiada por imagen de perfusión ha demostrado que el 45% de los pacientes tratados logran independencia funcional a los 3 meses. El control estricto de la presión arterial y la glucemia en las primeras 24 horas reduce la incidencia de transformación hemorrágica en un 12%.

Discusión

La discusión resalta que el cuello de botella actual no es la técnica, sino la equidad en el acceso. El "Tele-ictus" ha sido clave para que hospitales comarcales puedan iniciar la trombólisis bajo supervisión de un neurólogo experto antes del traslado. Se debate también sobre el manejo de la estenosis carotídea sintomática, cuya cirugía o stenting se recomienda ahora de forma mucho más precoz (primeras 48-72 horas).

Conclusión

El manejo del ictus en 2025 es más personalizado que nunca. La combinación de potentes trombolíticos y técnicas endovasculares avanzadas permite que miles de pacientes eviten la dependencia severa cada año.

ENVIAR ARTÍCULO PARA PUBLICAR

unobravo Unobravo Servicios Psicólogos Empresas Idioma Inicia se

Disfruta de 10 € de descuento en tus 2 primeras sesiones con el código ATURITMO

Blog / Salud mental

Tiempo de lectura 10 min

Afasia: entender el trastorno del lenguaje



Redacción Unobravo
Unobravo

Artículo revisado por nuestra redacción clínica.

Última actualización el 3.9.2026

¿Buscas ayuda para cuidar de ti? Encuentra tu psicólogo

Valorado Excelente en Trustpilot

unobravo Unobravo Servicios Psicólogos Empresas Idioma Inicia se

Disfruta de 10 € de descuento en tus 2 primeras sesiones con el código ATURITMO

Ideas clave que recordar

- La afasia es un trastorno del lenguaje causado por un daño cerebral que no compromete la inteligencia: el pensamiento permanece intacto, pero el sistema que transforma los pensamientos en palabras está dañado.
- Alrededor del 30 % de las personas que sufren un ictus desarrolla afasia en la fase aguda; el diagnóstico precoz y la rehabilitación logopédica dentro del primer mes aumentan de forma notable las posibilidades de recuperación.
- Cerca del 32 % de las personas con afasia tras un ictus desarrolla también depresión: el apoyo psicológico forma parte integral del tratamiento, no es un añadido opcional.
- La rehabilitación más eficaz combina logopedia intensiva y apoyo psicológico, con la participación activa de la familia para mejorar la calidad de la comunicación del día a día.

Suscríbete a la newsletter

Tu Suscríbete

He leído la política de privacidad y acepto la recepción de comunicaciones informativas y promocionales conforme al punto 4.C de la misma.

Si te ha gustado, compártelo

Aprende a cuidar de tu salud mental

Encuentra tu psicólogo

Unobravo es una plataforma de psicología online que te ayuda a encontrar el psicologo más adecuado para ti a través de un cuestionario.

- 100 % online, flexible y seguro
- Primera cita gratuita
- Elegido por más de 500.000 pacientes

+9.500 psicólogos en la plataforma

Trustpilot

¿Buscas ayuda para cuidar de ti? Encuentra tu psicólogo

Valorado **Excelente** en **Trustpilot**

unobravo Unobravo Servicios Psicólogos Empresas Idioma Inicia se

Disfruta de 10 € de descuento en tus 2 primeras sesiones con el código ATURITMO

con la afasia: un trastorno del lenguaje que puede aparecer de repente y afectar a cualquier persona, sin importar su edad, su nivel de estudios o sus capacidades cognitivas.

Es fundamental entender que la afasia **no afecta a la inteligencia**. Los pensamientos siguen ahí, la persona sigue ahí, pero el "puente" entre el pensamiento y la palabra está interrumpido.

Guías clínicas recientes sobre la evaluación y la rehabilitación de la afasia (Mancuso et al., 2025) señalan que alrededor del 30 % de las personas que sufren un ictus desarrollan este trastorno en la fase aguda.

El porcentaje asciende hasta el 69 % en pacientes con una lesión en el hemisferio izquierdo, la zona del cerebro que participa principalmente en el lenguaje. Son cifras que reflejan la importancia de conocer y reconocer a tiempo la afasia.

La afasia puede ser una experiencia profundamente desorientadora, tanto para quien la vive como para las personas de su entorno. Entender lo que ocurre y por qué es el primer paso para afrontarla con mayor consciencia.

Qué es la afasia

"Afasia" viene del griego y significa, de manera literal, **"sin habla"**. Una definición que encierra, en pocas sílabas, la dificultad —o a veces la imposibilidad— de usar el lenguaje para comunicarse, tanto cuando queremos expresar algo como cuando intentamos entender lo que dicen los demás.

Quien convive con la afasia no ha perdido la capacidad física de hablar. El problema no está en los músculos de la boca o de la garganta, sino en la forma en que el cerebro procesa y produce el lenguaje. Es una distinción fundamental para entender este trastorno.

La disartria, por ejemplo, tiene que ver con la dificultad muscular para articular los sonidos, como si a las cuerdas físicas del habla les costara moverse con normalidad.
La apraxia del habla, en cambio, es un problema de programación motora: el cerebro no consigue organizar los

¿Buscas ayuda para cuidar de ti? Encuentra tu psicólogo

Valorado Excelente en Trustpilot

unobravo Unobravo Servicios Psicólogos Empresas Idioma Inicia se

Disfruta de 10 € de descuento en tus 2 primeras sesiones con el código ATURITMO

afasia receptiva, en cambio, lo que se ve afectado es la **comprensión**: las palabras llegan, pero su significado se escapa.



Olly - Pexels

Por qué aparece: las causas de la afasia

Las causas de la afasia pueden ser diversas, pero todas tienen un elemento en común: un **daño en las áreas del cerebro** responsables del lenguaje.

La causa más frecuente es **el ictus**, una interrupción repentina del flujo de sangre al cerebro. En España se registran cada año alrededor de 90.000 nuevos casos de ictus, y más del 30 % de las personas que lo sobreviven quedan con algún grado de discapacidad o dependencia (Sociedad Española de Neurología, 2025). Por eso, la afasia suele ser una de las primeras señales de alarma, y reconocerla a tiempo puede marcar la diferencia.

Entre las otras **principales causas de la afasia** encontramos:

- **Traumatismos craneales**, como los provocados por accidentes o caídas.
- **Tumores cerebrales**, que pueden comprimir o dañar las áreas del lenguaje

¿Buscas ayuda para cuidar de ti? Encuentra tu psicólogo

Valorado Excelente en Trustpilot





Dormimos menos de lo que deberíamos y esto es más importante de lo que piensas para tu longevidad

Sin comentarios

hace 16 horas

Sara Hormigo
Editora

En España dormimos menos de lo que deberíamos y esto es algo que no puede pasar factura a largo plazo. El descanso es esencial para que el organismo se repare y la máquina, por decirlo de alguna manera, se reinicie para un nuevo día de actividad. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), el 54% de los adultos españoles no duerme las horas necesarias. **La media se sitúa entre las 6,5 y las 7,1 por debajo de las 7 a 9 horas que son las recomendadas por los expertos.**



Estilo de vida | Últimas noticias

¿Duermes menos de 7 horas? Consecuencias de dormir poco según el experto en longevidad Filippo Ongaro

Isabel Rodríguez ◆ 4 septiembre, 2026 08:53

Reconócelo: si duermes menos de siete horas, estás en el grupo del 54% de españoles que no descansa lo suficiente. Y no, no es una exageración de los neurólogos.

Según datos de la Sociedad Española de Neurología, los adultos deberían dormir entre siete y nueve horas. La media española se queda entre 6,5 y 7,1 horas. Vamos, que el déficit de sueño es casi la norma y no la excepción.

Al doctor Filippo Ongaro, experto en longevidad y médico de algunos astronautas de la Agencia Espacial Europea, no le tiembla la voz: dormimos poco y mal. En una entrevista recogida por Trendencias, deja claro que el descanso es una inversión en salud, no una pérdida de tiempo.

Privac

Publicidad

Qué le pasa a tu cuerpo cuando duermes menos de siete horas

Durante la noche, el cuerpo repara tejidos, regula hormonas y consolida la memoria. Ongaro insiste en que hay hormonas que solo se producen mientras duermes. Si recortas horas, la máquina no se reinicia.

El resultado no es solo cansancio. Es peor ánimo, peor concentración y más irritabilidad. **Dormir menos de lo necesario durante semanas no es una anécdota: es envejecimiento acelerado.**

NO SE TRATA SOLO DE DESCANSAR: CADA HORA DE SUEÑO ES UNA SESIÓN DE MANTENIMIENTO QUE TU CUERPO NO PUEDE APLAZAR.

Ritmos circadianos: el reloj que tu cuerpo no perdona

Los ritmos circadianos son el reloj interno de unas 24 horas que decide cuándo toca estar activo y cuándo toca apagar. Cuando anochece, tu organismo aumenta la melatonina; con la luz del día, la retira y sube el estado de alerta.

Te puede gustar Enlaces Patrocinados por Taboola

Telepizza | Medianas por solo 5'95€

Telepizza Compra ahora

Ongaro no se guarda nada: 'Somos una sociedad deprimida por dormir poco y mal. Tenemos que respetar los ritmos circadianos'. Y lo de respetar no es metafórico: hay que dormirse cuando se va el sol y levantarse cuando sale.

Privacidad

- Mantén un horario regular, incluso los fines de semana.
- Evita pantallas al menos 30-60 minutos antes de dormir.
- Limita la cafeína desde media tarde.
- Deja el dormitorio oscuro, fresco y silencioso.
- Haz ejercicio de forma habitual, pero no justo antes de acostarte.

También ayuda una rutina relajante antes de dormir: leer, meditar o estirar. Ongaro no vende fórmulas mágicas; habla de constancia.

No esperes a enfermar para cuidar el descanso

El experto critica una idea muy instalada: solo nos preocupamos por la salud cuando la perdemos. **La prevención, y no el parche, es lo que de verdad descolapsaría la sanidad.**

Tiene lógica. Estamos viendo cómo la esperanza de vida se estanca y la esperanza de salud empeora. El doctor Ongaro lo resume: la gente se enferma antes.

Publicidad

Si me preguntas, el mensaje es incómodo pero necesario. No necesitas un gimnasio de lujo ni un suplemento caro para dormir mejor. Necesitas apagar el móvil, cenar ligero y acostarte a una hora decente. Ya me contarás.

🧠 Para soltarlo en la cena

Tu cuerpo repara tejidos y regula hormonas solo mientras duermes.

Privacidad



7'

Medicamentos

Migranya: Sanidad niega fármacos modernos a 2 millones de españoles

Miles de pacientes con migraña crónica ven cómo se les niega el acceso a fármacos anti-CGRP, una esperanza real.

Descarga gratuita

Descarga fácil y 100% gratuita

Yolanda Martí Climent
05/09/2026 06:50

El dolor que te paraliza, que te roba los días, el trabajo, la vida social. La migraña es más que un dolor de cabeza; es una condena para millones de personas. Y ahora, cuando la ciencia nos ofrece una luz al final del túnel, la burocracia nos cierra la puerta. (Sí, nosotras también estamos indignadas).

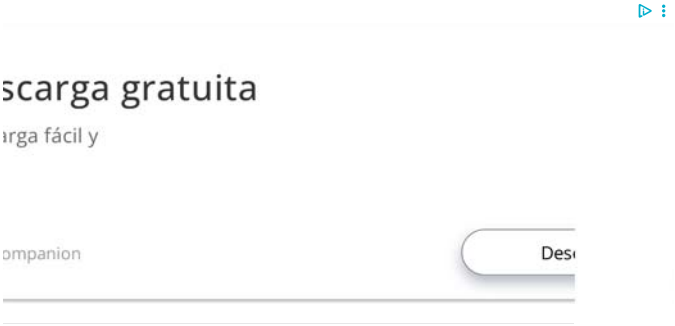
No te lo puedes perder



Saludbox

Suplementos para el cabello

Imagina que existe una solución casi milagrosa, un tratamiento que puede cambiarlo todo. Un fármaco que podría devolverte la vida, pero que te niegan. En España, esta es la cruda realidad para miles de afectadas.



La Sanidad española **veta el acceso** a unos fármacos modernos, conocidos como anti-CGRP. Son la **gran esperanza** para los dos millones de españolas (mayoritariamente mujeres, sí) que necesitan un tratamiento preventivo contra la migraña. Pero la verdad es que menos del 10% de estas mujeres pueden acceder a ellos. Eso es, menos de 20.000 personas. Una **negación** inexplicable.

La lucha contra un dolor invisible y un sistema restrictivo

Estos medicamentos, aprobados en Europa hace hasta ocho años, bloquean una molécula clave, la CGRP. Esta molécula es la **responsable** de la inflamación y el dolor incapacitante de la migraña. Su funcionamiento es sencillo: previenen los ataques o reducen drásticamente su intensidad. Hablaríamos de una **revolución real**.

Los beneficios son **imparables**. Los neurólogos nos cuentan que, si antes ya nos conformábamos con reducir a la mitad los días de migraña, con los anti-CGRP un 25% de los pacientes logran **reducirlos a cero**. Y esto incluye también todos los síntomas asociados: náuseas, fotosensibilidad, etc. Es un **cambio radical** para la calidad de vida.



> Esta restricción, al fin y al cabo, es una barrera económica que nos condena a tratamientos obsoletos y menos eficaces.

Pero, ¿cu
que los e
candidat

nuestras autoridades han puesto el listón altísimo. En España, debes sufrir al menos **ocho días de migraña** al mes y, además, haber probado ya **tres tratamientos previos**. Tratamientos, por cierto, menos eficaces y con más efectos secundarios. Es absurdo.



Condenados a terapias del siglo pasado

La Sociedad Española de Neurología (SEN), junto con la Asociación Española de Migrañas y Cefaleas (Aemice) y la Fundación Española de Cefaleas, ya han alzado la voz. Enviaron una carta a Sanidad pidiendo la eliminación de estas restricciones. ¿La respuesta? Una **negativa contundente**, sin firma personal, y con el argumento de que «no se revisarán las normas hasta que no se estabilice su prescripción». (Nosotras diríamos que es la pescadilla que se muerde la cola).

El doctor Robert Belvís, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN, lo califica de «respuesta surrealista». No se puede saber cuántos pacientes necesitan el fármaco si no se les permite acceder a él. Es una lógica que **desafía el sentido común**.

Esta situación nos obliga a recurrir a medicamentos «de otra época». El Topiramato, por ejemplo, se basa en ensayos de 2007. Pero el Propranolol tiene estudios ¡de los años 80! Sí, la Sanidad nos está obligando a ofrecer medicamentos con **evidencias científicas de hace cuatro décadas**. Un **error gravísimo** para nuestra salud.



El coste oculto de una decisión política

La resistencia a levantar estas restricciones se debe, según los expertos, **puramente a razones económicas**. Se prioriza el ahorro a corto plazo sobre la calidad de vida y la efectividad del tratamiento. Y esto tiene un **precio altísimo** para las personas afectadas y para nuestro sistema de salud.

Además, Sanidad mantiene estos fármacos como **dispensación hospitalaria**. Esto significa que no los podemos adquirir en la farmacia de calle. La única opción, si no cumplimos los criterios o si queremos acceder rápidamente, es el circuito sanitario privado. Aquí, el coste inicial del medicamento, que puede ser de entre 100 y 200 euros, se puede **multiplicar hasta más de 500 euros**, sin contar las consultas y pruebas. Un **gasto inasumible** para la mayoría.

> Forzar a millones de mujeres a tratamientos del siglo pasado cuando la ciencia ha avanzado es una irresponsabilidad. Mi consejo: no callar.



Otros países europeos ya se están moviendo. En Alemania y Portugal, ya se pueden adquirir estos fármacos en las farmacias, de modo que la prescripción es más accesible. Pero España, una vez más, se queda en el «núcleo duro». Nos exigen probar tres fármacos antiguos y **esperar que el paciente esté el doble de mal** para [illegible] **tortura ai**

La comunidad médica reclama **prescribir con libertad**, reducir el umbral de días de migraña a cuatro, eliminar la necesidad de tres tratamientos previos y que la dispensación pase a las farmacias, con la posibilidad de que la receten médicos de familia o incluso pediatras. Una **solución** a nuestro alcance.

¿Cuántas vidas tendremos que ver destrozadas por la migraña antes de que se prioricen la salud y la evidencia científica sobre los intereses económicos?

Nou comentari

Comentario *

Nombre *

Publicar el comentario



8'

Bienestar

Filippo Ongaro, el reputado experto en longevidad: «Dormir poco y mal nos deprime; urge respetar los ritmos circadianos»

El experto en longevidad Filippo Ongaro alerta que la privación del sueño deprime a la sociedad y desequilibra sus ritmos biológicos.

Yolanda Martí Climent
06/09/2026 07:30

Nos movemos por la vida como autómatas. En el trabajo, con los niños, entre pantallas y más pantallas. Parece que hay un precio a pagar por este ritmo infernal. Y ese precio, muchas veces, lo pagamos con nuestro sueño. Lo hacemos cada noche.

ratuita

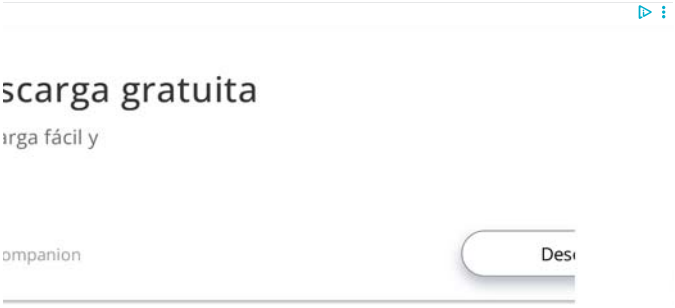
iita

La mayoría de nosotros sabemos que dormir poco es malo. Pero, ¿realmente entendemos la magnitud del daño? ¿El impacto silencioso que tiene stra salud y, s

Firma la petición ahora
La UE podría ampliar las deportaciones. Firma para defender el derecho de a
CEAR

> Mi conclusión es clara: si no priorizamos el descanso, nuestro cuerpo y nuestra mente lo pagarán. No hay escapatoria.

Filippo Ongaro, una **autoridad mundial en longevidad**, lo ha dicho bien claro. Este médico, que incluso ha cuidado la salud de astronautas de la Agencia Espacial Europea, ha lanzado una advertencia masiva. Somos una sociedad, según él, **profundamente deprimida** por una razón que nos afecta a todos: dormimos poco y, además, dormimos mal. La alarma se ha activado.



Las cifras lo corroboran sin miramientos. Aquí, en nuestro país, la **Sociedad Española de Neurología** (SEN) ya dio la voz de alarma. Más de la mitad de los adultos, un **54% escalofriante**, no cumple con las horas de sueño necesarias. El promedio se estanca entre 6,5 y 7,1 horas. Estamos por debajo del mínimo recomendado. (Sí, nosotros también nos preguntamos si alguna vez cumplimos).

Ongaro es tajante. El sueño debería ser una **prioridad indiscutible** en nuestra rutina. Se sitúa justo después de la nutrición, el ejercicio y la gestión del estrés. No es un lujo, es una **necesidad biológica urgente**. Y su visión es radical: no debemos esperar que la enfermedad toque a la puerta. La **prevención** es el único camino. Hay que actuar ahora mismo.

La verdad incómoda de nuestra salud diaria

El problema central es nuestra propia actitud. Somos **banales con la salud**, explica Ongaro. Solo la valoramos de verdad cuando ya la hemos perdido. No la cuidamos en el día a día con pequeños gestos. Beber poca agua, co
poca pro
de la salu
anomalía

Esta negligencia tiene un coste inmenso. Los sistemas de salud están **colapsando** por todas partes. Tanta mala salud ya es totalmente insostenible. Tenemos una **responsabilidad colectiva** de cuidarnos. Por nosotros y por los que nos rodean. Este es su aviso. Una verdad que nos golpea directamente en nuestro día a día y en nuestro futuro.



El engaño de la esperanza de vida: ¿qué está pasando realmente?

Cuando hablamos de esperanza de vida, los datos nos pueden confundir. Sí, vivimos más años, pero hay que matizar. En España, por ejemplo, se habla de 83-84 años. Pero la mayor parte de este incremento viene de la **reducción de la mortalidad infantil**. No de un mejor tratamiento de la edad avanzada. Esto es **un secreto a voces** que pocos explican con esta claridad.

La realidad es que la expectativa de vida no está aumentando como creíamos. Y, lo más preocupante, es que la **expectativa de salud está empeorando**. La gente se enferma antes. (Y sí, este es un **dato que debería alarmarnos** a todos). Debemos preguntarnos por qué sucede esto. La respuesta, según el experto, está en nuestro día a día.

El sueño es, pues, la pieza clave en este rompecabezas. Durante el descanso nocturno, el cuerpo realiza un trabajo vital. Repara tejidos dañados. Regula hormonas esenciales para la vida. Consolida la memoria. Recupera el equilibrio físico y mental. Es un taller de reparación que no podemos permitirnos tener cerrado.

> Mi ma
> Ignora

Filippo Ongaro nos lo dice sin rodeos:

> Dormir es absolutamente fundamental, somos una sociedad deprimida por dormir poco y mal. La mayoría de las personas no duermen lo suficiente, y esto impide la producción de hormonas. Hay ciertas hormonas que se producen solamente durante la noche cuando duermes. Y hay que respetar los ritmos circadianos, es decir, dormirse cuando se pone el sol y levantarse cuando sale.



El poder oculto de los ritmos circadianos: tu reloj interno

Esta es la clave. Los **ritmos circadianos** son nuestro reloj biológico interno. Regulan funciones vitales durante aproximadamente 24 horas. Cuando se acerca la noche, nuestro organismo se prepara. Aumenta la producción de melatonina, la hormona del sueño. Con la luz del día, disminuye y aumenta el estado de alerta. Es un ciclo perfecto que hemos aprendido a ignorar. (Un **error definitivo** para nuestra salud).

Estos ritmos ayudan a nuestro cuerpo a saber cuándo estar activo y cuándo descansar. Pero nosotros, con nuestra vida moderna y nuestras pantallas, los desregulamos constantemente. Esto tiene un impacto **devastador**. Nos cuesta dormirnos. Nos despertamos cansados. El círculo vicioso se retroali
noche tra

La soluci
del sueñ

recomendadas. Evita las pantallas antes de ir a la cama. Limita la cafeína y los estimulantes. Prepara un ambiente adecuado en el dormitorio. Haz ejercicio de forma habitual. Y crea una rutina relajante antes de dormir: lee, medita, estírate. Son pequeños cambios, un **truco sencillo**, con un impacto gigante.



La inversión definitiva en tu futuro

Dormir bien no es un gasto de tiempo. Es una **inversión estratégica** en tu salud. Un descanso suficiente y de calidad permite a tu organismo recuperarse por completo. Esto te permitirá afrontar mejor el día a día. Y, en definitiva, el paso de los años. Llegar a edades avanzadas con la mayor autonomía y bienestar posible. Sin dependencias. Con tu mente clara. Tu cuerpo preparado.

La verdad es esta: puedes cambiar tu futuro. Puedes **evitar el colapso** de tu propio cuerpo. La información ya la tienes. ¿Qué harás con ella esta noche? Es el momento de tomar las riendas.

Salud mental

Nou comentari

Comentario *

med

UNA REVISTA DIGITAL DEL ECOSISTEMA FIDYS
RIGOR · INDEPENDENCIA · UTILIDAD · PLURALIDAD

Pulso Médico

COMPRENDER EL PRESENTE · ANTICIPAR LA SANIDAD

REPORTAJES · NEUROLOGÍA

Migraña: una enfermedad incapacitante todavía rodeada de infradiagnóstico e incomprensión

La migraña afecta a millones de personas en España y puede condicionar el trabajo, las relaciones y la vida cotidiana incluso entre una crisis y la siguiente. Sin embargo, continúa normalizándose como un simple dolor de cabeza. Reconocer su impacto, diagnosticarla correctamente y prevenir su...

EDUCAMED
6 Sep 2026 · 10 min de lectura

COMPARTIR LinkedIn X Correo Copiar enlace





> La migraña afecta a millones de personas en España y puede condicionar el trabajo, las relaciones y la vida cotidiana incluso entre una crisis y la siguiente. Sin embargo, continúa normalizándose como un simple dolor de cabeza. Reconocer su impacto, diagnosticarla correctamente y prevenir su cronificación sigue siendo un desafío sanitario.

Mucho más que un dolor de cabeza

La migraña es una enfermedad neurológica caracterizada por crisis recurrentes. El dolor suele ser moderado o intenso, puede ser pulsátil y empeorar con la actividad habitual. Con frecuencia se acompaña de náuseas y de una especial sensibilidad a la luz y al ruido. Algunas personas presentan también aura, con síntomas neurológicos transitorios, generalmente visuales o sensitivos.

Una crisis no siempre comienza ni termina con el dolor. Horas o incluso días antes pueden aparecer cansancio, cambios de humor, dificultad para concentrarse o mayor sensibilidad a determinados estímulos. Después, cuando el dolor ha desaparecido, algunas personas continúan sintiendo agotamiento y lentitud mental.

Según la Organización Mundial de la Salud, las crisis suelen durar entre **4 y 72 horas** cuando no reciben tratamiento o este no resulta eficaz. Su intensidad puede impedir trabajar, estudiar, conducir, cuidar de otras

personas o realizar actividades cotidianas.

Reducir la migraña a una cefalea intensa significa ignorar buena parte de la enfermedad. También significa infravalorar el esfuerzo de quien intenta continuar con su vida mientras soporta el dolor, las náuseas, la alteración sensorial y el temor a que llegue una nueva crisis.

5 M+

PERSONAS EN ESPAÑA
ESTIMACIÓN DE POBLACIÓN AFECTADA DIFUNDIDA POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA

13,1 %

PREVALENCIA ANUAL
ESTIMADA EN POBLACIÓN ADULTA ESPAÑOLA EN UN ESTUDIO NACIONAL PUBLICADO EN 2025

20,4 %

DISCAPACIDAD GRAVE
PROPORCIÓN COMUNICADA POR LAS PERSONAS CON MIGRAÑA PARTICIPANTES EN ESE ESTUDIO

35,8 %

PRODUCTIVIDAD AFECTADA
PÉRDIDA MEDIA DE PRODUCTIVIDAD LABORAL ESTIMADA ENTRE SUS PARTICIPANTES

Una enfermedad frecuente con una carga poco visible

La Sociedad Española de Neurología estima que la migraña afecta a **más de cinco millones de personas en España**. Una investigación nacional publicada en 2025, basada en una encuesta realizada en 2022 a 7.002 adultos, calculó una prevalencia anual del **13,1 %**.

La distribución no es uniforme. En ese estudio, la prevalencia estimada alcanzó el **17,7 % entre las mujeres** y el **8,2 % entre los hombres**. Es diferencia obliga a considerar la relación de la migraña con las distin

etapas hormonales y reproductivas, pero también su repercusión social y laboral en edades de gran actividad personal y profesional.

La discapacidad que produce puede permanecer oculta. Hay personas que no faltan al trabajo, pero reducen su rendimiento, evitan reuniones, aplazan decisiones o intentan completar la jornada con dolor. El estudio nacional estimó una pérdida media de productividad laboral del **35,8 %** entre las personas con migraña incluidas en la investigación.

El impacto tampoco se limita al empleo. Una crisis puede alterar la vida familiar, impedir el descanso, cancelar actividades sociales y dificultar el cuidado de hijos, mayores o personas dependientes. A ello se suma la incertidumbre: no saber cuándo aparecerá el siguiente episodio también condiciona la planificación de la vida cotidiana.

La migraña es, por tanto, una enfermedad episódica en su manifestación, pero potencialmente continua en sus consecuencias.

Durante la crisis

El dolor puede acompañarse de náuseas, vómitos, fotofobia, fonofobia y empeoramiento con el movimiento. Algunas personas necesitan interrumpir completamente su actividad y permanecer en un lugar oscuro y silencioso. La intensidad y la duración varían entre pacientes e incluso entre episodios de una misma persona.

Entre las crisis

La enfermedad puede seguir presente mediante cansancio, dificultad para concentrarse, ansiedad anticipatoria y cambios en la organización personal. El temor a una nueva crisis lleva a veces a evitar viajes, compromisos, ejercicio o actividades que la persona considera posibles desencadenantes.



Cuando el dolor se normaliza

Muchas personas tardan en consultar porque han convivido con cefaleas desde jóvenes, existen antecedentes familiares o interpretan los episodios como una respuesta inevitable al estrés, la menstruación o la falta de sueño. Otras recurren repetidamente a medicamentos sin haber recibido un diagnóstico preciso.

La normalización tiene consecuencias. Sin una valoración adecuada, resulta difícil diferenciar la migraña de otras cefaleas, identificar el riesgo de cronificación, reconocer un uso excesivo de medicación o establecer una estrategia adaptada a la frecuencia y al impacto de las crisis.

El infradiagnóstico sigue siendo relevante. El estudio español **OVERCOME**, realizado entre 2020 y 2021 con más de 10.000 participantes que cumplían criterios modificados de migraña o declaraban haber sido diagnosticados, encontró que solo el **56,2 %** tenía un diagnóstico confirmado por un profesional sanitario.

Diagnosticar no consiste únicamente en poner nombre al dolor. Pern.

explicar qué está sucediendo, establecer expectativas realistas, acordar un tratamiento para las crisis, valorar la necesidad de prevención y ofrecer criterios claros de seguimiento.

La consulta de Atención Primaria como punto decisivo

La mayoría de las cefaleas pueden comenzar a estudiarse y tratarse desde Atención Primaria. La historia clínica continúa siendo la herramienta fundamental: características del dolor, frecuencia, duración, síntomas asociados, antecedentes, tratamientos utilizados e impacto sobre la actividad.

Un calendario de cefaleas puede aportar información que la memoria no siempre conserva con precisión. Registrar durante varias semanas los días de dolor, su intensidad, los síntomas, la menstruación y los medicamentos utilizados ayuda a identificar patrones y evaluar la respuesta al tratamiento.

La consulta también permite detectar elementos que requieren una valoración diferente. No todo dolor de cabeza recurrente es migraña y no toda cefalea nueva debe interpretarse como una manifestación de una enfermedad previa.

Según la guía de cefaleas de NICE, actualizada en 2025, deben valorarse especialmente situaciones como:

- Dolor de aparición súbita que alcanza su máxima intensidad en pocos minutos.
- Cefalea acompañada de fiebre y empeoramiento.
- Déficit neurológico, alteración de la conciencia o cambios cognitivos de nueva aparición.
- Dolor posterior a un traumatismo reciente.

- Cefalea desencadenada por ejercicio, tos o maniobras de esfuerzo.
- Cambio sustancial en las características de una cefalea conocida.
- Cefalea nueva en personas con inmunosupresión o determinados antecedentes oncológicos.

Estas circunstancias no significan necesariamente que exista una causa grave, pero sí justifican una evaluación específica y la consideración de nuevas pruebas o derivación.

Nombrar correctamente la enfermedad

Diferenciar la migraña de otras cefaleas permite explicar el problema y elegir una estrategia adecuada.

Medir frecuencia e impacto

Los días de dolor no bastan; también importa cuánto limita cada crisis y cómo afecta a la vida entre episodios.

Revisar el uso de medicación

El consumo frecuente de tratamientos para las crisis puede contribuir al desarrollo de cefalea por uso excesivo.

Prevenir la cronificación

Un seguimiento adecuado ayuda a detectar el aumento de frecuencia y valorar medidas preventivas a tiempo.

El riesgo de tratar cada crisis sin revisar el conjunto

Cuando la migraña se aborda únicamente episodio a episodio, puede pasar inadvertido que las crisis son cada vez más frecuentes, que el tratamiento ha perdido eficacia o que el consumo de medicación está aumentando.

La cefalea por uso excesivo de medicamentos es una complicación

especialmente importante. Puede aparecer cuando determinados tratamientos agudos se utilizan de manera frecuente y sostenida. El resultado es un círculo difícil de reconocer: se toma medicación porque duele la cabeza, pero el patrón de consumo puede contribuir a mantener o agravar la cefalea.

Por eso conviene revisar periódicamente:

- Número de días de cefalea al mes.
- Número de días con características de migraña.
- Medicación empleada y frecuencia de utilización.
- Eficacia y tolerabilidad del tratamiento.
- Limitación laboral, familiar y social.
- Calidad del sueño y hábitos cotidianos.
- Presencia de ansiedad, depresión u otras comorbilidades.
- Necesidad de tratamiento preventivo o valoración especializada.

La migraña crónica se caracteriza por cefalea durante **15 o más días al mes**, con características de migraña en una parte de esos días y durante un periodo mantenido. Llegar a esa situación no es inevitable. Detectar pronto el aumento de frecuencia permite revisar factores modificables y ajustar el abordaje.

Tratar a la persona, no solamente el número de crisis

La experiencia de la migraña es distinta en cada paciente. Dos personas con la misma frecuencia pueden presentar grados de discapacidad muy diferentes. Una puede responder bien al tratamiento y recuperar rápidamente su actividad; otra puede necesitar permanecer aislada c horas y continuar afectada al día siguiente.

El plan debe construirse considerando las preferencias, la edad, las comorbilidades, los riesgos, la etapa reproductiva, la respuesta a tratamientos anteriores y el impacto real de la enfermedad.

También es importante evitar que la responsabilidad recaiga por completo sobre el paciente. Mantener horarios regulares de sueño y comidas, realizar ejercicio, hidratarse y reconocer posibles desencadenantes puede ayudar, pero la migraña no aparece porque una persona no se cuide suficientemente. Es una enfermedad neurológica que requiere comprensión, diagnóstico y tratamiento.

La educación sanitaria debe servir para aumentar el control sobre la enfermedad, no para culpabilizar.



Un problema clínico, social y laboral

La Organización Mundial de la Salud sitúa la migraña entre las enfermedades neurológicas que generan una mayor carga de discapacidad. Pese a ello, continúa siendo una enfermedad infravalorada porque s síntomas no siempre son visibles y porque muchas personas intentan

mantener su actividad durante las crisis.

Mejorar su abordaje requiere actuar en varios niveles. Los pacientes necesitan reconocer que el dolor recurrente merece una consulta. Los profesionales necesitan herramientas para realizar un diagnóstico positivo, descartar señales de alarma, identificar el riesgo de cronificación y seleccionar el seguimiento más adecuado. Los entornos laborales y familiares necesitan comprender que una crisis no equivale a una molestia menor.

Atención Primaria ocupa una posición esencial porque puede reconocer patrones, acompañar al paciente en el tiempo, vigilar la evolución y coordinar la atención con neurología cuando resulte necesario.

El objetivo no es prometer la desaparición completa de todas las crisis. Es reducir su frecuencia e intensidad, recuperar capacidad funcional y evitar que la migraña determine silenciosamente la vida de quien la padece.

Del reconocimiento de la enfermedad a una respuesta compartida

La migraña necesita mejores diagnósticos, tratamientos individualizados y un seguimiento capaz de prevenir su cronificación. Pero también necesita dejar de ser invisible.

Romper ese silencio significa reconocer el impacto de la enfermedad, escuchar a las personas que la padecen y comprender las dificultades que encuentran para acceder a un diagnóstico y una atención adecuados. Significa también reunir a profesionales, pacientes, instituciones y otros agentes sanitarios para identificar qué está fallando y qué puede cambiarse.

Desde esta perspectiva surgen dos iniciativas complementarias. La p
Sesión Clínica del Aula SEMERGEN-FIDYS sobre migraña y otras cefa

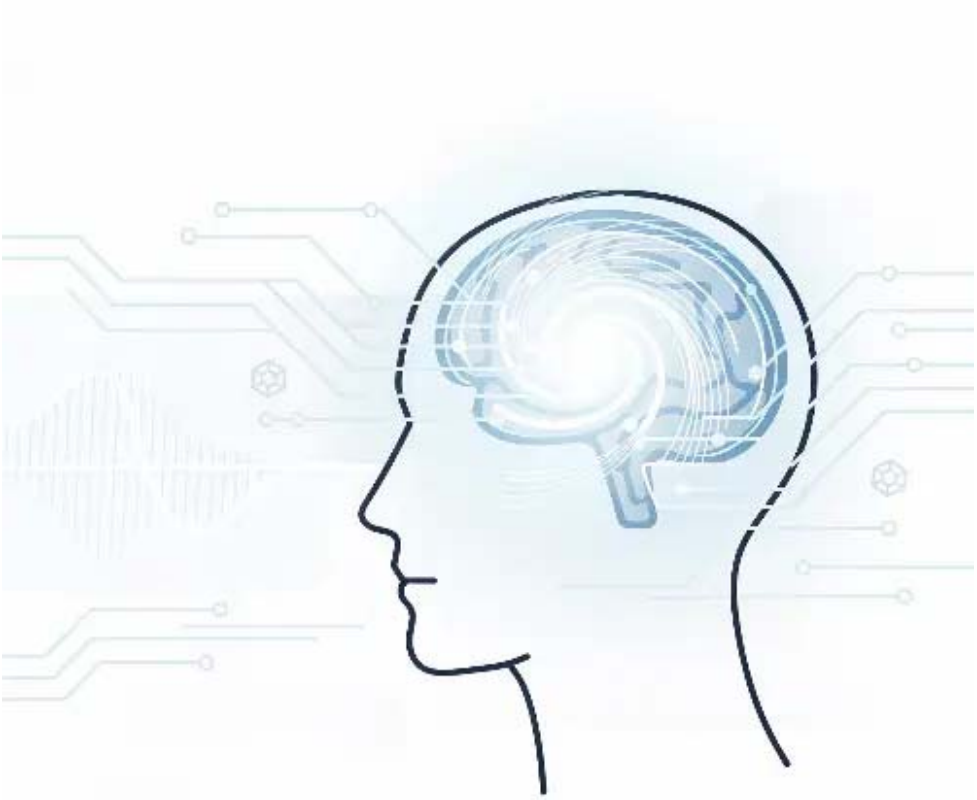
permitirá profundizar en su abordaje desde la práctica. Por su parte, el Reto FIDYS **Migraña, rompiendo el silencio** plantea una conversación más amplia sobre el diagnóstico tardío y sobre cómo construir una Atención Primaria capaz de cambiar la vida de millones de pacientes.

La sesión clínica ofrece conocimiento aplicable para mejorar la atención. El Reto FIDYS abre un espacio de diálogo con referentes del ámbito sanitario para escuchar distintas perspectivas, debatir necesidades y transformar las conclusiones en propuestas.

El objetivo no es únicamente hablar más sobre migraña. Es convertir el conocimiento y el diálogo en respuestas que ayuden a reconocerla antes, tratarla mejor y reducir su impacto.

Fuentes consultadas

- Migraña y otras cefaleas, Organización Mundial de la Salud, actualización de octubre de 2025.
- Día Internacional de Acción contra la Migraña 2025, Sociedad Española de Neurología.
- Prevalence, disability, and economic impact of migraine in Spain, estudio nacional publicado en 2025.
- Burden and Unmet Needs in Migraine Patients: OVERCOME Spain, estudio observacional realizado en España.
- Headaches in over 12s: diagnosis and management, guía NICE actualizada en junio de 2025.
- Clasificación Internacional de las Cefaleas ICHD-3, International Headache Society.



Sesión Clínica sobre migraña y otras cefaleas

Actualización clínica para profundizar en el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento desde Atención Primaria.



Migraña, rompiendo el silencio

Un Reto FIDYS para avanzar desde el diagnóstico tardío hacia una Atención Primaria

capaz de mejorar la vida de millones de pacientes.

PRÓXIMA SESIÓN CLÍNICA

La actualización y el diálogo son dos pasos necesarios para reconocer antes la migraña, mejorar su abordaje y reducir el impacto que produce en la vida de los pacientes.

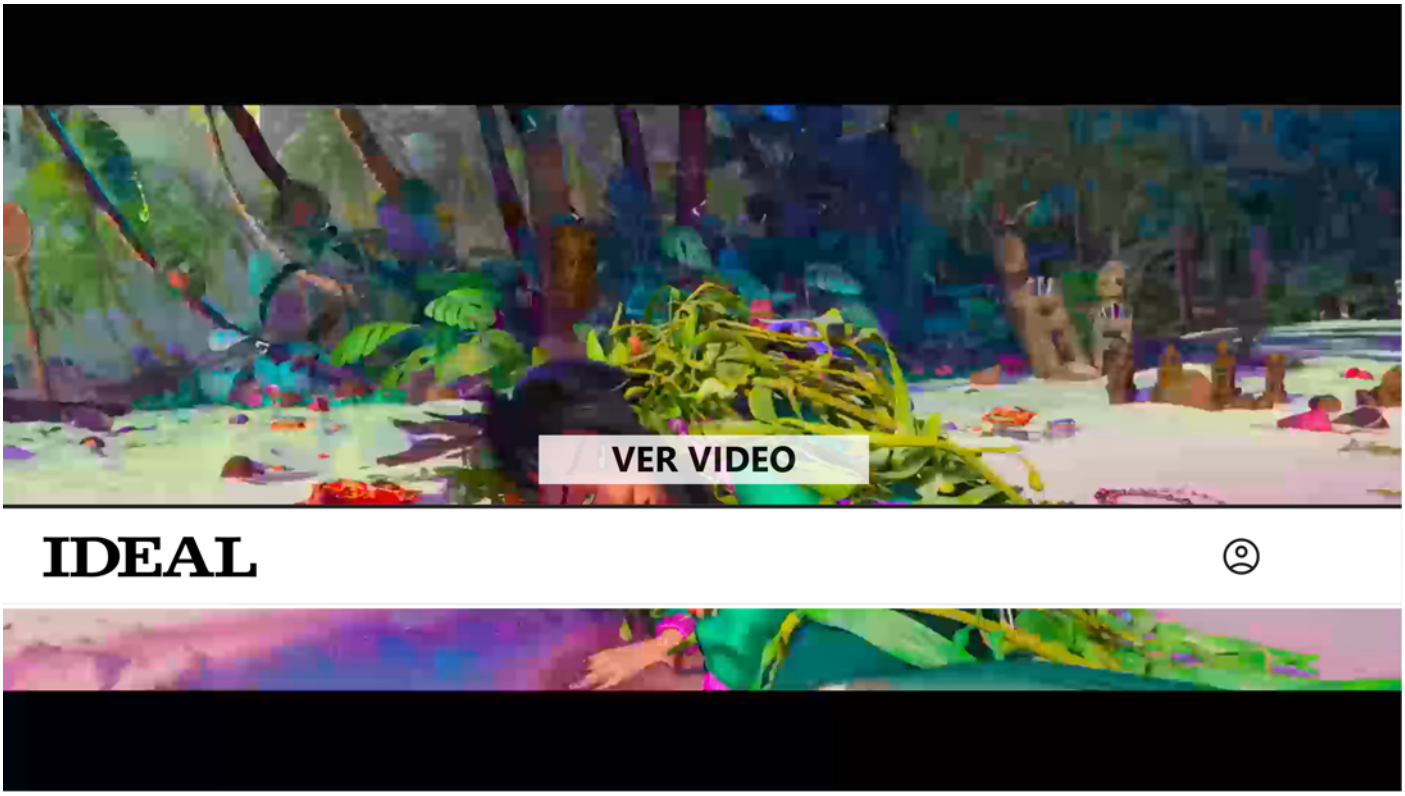
CONOCE LA SESIÓN CLÍNICA

FUNDACIÓN FIDYS

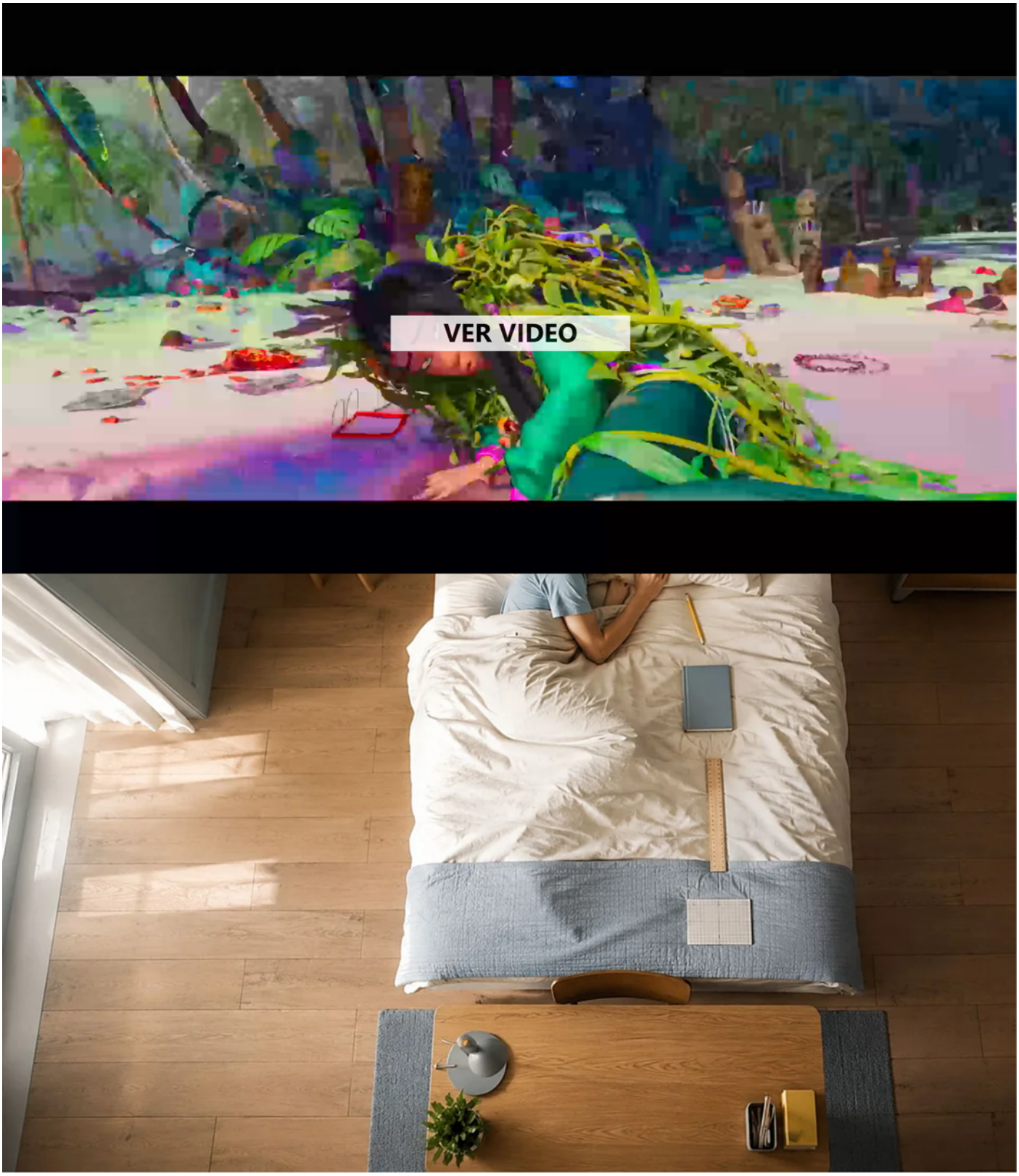
ETIQUETAS Atención Primaria | Aula SEMERGEN-FIDYS | FIDYS | Neurología | Sanidad en clave de futuro

Más en Reportajes

VER SECCIÓN



¿En qué te puede ayudar un administrador de fincas?
Colegio admin. de fincas
Seguir leyendo >



06/09/2026 a las 23:46h.

¿En qué te puede ayudar un administrador de fincas?

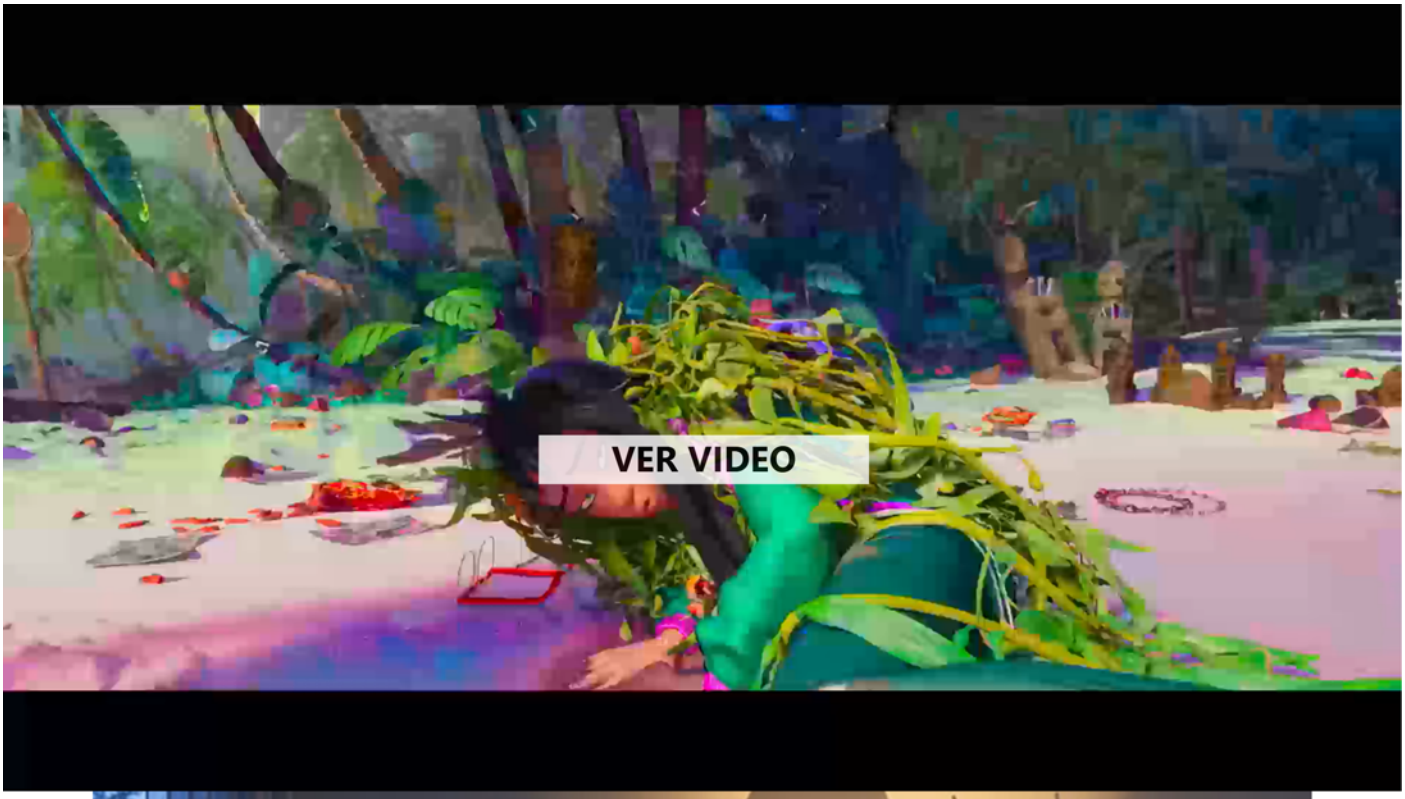
Colegio admin. de fincas

Seguir leyendo >

colar, matrículas
n del arranque de curso.
tiempo y dinero a
evo año empiece bien:
libros, ropa, tecnología, actividades extraescolares. Y sin embargo,



¿En qué te puede ayudar un administrador de fincas?
Colegio admin. de fincas
Seguir leyendo >





En términos prácticos: un estudiante que duerme mal rinde menos en clase, retiene menos lo que estudia y necesita más tiempo para hacer lo mismo que haría con un descanso adecuado. Es uno de los factores de rendimiento más fácilmente corregibles, y uno de los más ignorados.

¿En qué te puede ayudar un administrador de fincas?
Colegio admin. de fincas
Seguir leyendo >

ece en la etapa de

ıerpo crece y cambia con
ra un niño de ocho años
puede no serlo en absoluto para el mismo chico con trece, cuando



diferencian de los colchones para adultos, adaptadas a las necesidades del cuerpo en desarrollo:

- Firmeza media-alta, que favorece una postura correcta de la columna durante las horas de crecimiento nocturno, sin la rigidez excesiva que dificulta el descanso.

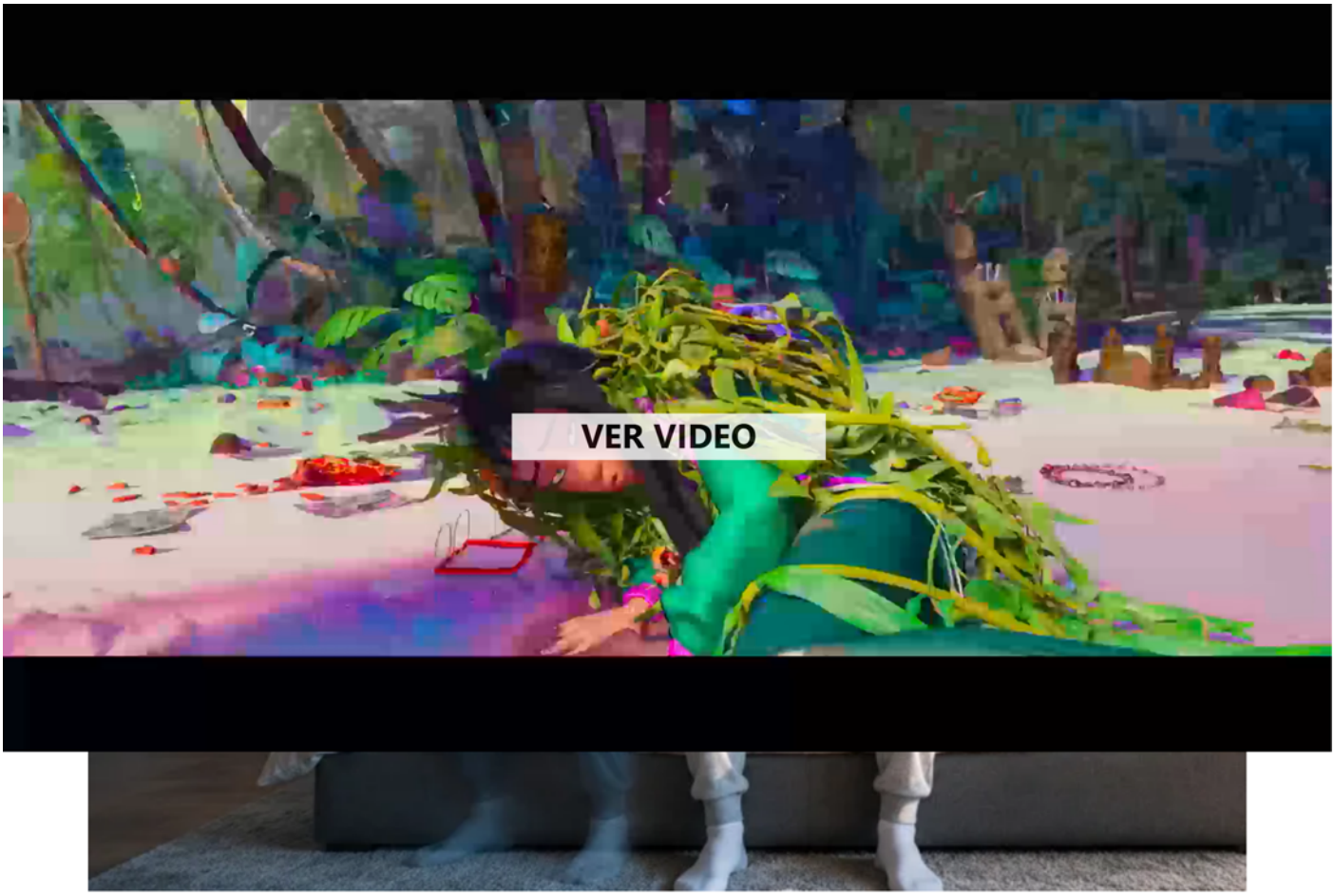
- Buena transpirabilidad, especialmente importante en jóvenes que duermen con más temperatura corporal y tienden a sudar más durante el sueño.

- Materiales hipoalergénicos, que reducen la exposición a ácaros y alérgenos en una etapa en que las alergias respiratorias son frecuentes.

- Adaptabilidad al crecimiento, con modelos que funcionan bien en un rango amplio de peso y altura para no quedarse obsoletos en pocos años.

¿En qué te puede ayudar un administrador de fincas?
Colegio admin. de fincas
Seguir leyendo >

t —disponible en
íficamente para este
tados a las necesidades
escanso en etapa de



No solo los jóvenes: el descanso adulto también condiciona el rendimiento del hogar

El rendimiento académico de los hijos depende del descanso de los hijos, pero el funcionamiento de toda la familia depende también del descanso de los adultos. Un padre o una madre que no duerme bien tiene menos paciencia, más fatiga acumulada y menor capacidad de atención para acompañar el día a día del curso. La vuelta al cole es, en ese sentido, un buen momento para revisar el estado del equipo de descanso de toda la casa, no solo de las habitaciones juveniles.

Descanso y salud del sueño: una inversión con retorno inmediato

¿En qué te puede ayudar un administrador de fincas?
Colegio admin. de fincas
Seguir leyendo >

ación o desarrollo
so se notan rápido.
e colchones en Granada
precisamente porque
han identificado ese patrón: el joven duerme las horas que debe,



¿Con qué frecuencia hay que cambiar el colchón de una habitación juvenil? Con más frecuencia que el de un adulto, dado el ritmo de crecimiento. Se recomienda revisar el colchón de una habitación juvenil cada 5-7 años, o antes si hay un cambio significativo en el peso o la altura del joven, o si aparecen señales de cansancio o molestias al levantarse.

¿Qué tipo de colchón es mejor para un adolescente? En general, una firmeza media-alta con buena transpirabilidad y materiales hipoalergénicos es la combinación más recomendada para adolescentes, ya que favorece una postura correcta, reduce el calor nocturno y minimiza la exposición a alérgenos.

¿Dónde puedo recibir asesoramiento sobre colchones juveniles en Granada? En cualquiera de las tiendas de colchones en Granada de MiColchón, donde los Colchonólogos® analizan las necesidades concretas del joven antes de hacer ninguna nuestra filosofía de

¿En qué te puede ayudar un administrador de fincas?
Colegio admin. de fincas
Seguir leyendo >

La lista del nuevo curso está casi siempre completa en lo que se

Mira tu plato, no el celular

0
Votos



El cerebro es incapaz de procesar dos tareas complejas a la vez y lo que hace para compensar es cambiar de un estímulo a otro.

lunes, 7 de septiembre de 2026

Agencia/Reforma

¿Eres de los que come con el celular en la mano? Lo que se ha convertido en un hábito común para aumentar la productividad, combatir el aburrimiento o sentirse menos solo podría ocasionar desde malestares estomacales hasta un mayor riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad.

Relacionado

Cuida del calor tus alimentos (31/08/2026)

Conoce los tipos de depresión (24/08/2026)

¿Qué provoca la ciclosporiasis y cómo se contagia? (17/08/2026)

Diabetes y obesidad; la opción: el ayuno (10/08/2026)

Preocupa descuido de la salud hepática (03/08/2026)

Degeneración Macular (27/07/2026)

Ejercicio un 'gran fármaco' contra el cáncer (20/07/2026)

Casos de cáncer se duplicarán en 2050: OMS (13/07/2026)

Atención dividida

"El cerebro, para realizar cualquier actividad, utiliza ciertas vías neurológicas para poder mantener la atención en cada una de ellas", explica Leticia Alejandra Olguín Ramírez, neuróloga en Christus Muguerza.

"La atención es un proceso complejo, tanto neurológico como psicológico, en el cual nosotros no podemos apagar o encender o meter muchas actividades a la par".

Hoy, señala, se ha difundido la idea equivocada de que el ser humano puede hacer multitasking, que es la capacidad de realizar varias actividades al mismo tiempo.

La realidad es que el cerebro es incapaz de procesar dos tareas complejas a la vez y lo que hace para compensar es cambiar de un estímulo a otro.

Pero eso tiene un costo: demanda mucha energía y no se presta total atención a ninguna.

"Sabemos que, si intercalamos actividades, un 40 por ciento de lo que deberíamos de percibir se pierde".

Alimentarse es un proceso en el que participan varias partes del cuerpo, entre ellas un sistema que trabaja para detectar la saciedad.

Cuando se divide la atención entre la comida y la pantalla, ese mensaje que indica "ya estoy lleno" para dejar de comer no se recibe como debería.

"Si mi cerebro no está percibiendo lo que estoy haciendo, nunca voy a tener esa percepción de que ya hubo una saciedad completa", añade Olguín.

Esto puede llevar a comer mayor cantidad, con una estimación de entre el 15 y el 30 por ciento extra de calorías, según algunos estudios al respecto, así como a una mayor ingesta entre comidas.

Por lo tanto, el riesgo de sobrepeso y obesidad se incrementa.

Mala digestión

Antes del celular, la televisión solía ser uno de los distractores principales e, incluso, muchas familias tenían como costumbre compartir alimentos frente a este aparato.

Y, aunque este hábito también tiene sus repercusiones, usar los dispositivos digitales puede tener mayor impacto.

"El celular requiere de estar leyendo, de estar interactuando, de estar informándonos y de ser activos mecánicamente", señala el médico internista y gastroenterólogo Oswaldo Sánchez, profesor en la Universidad de Monterrey.

"También requiere procesos de pensamiento, muchas veces estamos decidiendo, y eso implica mucha distracción, mayor consumo de energía a nivel cerebral".

En estos tiempos es frecuente observar personas comiendo mientras contestan mensajes del trabajo o deslizan el dedo entre videos de redes sociales.

Comer más por estar distraído no solamente puede llevar a un incremento de peso, añade el gastroenterólogo Sánchez.

"Si hay mayor consumo de energía, obviamente va a haber mayor ingesta de alimento, mayor tiempo para que el estómago se vacíe y puede ser un factor para que haya más episodios de reflujo gástrico", detalla.

La atención fragmentada también lleva a masticar menos y más rápido, así como a ingerir más aire, lo que puede hacer la digestión más pesada, provocar hinchazón abdominal y otras molestias.

Algunos estudios también han encontrado un patrón en el tipo de alimentos que elige una persona cuando tiene un distractor como el celular, destaca Sánchez.

"Por ejemplo, optan más por comidas aparentemente de más fácil digestión, que no requieran tantos movimientos articulares, como son los carbohidratos".

Los cinco sentidos también juegan un papel importante en el proceso de comer, pues son responsables de preparar al cuerpo para recibir los alimentos, evaluar la comida, activar la digestión y enviar señales de saciedad.

Comer con el celular atenúa sus funciones: al no ver el plato, por ejemplo, se pierde registro de cuánto se está comiendo.

Sin estrés

Algunos estudios señalan que comer viendo redes sociales o revisando notificaciones puede incrementar el estado de alerta y ansiedad, afectando la digestión.

De acuerdo con el informe español "La ciencia de lo que se cuece en la cocina", publicado en 2026 por la Sociedad Española de Neurología, el uso de dispositivos puede reducir la alegría y elevar los niveles de estrés, con un impacto mayor en los jóvenes.

Lo ideal sería que todas las personas pudieran dedicar un tiempo exclusivo para comer, el cual puede ir desde 15 minutos hasta media hora, según las posibilidades de cada persona.

"Estar sentado en una mesa", apunta la neuróloga Olguín.

"Que mastiquemos de manera lenta, hacer pausas entre los bocados para darnos la oportunidad de disfrutar, digerir la comida, y percibir aromas y sabores para que el cerebro viva la experiencia completa del alimento".

Aunque en un inicio puede ser complicado, dicen los expertos, se trata de trabajar el hábito de a poco, hasta lograr comer sin mirar el celular.

"Nos debemos de preparar para comer, así como nos deberíamos de preparar para dormir", apunta el gastroenterólogo Sánchez. "Es un hábito al que tenemos que dedicarle tiempo".

Mejor sin pantallas

Haz de la comida un momento para conectar

- La compañía humana no puede ser sustituida por dispositivos electrónicos.

- Estar acompañado mejora la absorción de nutrientes, pues se come más despacio.

- Comer frente a una pantalla activa un estado cerebral similar a la alerta.

Fuente: La ciencia de lo que se cuece en la cocina.

Opina sobre este artículo

Nombre Email

Título

Opinion

ENVIAR

Nosotros Directorio Aviso Legal Contacto RSS

BUSCAR

© Novus 2009

Powered by exPRESS

RM PREMIUM



En España hay al menos 47.000 afectados por este tipo de cefaleas.

Sanidad rechaza una petición de mayor accesibilidad a tratamientos contra cefaleas

Organizaciones de pacientes y la Sociedad de Neurología proponían seguir los criterios de la Agencia Europea del Medicamento y aumentar la disponibilidad para personas que sufran migrañas cuatro días al mes



Álvar Gutiérrez

Publicada 4 septiembre 2026 13:31h

0 + Seguir

El Ministerio de Sanidad ha rechazado "al menos a corto-medio plazo" la propuesto de la **Sociedad Española de Neurología (SEN), la Asociación Española de Migraña y Cefaleas (Aemice) y la Fundación de Cafeleas (Fecef)**, que habían reclamado la **eliminación de las restricciones que limitan el acceso a los tratamientos anti-CGRP para las migrañas**. A través de un comunicado firmado en conjunto, el doctor Robert Belvís, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología señala directamente a los criterios de financiación.

Estas organizaciones **ponían como ejemplo el sistema de financiación de la Agencia Europea del Medicamento (EMA)**, que autoriza su utilización en personas que padecen más de cuatro días de migraña al mes. El Sistema Nacional de Salud, por su parte, eleva el requerimiento a, al menos, ocho días mensuales. A ojos de la SEN, los criterios aplicados en España han quedado obsoletos por la realización de nuevos estudios que prueban la seguridad y eficacia de los tratamientos.

La SEN, Aemice y Fecef habían enviado una carta al Ministerio de Sanidad para proponer la eliminación de estos criterios que califican como "restrictivos". De esta manera, **seis millones de personas afectadas por cefaleas podrían beneficiarse de nuevos tratamientos**. El coste de los fármacos "rondaría los 100 ó 200 euros mensuales por paciente", una cantidad que consideran asumible para el ente público.

EN: SOC. ESPAÑOLA NEUROLOGÍA

0 + Seguir



Descarga gratuita
Descarga fácil y
Web Companion
Descargar

Lecanemab y donanemab en España: ¿qué está pasando con los nuevos tratamientos para el Alzheimer?

4 septiembre, 2026 por Almudena del Avellanal

Escuchar artículo

Tiempo estimado de lectura: 8 minutos



Lecanemab y donanemab son dos tratamientos antiamiloide autorizad nión Europea para determinados pacientes con Alzheimer temprano

La lleg ven
para t urre
con su

Web Companion
Descarga gratuita
Descarga

Apoy

Descarga gratuita

Descargar

Información revisada y actualizada el 4 de septiembre de 2026. El estado de financiación puede cambiar en el futuro; por eso esta entrada indica siempre la fecha de revisión.

Lecanemab y donanemab en España: qué ha ocurrido

La historia tiene varias fechas y conviene separarlas. **Leqembi**, cuyo principio activo es lecanemab, recibió autorización de comercialización válida en toda la Unión Europea el 15 de abril de 2025. **Kisunla**, cuyo principio activo es donanemab, la recibió el 24 de septiembre de 2025.

Después llegó el proceso español de precio y financiación. La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIPM) propuso el 25 de febrero de 2026 no incluir Leqembi en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. Para lecanemab, el acuerdo publicado por el Ministerio citó el criterio de racionalización del gasto público y el impacto presupuestario.

Un mes más tarde, en la sesión del 25 de marzo de 2026, la CIPM propuso no incluir Kisunla. En este caso, el documento añadió entre los criterios el valor terapéutico y social, el beneficio clínico incremental teniendo en cuenta su relación coste-efectividad, además de la racionalización del gasto y el impacto presupuestario. Agenda Cita Médica

La Sociedad Española de Neurología informó posteriormente de una decisión adoptada el 15 de julio de 2026 y expresó su preocupación por la no financiación de ambos tratamientos. A fecha de esta actualización, el buscador BIFIMED del Ministerio de Sanidad ya muestra, en el Nomenclátor de **septiembre de 2026**, tanto lecanemab como donanemab como **«No financiado por resolución»**, con fecha de no financiación/exclusión de 1 de septiembre de 2026.

Por tanto, ya no estamos ante una mera propuesta pendiente: el estado oficial consultable en septiembre es de **no financiación por el SNS**.

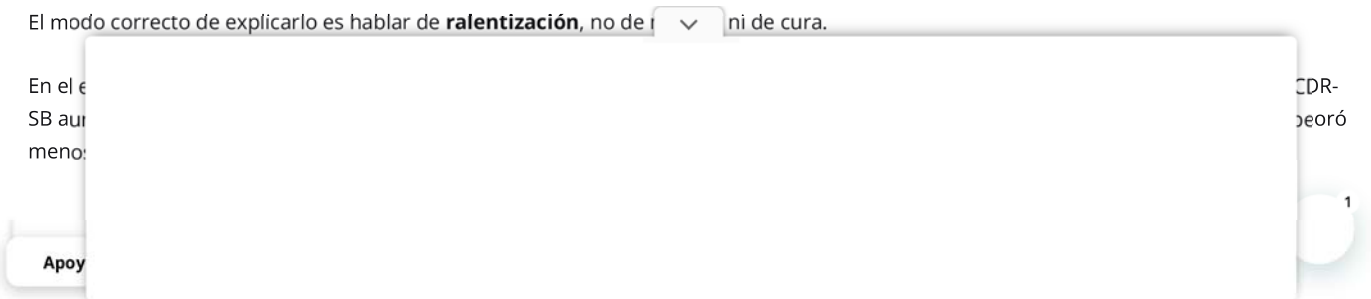
Nuevos tratamientos del Alzheimer en España: qué son lecanemab y donanemab

Ambos son anticuerpos monoclonales dirigidos contra formas de beta-amiloide. Su objetivo es reducir depósitos de amiloide en el cerebro. **No reconstruyen neuronas perdidas, no revierten una demencia establecida y no han demostrado detener la enfermedad.**

Además, la autorización europea no abarca a cualquier persona con Alzheimer. Tanto Leqembi como Kisunla están indicados para adultos con deterioro cognitivo leve o demencia leve debidos a Alzheimer, con patología amiloide confirmada y que sean no portadores de APOE ε4 o heterocigotos. Los homocigotos APOE ε4 quedan fuera de la indicación europea por el mayor riesgo de anomalías de imagen relacionadas con amiloide, conocidas como ARIA. Puedes consultar también nuestra guía sobre deterioro cognitivo leve.

Esto significa que una parte importante de las personas que viven con Alzheimer no sería candidata aunque el tratamiento estuviera financiado.

Lecanemab y donanemab en España: qué beneficio han demostrado



En el estudio principal de donanemab participaron 1.736 personas con Alzheimer temprano. A las 76 semanas, la puntuación iADRS empeoró una media de 11 puntos con donanemab y 13 con placebo. De nuevo, el resultado indica una ralentización del deterioro, no una recuperación de las capacidades perdidas.

La propia AEMPS resume el escenario con cautela: considera lecanemab y donanemab opciones con un beneficio e incertidumbre comparables y señala que no han demostrado detener la enfermedad ni revertir sus síntomas, aunque sí una reducción modesta de la progresión. Al valorar **lecanemab y donanemab en España**, este equilibrio entre beneficio, riesgo y recursos asistenciales resulta esencial.

Tratamientos antiamiloide para el Alzheimer: por qué exigen seguimiento

Lecanemab se administra mediante perfusión intravenosa cada dos semanas. Donanemab se administra cada cuatro semanas y, según la autorización europea, su tratamiento no debe superar los 18 meses.

Antes y durante el tratamiento son necesarias resonancias magnéticas para vigilar ARIA. Estas alteraciones pueden consistir en edema cerebral (ARIA-E) o pequeñas hemorragias y depósitos de hemosiderina (ARIA-H). Muchas veces no producen síntomas, pero en algunos casos pueden ser graves.

La EMA también establece contraindicaciones relacionadas con determinados sangrados cerebrales previos, anticoagulación y otros factores de riesgo. En consecuencia, no basta con tener un diagnóstico de Alzheimer: hacen falta biomarcadores, genotipo APOE, resonancias, capacidad para acudir a perfusiones y un equipo con experiencia en detectar y manejar estas complicaciones. Sobre el papel de la imagen cerebral puedes ampliar información en nuestro artículo sobre resonancia y Alzheimer precoz.

La decisión del Ministerio: qué argumentos constan oficialmente

Es importante distinguir entre crítica y atribuir motivos que no aparecen en los documentos.

Para lecanemab, el acuerdo de la CIPM publicado por Sanidad fundamentó la propuesta de no inclusión en la racionalización del gasto público destinado a la prestación farmacéutica y el impacto presupuestario en el SNS.

Para donanemab, el acuerdo incorporó además el valor terapéutico y social y el beneficio clínico incremental teniendo en cuenta su relación coste-efectividad.

Eso es lo que consta documentalmente. Se puede discutir si esos criterios están bien ponderados, si el precio solicitado justificaba la decisión o si habría sido posible una financiación restringida mediante centros de referencia y criterios muy selectivos. Pero no sería riguroso afirmar que España ha rechazado los medicamentos porque «no funcionan»: la EMA los ha autorizado para una población concreta tras considerar favorable su balance beneficio-riesgo.



Por qué la decisión genera malestar en Neurología

La Sociedad Española de Neurología ha criticado la no financiación porque considera que restringe el acceso a tratamientos autorizados en la UE y deja su utilización vinculada al ámbito privado. Para una enfermedad con enorme carga familiar y social, la desigualdad potencial de acceso es una cuestión difícil de ignorar.

Aquí aparece el punto más incómodo del debate: dos personas con características clínicas similares pueden tener teóricamente la misma indicación europea, pero la capacidad económica puede convertirse en un factor relevante si el acceso público no existe.

Ese problema merece discutirse sin convertirlo en una batalla partidista. El debate sobre **lecanemab y donanemab en España** corresponde al sistema público de financiación de medicamentos y debe analizarse por sus consecuencias sanitarias, económicas y de equidad.

Leqembi y Kisunla en España: ¿pueden recibirlos los pacientes?

No exactamente. **«No financiado por el SNS» no significa «medicamento prohibido»** ni anula su autorización europea.

La SEN señaló que la decisión limita su acceso a la prescripción en el ámbito privado. Sin embargo, estos fármacos son de uso hospitalario y requieren un circuito asistencial complejo. La disponibilidad real depende de la comercialización, de los centros capaces de cumplir las condiciones de seguridad y de que la persona reúna los criterios clínicos y regulatorios.

Por eso no conviene prometer que cualquiera podrá pagarlo y recibirlo. Incluso fuera de la financiación pública sigue siendo un tratamiento para un grupo muy seleccionado.

Qué puede pasar con los nuevos tratamientos del Alzheimer en España

Las decisiones de financiación de medicamentos pueden revisarse. Los precios, nueva evidencia de eficacia y seguridad, datos de práctica clínica, acuerdos de riesgo compartido o nuevas propuestas de los laboratorios pueden modificar el escenario en el futuro.

Pero a 4 de septiembre de 2026 el dato que una familia necesita conocer es sencillo: la situación de **lecanemab y donanemab en España** figura en el Nomenclátor del Ministerio de Sanidad como «no financiado por resolución» desde el 1 de septiembre.

Si la situación cambia, este artículo deberá actualizarse. En un tema que evoluciona tan rápido, una noticia de hace unos meses puede quedar desfasada.

Lo que no debemos perder de vista

La discusión sobre estos fármacos no puede reducirse a estar «a favor» o «en contra». Hay razones legítimas para exigir prudencia: beneficio modesto, riesgos de ARIA, necesidad de resonancias, selección genética, costes y recursos hospitalarios. También hay razones legítimas para cuestionar que el sistema público no ofrezca ninguna vía de acceso financiada a pacientes que sí cumplen la indicación europea.

Alzheimer Universal no presenta lecanemab ni donanemab como una cura. Tampoco considera razonable minimizar su importancia por el hecho de que el efecto sea limitado. En una enfermedad progresiva sin tratamiento curativo, ralentizar el deterioro durante un periodo puede tener valor para algunas personas y familias; determinar cuánto valor y a qué coste es precisamente el debate que deben sostener autoridades, especialistas, pacientes y sociedad.



lavanguardia.com

Sebastián La Rosa, médico experto en longevidad: “Si duermes mal, fija una hora para despertarte. Si todos los días te levantas a las 8 de la mañana, será más fácil acumular presión de sueño”

Nerea Parraga Frutos

3-4 minutos

Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), el 56% de la población española adulta no duerme el número de horas recomendadas y más del 50% no tiene un sueño reparador. Unos datos que ponen de manifiesto la importancia de cuidar tanto la cantidad como la calidad del sueño para evitar consecuencias como la falta de atención, somnolencia o cambios en el estado de ánimo.

“Un sueño de buena calidad es un pilar fundamental para la salud en general e imprescindible para el bienestar físico y mental. Y una mala calidad de sueño tiene consecuencias tanto a corto como a largo plazo”, sostiene la doctora Celia García Malo en uno de los últimos informes de la SEN.





Los hábitos saludables son imprescindibles para una buena recuperación del sueñoGetty Images

En este contexto, el médico experto en longevidad Sebastián La Rosa ha revelado en un vídeo publicado recientemente en su canal de YouTube qué hacer para mejorar la calidad de sueño. En primer lugar, advierte de que muchas personas tienen dificultades para conciliar el sueño porque llegan demasiado activas a la cama y mantienen horarios irregulares, lo que puede alterar el ciclo circadiano, clave para regular de forma natural los ciclos de sueño y vigilia del organismo. “La solución no es tomar fármacos, sino entender cuál es el problema y alinear tu día para que eso no suceda”, afirma.

Además, el especialista explica que, en muchas ocasiones, la cama deja de ser un disparador de hábito para dormir y se convierte en una fuente de frustración. “Te empieza a generar frustración pensar que no te vas a poder quedar dormido”, declara.



Mucha gente no es capaz de dormir porque se pasa el día pensando

que cuando llegue la noche no conseguirá hacerloGetty Images

Por ello, La Rosa insiste en la importancia de mantener cierta regularidad en los horarios y en favorecer la acumulación de la presión de sueño. Entre sus recomendaciones, aconseja establecer un horario fijo para despertarse cada mañana: “Si duermes mal, fija una hora para despertarte. Si todos los días te levantas a las 8 de la mañana, será más fácil acumular presión de sueño. Cuanto más rato pases despierto, más ganas de dormir vas a tener, por eso anclar el horario de despertar es clave para esta situación”, asegura.

Mantener un horario de sueño regular los siete días de la semana es clave

Las afirmaciones del médico experto en longevidad están respaldadas por diversos estudios científicos. Uno de ellos es el titulado *Sleep regularity and health: A systematic review,* publicado en la revista científica *Sleep Medicine Reviews*, que afirma que la irregularidad en los horarios de sueño y vigilia se asocia de forma consistente con peores resultados en salud mental, metabólica, cardiovascular y cognitiva.



Mujer feliz estirando en la cama después de despertarse.Getty Images

En la misma línea, Helen Burgess, codirectora del *Sleep and Circadian Research Laboratory* de la Universidad de Michigan, explica en un artículo publicado por la revista *Time* que mantener un horario de sueño regular los siete días de la semana es una de las maneras más efectivas de mejorar la calidad del sueño y, a su vez, el bienestar general.

Por su parte, la *American Academy of Sleep Medicine (AASM)* recuerda que, además de dormir el número de horas adecuado, un sueño saludable requiere una buena calidad, un horario apropiado, regularidad y la ausencia de trastornos del sueño.

COMUNICADOS SOCIEDAD

- Comunicado -

Investigadoras de UIC trabajan en una plataforma de telerehabilitación para personas con ataxia hereditaria



Equipo investigador de Fisioterapia que trabaja en el desarrollo de una nueva plataforma de telerehabilitación para pacientes con ataxias hereditarias
- UIC

(Información remitida por la empresa firmante)

DÍA MUNDIAL DE LA FISIOTERAPIA.

El objetivo de la telerehabilitación es que los pacientes puedan realizar ejercicio terapéutico desde casa con el seguimiento de profesionales especializados y elementos de gamificación que hagan más lúdica la rehabilitación y favorezcan la adherencia.

El proyecto se encuentra en una fase inicial de desarrollo y uno de sus ejes será el diseño centrado en el usuario, que se trabajará en colaboración con el Departamento de Experiencia del Paciente del Hospital Clínic de Barcelona.

Las ataxias hereditarias son un conjunto de enfermedades neurológicas minoritarias que afectan principalmente a la coordinación y el equilibrio y pueden provocar dificultades para caminar, mover brazos y piernas, realizar movimientos precisos o, incluso, hablar y tragar.

Barcelona, 7 de septiembre de 2026.- Las investigadoras y docentes del Grado en Fisioterapia de la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) Selma Peláez y Rosa Maria Cabanas trabajan en el desarrollo de una

plataforma de telerehabilitación para que las personas con ataxias hereditarias puedan realizar ejercicio terapéutico desde casa con el seguimiento de profesionales especializados.

El proyecto parte de la experiencia de dos estudios previos llevados a cabo por el mismo equipo investigador sobre los efectos del ejercicio terapéutico a domicilio en personas con estas patologías, un conjunto de enfermedades neurológicas minoritarias que afectan principalmente a la

coordinación y el equilibrio y pueden provocar dificultades para caminar, mover brazos y piernas, realizar movimientos precisos o, incluso, hablar y tragar. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), unas 2.500 personas padecen algún tipo de ataxia hereditaria en España.

En estos estudios, los pacientes completaron programas de ejercicio desde casa guiados por videotutoriales con sesiones cinco días a la semana y distintas modalidades de seguimiento a distancia. Los resultados concluyeron que la telerehabilitación es una opción viable y segura para estos pacientes y apuntaron a posibles beneficios funcionales.

Con motivo del Día Mundial de la Fisioterapia, que se celebra mañana 8 de septiembre, las investigadoras han insistido en que para las personas con enfermedades neurológicas mantener una rehabilitación continuada puede ser clave para preservar su funcionalidad y autonomía. Sin embargo, han apuntado que, cuando se trata de enfermedades minoritarias, acceder de forma regular a profesionales especializados no siempre es fácil por la existencia de barreras geográficas, logísticas o económicas.

Además, las investigadoras detectaron en los estudios el interés de los pacientes por disponer de una herramienta que facilitara mantener el ejercicio terapéutico en casa de manera regular. Por ello, decidieron impulsar esta plataforma, que incorporará progresivamente elementos de gamificación. El objetivo de los videojuegos no es únicamente hacer más lúdica la rehabilitación, sino favorecer la adherencia y facilitar que los pacientes mantengan el volumen de ejercicio necesario.

La investigación científica ya ha explorado la gamificación en rehabilitación neurológica mediante dispositivos comerciales con juegos de deporte y actividad en las videoconsolas infantiles y juveniles, pero el equipo quiere avanzar hacia una herramienta concebida específicamente para las necesidades de las personas con ataxia hereditaria.

"En rehabilitación no podemos generalizar. Una plataforma de ejercicio

terapéutico no puede ser igual para una persona con Parkinson, esclerosis múltiple o ataxia hereditaria. La investigación avanza hacia intervenciones cada vez más específicas y adaptadas a las necesidades de cada patología", ha asegurado Selma Peláez, investigadora de la UIC e impulsora del proyecto.

Proyecto con el Hospital Clínic de Barcelona.

El proyecto se encuentra actualmente en una fase inicial de desarrollo. Uno de sus ejes será el diseño centrado en el usuario, que se trabajará en colaboración con el Departamento de Experiencia del Paciente del Hospital Clínic de Barcelona, con el objetivo de adaptar la futura plataforma a las capacidades, necesidades y demandas de las personas que la utilizarán.

La plataforma prevé también incorporar una red de fisioterapeutas con formación o interés específico en ataxias hereditarias que puedan participar en la valoración, selección y seguimiento a distancia de los ejercicios y la terapia física de los usuarios.

El proyecto ha recibido este año el apoyo de UICInnovació, el programa de valorización y transferencia de la UIC. La financiación y la mentoría permitirán al equipo avanzar en la definición del proyecto y dar un primer impulso al desarrollo de los videojuegos que formarán parte de la futura plataforma.

Sobre Universitat Internacional de Catalunya.

(UIC) La Universitat Internacional de Cataluña (UIC) nació en 1997 con el objetivo de ofrecer una formación universitaria de calidad y promover la investigación como servicio a la sociedad. Vinculada al mundo empresarial y con un marcado carácter internacional, imparte 16 grados, 11 dobles grados, 52 dobles titulaciones internacionales y más de 70 másteres y posgrados en sus dos campus, situados en Barcelona y Sant Cugat del Vallès.

Como parte de su compromiso con la sociedad, UIC Barcelona también cuenta con tres clínicas universitarias situadas en el Campus Sant Cugat: la Clínica Universitaria de Odontología, Support - Clínica Universitaria de Psicología y Psiquiatría, y Cuides UIC Barcelona, centrada en la atención a pacientes con enfermedades avanzadas y cuidados paliativos.

Para más información y/o gestión de entrevistas:.

Anna Martínez Daries.

Universitat Internacional de Catalunya (UIC).

Campus Sant Cugat Comunicación científica.

ammartinez@uic.es T. +34 691 293 308.

Últimas noticias sobre estos temas >

Contenido patrocinado