elEconomista.es
20 Años

Salud Bienestar

El factor genético de la migraña: por qué los hijos de pacientes tienen el doble de riesgo

* *El dolor punzante se localiza en la frente o las sienes y suele acompañarse de náuseas e hipersensibilidad*
* *La psicología sugiere que las personas que experimentan microdespertares no solo pueden tener un sueño fragmentado, sino que también pueden ver afectada la recuperación de su cerebro*
* *Lo que un neurólogo afirma sobre la forma de caminar para ayudar a detectar los primeros signos de demencia*



Foto: Istock.

elEconomista.es

7/09/2026 - 15:55

COMENTA

Añadir elEconomista en Google

La migraña puede aparecer en la infancia, incluso antes de los 10 años, y se presenta con crisis cortas de dos a tres horas, acompañadas de náuseas, vómitos e hipersensibilidad a estímulos externos, según un documento realizado por la doctora de la Fundación Española de Cefaleas (FECEF), Nuria Pilar Riesco.

El riesgo de tener migraña es, además, aproximadamente el doble en los hijos si uno de los progenitores la sufre. En la infancia, estos episodios de fuerte dolor de cabeza son conocidos como crisis de migraña. "Estas crisis, si bien pueden tener una duración de hasta 72 horas, lo habitual es que en la infancia sean mucho más cortas, de unas dos horas, especialmente en los más pequeños", ha matizado la dc

Es **uno o en ambos**

lado de la cabeza).

Sara Marín, médica: "Nunca duermas del derecho"

Riesco, autora de la información y miembro también del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN), ha recalcado que **la migraña en niños y adolescentes "es una enfermedad neurológica frecuente que requiere atención específica"**. "Su reconocimiento temprano, la identificación de antecedentes familiares y la aplicación de medidas preventivas pueden reducir significativamente su impacto en la vida diaria. Si se actúa de manera adecuada desde la infancia, nos podemos anticipar a las crisis y mejorar el bienestar de estos pacientes y sus familias", ha continuado Riesco.

Este dolor puede describirse como "punzante, palpitante u opresivo y frecuentemente se acompaña de náuseas o vómitos, así como de intolerancia a estímulos intensos como luces brillantes, fuertes ru la cef mpeore con la ientos cefálicos.

de la misma, fundamentalmente visuales (destellos o visión borrosa), y menos frecuentemente hormigueos en un lado del cuerpo o dificultad para el habla".

En este documento también **se da importancia a separar entre la migraña y otros dolores de cabeza como la cefalea tensional**, que es otro de los más frecuentes, y para esta diferenciación hay que tener en cuenta "la existencia de antecedentes familiares de migraña, la intensidad del dolor y discapacidad que ocasiona, la localización, la duración, el empeoramiento con la actividad física y la asociación con náuseas, vómitos e hipersensibilidad a estímulos que es algo típico de la migraña".

La fiebre, el mal estado general, la disminución del nivel de conciencia (somnolencia), la aparición de crisis epilépticas o la progresión de la cefalea (que puede afectar incluso al sueño nocturno) son los principales signos de esta cefalea.

El diagnóstico de la migraña se realiza a través de una entrevista y de la exploración física en consulta, y en la mayoría de los casos no es necesario realizar pruebas complementarias. Para poder evitarla, la doctora Riesco **recomienda "mantener unos adecuados hábitos de sueño, alimentación e hidratación, así como de controlar el estrés, y realizar actividad física de manera regular"**.

Respecto al tratamiento, Riesco ha apuntado que **la migraña "puede y debe tratarse en los niños y adolescentes"**. "Para ello es necesario una valoración médica indicando un tratamiento farmacológico ac juanto antes", ha de rapia preventiva, que es

de migraña, su gravedad y la discapacidad asociada a los mismos".

Este compromiso entre la SEN y FECEF con la educación sanitaria tiene el objetivo de "ofrecer a las familias y a los profesionales herramientas sencillas y claras que les ayuden a identificar la migraña en los niños y aplicar estrategias de prevención eficaces". **"Entender la migraña desde la infancia es el primer paso para reducir su impacto a largo plazo"**, ha concluido la doctora Riesco

Relacionados

Migraña, ansiedad y depresión: el perfil desconocido de la endometriosis que afecta a casi el 30% de las pacientes

La inteligencia artificial puede ayudar a diagnosticar la migraña, pero el nuevo modelo va más allá: también identifica subgrupos de pacientes con características diferentes

Sanidad dice "no" a los pacientes con migraña | Niega el acceso a los fármacos anti-CGRP aprobados por la EMA

Comentarios - 0

Publicidad

Iniciar sesión Registrarse

Buscar...

Publicidad

industria farmacéutica para fomentar una gestión sanitaria basada en evidencia

MEDIO ACREDITADO PARA LA INNOVACIÓN MÉDICA

Una nueva escala europea busca medir la gravedad de la migraña y su impacto diario

Desarrollado por la European Migraine & Headache Alliance (EMHA), 'The Migraine Scoring System' clasifica la enfermedad en cuatro niveles de gravedad y busca facilitar el seguimiento de los síntomas, la respuesta al tratamiento y la comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios.



GUARDAR

Reproducir

07/09/2026

La **European Migraine & Headache Alliance** (EMHA) ha desarrollado *The Migraine Scoring System*, un nuevo sistema de evaluación que permite medir la gravedad de la **migraña** y comprender cómo afecta a la vida diaria de quienes la padecen. La iniciativa nace con el objetivo de proporcionar a pacientes y profesionales sanitarios una herramienta común para hablar sobre la enfermedad, facilitar su seguimiento y contribuir a una toma de decisiones más ajustada a las necesidades de cada persona.

Se trata de un breve cuestionario compuesto por cuatro preguntas a través de las cuales el sistema recoge información clave sobre la **frecuencia de la cefalea, la eficacia del tratamiento, la intensidad del dolor y la intensidad de las crisis**. A partir de las respuestas, la herramienta clasifica la enfermedad en cuatro niveles de gravedad (desde leve hasta muy severa), reflejando de forma sencilla la carga de la migraña.

Estos cuatro niveles han sido rigurosamente investigados, revisados, comparados y analizados frente a escalas de referencia ya establecidas como **MIDAS** y **HIT-6**, además de haber sido probados y validados con pacientes. Al comparar *The Migraine Scoring System* con dichas escalas, se observó que cuanto mayor era la probabilidad de que el tratamiento agudo resultara eficaz, mayor era también la probabilidad de que el paciente pasara a una categoría de gravedad menor.

El sistema de puntuación **no reemplaza la clasificación IHS (International Headache Society) con fines diagnósticos**, sino que está diseñado para complementar –no sustituir– el consejo médico. La puntuación resultante puede servir al paciente para hablar sobre sus síntomas con su médico o para hacer un seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo.

Liderazgo y representación de expertos nacionales en el proyecto

La elaboración de este Sistema de Puntuación de la Migraña ha contado con la colaboración de especialistas de referencia en cefaleas de toda Europa, con una importante representación nacional. En concreto, la doctora **Patricia Pozo-Rosich**, *jefa del Servicio de Neurología y de la Unidad de Cefalea del Hospital Universitari Vall d'Hebron*, forma parte del equipo de dirección y coordinación del proyecto. Además, el doctor **Pablo Irimia**, *neurólogo de la Clínica Universidad de Navarra*, y el doctor **Edoardo Caronna**, *neurólogo de la Unidad de Cefalea del Hospital Universitario Vall d'Hebron*, han participado como miembros del equipo de desarrollo.

"La migraña es una enfermedad compleja que exige una evaluación integral. Herramientas como 'The Migraine Scoring System' permiten integrar tanto el impacto de la enfermedad como la respuesta al tratamiento, lo que favorece una valoración más completa y decisiones clínicas mejor ajustadas a las necesidades de cada paciente. El objetivo es ajustar el abordaje en aquellas personas con diagnóstico y tratamiento, pero que no tienen un control óptimo de los síntomas con el fin de mejorar su calidad de vida", señala la doctoraPatricia Pozo-Rosich.

En España, **la migraña afecta a más de 6 millones de personas**, con una mayor prevalencia en población femenina –70% frente al 30%–. Esta patología impacta en muchos aspectos de la vida de una persona, incluidos su trabajo, sus relaciones personales y su salud mental. En concreto, la migraña representa la primera causa de discapacidad a nivel nacional en adultos menores de 50 años.

La migraña: una enfermedad invisible y estigmatizada

A pesar de su alto impacto, la migraña es una carga invisible, a menudo ignorada o minimizada tanto por la sociedad como por los sistemas sanitarios. **Más del 94% de los pacientes con migraña en España creen que la población general no entiende adecuadamente su condición** y un 66% considera que los profesionales sanitarios tampoco entienden –o entienden poco– qué significa experimentar esta enfermedad.

Según **Elena Ruiz de la Torre**, *directora ejecutiva de la EMHA*, *"la migraña ha sido infravalorada y normalizada durante mucho tiempo, incluso por quienes la sufren. 'The Migraine Scoring System' nace, precisamente, para romper esa barrera y visibilizar el verdadero impacto de la enfermedad, un dolor que va mucho más allá de un simple dolor de cabeza y que condiciona la vida familiar, laboral y social. El objetivo es impulsar a las personas con migraña a dialogar sobre este impacto con su médico para poder mejorar su calidad de vida"*.

El uso de este cuestionario ofrece una forma sencilla y fiable de **registrar y abordar en tiempo real las experiencias de migraña durante la consulta**. En este contexto, su valor es fundamental, dado que lacefalea es el principal motivo de consulta entre los pacientes que requieren atención neurológica en las consultas de neurología.

Mejorar la comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios

Las herramientas de evaluación tradicionales rara vez reflejan el impacto real de la migraña en la vida diaria, el bienestar emocional y el rendimiento laboral. Este cuestionario se ajusta parcialmente a los parámetros establecidos, al tiempo que introduce una nueva forma de evaluar la gravedad de la migraña con el propósito de estrechar la brecha de comprensión y comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios.

Para el doctor **Edoardo Caronna**, la comunicación es fundamental. *"Una comunicación fluida y de calidad entre el paciente y los profesionales sanitarios puede ser determinante en la evolución de la enfermedad. Por ello, reconocer el impacto de la migraña más allá del dolor resulta esencial para abordarla de forma integral. Este enfoque permite que tanto la persona afectada como el clínico comprendan plenamente sus síntomas y valoren el tratamiento adecuado en cada caso"*, subraya el facultativo.

El cuestionario se completa en menos de 2 minutos, es 100% anónimo y actualmente **está disponible y validado en 15 idiomas**, entre ellos inglés y español, aunque se prevé su ampliación a otros 9 idiomas con el objetivo de llegar a más personas en toda Europa. Puede accederse a través de este enlace.

La migraña, una enfermedad neurológica más allá de un dolor de cabeza

La migraña es una enfermedad neurológica que va más allá de un simple dolor de cabeza. Se caracteriza por una cefalea que, a menudo, se acompaña de otros síntomas, como **náuseas, vómitos, sensibilidad a la luz, el sonido y los olores e intolerancia al ejercicio físico**. Se trata de una patología incapacitante cuyos episodios de dolor suelen durar al menos cuatro horas si no se tratan. El dolor, de carácter pulsátil, es de intensidad moderada o severa y se localiza habitualmente en un lado de la cabeza. Según los datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), la migraña afecta al 15-20% de las mujeres y a entre el 5% y el 8% de los hombres.

La frecuencia de las crisis puede variar: si el paciente presenta dolor de cabeza menos de 15 días al mes, se considera **migraña episódica**. Sin embargo, si la cefalea aparece 15 o más días al mes durante más de tres meses y con, al menos, ocho días al mes con características de cefalea migrañosa, se considera migraña crónica, siendo esta última especialmente incapacitante.

#migraña #cefalea #emha #escala

Autor: IM Médico

Te recomendamos



Especialistas alertan del impacto de la migraña en el riesgo de depresión, ansiedad y enfermedad cardiovascular
11/02/2026



La suplementación con probióticos reduce el dolor en la dismenorrea primaria
13/04/2026



La fragilidad clínica calibra la vulnerabilidad física y cognitiva en pacientes con insuficiencia cardíaca
29/10/2025



El Hospital de Bellvitge desarrolla la bTICI, una escala que muestra si la sangre ha vuelto a llegar a las zonas vitales del cerebro tras la extracción del coágulo
12/08/2026

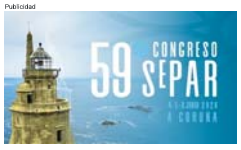


Una escala de riesgo cardiovascular puede predecir futuras enfermedades oculares graves
08/01/2026



GETECCU se une a GLIDE, la primera plataforma global de datos de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal
15/10/2025

Publicidad



Extra.

SOCIEDAD

La sanidad valenciana lleva los brazos robóticos a sus tres provincias: 264.000 euros para que pacientes con ictus, ELA y distrofias vuelvan a mover la mano

La Conselleria de Sanidad adquiere tres robots Armeo SpringPro para rehabilitar el miembro superior en hospitales de València, Castellón y Alicante

VE Redacció

4 de septiembre de 2026 (13:55 CET)

0 Comentarios | Guardar



Marciano Gómez en el Hospital General de Castellón

Extra.

Mantente informado con las últimas noticias de actualidad.

Imagina que un día no puedes abrir la mano. Ni agarrar un vaso, ni abrocharte un botón, ni levantar el brazo para saludar. Para miles de pacientes con ictus, esclerosis lateral amiotrófica o distrofias musculares, esa es una realidad cotidiana. Ahora, los hospitales públicos de las tres provincias de la Comunitat Valenciana cuentan con una herramienta que puede cambiar esa historia: **tres asistentes robóticos de última generación destinados a la rehabilitación del miembro superior**, adquiridos por la Conselleria de Sanidad con una inversión de 264.000 euros financiada con fondos europeos.

Publicidad

Un robot que entrena desde el hombro hasta la mano

basa en un exoesqueleto que abarca todo el brazo y contrarresta el peso del brazo a través de resistencias , lo que permite a pacientes con escasa fuerza muscular realizar movimientos que de otro modo serían imposibles. Su principal ventaja es que facilita la repetición intensiva de movimientos, promoviendo la neuroplasticidad y la recuperación motora.

El Armeo Spring comenzó a desarrollarse en la década de los 2000, pero desde entonces ha tenido una clara evolución al beneficiarse de los grandes avances de la robótica y la realidad virtual. No es, por tanto, una tecnología experimental: su uso clínico se ha expandido en los últimos 15 años, con evidencia creciente sobre su efectividad en rehabilitación neurológica y musculoesquelética. De hecho, estudios publicados en la revista oficial de la Sociedad Española de Neurología constatan que la funcionalidad del brazo de los pacientes mejoró significativamente después de 36 sesiones, y todas las ganancias obtenidas se mantuvieron hasta cuatro meses después de acabar el tratamiento.

El dispositivo permite el entrenamiento simultáneo de hombro, codo, muñeca y mano mediante un exoesqueleto ajustable, software personalizable de ejercicios y valoraciones clínicas objetivas. Además, está indicado para adultos y población pediátrica con disfunción leve o moderada en miembros superiores, compatible con patologías neurológicas o traumatológicas.

Publicidad

Tres hospitales, tres provincias, un mismo objetivo

Los tres equipos se han distribuido de forma equitativa entre el Hospital Clínico Universitario de València, el Hospital General Universitario de Castellón y el Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante. Todos ellos los integrarán en sus servicios de Medicina Física y Rehabilitación. No es un detalle menor: que las tres provincias reciban simultáneamente la misma tecnología refleja una voluntad de descentralización que históricamente no siempre ha caracterizado las inversiones sanitarias en infraestructuras de alta tecnología.

El conseller de Sanidad, Marciano Gómez, visitó este viernes el Hospital General de Castellón para presenciar en persona una demostración del robot y sus aplicaciones terapéuticas. Allí no escatimó en elogios hacia el dispositivo.



María Cristina Clemente, notaria valenciana de 55 años: "A partir junio, pagas menos impuestos al comprar, donar o heredar en la Comunitat Valenciana"



Última semana para pedir el Bono Alquiler Joven 2026 en la Comunitat Valenciana: hasta 6.000 € para pagar el alquiler



El tiempo en Valencia hoy martes, 8 de septiembre: poco nuboso y máximas de 35 grados

personalizada, activa, dinámica y eficaz en pacientes con distrofias musculares, con ELA, con ictus y con cualquier tipo de patología que pueda producir una discapacidad funcional" - Marciano Gómez, conseller de Sanidad de la Comunitat Valenciana

Publicidad

55.000 episodios al año, 400 sesiones nuevas con el robot

El Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de Castellón gestiona alrededor de 55.000 episodios anuales. El Armeo SpringPro añadirá unas 400 sesiones al año al catálogo asistencial del centro. No es una cifra masiva, pero tampoco pretende serlo: la clave de esta tecnología no está en el volumen, sino en la profundidad de la intervención. Cada paciente comenzará con un periodo inicial de tratamiento de un mes, tras el cual los

Extra.

Los profesionales pueden adaptar la terapia a las necesidades de cada persona, trabajar movimientos concretos y diseñar planes individualizados para las distintas etapas de la recuperación. **El sistema también registra de forma objetiva la evolución del paciente**, lo que facilita el seguimiento de resultados y el ajuste del tratamiento. El objetivo final no es solo recuperar un movimiento concreto, sino mejorar la autonomía personal y la calidad de vida: que quien no podía abrir la mano vuelva a poder hacerlo cuando necesite.

Una apuesta robótica de casi 724.000 euros

Esta compra no es un hecho aislado. En octubre de 2025, la Conselleria ya incorporó dos exoesqueletos pediátricos de última generación en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe y en el Hospital Universitario Doctor Peset de València, con una inversión de 459.800 euros. Esos dispositivos benefician actualmente a más de 80 niños en tratamiento en ambos centros. Sumando todas las actuaciones, **la inversión total de la Conselleria de Sanidad en rehabilitación robótica asciende a 723.800 euros**, repartidos en cinco dispositivos distribuidos por la red hospitalaria pública valenciana.

Publicidad

Extra.

La rehabilitación ha sido históricamente la gran olvidada de la inversión sanitaria, a menudo eclipsada por los grandes avances en cirugía o diagnóstico por imagen. Que una comunidad autónoma destine casi tres cuartos de millón de euros a robotizar la recuperación funcional de sus pacientes —incluyendo a los más pequeños y a quienes padecen enfermedades raras— señala un cambio de prioridades que merece atención. Para quien lleva meses intentando volver a cerrar el puño, la diferencia entre un fisioterapeuta solo y un fisioterapeuta asistido por un robot puede medirse, sencillamente, en recuperar la vida.

Contenido asistido por IA y supervisado editorialmente

Conviértete en experto de la actualidad con nuestra newsletter

Regístrate gratuitamente y te mantendremos informado siempre de todo lo que pasa cerca de ti

SUSCRIBIRME AHORA

Extra.



2026

¿Es cierto que solo utilizamos el 10 % de nuestro cerebro?

LA CADIERA

ESCUCHAR

Sobre este episodio

¿Utilizamos realmente solo el 10 % de nuestro cerebro? Es uno de los mitos más extendidos sobre el funcionamiento cerebral, pero ¿qué hay de cierto en esta afirmación? Carlos Tejero, miembro de la Sociedad Española de Neurología, responde a esta y otras cuestiones. Desmonta esta creencia y explica cómo funciona realmente nuestro cerebro, qué áreas utilizamos y por qué este mito ha perdurado durante tanto tiempo.

alzheimeruniversal.eu

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

Almudena del Avellanal

11-13 minutos

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

Tiempo estimado de lectura: 8 minutos



Lecanemab y donanemab son dos tratamientos antiamiloide autorizados en la Unión Europea para determinados pacientes con Alzheimer temprano.

La llegada de **lecanemab y donanemab en España** abre una etapa distinta en el tratamiento del Alzheimer. No son una cura,

no sirven para todas las personas y exigen una selección clínica estricta. La cuestión ahora ya no es si están autorizados en Europa, sino qué ocurre con su acceso tras las decisiones españolas de financiación.

Fármacosy medicamentos

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.

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.

Problemasde salud

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

El modo correcto de explicarlo es hablar de **ralentización**, no de mejoría ni de cura.

En el estudio principal de lecanemab, la EMA evaluó el subgrupo que encaja con la indicación europea. Tras 18 meses, la puntuación CDR-SB aumentó 1,22 puntos con lecanemab y 1,76 con placebo. Como una puntuación mayor refleja más deterioro, el grupo tratado empeoró menos, pero siguió empeorando.

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.

Tampoco sería riguroso presentarlos como una revolución capaz de frenar el Alzheimer. El beneficio medio observado es modesto y existe incertidumbre sobre su relevancia a largo plazo, además de una carga asistencial y de seguridad considerable.

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.

La exigencia debería ser la misma para todos: transparencia en los criterios, datos públicos, lenguaje sin falsas esperanzas y decisiones revisables cuando aparezca nueva evidencia.

Fuentes oficiales y científicas

- Ministerio de Sanidad: BIFIMED, situación de financiación de medicamentos.
- Ministerio de Sanidad: acuerdos de la CIPM, sesión 267, 25 de febrero de 2026.
- Ministerio de Sanidad: acuerdos de la CIPM, sesión 268, 25 de marzo de 2026.
- Agencia Europea de Medicamentos: Leqembi (lecanemab).

- Agencia Europea de Medicamentos: Kisunla (donanemab).
- AEMPS: Informe de Posicionamiento Terapéutico de donanemab, 8 de mayo de 2026.
- Sociedad Española de Neurología: comunicado sobre la no financiación, 17 de julio de 2026.

Aviso sanitario: este artículo es informativo. La indicación de lecanemab o donanemab requiere diagnóstico especializado, confirmación de patología amiloide, estudio de APOE, resonancia y valoración individual de riesgos y contraindicaciones.

Texto: Almudena del Avellanal / Alzheimer Universal.

Este contenido se ofrece únicamente con fines informativos y no sustituye la consulta con un profesional sanitario. Ante cualquier duda, consulta con tu médico o especialista.

Descubre más desde Alzheimer Universal

Suscríbete y recibe las últimas entradas en tu correo electrónico.

ENFERMEDADES

La migraña por calor tiene más de mito que de realidad: “Rara vez la causa”

By **Ana Manterias** — 3 de septiembre de 2026

La neuróloga Lucía Vidorreta (Quirónsalud) señala a factores ambientales y fisiológicos “modificables”

El verano suele ser una época difícil para los pacientes que sufren con frecuencia migrañas o cefaleas. La relación entre **calor y dolor de cabeza** es de sobra conocida, e incluso conceptos como “cefalea por calor” están normalizados. Sin embargo, este vínculo no responde a un modelo causa-efecto, tal y como apunta la neuróloga **Lucía Vidorreta**, que apunta a las altas temperaturas como un factor más dentro de un abanico de causas más amplio.

“En realidad, el aumento de las cefaleas durante los meses estivales se debe a una combinación de **factores ambientales y fisiológicos**, muchos de ellos modificables”, señala Vidorreta, **coordinadora de la Unidad de Cefaleas** del Hospital Quirónsalud San José. Y es que a pesar de que es común hablar de cefaleas por calor, la evidencia científica tiene sus matices: “Lo más frecuente es que el calor actúe como desencadenante de otros procesos que favorecen su aparición”.

Los tres grandes causantes de la migraña en verano

A la hora de señalar qué elementos ejercen como causantes directos del dolor de cabeza, la especialista señala a tres:

- **Deshidratación.**
- Exposición a **luz solar intensa** (especialmente en casos de migraña).
- **Humedad.**

A estos desencadenantes principales se une, además, otros vinculados al **estilo de vida propio de las vacaciones**, con horarios de sueño y comidas más desordenados o aumento del consumo de alcohol, entre otros.

Medidas de control para los más propensos

La aparición de dolor de cabeza relacionado con la exposición a altas temperaturas es una amenaza para toda la población que, no obstante, resulta aún mayor para quienes padecen **migrañas de forma crónica o recurrente**. Especialmente en estos casos, Vidorreta recomienda seguir una serie de **pautas de prevención**:

- Busca espacios frescos o climatizados durante las **olas de calor.**
- Horarios regulares de **sueño y comidas.**
- Limita el alcohol y las comidas copiosas o procesadas.
- Reduce la intensidad del **ejercicio físico** cuando las temperaturas sean muy elevadas.

¿Cuándo consultar con su médico?

Si bien la mayor parte de los casos son leves y remiten con hidratación y descanso. En este sentido, la neuróloga afirma que “conviene **consultar con un especialista** cuando los dolores de cabeza se vuelven más frecuentes o intensos”. Asimismo, advierte de la necesidad de atención médica si el dolor se acompaña de alguno de los siguientes síntomas:

- **Fiebre alta**
- Confusión
- Alteraciones del **habla**
- **Pérdida de consciencia**
- Síntomas de **golpe de calor.**

Migraña: una enfermedad extendida e incapacitante

Hablar de migraña es hacerlo de una patología ampliamente extendida en España, pero de la que aún no se tiene demasiada conciencia. La **Sociedad Española de Neurología (SEN)** estima una prevalencia superior a los **5 millones de casos** de esta patología en nuestro país, mujeres en la mayoría de casos.

La enfermedad, que se caracteriza por la aparición de brotes de un **dolor de cabeza intenso** que empeora ante la exposición a luz, sonido y olores, entre otros, tiene dos versiones: **episódica** si se padece menos de quince días al mes y **crónica** si se supera dicho umbral. En ambos casos se trata de una **patología incapacitante para el 70% de pacientes crónicos**, una prevalencia elevadísima si se tiene en cuenta que afecta mayoritariamente a población jóven.

FUENTE: Redacción Médica

Ad

Marco, el hijo de Melendi, operado de urgencia | Fabiola Martínez: sus palabras sobre su supuesta relació

Life Style

Bienestar Nutrición Gastronomia Fitness Viajes Psicología

Bienestar

CONSEJOS

Marcos Vázquez, experto en longevidad, sobre cómo dormir mejor: “Con este ritual mi cerebro sabe que estoy preparado”



Fotomontaje con mujer durmiendo y, a la derecha, Marcos Vázquez. **Pexels e Instagram/ @fitness.revolucionario**



Puri Ruiz
07 SEP 2026 - 21:08h.

Regular el ritmo circadiano y bajar la temperatura corporal son claves para un descanso adecuado: el experto explica cómo conseguirlo

¿Dormir mal engorda? Una experta explica cómo el sueño a afecta a las hormonas del hambre a partir de los 40

Compartir

Dormir es un placer, pero para mucha gente conseguirlo puede llegar a convertirse en una tortura. Según datos de la Sociedad Española de Neurología, **más de cuatro millones de españoles padecen insomnio crónico**, es decir, problemas para dormir en su día a día. Si ampliamos a las personas que tiene problemas de sueño más leves, podemos irnos al 50% de la población, según indica un estudio de la Sociedad Española del Sueño, y **afecta en mayor proporción a mujeres que a hombres**. Además, dormir mal tiene consecuencias en multitud de aspectos de nuestra vida. ¿Existen estrategias para dormir mejor, rituales que de verdad ayuden? Según **Marcos Vázquez,** experto en longevidad, autor de varios libros especializados y del pódcast 'Fitness Revolucionario', sí. Te lo contamos a continuación.



Mujer durmiendo. **Pexels/Polina Kovaleva**

PUEDE INTERESARTE

Los médicos coinciden y lo recomiendan: el método egipcio para conseguir dormir sin aire acondicionado en verano →

Cuánto dormir para estar en forma

Dormir bien no afecta solo al hecho de estar más descansados o menos al día siguiente: ese descanso asegura un **sistema inmunológico fuerte,** mejora nuestras concentración y memoria, la **salud cardiovascular** y también la **mental**. Es decir, lo es todo. Durante el sueño, nuestro cerebro repara todos los tejidos, regula el metabolismo y pone en forma el cuerpo para estar funcional al día siguiente. Marcos Vázquez habla del sueño como uno de los pilares de la longevidad: "El déficit de sueño afecta a todos nuestros procesos fisiológicos". Si dormimos bien, nuestra esperanza de vida aumenta. La **actividad física,** una **nutrición** adecuada y el manejo del **estrés** completan este póquer de buenos hábitos. Y además, todos están conectados entre sí: si no dormimos bien, difícilmente podremos ejercitarnos o comer sano.

¿Cuántas horas se necesitan para dormir bien? El experto en longevidad hablaba de su rutina en una entrevista radiofónica para 'Ser runners': "Suelo ponerme un despertador para la hora de acostarme". "A las 10:30–11 estoy en la cama, tardo poco en dormirme y es raro que me despierte antes de las 6:45 y después de las 7:15", confesaba. Es decir, Marcos suele dormir **entre siete horas y pico y ocho horas,** el tiempo ideal según los expertos en sueño. **"No hace falta más",** indica. También explica que, de jóvenes, todos tenemos un cronotipo más vespertino (funcionamos mejor de tarde), mientras que, ya adultos, se manifiesta nuestro **cronotipo real:** "Unos somos más búhos, otros somos más alondras". Es decir, hay quienes se activan por la tarde y quienes rinden mejor madrugando mucho y aprovechando la luz del día. Pero aquí llega

otro de sus consejos: **“En general, forzarnos a acostarnos un poco antes y despertarnos un poco antes se asocia con mejor salud”.**

PUEDE INTERESARTE

Desconectar no es solo irte de vacaciones: cómo hacer que el cerebro descanse de verdad siguiendo pautas neurológicas →

La luz, el regulador de nuestro ritmo circadiano

Dormir bien no es necesariamente dormir mucho. Hay que lograr que ese sueño sea reparador. **“La calidad de nuestro sueño determina la calidad de nuestra vida cuando estamos despiertos”,** sentencia Marcos en su espacio ‘Fitness Revolucionario’.

¿Qué **estrategias** propone el experto para lograr dormir mejor? Las dos primeras ponen el foco en sincronizar nuestro ritmo circadiano. El ritmo circadiano es, por así decirlo, nuestro reloj biológico interno, que regula el sueño y la vigilia según la luz que recibimos. Así, su primer consejo es **“exponerse a la luz natural por la mañana”.** La luz del sol, aun en un día nublado, es mucho más intensa que la luz en espacios interiores, “y es la que dice a nuestro cerebro que ha empezado el día”. Salir a la calle 15 minutos, tomar el café en la terraza o el balcón si tenemos o trabajar, si es posible, junto a una ventana, son formas de favorecer el sueño al acostarnos.

Mujeres paseando. **Pexels/Bruno Machado**

Toda la actualidad de Divinity en Google News Síguenos

"Evitar la luz artificial por la noche". Marcos Vázquez recuerda que esa luz está informando a nuestro cerebro de que aún es de día, por lo que recomienda, un par de horas antes de irnos a dormir, evitarla. Y eso incluye no mirar pantallas, especialmente de dispositivos como el móvil, ya que la luz azul que emiten, dice, inhibe la producción de melatonina. Filtros de luz azul para el ordenador y el móvil o iluminación tenue nos pueden ayudar en este sentido. Y, si te gusta leer, elige libros físicos mejor que electrónicos o, en este segundo caso, que no tengan pantalla reflectante.

Regularidad en los horarios y rituales que debemos repetir

Bajar la temperatura corporal por la noche. Durante muchos siglos, la llegada de la oscuridad implicaba también la llegada del frío, "y nuestro cuerpo interpreta esta reducción térmica como una señal de que es el momento de dormir". ¿La temperatura ideal? Entre 18 y 19 grados, "y si tienes frío en los pies puedes ponerte unos calcetines", ya que la idea es bajar la temperatura corporal

manteniendo el calor en las extremidades. Pero claro, en pleno verano alcanzar esta temperatura es complicado.

Ducha tibia una o dos horas antes de ir a dormir. Esto guarda relación con lo anterior: Vázquez habla de la evidencia científica de esta medida, ya que ayuda también a bajar un poco la temperatura de nuestro cuerpo. Una buena idea para poner en práctica en las épocas de mayor calor.

Mujer sobre la que cae agua de ducha. **Pexels/Ron Lach**

Intentar mantener horarios regulares "levantándose y acostándose a horas similares cada día", indica Marcos Vázquez, siempre apoyado en la evidencia científica. Si de lunes a viernes mantenemos esa regularidad y los fines de semana trasnochamos mucho y nos levantamos tarde, nuestro ritmo circadiano no logrará regularse del todo.

Crear un ritual antes de irse a dormir para ir calmando la mente. Anteriormente veíamos que este experto en longevidad se pone un despertador para ir a dormir: cuando suena, apaga pantallas, lee, a veces medita "y mi cerebro ya sabe que cuando inicio este ritual ya estoy preparado para dormir". De alguna manera, enseñamos a nuestro cuerpo a comprender que toca descansar.

La habitación solo debe ser para dormir "y para actividades más íntimas", agrega Vázquez. Pero no para trabajar, por ejemplo. En este sentido, el ritual antes mencionado debe terminar en la habitación, que debe tener **"poca tecnología, nada de leds parpadeantes o pantallas y mucho ruido visual e idealmente silenciosa".** Si hay ruido, poner ruido blanco que amortigüe el de los coches o los vecinos puede ayudar. Un difusor con olor a lavanda y cambiar el despertador con sonido por uno lumínico, que imite el amanecer, son complementos que favorecen un descanso reparador.

Meditación, alimentación y ejercicio

Personas meditando. **Pexels/Anastasia Shuraeva**

Ejercicio: sí, pero cuanto más temprano, mejor. Marcos Vázquez explica que está demostrado que la actividad física ayuda a dormir, pero que hay que dejar al menos dos horas entre la finalización de esta y el momento de acostarse por dos motivos: eleva la temperatura corporal y el cortisol, "que no es malo en sí, pero sí puede dificultar el descanso si ocurre cerca de la hora de acostarse".

Ten una libreta a mano en la mesita de noche. En ella podrás apuntar algo que debes hacer al día siguiente si lo recuerdas antes

de ir a dormir o si te despiertas en mitad de la noche. “Si lo puedes apuntar, tu cerebro se va a tranquilizar y será más fácil volverse a dormir”.

Medita. Marcos Vázquez propone una meditación guiada, e indica que bastará con 15 minutos.

Llevar una **alimentación que favorezca el descanso.** Aunque el experto indica que no hay muchos estudios sobre dieta y sueño, “hay evidencia de que una alimentación saludable favorece el descanso”. Más allá de eso, existen recomendaciones concretas: no tomar café ni alcohol por la tarde y consumir alimentos ricos en **triptófano** durante el día y con **un poco de carbohidrato en la cena**. “El triptófano es un aminoácido precursor de la melatonina”, pero al parecer 'compite' con otros aminoácidos para llegar al cerebro. **100 g de arroz hervido o media patata al cenar** arrastran esos aminoácidos y permiten al triptófano cumplir su función. Ah, y muy importante: cenar temprano, lejos de la hora de dormir, ya que la digestión eleva la temperatura corporal.

TEMAS Life Style Bienestar Salud Consejos



PATOLOGÍAS · 7 SEP 2026

Alzheimer

Lecanemab y donanemab están autorizados en Europa y no financiados en España. Qué hacen de verdad y por qué el ginkgo y el omega-3 fallaron.

Alzheimer

qué frena y qué no

Por primera vez existen fármacos que actúan sobre la biología de la enfermedad y no solo sobre los síntomas. **Están autorizados en Europa, no están financiados en España y su efecto es una ralentización modesta, no una mejora.** Mientras tanto, el mercado de suplementos para la memoria sigue vendiendo lo mismo que hace treinta años, y los ensayos grandes que lo pusieron a prueba **salieron negativos**. Esta entrada separa lo uno de lo otro sin suavizar ninguna de las dos partes.

RESPUESTAS DIRECTAS

Lo que has venido a saber

¿Hay ya tratamiento que frene el Alzheimer?

Sí, con matices importantes. **Lecanemab** (Leqembi) tiene autorización europea desde abril de 2025 y **donanemab** (Kisunla) desde 2025, ambos solo para fases iniciales y solo en personas **no portadoras o heterocigotas de ApoE4**. Ralentizan el deterioro de forma moderada: no lo detienen ni mejoran la memoria.

¿Están disponibles en España?

Autorizados sí, financiados no. La Comisión Interministerial de Precios propuso no incluir Leqembi en febrero de 2026 y no incluir Kisunla en marzo, y la resolución se adoptó el 15 de julio de 2026. La Sociedad Española de Neurología expresó públicamente su preocupación. Uno de ellos se ofrece por vía privada.

¿Sirve el ginkgo para prevenir la demencia?

No. Es el suplemento más estudiado para esto y los dos ensayos grandes fracasaron. Una revisión Cochrane con **evidencia de certeza moderada** concluye que a seis meses tiene poco o ningún efecto sobre el estado clínico global, la cognición y las actividades cotidianas. Además interactúa con anticoagulantes y antiagregantes.

¿Y el omega-3 o la vitamina E?

Tampoco. Las cápsulas de omega-3 no han mostrado beneficio cognitivo en adultos mayores sin demencia en una revisión de tres ensayos con más de 3.500 participantes, y la vitamina E no evitó el paso de deterioro cognitivo leve a demencia. **Comer pescado no es lo mismo que tomar una cápsula.**

¿Entonces no se puede hacer nada para prevenirlo?

Al contrario, y aquí está lo que sí funciona: **lo que se ha demostrado que reduce el riesgo no se compra en una tienda**. Control de la presión arterial y de la glucemia, actividad física, audición corregida, sueño, tabaco y alcohol, y actividad social y cognitiva. Nada de eso cabe en una cápsula, y ese es exactamente el problema comercial.

ABRIR TODAS LAS SECCIONES CERRAR TODAS

CONTEXTO

Qué es la enfermedad de Alzheimer

Qué es el Alzheimer y qué no

El diagnóstico ha cambiado: biomarcadores

TRATAMIENTO

Tratamiento del Alzheimer con evidencia

Los anti-amiloide: qué hacen de verdad

Lo esencial: lecanemab y donanemab **ralentizan** el deterioro en fases iniciales, no lo detienen ni mejoran la memoria. Solo están indicados en personas no portadoras o heterocigotas de ApoE4, exigen confirmación con biomarcadores y seguimiento con resonancias periódicas por el riesgo de edema y microhemorragias cerebrales. No son una cura y no sirven para la mayoría de los pacientes.

Son anticuerpos monoclonales dirigidos contra el beta-amiloide, administrados por infusión intravenosa periódica. Su aprobación es el primer caso de tratamientos que actúan sobre la biología de la enfermedad y no solo sobre los síntomas, y por eso importan aunque su efecto sea modesto.

La **magnitud es la parte incómoda**. En los ensayos de dieciocho meses, la diferencia frente a placebo en las escalas de deterioro es pequeña, y ni el paciente ni la familia ni el médico tienen por qué notarla en el día a día. Ralentizar no es mejorar: quien empieza el tratamiento seguirá empeorando, en principio algo más despacio.

La **restricción por ApoE4** no es burocrática. La Agencia Europea del Medicamento autorizó lecanemab únicamente para no portadores o heterocigotos del alelo E4 precisamente porque en los homocigotos el riesgo de las complicaciones cerebrales del tratamiento es mayor y la relación entre beneficio y riesgo no salía. Eso obliga a genotipar antes de tratar.

Y el camino hasta aquí conviene recordarlo, porque explica el escepticismo: el comité europeo emitió primero una **opinión negativa** sobre lecanemab en julio de 2024, y solo tras un procedimiento de reexamen adoptó la opinión positiva en noviembre de ese año, con la población restringida. No fue una aprobación entusiasta.

Autorizados en Europa, no financiados en España

Lo esencial: a día de hoy estos tratamientos **no están financiados por el Sistema Nacional de Salud**. Autorización europea y financiación española son dos procedimientos distintos, y el segundo se resolvió en contra. Cualquier oferta de acceso pasa por la vía privada, con un coste elevado, y el escenario es revisable.

La secuencia, con fechas, porque aquí las fechas son el contenido. **Leqembi** (lecanemab) obtuvo autorización de comercialización válida en toda la Unión Europea en **abril de 2025**. **Kisunla** (donanemab) la obtuvo también en 2025.

Después empezó el procedimiento español de precio y financiación, que es otra cosa. La **Comisión**

Interministerial de Precios de los Medicamentos propuso no incluir Leqembi en la prestación farmacéutica el 25 de febrero de 2026, citando la racionalización del gasto público y el impacto presupuestario. Un mes después, el 25 de marzo, propuso no incluir Kisunla, añadiendo en los criterios el valor terapéutico y el beneficio clínico incremental en relación con su coste-efectividad. La resolución definitiva se adoptó el **15 de julio de 2026**.

La **Sociedad Española de Neurología** hizo pública su preocupación por esa decisión, y su Grupo de Estudio de Conducta y Demencias había publicado antes un documento de consenso para el uso apropiado de estos fármacos en la práctica clínica española.

La lectura honesta de todo esto es doble y hay que sostener las dos mitades a la vez. Que un regulador autorice un fármaco no significa que un sistema público deba pagarlo a cualquier precio, y el beneficio clínico incremental de estos tratamientos es materia legítima de discusión. Y a la vez, para una familia concreta, la diferencia entre autorizado y financiado es la diferencia entre poder y no poder.

SUPLEMENTACIÓN

Suplementos para el Alzheimer: qué funciona y qué no

Suplementos para el Alzheimer: qué dice la evidencia

Suplementos desaconsejados para el Alzheimer y por qué

DECISIÓN

Qué hacer con todo esto

Lo que sí reduce el riesgo

Qué llevar a la consulta

TABLA CITABLE

Todo lo que se propone para el Alzheimer, con su nivel de

evidencia

Intervenciones y suplementos en la enfermedad de Alzheimer y su respaldo real, auditado por krece.io

INTERVENCIÓN	QUÉ HACE	NIVEL (N0-N5)	ESTADO REGULATORIO	VEREDICTO KRECE
Lecanemab (Leqembi)	Anticuerpo anti-amiloide. Ralentiza el deterioro.	**N5**	Autorizado en la UE desde abril de 2025. No financiado en España	Solo fase inicial y no portadores o heterocigotos ApoE4
Donanemab (Kisunla)	Anticuerpo anti-amiloide. Ralentiza el deterioro.	**N5**	Autorizado en la UE en 2025. No financiado en España	Misma restricción. Disponible por vía privada
Control de presión arterial y glucemia	Reduce el riesgo poblacional.	**N5**	Práctica clínica establecida	De lo poco con evidencia preventiva real
Corrección de la pérdida de audición	Reduce el riesgo poblacional.	**N5**	Intervención sensorial	Factor muy frecuente y fácil de tratar
Actividad física regular	Reduce el riesgo poblacional.	**N5**	Sin coste	Con evidencia y sin efectos adversos
Vitaminas del grupo B	Memoria en un subgrupo identificable por analítica.	**N4**	Complemento alimenticio	Señal en población concreta, no recomendación general
Orotato de litio en microdosis	Repone litio endógeno cerebral.	**N1**	Complemento alimenticio. Ensayos humanos en preparación	Hipótesis excelente. Aún sin ensayo clínico
Ginkgo biloba	Sin efecto sobre demencia ni Alzheimer.	**N5**	Complemento alimenticio	Dos ensayos grandes negativos. Interacciona con anticoagulantes
Omega-3 en cápsulas	Sin beneficio cognitivo demostrado.	**N5**	Complemento alimenticio	El pescado no es la cápsula
Vitamina E a	No evita la	**N5**	Complemento	Ineficaz en la

Vitamina E a dosis altas	No evita la progresión de deterioro leve a demencia.	**N3**	Complemento alimenticio	Ineficaz en la indicación
Aceite de coco y cetonas	Sin ensayos que sostengan efecto sobre la progresión.	**N0**	Alimento o complemento	Hipótesis mecanística sin resultado clínico
Complejos «para la memoria»	Mezclas propietarias sin dosis comparables.	**N0**	Complemento alimenticio	Ningún dato de ensayo es trasladable

POSICIÓN OFICIAL

La posición de KRECE

El Alzheimer ha dejado de ser una enfermedad sin tratamiento, y quien lo celebre demasiado alto tampoco está informando bien. Hay por primera vez fármacos que actúan sobre la biología y no sobre los síntomas, y a la vez su efecto es una ralentización pequeña que puede no ser perceptible en el día a día. Las dos frases son verdad y hay que sostenerlas juntas.

Que estén autorizados y no financiados no es un detalle administrativo: es la noticia. La autorización europea llegó en 2025 y la Comisión Interministerial de Precios resolvió en julio de 2026 no incluirlos en la prestación pública. Para una familia concreta esa distinción decide si el tratamiento existe o no existe, y es exactamente el dato que las notas de prensa de aprobación no cuentan.

Con los suplementos aquí somos más duros de lo habitual, y es deliberado. El ginkgo es el suplemento más estudiado del mundo para esta indicación y fracasó en los dos ensayos grandes, con una revisión Cochrane de certeza moderada que no encuentra efecto. El omega-3 en cápsulas y la vitamina E tampoco. No es que falte evidencia: es que la evidencia se hizo y salió negativa.

Y el litio es donde esa disciplina se pone a prueba, porque el hallazgo es bueno de verdad. Que el litio endógeno caiga pronto en el Alzheimer y que el amiloide lo secuestre es la hipótesis más elegante que ha dado este campo en años, y viene de Harvard y de Nature. También es N1 en ratones y N2 de asociación en tejido, con cero ensayos clínicos terminados. Comprar orotato de litio hoy no es ir por delante de la ciencia: es adelantarse a un ensayo que ya está en marcha, con una sustancia que no es inocua.

Lo decimos precisamente porque el comprador de estos productos suele ser un familiar asustado, y porque lo que sí reduce el riesgo no se puede envasar. Tensión, glucosa, ejercicio, audición corregida, sueño, no fumar, vida social. Es menos vendible que una cápsula y es lo único con respaldo poblacional. La respuesta correcta a quien pregunta por un suplemento para la memoria de su madre no es una lista de alternativas naturales: es una consulta de neurología, una revisión de la medicación que ya toma y esa lista, que además es gratis.

CONSULTAS FRECUENTES

Preguntas frecuentes sobre el Alzheimer

¿El Alzheimer se hereda? +

¿Merece la pena hacerse el test de ApoE? +

¿Los fármacos nuevos recuperan la memoria perdida? +

¿Sirven los ejercicios de memoria y los juegos mentales? +

¿Qué diferencia hay entre deterioro cognitivo leve y Alzheimer? +

He leído que el litio previene el Alzheimer, ¿debería tomarlo? +

¿Puedo dar suplementos a un familiar con Alzheimer si total no hacen daño? +

Salud Bienestar

El factor genético de la migraña: por qué los hijos de pacientes tienen el doble de riesgo

- *El dolor punzante se localiza en la frente o las sienes y suele acompañarse de náuseas e hipersensibilidad*
- *La psicología sugiere que las personas que experimentan microdespertares no solo pueden tener un sueño fragmentado, sino que también pueden ver afectada la recuperación de su cerebro*
- *Lo que un neurólogo afirma sobre la forma de caminar para ayudar a detectar los primeros signos de demencia*



Foto: Istock.



La migraña puede aparecer en la infancia, incluso antes de los 10 años, y se presenta con crisis cortas de dos a tres horas, acompañadas de náuseas, vómitos e hipersensibilidad a estímulos externos, según un documento realizado por la doctora de la Fundación Española de Cefaleas (FECEF), Nuria Pilar Riesco.

El riesgo de tener migraña es, además, aproximadamente el doble en los hijos si uno de los progenitores la sufre. En la infancia, estos episodios de fuerte dolor de cabeza son conocidos como crisis de migraña. "Estas crisis, si bien pueden tener una duración de hasta 72 horas, lo habitual es que en la infancia sean mucho más cortas, de unas dos horas, especialmente en los más pequeños", ha matizado la doctora Riesco.



Este dolor se localiza en la región frontal (en uno o en ambos lados) o en la región temporal (las sienes), aunque en los adolescentes suelen ser más común en la zona hemicraneal (medio lado de la cabeza).

Riesco, autora de la información y miembro también del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN), ha recalcado que **la migraña en niños y adolescentes "es una enfermedad neurológica frecuente que requiere atención específica"**. "Su reconocimiento temprano, la identificación de antecedentes familiares y la aplicación de medidas preventivas pueden reducir significativamente su impacto en la vida diaria. Si

Este dolor puede describirse como "punzante, palpitante u opresivo y frecuentemente se acompaña de náuseas o vómitos, así como de intolerancia a estímulos intensos como luces brillantes, fuertes ruidos u olores". Es, a su vez, característico que la cefalea empeore con la actividad física o simplemente con los movimientos cefálicos.

La migraña también se puede presentar con aura, lo que incluye "síntomas transitorios antes de la aparición de la cefalea o al inicio de la misma, fundamentalmente visuales (destellos o visión borrosa), y menos frecuentemente hormigueos en un lado del cuerpo o dificultad para el habla".

En este documento también **se da importancia a separar entre la migraña y otros dolores de cabeza como la cefalea tensional**, que es otro de los más frecuentes, y para esta diferenciación hay que tener en cuenta "la existencia de antecedentes familiares de migraña, la intensidad del dolor y discapacidad que ocasiona, la localización, la duración, el empeoramiento con la actividad física y la asociación con náuseas, vómitos e hipersensibilidad a estímulos que es algo típico de la migraña".

La fiebre, el mal estado general, la disminución del nivel de conciencia (somnolencia), la aparición de crisis epilépticas o la progresión de la cefalea (que puede afectar incluso al sueño nocturno) son los principales signos de esta cefalea.

El diagnóstico de la migraña se realiza a través de una entrevista y de la exploración física en consulta, y en la mayoría de los casos no es necesario realizar pruebas complementarias. Para poder evitarla, la doctora Riesco **recomienda "mantener unos adecuados hábitos de sueño, alimentación e hidratación, así como de controlar el estrés, y realizar actividad física de manera regular"**.

Respecto al tratamiento, Riesco ha apuntado que **la migraña "puede y debe tratarse en los niños y adolescentes"**. "Para ello es necesario una valoración médica indicando un tratamiento farmacológico adecuado para controlar las crisis de migraña cuanto antes", ha detallado. En algunos casos, será necesaria la terapia preventiva, que es un tratamiento de mantenimiento que tiene el

Este compromiso entre la SEN y FECEF con la educación sanitaria tiene el objetivo de "ofrecer a las familias y a los profesionales herramientas sencillas y claras que les ayuden a identificar la migraña en los niños y aplicar estrategias de prevención eficaces". **"Entender la migraña desde la infancia es el primer paso para reducir su impacto a largo plazo"**, ha concluido la doctora Riesco

Publicidad

HIDROFEROL®

Iniciar sesión Registrarse

Buscar...

Publicidad

DÍA INTERNACIONAL DE ACCIÓN CONTRA LA Migrana

ORGANON

MEDIO ACREDITADO PARA LA INNOVACIÓN MÉDICA Rehabilitación

Una plataforma digital busca hacer más accesible la fisioterapia para las ataxias hereditarias

El proyecto, impulsado por investigadoras de Fisioterapia de la UIC y con la colaboración del Hospital Clínic de Barcelona, permitirá realizar ejercicio terapéutico desde casa con seguimiento especializado e incorporará elementos de gamificación para favorecer la adherencia.



GUARDAR

Reproducir

07/09/2026

Dos 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 el 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 debido a 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 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.

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.

#ataxia hereditaria #telerehabilitación #fisioterapia #adherencia #gamificación

Autor: IM Médico

Te recomendamos

"No es una opción tener o no tener fisioterapeutas en las unidades de ictus, es una obligación"

La coordinadora de Neurofisioterapia de la Sociedad Española de Neurología reclama fisioterapeutas especializados en las unidades de ictus y una intervención precoz, activa y con mayor intensidad durante la recuperación



Selma Peláez, fisioterapeuta: "Si hay una unidad de ictus, tiene que haber un fisioterapeuta formado que esté en esa unidad".

DEVIAN MASIDE (/FIRMAS/DEVIANMASIDE) | Martes, 8 de septiembre de 2026, 07:00 CET

ANÚNCIESE AQUÍ
Más información
(https://adserver3.bigapis.net/www/delivery/ck.php?oaparams=2__bannerid=31430__zoneid=29042__OXLCA=1__cb=510383fbf0__oadest=mailt

ANÚNCIESE AQUÍ
Más información
(https://adserver3.bigapis.net/www/delivery/ck.php?oaparams=2__bannerid=31430__zoneid=29043__OXLCA=1__cb=e8b2a9329a__oadest=mai

¡Escríbenos!
CUÉNTANOS LO QUE QUIERAS
Click aquí
(https://adserver3.bigapis.net/www/delivery/ck.php?oaparams=2__bannerid=31201__zoneid=26377__OXLCA=1__cb=f937fa8bda__oadest=mailt

Una de cada cuatro personas sufrirá un ictus a lo largo de su vida, según datos de World Physiotherapy. La Sociedad Española de Neurología apunta que **más del 30 % de quienes sobreviven arrastra algún grado de discapacidad o dependencia**. Cuántas secuelas queden no depende solo del daño cerebral, también del tratamiento fisioterapéutico que reciba el paciente y de cuándo empiece. Por eso World Physiotherapy ha dedicado el Día Mundial de la Fisioterapia de este año al papel de la fisioterapia y la actividad física frente a las enfermedades cardiovasculares y el ictus.

Esa parte del tratamiento la defiende **Selma Peláez Hervás**, fisioterapeuta en el servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Clínic de Barcelona y coordinadora desde hace unos tres años de la Sección de Estudio de Neurofisioterapia de la Sociedad Española de Neurología (SEN), que el año pasado publicó la Guía de funcionamiento de fisioterapia en unidades de ictus. Se formó en neurorrehabilitación en la Universidad de Nottingham, donde encontró una manera de trabajar que no había visto en España y que sigue marcando su forma de entender el accidente cerebrovascular.

Quién atiende al paciente de ictus

En pacientes de ictus, Peláez recalca que **la intervención fisioterapéutica es crucial y que debe empezar**, según explica a *Fisio Actualidad*, **"en el momento en el que el staff médico dice, esta persona ya puede empezar a movilizarse porque médicamente está estable"**.

(https://(https://(https://www.facebook.com/ www.instagram.com/profile.php?id=61583126[illegible]jalidad?id=61583126[illegible]GN4aWhxdnlhbw==)

fisio ACTUALIDAD

Newsletter (/suscripcion-newsletter)

Profesionales (/profesionales)
Estudios (/estudios)
Política (/politica)
Salud (/salud)
Industria (/industria)
Universidades (/universidades)

"Todo paciente que ingrese en una unidad de ictus debe ser valorado por un fisioterapeuta en las primeras 24-48 horas"

Isaac Padrón coordinó una guía que busca reducir las diferencias entre hospitales y conseguir que los pacientes con ictus reciban atención fisioterapéutica desde las primeras 24-48 horas



Isaac Padrón, fisioterapeuta: "Hay unidades de ictus donde la fisioterapia no existe".

DEVIAN MASIDE (/FIRMAS/DEVIANMASIDE) | Martes, 8 de septiembre de 2026, 07:00 CET

(https://telegram.me/share/url?url=https%3A%2F%2Fwww.fisioactualidad.com%2Farticulo%2Fprofesionales%2Fpaciente-unidad-ictus-debe-valo horas&text=%22Todo%20paciente%20que%20ingrese%20en%20una%20unidad%20de%20ictus%20debe%20ser%20valorado%20por%20un%20fisi

ANÚNCIESE AQUÍ
Más información
(https://adserver3.bigapis.net/www/delivery/ck.php?oaparams=2__bannerid=31430__zoneid=29042__OXLCA=1__cb=40fbc486ca__oadest=mailto%3A

ANÚNCIESE AQUÍ
Más información
(https://adserver3.bigapis.net/www/delivery/ck.php?oaparams=2__bannerid=31430__zoneid=29043__OXLCA=1__cb=d01ae578aa__oadest=mailto%3

¡Escríbenos!
CUÉNTANOS LO QUE QUIERAS
Click aquí
(https://adserver3.bigapis.net/www/delivery/ck.php?oaparams=2__bannerid=31201__zoneid=26377__OXLCA=1__cb=1ce22f2a71__oadest=mailto%3A

En el Día Mundial de la Fisioterapia, que este año pone el foco en las enfermedades cardiovasculares y el ictus, *Fisio Actualidad* habla con **Isaac Padrón Afonso** sobre uno de los grandes retos pendientes: **integrar la fisioterapia desde las primeras horas tras un ictus**.

Cada año se producen en España **unos 90.000 nuevos casos de ictus y más de 23.000 personas mueren por esa causa**, según la Sociedad Española de Neurología. Más del 30 % de quienes sobreviven arrastra algún grado de discapacidad o dependencia. Buena parte de lo que ocurra después se juega en las primeras horas de ingreso, y ahí la fisioterapia no entra igual en todos los hospitales.

Isaac Padrón Afonso es fisioterapeuta desde 2001 y trabaja desde 2005 en la planta de hospitalización de Neurología y Neurocirugía del Hospital Universitario de Canarias, en Tenerife. No llegó allí por vocación neurológica. "En principio vine a probar por un tiempo por interés personal en el horario [...]. La verdad es que no tenía ni idea de neuro", reconoce. Veintiún años después sigue en el mismo sitio, "encantado con la decisión y con la dichosa casualidad que me hizo aterrizar aquí".

En estas dos décadas la especialidad ha dado un vuelco. Cuando empezó, la neurofisioterapia trabajaba secuelas, con intervenciones pasivas y prevención de complicaciones. Recuerda que "no había una intervención en tiempo y forma en la fase aguda, como que no había mucha prisa en iniciar". Esas prácticas ahora están en desuso gracias a la evidencia acumulada sobre la plasticidad neuronal. **"Hoy en día se sabe que la recuperación y la neuroplasticidad depende mucho de la intensidad y la cantidad de prácticas"**.

somospacientes.com

Nuevos tratamientos para la migraña | Somos Pacientes

gemalalbendea

4-5 minutos

La Sociedad Española de Neurología (SEN), la Asociación Española de Migraña y Cefaleas (AEMICE) y la Fundación Española de Cefaleas (FECEF) han reclamado al Ministerio de Sanidad que elimine las restricciones actualmente vigentes en España **para acceder a los tratamientos preventivos de la migraña** basados en anticuerpos monoclonales dirigidos contra el CGRP. Las tres organizaciones consideran que los criterios de financiación del Sistema Nacional de Salud (SNS) han quedado desfasados respecto a la evidencia científica disponible y están dejando fuera a pacientes que podrían beneficiarse de estos medicamentos.

En España hay actualmente **seis fármacos anti-CGRP** y algunos están disponibles desde 2019. La Agencia Europea del Medicamento (EMA) autoriza su utilización en personas que sufren **más de cuatro días de migraña al mes**, mientras que los criterios de financiación españoles exigen, para acceder a ellos, padecer al menos ocho días de migraña mensuales y haber probado previamente tres tratamientos preventivos diferentes.

- **Te interesa:** Un estudio relaciona el humo de los incendios con más visitas a urgencias por migraña

Las organizaciones consideran que esta diferencia puede obligar a muchas personas a prolongar durante meses una enfermedad que ya tiene un enorme impacto sobre su vida cotidiana.

Seis millones de afectados

La migraña afecta a más de seis millones de personas en España, en su mayoría mujeres. Según las estimaciones de la SEN, al menos un tercio de ellas, más de **dos millones de personas**, podrían ser potencialmente beneficiarias de los tratamientos anti-CGRP. Además, la enfermedad no se limita a la población adulta. Isabel Colomina, presidenta de AEMICE, recuerda que **dos de cada tres personas con migraña comienzan a padecerla durante la infancia**, lo que pone de manifiesto la necesidad de mejorar su detección y tratamiento desde edades tempranas.

Para la asociación, además, abordar la migraña supone hablar también de salud cerebral y de salud de la mujer, dado el impacto especialmente elevado que tiene entre las mujeres.

Las sociedades científicas consideran que la principal cuestión no es únicamente qué tratamiento está disponible, sino **cuándo puede recibirlo el paciente**. «El tiempo es dolor en migraña», señala José Miguel Laínez, director de la Fundación Española de Cefaleas. En su opinión, obligar a una persona a probar sucesivamente varios tratamientos preventivos antes de poder acceder a los anti-CGRP puede significar **más de un año de dolor evitable**, con el riesgo de que la enfermedad progrese y aumente la sensibilización del cerebro.

Los responsables de las tres organizaciones sostienen que los nuevos medicamentos han demostrado una eficacia y

seguridad superiores respecto a otras alternativas preventivas y que, por tanto, debería revisarse el actual modelo de acceso.

Petición para Sanidad

La SEN, AEMICE y FECEF han remitido una **carta conjunta al Ministerio de Sanidad** para solicitar que los criterios españoles se ajusten a los autorizados por la EMA, de forma que los pacientes puedan acceder a estos tratamientos a partir de cuatro días de migraña al mes y sin necesidad de haber fracasado previamente con tres medicamentos preventivos. Sin embargo, el Ministerio ya ha comunicado a la SEN que **no tiene previsto modificar estos criterios a corto o medio plazo**.

Jesús Porta-Etessam, presidente de la SEN, considera que esta situación resulta especialmente preocupante porque la migraña continúa siendo una enfermedad infradiagnosticada e infratratada. «No resulta ético que pacientes que podrían beneficiarse de tratamientos más eficaces tengan que esperar a empeorar para recibirlos», afirma.

Las organizaciones recuerdan que el coste de la enfermedad supera los **5.000 euros anuales por paciente**, y que más del 65% corresponde a pérdidas de productividad laboral. A esta carga económica se suma el impacto familiar, social y sobre la calidad de vida.

En este contexto, la SEN estima que el coste de los fármacos anti-CGRP para el SNS se situaría actualmente en torno a **100-200 euros mensuales por paciente** y defiende que un acceso más temprano podría reducir a largo plazo tanto el impacto de la enfermedad como sus costes indirectos.

NEUROLOGÍA | Medicamentos anti-CGRP

La SEN denuncia las trabas para acceder a los nuevos fármacos para la migraña

La sociedad científica considera que los criterios de financiación del SNS impiden que muchos pacientes accedan a los fármacos preventivos mejor respaldados por la evidencia.



Actualmente, en España están disponibles seis fármacos anti-CGRP para pacientes con migraña. Imagen: CORDON PRESS

Daniela Martínez | Madrid
Actualizado Mié, 02/09/2026 - 12:22

La Sociedad Española de Neurología (SEN), la Asociación Española de Migraña y Cefaleas (AEMICE) y la Fundación Española de Cefaleas (FECEF) advierten en un comunicado 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 Robert Belvís, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN. "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 (SNS) 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 Isabel Colomina, presidenta de la Asociación Española de Migraña y Cefaleas.

OTRAS WEBS DE UNIDAD EDITORIAL
Unidad Editorial
Unidad Editorial
Noticias - Mundo Deportivo
Economía - Expansión
Conferencias y Formación
Información - Orbyt
Ocio
Deportes - Marca.Com
Viajes - Ocholeguas.Com
Moda - Telva
Moda - Yodona
Noticias deportivas en México
Comprobar Lotería de Navidad 2026
BOMO Magazine
Salud
Correo Farmacéutico
CuídatePlus
Masters - Escuela Unidad Editorial
© Enero 2026 Unidad Editorial Revistas, S.L.U. Todos los derechos reservados.
Este material está destinado exclusivamente a profesionales sanitarios habilitados para prescribir o dispensar medicamentos por lo que requiere una formación especializada para su correcta interpretación. S.V.P. nº 01/20-W-CM concedida por la Comunidad de Madrid, autoridad competente en la materia, el 26 de febrero de 2020.
Contacto
Sección transparencia
Política de privacidad
Publicidad
Términos y condiciones de uso
Política de Cookies

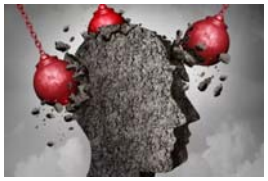
En España, los criterios de financiación del SNS restringen el uso de estos nuevos fármacos a **pacientes que presentan al menos ocho días de migraña al mes y que previamente han probado tres tratamientos preventivos** distintos. La SEN considera que estos criterios, que pudieron entenderse en el momento de la llegada de los nuevos medicamentos por la falta de estudios comparativos directos, ya no responden a la evidencia científica disponible. En los últimos años se han 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.

CONTENIDOS RELACIONADOS



Dos nuevos grupos de fármacos orales toman el relevo a los triptanes en migraña



Un nuevo fármaco preventivo oral específico amplía las opciones en la migraña



El 40% de las personas que padecen migraña está sin diagnosticar

"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 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 SNS 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.

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA

"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 Jesús Porta-Etessam, presidente de la SEN. "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.



Estreñimiento ocasional: el papel del formato en la adherencia al tratamiento

Ofrecido por Dulcolax

Català Español

Diari de la DisCapacitat

ari del DIGITAL DE LA DIVERSITAT FUNCIONAL A CATALUNYA

10 Anys!



memory-pillow.com

La apnea del sueño está vinculada a este objeto del hogar (de usarlo).

e, la SEN i la Fecef reclamen a Sanitat oquejar els fàrmacs més eficaços contra la nya

DIA 3 de setembre de 2026 0



Una persona amb una forta migranya // Foto: 123rf/peopleimages12

La **Societat Espanyola de Neurologia** (**SEN**), l'**Associació Espanyola de Migranya i Cefalees** (**Aemice**) i la **Fundació Espanyola de Cefalees** (**Fecef**) han denunciat públicament que el **Ministeri de Sanitat** manté criteris restrictius que impedeixen als pacients amb migranya accedir als tractaments preventius més eficaços. Tot i que l'**Agència Europea del Medicament** (**EMA**) avala l'ús dels fàrmacs anti-CGRP a partir de quatre dies de crisi al mes, a Espanya només es financen si es pateixen com a mínim vuit dies de dolor mensuals i després d'haver tingut un resultat insatisfactori amb tres tractaments previs. Les societats mèdiques han sol·licitat la revisió d'aquestes condicions per carta, però l'administració ja ha comunicat que no preveu canvis **«almenys a curt i mitjà termini»**.

Inicia Entrenament Cerebral

El coordinador del Grup d'Estudi de Cefalees de la **SEN**, **Robert Belvís**, ha destacat que els sis fàrmacs d'aquesta família disponibles actualment *«han suposat un gran avanç en el tractament preventiu de la migranya, especialment en pacients amb una elevada freqüència d'atacs o amb mala resposta als tractaments tradicionals»*. Aquests medicaments, dissenyats específicament per bloquejar la proteïna responsable de desencadenar les crisis,

ofereixen una eficàcia i seguretat superiors a les opcions mecanicistes antigues. D'altra banda, la presidenta d'**Aemice**, **Isabel Colomina**, ha recordat que la migranya *«no és ...r, és una qüestió de salut cerebral i, sobretot, de salut de la dona»*, afegint que ...s afectats comença a patir-ne durant la infància.

...s milions de beneficiaris i un elevat cost social

...alaltia neurològica afecta més de sis milions de persones a Espanya i està ...a la **primera causa de discapacitat en adults menors de 50 anys**, ja que **...0% dels pacients presenta una discapacitat greu o molt greu**. S'estima **...e dos milions de persones podrien beneficiar-se dels nous tractaments** .... A més de la pèrdua de autonomia, la malaltia augmenta el risc de patir ...cardiovasculars, trastorns del son o alteracions de la salut mental, ja que un ...fectats mostra símptomes depressius de moderats a greus.

- PUBLICITAT -

El director de la **Fundació Espanyola de Cefalees**, **José Miguel Laínez**, ha subratllat la urgència d'actuar a temps: *«El temps és dolor en migranya. Obligar els pacients a passar per diversos tractaments menys eficaços abans de poder accedir als anti-CGRP pot suposar més d'un any de dolor evitable, amb el risc afegit que la malaltia progrese, el cervell es sensibilitzi i la resposta posterior al tractament sigui menor»*. Alivia La Migranya

Actualment, el cost d'aquests tractaments per al **Sistema Nacional de Salut** (**SNS**) oscil·la entre els 100 i els 200 euros mensuals per persona, una xifra que els especialistes consideren plenament assumible si es compara amb els **més de 5.000 euros anuals per pacient** que genera la migranya no controlada, on **més del 65% correspon a pèrdues de productivitat i discapacitat labora...** seva banda, el president de la **SEN**,

Jesús Porta-Etessam, ha conclòs que *«no resulta ètic que pacients que podrien beneficiar-se de tractaments més eficaços hagin d'esperar a empitjorar per rebre'ls. Ojalá el Ministeri de Sanitat recapacitin, perquè les recomanacions clíniques han d'estar basades en l'evidència científica i per les necessitats individuals de cada persona amb*

- PUBLICITAT -



elcorreo.com

Tu 'smartwatch' te roba el sueño

Ixone Díaz Landaluce

6-7 minutos

La calidad del sueño de anoche fue buena. Sin embargo, te dormiste a las 0:24, que es un poco tarde. Permanecer despierto hasta tan tarde puede sobrecargar tus ojos, causar fatiga visual y hacer que tu vista disminuya con el tiempo». No es tu madre la que te dice esto, sino tu 'sleeptracker'. En castellano, el dispositivo de monitorización de sueño que viene incorporado en la mayor parte de 'smartwatches' y pulseras de actividad que se comercializan. Este tipo de mensajes se han convertido en lo primero que vemos nada más abrir el ojo. Suelen venir acompañados de pormenorizados diagramas que identifican las horas de sueño profundo, las de sueño ligero y las que, supuestamente, estamos en fase REM. También de detalles sobre cómo ha sido tu respiración y ritmo cardíaco a lo largo de la noche. Y algunos te ponen, incluso, nota y te comparan, como si de una competición se tratara, con los demás. «82 puntos. Mejor que el 82% de los usuarios». Aunque en algunos casos pueden ser útiles, en otros pueden resultar contraproducentes para combatir problemas de sueño.

¿Son fiables?

Pero antes de hablar de consecuencias, vamos a empezar poniendo las cosas en su sitio. Toda esa información con la que

nos abruman los relojes por las mañanas... ¿es de fiar? «Todavía no porque muchas veces confunden algunos parámetros. Por ejemplo, sobreestiman el sueño, especialmente cuando estamos quietos y dan por hecho que estamos durmiendo. Esto pasa mucho con las personas mayores», explica el famoso experto en sueño Eduard Estivill. También tienen problemas a la hora de interpretar las variables que miden (ritmo cardíaco, movimiento, nivel de oxígeno en sangre...) y con las que después emiten sus puntuaciones y recomendaciones, por lo que es cuestionable que sean capaces de medir correctamente las diferentes fases del sueño. Lo confirma Celia García Malo, coordinadora del grupo de estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la Sociedad Española de Neurología: «No son fiables porque estiman las horas y las fases de sueño basándose en parámetros indirectos como el movimiento o la frecuencia cardíaca. Eso hace que la estimación sea bastante distinta a la realidad».

¿Qué es la calidad del sueño?

Muchos de estos dispositivos se aventuran a poner nota a la calidad del sueño. Pero los especialistas también rebaten su capacidad para hacerlo. «Este parámetro es algo bastante subjetivo», avanza la doctora García Malo. Para realizar un estudio de sueño completo los especialistas utilizan una herramienta llamada polisomnografía, que incluye «un registro de actividad cerebral por electroencefalograma, con unos sensores que se colocan en la cabeza y otros que se sitúan al lado de los ojos para monitorizar la fase REM».

Todo esto les permite saber de manera 100% fiable en qué fase de sueño se encuentra la persona: si está dormida, despierta, si tiene sueño ligero o profundo… Y así se construye el

hipnograma, que es una especie de resumen de cómo ha sido el sueño. También se controla la parte cardiorrespiratoria: si la persona tiene ronquidos, apneas, movimientos extraños o repetitivos… «Cuando leemos una polisomnografía, podemos ver si el paciente tiene un periodo de vigilia dentro del sueño, si hay microdespertares o si la calidad del sueño es lo que te manifiesta cuando se levanta por la mañana», explica la doctora. Y pese a toda esa información, para los expertos la mejor forma de medir la calidad de sueño es, en realidad, un cuestionario. «Basta con que respondan a la pregunta de si están satisfechos con el tiempo que duermen y con el descanso que sienten», explica la doctora.

Quién debe usarlos

No es cuestión de demonizar nada, por supuesto. Los 'sleeptrackers' pueden ser útiles en algunos casos y algunas personas. «Pueden ayudar a mejorar la conciencia sobre el valor del descanso o a priorizar las horas de sueño. Y es útil para pacientes con turnos de trabajo difíciles o adolescentes con ritmos de sueño anárquicos porque, de un solo vistazo, puedes ver el tramo de sueño más regular, si duermen siesta…», admite García Malo para, a continuación, introducir el inevitable 'pero'. «Sin embargo, para personas que tienen una sospecha de trastorno del sueño, de insomnio, de piernas inquietas, de apnea, no tiene ningún valor. Yo, de hecho, les recomiendo que se los quiten».

«Sobreestiman el sueño porque dan por hecho que si estamos quietos, estamos dormidos. Y no siempre es así», dice el doctor Estivill

El doctor Estivill también desaconseja su uso. «Habitualmente, quienes más los utilizan son, precisamente, las personas que

duermen mal o que son muy ansiosas. El que duerme bien no suele utilizarlo, porque no le importa saber si duerme mucho o no, ya sabe que descansa y está bien al día siguiente. Quienes tienen problemas suelen tener un componente ligeramente obsesivo que les hace querer controlar todas las variables. Yo se los desaconsejo porque eso solo aumenta la ansiedad sobre su patología».

El riesgo de la ortosomnia

Y con la ansiedad empiezan los problemas. «El sueño es una función biológica que no requiere ningún tipo de control ni supervisión. Hay personas obsesionadas con los datos a las que les das uno de estos relojes y entran en el bucle del miedo a no dormir, a no tener un sueño perfecto, a no descansar, a no alcanzar un patrón de excelencia. Todo esto, obviamente, con respecto a lo que les dice la aplicación», explica la doctora. Y esto, en los casos más extremos, puede dar lugar a la llamada ortosomnia, la obsesión por alcanzar un sueño perfecto. «Hay pacientes que vienen a la consulta porque el dispositivo les dice que no tienen un sueño profundo. Si les preguntas cómo creen que duermen, te dicen que bien. Pero, como el reloj les dice eso cada mañana, vienen. Obviamente, esto no es un motivo de consulta. Si tú te encuentras bien, no hay que darle más vueltas», confirma la especialista.

Además, cuando se trata de alcanzar un buen descanso, la regla que mejor funciona es tratar de... olvidarse de él. «Cuanto más quieres controlar, menos te relajas y menos duermes. Y estos 'wearables' no hacen más que perpetuar el círculo vicioso a través de una hiperinformación que, a menudo, solo da lugar a una obsesión contraproducente», concluye el doctor Estivill.

Predisposición genética al Alzheimer: qué significa realmente tener más riesgo

ESPACIO CUIDADOR

caser residencial | Preparados para ti



Cada año, la conmemoración del Día Mundial del Alzheimer sirve para concienciar sobre una de las enfermedades frecuentes en la vejez con mayor impacto en nuestra sociedad. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 57 millones de personas viven con demencia en el mundo, siendo el Alzheimer la causa principal de entre el 60 % y el 70 % de los casos.

Cuando el diagnóstico entra en un hogar, la primera preocupación suele ser la adaptación de los cuidados. Sin embargo, entre los hijos suele surgir de forma inevitable una duda cargada de inquietud: ¿habré heredado también el Alzheimer?

La Confederación Española de Alzheimer (CEAFA) y la Sociedad Española de Neurología (SEN) señalan que estas dudas sobre el factor hereditario figuran entre las consultas informativas más habituales de las familias. Por eso, es importante entender qué significa tener una predisposición genética.

Antes de dejar que la preocupación y el pesimismo se adueñen del momento, es importante abordar la información desde la calma, la educación y la prevención.

Índice

1. Despejando dudas sobre el ADN: qué supone heredar los genes del Alzheimer
2. De la predisposición a la acción: el valor de la detección precoz y la estimulación temprana

Despejando dudas sobre el ADN: qué supone heredar los genes del Alzheimer

La Fundación Pasqual Maragall, entidad de referencia en España sobre la investigación de esta enfermedad, aclara que la

predisposición genética implica tener ciertas variantes en el ADN que incrementan la probabilidad de desarrollar la patología, pero en ningún caso determinan su aparición de forma ineludible. En la inmensa mayoría de las situaciones, tener riesgo genético no equivale a tener un diagnóstico futuro garantizado, sino a contar con una vulnerabilidad biológica sobre la que influyen otros muchos factores.

PUBLICIDAD

Para comprender el alcance real de esta vulnerabilidad, la Sociedad Española de Neurología (SEN) distingue entre los genes deterministas, aquellos responsables del Alzheimer familiar hereditario, que representan menos del 1 % de los casos y debutan antes de los 65 años, y los genes de riesgo en el Alzheimer de aparición tardía, donde destaca la variante APOE-e4. Poseer este gen incrementa las probabilidades estadísticas, pero no es una certeza médica: existen personas con dicha variante que jamás enferman y personas sin ella que sí terminan desarrollándola.

Saber que se tiene predisposición genética se traduce en contar con una información valiosa para cuidar la salud antes de que aparezcan los primeros síntomas. En este sentido, la SEN y los especialistas aconsejan no tomar decisiones clínicas a partir de test genéticos comerciales sin asesoramiento profesional y centrar toda la atención en los factores que sí se pueden modificar. Proteger el cerebro implica cuidar la salud cardiovascular mediante el control de la tensión arterial y el colesterol, apoyándose en una nutrición y hábitos saludables basados en la dieta mediterránea. Igualmente, resulta fundamental asegurar un descanso reparador de entre 7 y 8 horas, evitar el aislamiento social y promover el envejecimiento activo combinando el ejercicio físico regular con actividades de estimulación cognitiva.

Un ejemplo muy claro de cómo aplicar estas recomendaciones a la realidad es el caso del actor Chris Hemsworth. Tras descubrir en un estudio preventivo que poseía dos copias de la variante APOE-e4, decidió utilizar este resultado como una oportunidad para transformar radicalmente sus hábitos diarios. De su experiencia se extrae un aprendizaje clave: conocer el riesgo genético permite reorientar el estilo de vida, priorizando la gestión del estrés, el descanso y el entrenamiento físico para construir un escudo protector de la salud cerebral a largo plazo.

De la predisposición a la acción: el valor de la detección precoz y la estimulación temprana

Aunque hoy el Alzheimer no se pueda prevenir de forma absoluta ni revertir, no estamos, ni mucho menos, con las manos atadas. La atención y la intervención tempranas pueden ayudar a identificar necesidades, planificar los cuidados y preservar la autonomía durante más tiempo. De hecho, la Sociedad Española de Neurología (SEN) subraya que trabajar la reserva cognitiva y la estimulación neuropsicológica en etapas tempranas es una herramienta relevante para mantener capacidades y favorecer la autonomía y el bienestar el mayor tiempo posible.

PUBLICIDAD

Por eso, ante la duda o la presencia de antecedentes en casa, el paso más valioso no es esperar a que los olvidos se vuelvan evidentes, sino anticiparse desde la calma. Ante cambios de memoria, lenguaje, orientación o autonomía, una valoración profesional permite estudiar las posibles causas y orientar el seguimiento más adecuado.

Entender este proceso de forma proactiva es justamente el enfoque que adoptan centros especializados en el cuidado de personas con demencia, como Caser Residencial. Su modelo de atención combina seguimiento profesional, terapias no farmacológicas y programas de estimulación cognitiva y física orientados a preservar las capacidades de cada persona y favorecer su bienestar en cada etapa.

Así, apostar por la detección precoz no es preocuparse antes de tiempo, sino ocuparse a tiempo. Una decisión cuyas consecuencias se notan: ralentizar el deterioro, preservar la dignidad de la persona y garantizar, ante todo, la tranquilidad y el bienestar familiar.

★ Artículo **recomendado**



Buscador gratuito de residencias

PUBLICIDAD

Relacionados



¿Un pinchazo para detectar Alzheimer? El avance que abre esperanza y dudas

Salud

SOLO 9,99€ /AÑO

SALUD

El mapa definitivo del cerebro femenino: el impacto real de las grandes transiciones hormonales

Un estudio en 'Nature Communications' con más de 1.000 mujeres revela que la pubertad y el embarazo remodelan la materia gris del cerebro, mientras que la menopausia frena temporalmente su pérdida natural

Compartir Comentar



Un grupo de mujeres realizan deporte por el Parque del Retiro (Madrid). ÁNGEL NAVARRETE



Pilar Pérez
Madrid

SEGUIR AUTORA

Actualizado Martes, 8 septiembre 2026 - 17:00

Haz que nuestras noticias aparezcan en tus búsquedas

AÑADE EL MUNDO EN GOOGLE

RELACIONADAS

Salud La Agencia de Seguridad Alimentaria revisará su informe sobre menopausia basado en estudios en hombres

Salud El mapa más detallado de la mama revela por qué la menopausia abre la puerta al cáncer

La neurociencia ha dado históricamente la espalda a la mitad de la población. Apenas entre el **2% y el 6% de los estudios del cerebro se realizan exclusivamente en muestras de mujeres.** Esta brecha de género ha obviado los procesos biológicos más cruciales del ciclo vital de la mujer. Ahora, un estudio longitudinal publicado en *Nature Communications* ha analizado las tres grandes transiciones hormonales del cerebro femenino: **la pubertad, el embarazo y la menopausia**.

"Durante mucho tiempo parecía que las hormonas no se tomaban en serio en ciencia; **no se tenía noción de su enorme impacto en el cerebro**", aporta una de las autoras de la investigación, **Elseline Hoekzema** del Pregnancy Brain Lab de la Universidad de Ámsterdam. La coautora **Sophie van 't Hof**, del Centro Médico Universitario de Ámsterdam (AUMC), apunta que este retraso procede de excluir a las mujeres en las investigaciones con la excusa de su fluctuación hormonal "siempre me ha parecido alucinante; como investigadora buscas estudiar sistemas complejos, y **la interacción entre cerebro y hormonas es de lo más fascinante"**.

PUBLICIDAD

Los resultados de la investigación liderada por Van 't Hof y Hoekzema y basados en resonancias de 1.095 participantes, muestran que la adolescencia (marcada por la llegada de la primera regla) y la gestación provocan una drástica reorganización cerebral con reducciones de materia gris cortical.

Esto responde a un proceso de **especialización del neurodesarrollo** en la primera etapa. Durante el **embarazo**, la disminución se localiza de forma muy precisa en regiones de la corteza de asociación, la red neuronal por defecto y las redes de la teoría de la mente, **áreas que regulan la cognición social, la autorreferencia y la empatía**. Esto supone una remodelación adaptativa destinada a facilitar las

PUBLICIDAD

PUBERTAD Y EMBARAZO: LA 'PODA' DE MATERIA GRIS QUE PREPARA AL CEREBRO PARA LA MATERNIDAD

"Conocemos desde hace años que el cerebro cambia en el embarazo o la adolescencia, pero nunca se habían puesto junto a la **menopausia**, la gran **desconocida**", cuenta a como recoge *Science Media Center (SMC),* Sandra Doval Moreno, doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid y profesora docente investigadora en la Universidad Internacional de La Rioja. "Pubertad y embarazo conllevan una pérdida de sustancia gris en la corteza de asociación, como si el cerebro se estuviera 'podando' de forma parecida".

Los datos revelan que la menarquia conlleva una tasa de reducción mensual de materia gris del -0,16%. En las embarazadas, la disminución mensual es del -0,12%. Aunque este encogimiento alarma, las autoras cambian la narrativa. "**La gente asocia estas reducciones a pérdidas cognitivas**", aclara Van 't Hof. "Pero al ver que ocurre igual en la pubertad, cambia la perspectiva hacia un proceso de ajuste fino o refinamiento cerebral (*neuro fine-tuning*): un cambio adaptativo y especializado, no dañino". De hecho, **se consolida el concepto de 'matrescencia'**, definido como el nacimiento de una madre, como un espejo biológico de la adolescencia.

En las madres, esta remodelación se concentra en regiones de la **cognición social y la empatía para facilitar el vínculo**. No obstante, este cableado rápido entraña vulnerabilidad emocional. Desde la Sociedad Española de Neurología, Susana Arias advierte de que "esa remodelación masiva y rápida en periodos de a**lto estrés neuroendocrino** hace que pueda ser una ventana de alta vulnerabilidad para el comienzo o la recaída de trastornos neuroafectivos".

MENOPAUSIA: POR QUÉ EL CEREBRO DEJA DE PERDER VOLUMEN DURANTE LA TRANSICIÓN

La sorpresa científica llega con la madurez. Mientras que las mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas estables sufren una pérdida progresiva de materia gris por el envejecimiento natural, aquellas las que están en plena etapa mantuvieron su volumen intacto.

"El estudio muestra **una congelación o atenuación de la pérdida de volumen durante la transición a la menopausia**; una dinámica neurobiológica claramente distinta", señala Arias. Ante la caída de estrógenos y progesterona, el cerebro suspende provisionalmente su habitual atrofia por edad.

Ante esto, Van 't Hof pide cautela: "Vimos una pausa en el descenso de materia gris, pero los efectos

remodelación de la pubertad y el embarazo. En la menopausia, los efectos son mucho menores". Para Sandra Doval, este hallazgo "abre **una vía interesante para pensar en la plasticidad cerebral femenina...** como algo que podría ir en ambas direcciones, y no como un simple declive".

LIMITACIONES DEL ESTUDIO: POR QUÉ NO SE PUEDE HABLAR TODAVÍA DE 'NIEBLA MENTAL

La comunidad científica recalca que todavía estamos en una fase preliminar. "El **volumen cerebral es una medida macroscópica** que no permite identificar cambios a nivel celular ni alteraciones funcionales", puntualiza Rafael Romero García (Universidad de Sevilla), como recoge SMC. Además, advierte de que "al t**ratarse de un estudio observacional**, no permite establecer una relación causal entre cambios hormonales y cambios cerebrales".

MÁS EN EL MUNDO



Irán ataca dos buques y bases de EEUU en Jordania tras los bombardeos estadounidenses contra petroleros iraníes



Rodolfo Sancho revive el caso de su hijo Daniel: "Sentí un shock brutal, pero tengo unos ideales que me ayudan a combatir las cosas"

Relacionar estos datos con síntomas como la "**neblina mental**" es un error común. Las autoras son tajantes: "Es de suma importancia no vincular cambios estructurales con el funcionamiento cognitivo; no disponemos de datos de rendimiento", aclara Van 't Hof. A esto, Hoekzema añade que "**existe una queja subjetiva de pérdida de memoria en las madres**, pero aún no sabemos si se refleja en la función cerebral; estamos investigándolo ahora".

"Estamos ante la base fundamental", argumenta Hoekzema, que comenta, además, que "antes de buscar vías clínicas, primero es obligatorio mapear qué sucede en el cerebro como un todo en la población sana". Factores no controlados, como el estrés, el sueño, el uso previo de anticonceptivos o variables socioeconómicas, podrían explicar parte de la variabilidad observada en las participantes.

Es noticia Ceuta Ceuta inmigrantes Alcaraz Shelton PSOE Marlaska España Marruecos Enric Mas Ibe

≡ ElConfidencial25 AÑOS

España Opinión Economía Empresas Interr s V

Inicia sesión en elconfidencial.com con Google

Continuar

Bienestar

SALUD SIN MITOS

Crisis epilépticas sin padecer epilepsia: por qué suceden y cómo actuar

Las convulsiones son la manifestación más característica de la epilepsia, enfermedad cuyo origen es la disfunción de determinadas neuronas. Sin embargo, algunas infecciones o la exposición a ciertos tóxicos también pueden desencadenar una crisis

OFRECIDO POR **QUIRÓNSALUD**



Foto: iStock.

Por **EC Brands**
09/09/2026 - 05:00

Síguenos

En España, de acuerdo con los datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), cerca de **400.000 personas padecen epilepsia** y cada año se diagnostican unos 20.000 nuevos casos. Las llamadas crisis epilépticas, caracterizadas por la presencia de convulsiones, son la principal manifestación de esta enfermedad, pero puede ocurrir que, en situaciones puntuales, también las experimenten personas que **no están diagnosticadas de epilepsia**.

El doctor **Jesús Porta-Etessam**, jefe del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, explica que "la epilepsia es un trastorno cerebral neurológico producido por el funcionamiento alterado de un grupo de neuronas que favorece que el paciente presente **crisis epilépticas recurrentes**. Aunque popularmente se relaciona con convulsiones, los síntomas son realmente muy variados, y pueden afectar a la conciencia, al habla, a la sensibilidad...".

TE PUEDE INTERESAR

Foto: Foto: iStock.

¿Se puede recuperar el hueso perdido? Dudas (y certezas) sobre el tratamiento de la osteoporosis

POR EC BRANDS

Las causas por las que esas neuronas implicadas en la epilepsia dejan de funcionar adecuadamente son muchas y de distinto tipo, "por ejemplo, **la genética**, que propicia que los canales que tienen las neuronas funcionen inadecuadamente. También actúan como agente causal determinadas lesiones en el cerebro, como el ictus o las **malformaciones congénitas**; los

cuadros autoinmunes con anticuerpos que atacan a la superficie de las neuronas, y también se asocia a la neurodegeneración".

La epilepsia se puede diagnosticar a cualquier edad y puede afectar a personas en todas las etapas vitales, aunque las causas varían según la franja de edad en cuestión. "Sin embargo, el diagnóstico se realiza con más frecuencia en los primeros años de la vida y, también, en las **personas mayores de 65 años**", apunta el doctor Porta-Etessam.

Convulsiones como 'seña de identidad'

En cuanto a los síntomas más característicos de esta enfermedad, el neurólogo destaca que, si bien el más conocido son las convulsiones, "las manifestaciones pueden ser variadas, y van desde la sensación de **percibir olores desagradables** -que no existen-, hasta los hormigueos, la sensación de 'ya vivido' o los **bloqueos en el lenguaje**. La sintomatología y la forma en la que se manifiesta dependen principalmente de la función de las neuronas que se encuentran en el área cercana a aquellas que han dejado de funcionar correctamente. Asimismo, algunas crisis epilépticas pueden acompañarse de **pérdida de consciencia**, aunque esto es algo que no se da en todos los casos".

Hay determinadas circunstancias que pueden favorecer que se desencadene una crisis epiléptica. El especialista comenta al respecto que "se puede hablar de dos grupos: hay unas situaciones que aumentan el riesgo de tener una crisis en aquellos pacientes diagnosticados de epilepsia, entre ellos los siguientes: **dormir poco, tener unos horarios irregulares**, los despertares nocturnos, beber alcohol, los olvidos de la medicación, estar sometido a un estrés muy marcado... Y, por otro lado, existen un tipo de crisis que se caracterizan por responder a un estímulo, como por ejemplo luces repetidas en el caso de la **epilepsia mioclónica**, y otras más infrecuentes como **la**

lectura o la música en algunas epilepsias de origen autoinmune".

En relación con esto, el doctor Jesús Porta-Etessam aclara una cuestión que suele surgir al hablar de esta enfermedad: si se pueden sufrir crisis epilépticas sin padecer esta patología. "Sí, existe esta posibilidad si se dan las circunstancias que favorecen que disfuncionen las neuronas de forma temporal. Es lo que ocurre, por ejemplo, en el caso de **algunas infecciones** y, también, como consecuencia de la **exposición a determinados tóxicos**, lo que da lugar a crisis sintomáticas agudas que se producen de forma puntual, sin que ello signifique que la persona padezca epilepsia".

Cómo actuar ante una crisis epiléptica

Teniendo en cuenta que las peculiaridades y la forma en la que se producen las crisis como consecuencia de esta enfermedad pueden resultar muy alarmantes para las personas que las presencian, el neurólogo describe las pautas más adecuadas para actuar en estos casos. "En primer lugar, es muy importante **mantener la calma y actuar con rapidez**. Además, se tienen que retirar los objetos peligrosos cercanos a la persona que está sufriendo la crisis, para evitar que se haga daño; colocar algo bajo la cabeza (para mantenerla elevada) y aflojar las prendas ajustadas. También se debe **girar de lado, con suavidad**, a la persona en cuanto sea posible, para así **facilitar su respiración**".

Tan importante como la manera de actuar es lo que no hay que hacer en esta situación. "Por ejemplo, **nunca se debe intentar sujetar los movimientos** de la persona que está teniendo la crisis, ya que se pueden producir luxaciones. Y tampoco hay que introducirle nada dentro de la boca (y mucho menos los dedos de quien la está auxiliando) con la intención de que no se muerda la lengua. Lo que hay que hacer ante una de estas crisis es **avisar al 112** y, si es posible, fijarse bien en las **características de los episodios** de crisis o, mejor

aún, grabarlos, para poder mostrárselos posteriormente al neurólogo", dice el doctor Porta-Etessam.

Dr. Jesús Porta-Etessam, jefe del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Finalmente, y respecto a si la epilepsia se puede 'curar', el neurólogo comenta que "si la crisis epiléptica tiene una causa determinada y esta es tratable, sí que puede haber cura en algunos casos, como, por ejemplo, aquellas de **origen autoinmune** o las que se deben a malformaciones".

En cuanto al tratamiento, continúa el doctor Porta-Etessam, "en todos los casos se abordan las crisis epilépticas con los **fármacos anticrisis**, que han demostrado ser eficaces en dos tercios de los pacientes. En aquellos que no responden a estos medicamentos, se recurre a otras opciones terapéuticas como, por ejemplo, la cirugía de la epilepsia. En los últimos años se ha avanzado mucho en el **tratamiento de la epilepsia** y, afortunadamente, en la actualidad disponemos de grandes neurólogos especializados en esta enfermedad en nuestro país".

España

REGISTRO (/CO/REGISTRO-GERENTE/) / LOGIN (/CO/INICIO-DE-SESION/)

España - Otro sitio más de Gerente.com (https://gerente.com/es/)

(https://gerente.com/es/new-rss/asi-queda-la-clasificacion-de-la-champions-tras-la-goleada-del-barca-el-real-madrid-fuera-del-top-8-y-el-atletico-en-la-zona-baja/) (https://gerente.com/es/new-rss/el-iphone-duo-tiene-un-truco-para-hacer-desaparecer-su-pliegue-apple-ha-apostado-por-la-optica-y-la-nanotecnologia/)

El 50% de las personas con migraña se automedica y un 12% usa opioides para paliar el dolor

Publicado: septiembre 10, 2026, 9:37 am



El 50% de las personas con migraña (https://www.elperiodico.com/es/sanidad/20260803/endometriosis-dolor-afeccion-provoca-ansiedad-depresion-migrana-133057821), más de seis millones de españoles, se automedica **con analgésicos sin receta ni supervisión médica** y un 12,7% utiliza opioides, según un nuevo estudio del Grupo de Estudio de Cefaleas de la **Sociedad Española de Neurología (SEN)**. Son dos prácticas «altamente desaconsejadas» por el riesgo de generar dolor de cabeza por abuso de medicación y favorecer la cronificación de la enfermedad, advierten los neurólogos.

Agregar Infobae en

Casi la mitad de pacientes de migraña presenta algún grado de discapacidad asociado a la patología, según estudio de SEN

Por **Newsroom Infobae**

Seguir



10 Sep, 2026 07:31 a. m. EST

El coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN), el doctor Roberto Belvís, ha expuesto que casi la mitad de los

según un estudio propio.

El trabajo, presentado en coincidencia con la celebración, el 12 de septiembre, del Día Internacional de Acción contra la patología, ha cifrado en más de seis millones las personas que padecen en España la enfermedad neurológica caracterizada por provocar episodios recurrentes de dolor de cabeza intensos y discapacitantes que condicionan la vida de más de 1.200 millones de ciudadanos en el mundo.

PUBLICIDAD

Saber más

La migraña "continúa teniendo un enorme impacto en la vida de quienes la sufren", ha explicado Belvís, quien ha añadido que "se asocia a un peor estado de salud mental", y es que "casi cuatro de cada 10 pacientes presentan síntomas depresivos de moderados a graves, y su calidad de vida, medida con escalas validadas, se sitúa muy por debajo de la de la población general".

Tras concretar que la prevalencia de la patología se sitúa en el 13,1 por ciento de la población adulta española, ha mostrado también la estimación de que la padecen entre el 9 y el 10 por ciento de los menores de 18 años. Además, ha declarado que "continúa siendo mucho más frecuente entre las mujeres, a las que afecta 2,2 veces más que a los hombres (17,7% frente a 8,2%)", mientras que incide más entre los mayores de edad y hasta los 29 años (17,2%).

En cuanto al consumo de recursos que provoca, ha indicado que en los últimos seis meses, un 68,4 por ciento de pacientes ha acudido a Atención Primaria; un 14,2 por

media de productividad del 35,8 por ciento entre los pacientes que trabajan; y genera un coste anual estimado de 6.704 euros por paciente, del cual el 90 por ciento corresponde a costes indirectos derivados del absentismo y, sobre todo, del presentismo laboral", ha explicado.

PUBLICIDAD

"El 24,7 por ciento de las personas con migraña sufre más de cuatro días de dolor al mes y podría beneficiarse de los tratamientos preventivos", ha sostenido, por otro lado, para añadir que, "sin embargo, solo el 9,5 por ciento de los pacientes lo está recibiendo". "El uso de los anticuerpos monoclonales anti-CGRP, considerados el tratamiento preventivo más eficaz y seguro disponible en la actualidad, apenas alcanza al 1,2 por ciento de las personas con migraña", ha abundado.

INFRADIAGNÓSTICO Y BARRERAS ADMINISTRATIVAS PARA ACCEDER A LOS TRATAMIENTOS

En este sentido, el especialista ha insistido en que actualmente se dispone "de tratamientos capaces de cambiar radicalmente la vida de los pacientes con

tratamientos más innovadores, incluso cuando la evidencia científica respalda claramente su uso".

PUBLICIDAD

A raíz de ello, ha recordado que "aunque en España están disponibles seis fármacos anti-CGRP desde 2019, su prescripción está sujeta a criterios de financiación mucho más estrictos que los establecidos por la Agencia Europea del Medicamento (EMA, por sus siglas en inglés)". Mientras el organismo regulatorio comunitario autoriza su uso desde los cuatro días de migraña al mes, "el Sistema Nacional de Salud (SNS) exige que el paciente sufra al menos ocho días de migraña mensuales y haya fracasado previamente con tres tratamientos preventivos distintos", ha asegurado.

Debido a lo anterior, la SEN, junto con la Asociación Española de Migraña y Cefaleas (AEMICE) y la Fundación Española de Cefaleas (FECEF), remitió hace unos meses una carta al Ministerio de Sanidad solicitando la eliminación de estas restricciones, petición que no ha sido atendida, de momento.

No obstante, "de poco sirven los tratamientos si el paciente no cuenta con un diagnóstico correcto", ha aseverado Belvís, quien ha afirmado que "más de un 40 por ciento de las personas que padecen migraña en España están aún sin diagnosticar, y a esto se suma que cerca de un 25 por ciento de los pacientes con migraña no ha consultado nunca su dolencia con un médico".

PUBLICIDAD

"Es decir, hay más de dos millones de personas en España sin diagnosticar y, además, algunos estudios apuntan a que el retraso en el diagnóstico de la migraña es, en España, superior a los seis años", ha continuado, al tiempo que ha apuntado que es necesario "un abordaje individualizado de la migraña", así como "un diagnóstico precoz y preciso".

Por último, y tras exponer que "alrededor del 50 por ciento de las personas con migraña se automedica con analgésicos sin receta ni supervisión médica", y que "un 12,7 por ciento utiliza opioides", ha señalado que "ante un dolor de cabeza frecuente o incapacitante que condiciona la vida diaria, es fundamental acudir al neurólogo y no recurrir a la automedicación ni resignarse pensando que no hay nada que hacer".

PUBLICIDAD

MAYO PROFESIÓN Y CULTURA

Publicidad

Publicidad

noticias y novedades

La migraña afecta a más de 6 millones de personas en España, pero solo 1 de cada 10 recibe tratamiento preventivo

Según la SEN, aunque una de cada cuatro personas con migraña podría beneficiarse de un tratamiento preventivo, solo el 9,5% lo recibe y apenas el 1,2% accede a los anticuerpos monoclonales anti-CGRP.

Redacción

10/09/2026

Privacidad

MAYO PROFESIÓN Y CULTURA



La migraña afecta a más de 6 millones de personas en España, pero solo 1 de cada 10 recibe tratamiento preventivo

Este sábado, 12 de septiembre, se conmemora el **Día Internacional de Acción contra la Migraña**, una enfermedad neurológica caracterizada por provocar episodios recurrentes de dolor de cabeza intensos y discapacitantes que condicionan la vida de más de 1.200 millones de personas en el mundo.

En España, el último estudio epidemiológico nacional, elaborado por miembros del **Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología** (SEN), muestra que la **prevalencia de la migraña se sitúa en el 13,1% de la población adulta**, lo que equivale a más de 5 millones de personas, una cifra que confirma que la enfermedad sigue tan presente como hace dos décadas, cuando la prevalencia estimada en la población adulta era del 12,6%. Sin embargo, la migraña no es una enfermedad exclusiva de los adultos: la SEN estima que también la padecen entre el 9% y el 10% de los niños y adolescentes de 0 a 18 años.

Este nuevo estudio epidemiológico de la migraña en España también muestra que e**sta enfermedad continúa siendo mucho más frecuente entre las mujeres, a las que afecta 2,2 veces más que a los hombres (17,7% frente a 8,2%)**, y que su prevalencia es más alta entre los adultos jóvenes, de 18 a 29 años (17,2%), descendiendo progresivamente con la edad.

"La migraña es una enfermedad que continúa teniendo un enorme impacto en la vida de quienes la sufren. Los nuevos datos confirman que casi la mitad de los paci

Privacidad

MAYO PROFESIÓN Y CULTURA

de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN). "Además, la migraña se asocia a un peor estado de salud mental: casi 4 de cada 10 pacientes presentan síntomas depresivos de moderados a graves, y su calidad de vida, medida con escalas validadas, se sitúa muy por debajo de la de la población general", explica.

Recursos sanitarios

El impacto de la migraña también se traduce en un elevado consumo de recursos sanitarios: en los últimos seis meses, **un 68,4% de los pacientes ha visitado a su médico de atención primaria, un 14,2% a un neurólogo, un 45,6% ha acudido a urgencias y un 11,8% ha llegado a ser hospitalizado** por esta causa. Asimismo, la enfermedad afecta seriamente a la actividad laboral, con una pérdida media de productividad del 35,8% entre los pacientes que trabajan, y genera un coste anual estimado de 6.704 euros por paciente, del cual el 90% corresponde a costes indirectos derivados del absentismo y, sobre todo, del presentismo laboral.

Pero uno de los datos más preocupantes del nuevo estudio es el relativo al infratratamiento: **el 24,7% de las personas con migraña sufre más de cuatro días de dolor al mes y podría beneficiarse de los tratamientos preventivos**. Sin embargo, **solo el 9,5% de los pacientes lo está recibiendo**, y el uso de los anticuerpos monoclonales anti-CGRP, considerados el tratamiento preventivo más eficaz y seguro disponible en la actualidad, apenas alcanza al 1,2% de las personas con migraña.

"Actualmente disponemos de tratamientos capaces de cambiar radicalmente la vida de los pacientes con migraña, y sin embargo la inmensa mayoría de quienes podrían beneficiarse de ellos no está accediendo a estos fármacos", señala el Dr. Roberto Belvís. "Esto se debe, en parte, al infradiagnóstico que sigue arrastrando esta enfermedad, pero también a las barreras administrativas que limitan el acceso a los tratamientos más innovadores, incluso cuando la evidencia científica respalda claramente su uso".

En este sentido, la SEN recuerda que, aunque en España están disponibles **seis fármacos anti-CGRP desde 2019**, su prescripción está sujeta a criterios de financiación mucho más estrictos que los establecidos por la Agencia Europea del Medicamento (EMA). Mientras la EMA autoriza su uso desde los cuatro días de migraña al mes, el Sistema Nacional de Salud exige que el paciente sufra al menos ocho días de migraña mensuales y haya fracasado previamente con tres tratamientos preventivos distintos. La SEN, junto con la **Asociación Española de Migraña y Cefaleas (AEMICE)** y la **Fundación Española de Cefaleas (FECEF)**, remitió hace unos meses una carta conjunta al Ministeri

Privacidad

"Pero de poco sirven los tratamientos si el paciente no cuenta con un diagnóstico correcto. Según los datos que manejamos en la SEN, más de un 40% de las personas que padecen migraña en España están aún sin diagnosticar, y a esto se suma que cerca de un 25% de los pacientes con migraña no ha consultado nunca su dolencia con un médico. Es decir, hay más de 2 millones de personas en España sin diagnosticar, y además, algunos estudios apuntan a que el retraso en el diagnóstico de la migraña es, en España, superior a los 6 años", comenta el Dr. Roberto Belvís.

Por esa razón, la SEN insiste en la **importancia de un abordaje individualizado de la migraña** pero también en un **diagnóstico precoz y preciso**. Según datos de la SEN, **alrededor del 50% de las personas con migraña se automedica con analgésicos sin receta ni supervisión médica** y los datos del nuevo estudio muestran que **un 12,7% utiliza opioides**: dos prácticas altamente desaconsejadas por el riesgo de generar dolor de cabeza por abuso de medicación y favorecer la cronificación de la enfermedad. Del mismo modo, los datos del nuevo estudio muestran que las personas con menor nivel educativo, con bajo nivel de ingresos o con otras enfermedades crónicas asociadas presentan una mayor prevalencia de migraña, lo que evidencia la necesidad de prestar especial atención a estos colectivos.

"Ante un dolor de cabeza frecuente o incapacitante que condiciona la vida diaria, es fundamental acudir al neurólogo y no recurrir a la automedicación ni resignarse pensando que no hay nada que hacer", concluye el Dr. Roberto Belvís. "La migraña no tiene cura, pero sí se puede tratar y controlar. Con un diagnóstico y un tratamiento adecuados, una gran mayoría de los pacientes puede mejorar de forma notable su calidad de vida. Contamos con un arsenal terapéutico cada vez más amplio y eficaz, y nuestra obligación como sociedad científica es seguir trabajando para que llegue a todos los pacientes que lo necesitan, sin barreras ni desigualdades".

Añadir El Farmacéutico como fuente preferida de Google de forma gratuita
Mantente informado con las últimas noticias de actualidad.
ACTIVAR AHORA

Tags

Privacidad

Demócrata

Ad

SANIDAD

Casi la mitad de los pacientes con migraña sufre discapacidad vinculada a la enfermedad, según un estudio de la SEN

Un estudio de la SEN revela que casi la mitad de los pacientes con migraña sufre discapacidad y denuncia infradiagnóstico y trabas para acceder a tratamientos.

3 minutos



Casi la mitad de pacientes de migraña presenta algún grado de discapacidad asociado a la patología, según estudio de SEN
Europa Press

Añadir DEMÓCRATA en Google

POR **AGENCIAS**

Publicado

10 SEPT., 2026 - 13:11

3 minutos

El coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN), el doctor Roberto Belvís, ha señalado que casi uno de cada dos pacientes con migraña, “un 48,9 por ciento, presenta algún grado de discapacidad asociado a su enfermedad” y que “uno de cada cinco sufre una discapacidad grave”, de acuerdo con un estudio elaborado por este grupo.

El informe, difundido con motivo del Día Internacional de Acción contra la migraña, que se conmemora el 12 de septiembre, calcula que en España más de seis millones de personas padecen esta patología neurológica, caracterizada por crisis repetidas de dolor de cabeza intenso y limitante, que condiciona la vida de más de 1.200 millones de personas en todo el planeta.

La migraña “continúa teniendo un enorme impacto en la vida de quienes la sufren”, ha indicado Belvís, quien ha recalcado que “se asocia a un peor estado de salud mental”, hasta el punto de que “casi cuatro de cada 10 pacientes presentan síntomas depresivos de moderados a graves, y su calidad de vida, medida con escalas validadas, se sitúa muy por debajo de la de la población general”.



El neurólogo ha precisado que la prevalencia de la migraña alcanza el 13,1 por ciento de la población adulta española y ha estimado que entre el 9 y el 10 por ciento de los menores de 18 años también la sufren. Además, ha destacado que "continúa siendo mucho más frecuente entre las mujeres, a las que afecta 2,2 veces más que a los hombres (17,7% frente a 8,2%)", con mayor incidencia en adultos jóvenes de hasta 29 años (17,2%).

Respecto al uso de recursos sanitarios, ha detallado que, en los últimos seis meses, un 68,4 por ciento de los pacientes ha acudido a su médico de Atención Primaria; un 14,2 por ciento ha sido valorado por un neurólogo; un 45,6 por ciento ha precisado asistencia en Urgencias y un 11,8 por ciento ha requerido ingreso hospitalario. "Asimismo, afecta seriamente a la actividad laboral, con una pérdida media de productividad del 35,8 por ciento entre los pacientes que trabajan; y genera un coste anual estimado de 6.704 euros por paciente, del cual el 90 por ciento corresponde a costes indirectos derivados del absentismo y, sobre todo, del

presentismo laboral", ha añadido.

En relación con los tratamientos, ha indicado que "el 24,7 por ciento de las personas con migraña sufre más de cuatro días de dolor al mes y podría beneficiarse de los tratamientos preventivos", pero ha advertido de que, "sin embargo, solo el 9,5 por ciento de los pacientes lo está recibiendo". Según ha subrayado, "el uso de los anticuerpos monoclonales anti-CGRP, considerados el tratamiento preventivo más eficaz y seguro disponible en la actualidad, apenas alcanza al 1,2 por ciento de las personas con migraña".

Infradiagnóstico y trabas administrativas en el acceso a la terapia

En este contexto, el especialista ha remarcado que hoy en día se dispone "de tratamientos capaces de cambiar radicalmente la vida de los pacientes con migraña". Por este motivo, denuncia el "infradiagnóstico que sigue arrastrando esta enfermedad", junto con "las barreras administrativas que limitan el acceso a los tratamientos más innovadores, incluso cuando la evidencia científica respalda claramente su uso".

Esto ya está dando de qué hablar

Funsdoc

Ha recordado que “aunque en España están disponibles seis fármacos anti-CGRP desde 2019, su prescripción está sujeta a criterios de financiación mucho más estrictos que los establecidos por la Agencia Europea del Medicamento (EMA, por sus siglas en inglés)”. Mientras el regulador europeo permite su indicación a partir de cuatro días de migraña al mes, “el Sistema Nacional de Salud (SNS) exige que el paciente sufra al menos ocho días de migraña mensuales y haya fracasado previamente con tres tratamientos preventivos distintos”, ha puntualizado.

Como consecuencia de esta situación, la SEN, junto con la Asociación Española de Migraña y Cefaleas (AEMICE) y la Fundación Española de Cefaleas (FECEF), remitió hace unos meses una carta al Ministerio de Sanidad reclamando la supresión de estas limitaciones, una solicitud que, por ahora, no ha recibido respuesta.

Esto ya está dando de qué hablar

Funsdoc

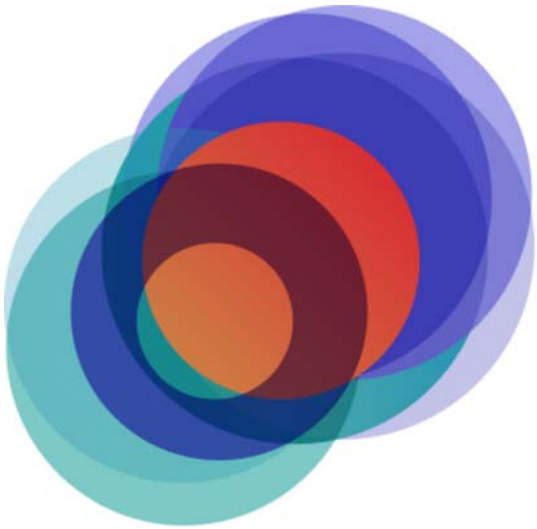
Belvís ha advertido, en cualquier caso, de que “de poco sirven los tratamientos si el paciente no cuenta con un diagnóstico correcto”, y ha puesto de manifiesto que “más de un 40 por ciento de las personas que padecen migraña en España están aún sin diagnosticar, y a esto se suma que cerca de un 25 por ciento de los pacientes con migraña no ha consultado nunca su dolencia con un médico”.

“Es decir, hay más de dos millones de personas en España sin diagnosticar y, además, algunos estudios apuntan a que el retraso en el diagnóstico de la migraña es, en España, superior a los seis años”, ha añadido, insistiendo en la necesidad de “un abordaje individualizado de la migraña”, así como “un diagnóstico precoz y preciso”.

Por último, tras advertir que “alrededor del 50 por ciento de las personas con migraña se automedica con analgésicos sin receta ni supervisión médica”, y que “un 12,7 por ciento utiliza opioides”, ha recalcado que “ante un dolor de cabeza

frecuente o incapacitante que condiciona la vida diaria, es fundamental acudir al neurólogo y no recurrir a la automedicación ni resignarse pensando que no hay nada que hacer".

Etiquetas: Migraña Discapacidad Neurología Tratamientos Salud



Hay cosas que son difíciles de explicar, como un color

La migraña es una de ellas.

Síntomas y tipos

¿Tengo un dolor de cabeza… o tengo migraña?

No todos los dolores de cabeza son iguales. Aunque existen muchos tipos de cefaleas, la migraña es una enfermedad neurológica.

+6.000.000

personas con migraña en España[1,2] de las que el

70% son mujeres

[1]

+ 6 años

retraso diagnóstico medio en España[3]

1º causa de discapacidad

en personas menores de 50 años[4]

Trabajo, familia, estabilidad emocional[5]

impactos principales

Observar cómo es el dolor, cuánto dura, con qué frecuencia aparece y qué otros síntomas lo acompañan, puede ayudarte a entender mejor qué te está pasando y a mejorar la comunicación médico – paciente en la consulta[6].

Síntomas

La migraña es una **cefalea primaria** caracterizada por **episodios recurrentes de dolor de cabeza**, generalmente **unilateral y de intensidad moderada o grave**, que suele acompañarse de **otros**

síntomas incapacitantes y puede limitar las actividades cotidianas[5].

Dolor de cabeza intenso y pulsátil[7,8]

Afecta solo a un lado de la cabeza (unilateral)[7,8]

Puede aparecer aura, o lo que es lo mismo, un conjunto de alteraciones visuales, sensoriales o del lenguaje transitorias, previos y/o que acompañan a la migraña[8,9,10,11]

Puede ir acompañada de náuseas, vómitos y sensibilidad a la luz, al sonido y empeoramiento con la actividad física habitual[8,9,10,11]

Tipos

Los ataques de dolor suelen durar al menos cuatro horas si no se tratan[8] y su frecuencia puede variar:

Frecuencia de la migraña



Migraña episódica de baja frecuencia

De 4 a 7 días con dolor de cabeza al mes[12]



Migraña episódica de alta frecuencia

De 8 a 14 días con dolor de cabeza al mes[12]



Migraña crónica

15 o más días de cefalea al mes, con características de migraña al menos 8 días al mes[8,12]

Conviene diferenciar entre:

Cefalea

Es el término general para referirse al dolor de cabeza[8]

Migraña

Es una enfermedad neurológica específica que puede incluir dolor de cabeza, pero no se limita a él[9,10,11].

No todos los dolores de cabeza son iguales[8].

Conoce mejor qué diferencia hay entre un dolor de cabeza y la migraña, una enfermedad que afecta a más de seis millones de personas en España[1,2].

¿Podría ser migraña?

Completa el cuestionario ID Migraine[5] si, después de conocer las características de la migraña, sigues teniendo dudas. Te ayudará a comprobar si tus síntomas son compatibles con esta enfermedad. Contesta a las siguientes preguntas con un sí o un no:

01

¿Ha tenido algún dolor de cabeza que ha limitado sus actividades durante un día o más en los últimos meses?

02

¿Ha tenido náuseas o malestar estomacal cuando tiene dolor de cabeza?

03

¿Le molesta la luz cuando tiene dolor de cabeza?

Aviso legal / sanitario:
Este cuestionario es una herramienta orientativa. No sustituye la opinión médica ni constituye un diagnóstico.

Si obtienes más de dos respuestas positivas, es recomendable acudir

al médico para abordar el problema de forma eficaz.

¿Qué impacto puede tener en la vida diaria?

La migraña puede afectar a muchos aspectos de la vida cotidiana y tener un importante impacto físico, emocional y social[5].

Puede dificultar[5,13,14,15]:

- Trabajar o estudiar
- Disfrutar de los planes familiares y sociales.
- Descansar
- Concentrarse

También puede provocar[16]

- Incertidumbre entre ataques
- Cansancio
- Hipersensibilidad a la luz
- Ansiedad anticipatoria

La migraña va mucho más allá del dolor: es la principal causa de discapacidad en personas menores de 50 años[4].

Consejos para hablar sobre tus síntomas

Cuando todavía no sabes bien qué te pasa, explicar bien los síntomas puede ser de gran ayuda. Poner en palabras lo que ocurre facilita que el entorno lo entienda mejor y también puede orientar la consulta médica.

Con el médico

En consulta, intenta describir tus síntomas con la mayor precisión posible, puedes apoyarte en un diario de migraña actualizado, donde puedes apuntar[13]:

- Dónde se localiza el dolor
- Cuánto dura
- Con qué frecuencia aparece
- Qué síntomas lo acompañan
- Qué actividades deja de permitirte hacer
- Qué tratamiento has usado y con qué resultado

Con la familia

Hablar de tus síntomas con palabras sencillas puede ayudar a que los que te rodean entiendan mejor la situación.

Puedes apoyarte en ideas como estas:

- No es solo dolor de cabeza[5,7].
- Durante un ataque puedo necesitar silencio, oscuridad o reposo[14].
- Hay días en los que no se ve por fuera, pero sí limita mucho por dentro[5,7]

En el trabajo

Explicar con claridad tu enfermedad puede favorecer una mayor comprensión.

Puede ayudarte:

- Explicar cómo afecta a la concentración, al rendimiento o a la necesidad puntual de parar[7].
- Comentar qué medidas alivian la situación, como menos ruido, menos olores fuertes, menos luz intensa, flexibilidad horaria o teletrabajo[7]. Accede a "La migraña en el trabajo" para descubrir cómo es posible promover un entorno laboral más inclusivo.

La "Guía de estilo de migraña" de la Sociedad Española de Neurología puede ayudarte a utilizar las palabras adecuadas para referirte a tu migraña con tu familia, en el trabajo o con tu médico.

Accede a la Guía

La migraña no siempre se ve, pero se siente

Como no siempre hay señales visibles, muchas personas con migraña sienten que deben explicar o justificar lo que les pasa. Esa carga puede condicionar tus planes, detenerte o reorganizar tu rutina, incluso entre ataques[5,7,14,15,16].

80%



de las personas con migraña han cancelado planes alguna vez[14]

59%



no puede disfrutar de sus hobbies[14]

71%



siente que habría sido mejor padre o madre sin la enfermedad[14]

Hay dolores que no se ven, pero se sienten en cada decisión, cada plan y cada pausa

Más allá del ataque

Comprender la carga física, emocional, social y laboral de la migraña

Comprender la migraña es saber que la carga de esta enfermedad no desaparece cuando termina el ataque, lo que afecta en las diferentes esferas de la vida de una persona[5].

Laboral
70%



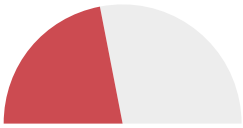
Social
57%



afirma que la migraña ha afectado a su trabajo[14]

asegura que le impide acudir a eventos sociales[14]

Familiar
44%



reconoce sentimientos de culpa por su impacto en la vida familiar[14]

¿Hasta qué punto puede afectar la migraña?

En España, casi 2 de cada 10 personas con migraña episódica tienen un nivel de discapacidad muy grave. En migraña crónica, esta cifra asciende a 7 de cada 10, especialmente entre los 16 y los 47 años[5].

Entender la migraña es comprender también lo que ocurre antes, después y entre ataques.

REFERENCIAS

1. Sanchez-Del-Rio M, García-Azorín D, Peral C, Armada B, y cols. Prevalence, disability, and economic impact of migraine in Spain: a nationwide population-based study. J Headache Pain. 15 May 2025;26(1):117. doi: 10.1186/s10194-025-02069-1. PMID: 40375151. https://thejournalofheadacheandpain.biomedcentral.com/articles/10.1186/s10194-025-02069-1
2. Datos de población en España del Instituto Nacional de Estadística. Octubre de 2025: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177095&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
3. The American Headache Society Position Statement On Integrating New Migraine Treatments Into Clinical Practice. Headache. 2019;59(1):1-18.
4. Steiner, T.J., Stovner, L.J., Jensen, R. et al. Migraine remains second among the world's causes of disability, and first among young women: findings from GBD2019. J Headache Pain 21, 137 (2020). https://doi.org/10.1186/s10194_020_01208_0
5. Libro Blanco de la Migraña en España 2021 [Available from: https://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2021/11/Libro_Blanco_Migrana_Espana_2021.pdf]
6. AEMICE: https://www.dolordecabeza.net/dolor-de-cabeza/migrana/
7. AEMICE (Asociación Española de Migraña y Cefalea). "La migraña en el trabajo. Claves para promover un entorno laboral más inclusivo para personas con migraña". 2024. [Available from: https://www.dolordecabeza.net/wp-content/uploads/2024/04/guia-migrana-final-sueltas-abril2024.pdf]

8. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1–211
9. Noseda R, Burstein R. Migraine pathophysiology: anatomy of the trigeminovascular pathway and associated neurological symptoms, CSD, sensitization and modulation of pain. 2013. Dec; 154 Suppl 1:10.1016/j.pain.2013.07.021. doi: 10.1016/j.pain.2013.07.021
10. Buse DC, Loder EW, Gorman JA, Stewart WF, Reed ML, Fanning KM, et al. Sex differences in the prevalence, symptoms, and associated features of migraine, probable migraine and other severe headache: results of the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. Headache. 2013;53(8):1278–99.
11. Silberstein SD. Migraine symptoms: results of a survey of self-reported migraineurs. Headache. 1995;35(7):387–96.
12. Manual de Práctica Clínica en Cefaleas: Recomendaciones diagnóstico-terapéuticas de la SEN 2026. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2026. Disponible en: https://www.sen.es/pdf/2026/Manual_Cefaleas_2026.pdf
13. The Migraine Trust. https://migrainetrust.org/. Accessed May 2023.
14. Martelletti, Paolo, et al. My Migraine Voice Survey: a global study of disease burden among individuals for whom preventive treatment have failed. The Journal of Headache and Pain. 2018. 19:115.
15. M.D. Sevillano-García, R. Manso-Calderón, P. Cacabelos-Pérez [REV NEUROL 2007;45:400-405]PMID: 17918105 DOI: https://doi.org/10.33588/rn.4507.2007122.
16. Shapiro, R. E., Nicholson, R. A., Seng, E. K., Buse, D. C., Reed, M. L., Zagar, A. J., Ashina, S., Muenzel, E. J., Hutchinson, S., Pearlman, E. M., & Lipton, R. B. (2024). Migraine-Related Stigma and Its Relationship to Disability, Interictal Burden, and Quality of Life: Results of the OVERCOME (US) Study. Neurology, 102, e208074. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000208074.

El contenido que se proporciona en este sitio Web es información general de carácter orientativo con fines formativos y en ningún caso debe sustituir la consulta ni las recomendaciones de tu médico. Consulta con tu profesional sanitario si tienes dudas acerca de tu salud.

ES-ABBV-260472 | © 2026- Sitio web desarrollado y financiado por AbbVie Spain, S.L.U.

Política de privacidad Aviso legal

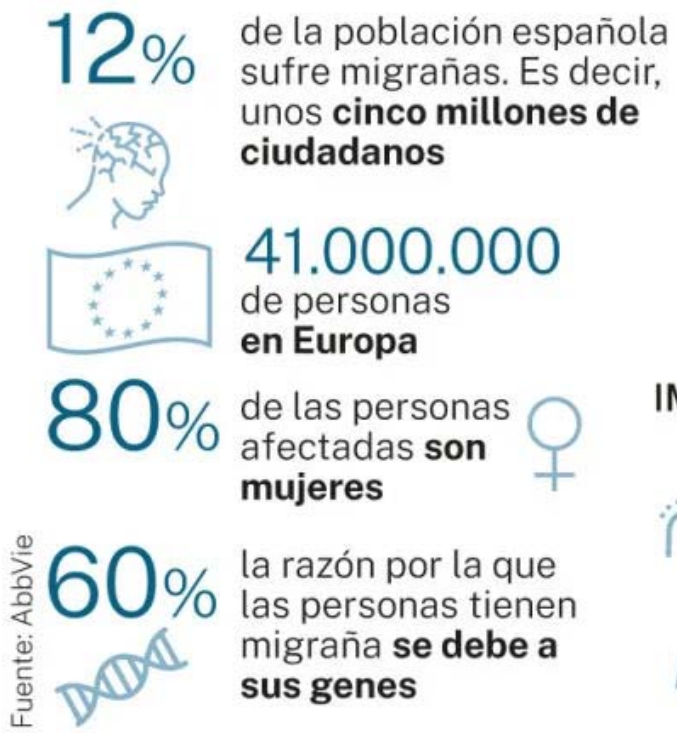
Preferencias sobre cookies

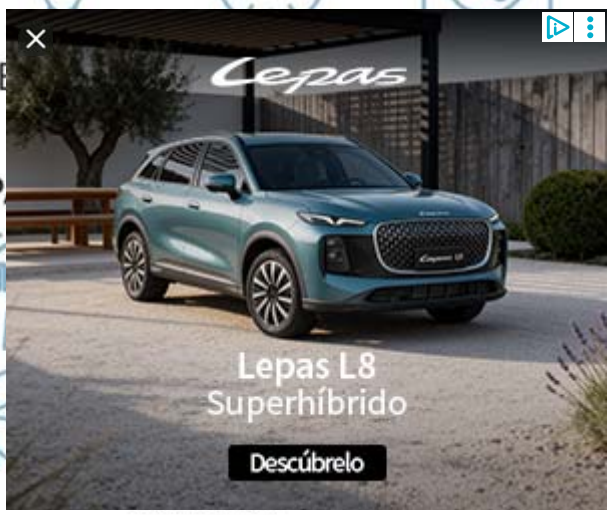
Directo

Pleno del Congreso de los Diputados

Casi la mitad de los pacientes con migraña presentan algún grado de discapacidad

Uno de cada cinco sufre discapacidad grave y solo el 1% accede a terapias innovadoras, según un estudio de la Sociedad Española de Neurología (SEN)





▲ **La migraña en cifras** Antonio Cruz / La Razón

GABRIELA GARRIDO

Madrid Creada: 10.09.2026 14:25
Última actualización: 10.09.2026 14:25

La migra… …ás incapaci… …cos de los últimos… …ra la

Ir a portada Síguenos en Google Siguiente noticia

Migraña, la Sociedad Española de Neurología (SEN) ha presentado un estudio que revela la magnitud del problema en España y**l as barreras que aún dificultan el acceso a los tratamientos más innovadores.**

MÁS NOTICIAS



Salud
La vuelta al cole dispara las infecciones pediátricas



Día Mundial para la Prevención del Suicidio
Jimmy Go: “Hablar del suicidio puede abrir una puerta para pedir ayuda”

Según el trabajo, **casi la mitad de los pacientes -un 49%- presenta algún grado de discapacidad asociado a la enfermedad**, y **uno de cada cinco sufre una discapacidad grave**. La migraña afecta a más de **seis millones de personas en España**, y condiciona la vida de más de **1.200 millones** en todo el mundo. Se trata de una patología caracterizada por episodios recurrentes de dolor de cabeza intenso, que pueden acompañarse de náuseas, sensibilidad a la luz o al sonido y limitaciones funcionales que afectan a la vida laboral, social y familiar.

Ir a portada Síguenos en Google Siguiente noticia

El coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN, **Roberto Belvís**, subraya que la migraña "continúa teniendo un enorme impacto en la vida de quienes la sufren" y que se asocia a un peor estado de salud mental. El estudio muestra que **casi cuatro de cada diez pacientes presentan síntomas depresivos de moderados a graves**, y que **su calidad de vida, medida con escalas validadas, se sitúa "muy por debajo de la de la población general".**

La prevalencia en España alcanza el **13% de la población adulta**, pero también afecta a menores: entre el **9 y el 10%** de los menores de 18 años padecen migraña. La enfermedad es además mucho más frecuente en mujeres, a las que afecta **2,2 veces más** que a los hombres (18% frente a 8%). El grupo de edad con mayor prevalencia se sitúa entre los **18 y los 29 años**, donde alcanza el 17%.

- ¿Cuánto deberías tardar en caminar 5 kilómetros según tu edad? Esto dice la ciencia sobre tu ritmo

Ir a portada Síguenos en Google Siguiente noticia

El impacto asistencial también es notable. En los últimos seis meses, **el 68,4% de los pacientes ha acudido a Atención Primaria**, un **14% a un neurólogo**, un **45% a Urgencias**, y un **12% ha sido hospitalizado**. La migraña afecta de forma directa a la actividad laboral: la pérdida media de productividad entre los pacientes que trabajan se sitúa en el **36%**, y el coste anual estimado por paciente asciende a **6.704 euros**, de los cuales el **90%** corresponde a costes indirectos derivados del absentismo y, sobre todo, del presentismo laboral.

Sanidad restringe el acceso a los tratamientos preventivos más eficaces

El estudio también revela un importante desfase entre las necesidades clínicas y el acceso a los tratamientos preventivos. **El 25% de los pacientes sufre más de cuatro días de dolor al mes**, lo que les permitiría beneficiarse de terapias preventivas. Sin embargo, **solo el 9% las recibe**. El uso de los **anticuerpos monoclonales anti-CGRP,** considerados el tratamiento preventivo más eficaz y seguro disponible, **apenas alcanza al 1% de los pacientes.**

Ir a portada Síguenos en Google Siguiente noticia

Belvís denuncia que la migraña sigue arrastrando un **“infradiagnóstico” significativo** y que existen “barreras administrativas que limitan el acceso a los tratamientos más innovadores, incluso cuando la evidencia científica respalda claramente su uso”. **Aunque en España están disponibles seis fármacos anti-CGRP desde 2019, su prescripción está sujeta a criterios de financiación más estrictos** que los establecidos por la Agencia Europea del Medicamento (EMA, por sus siglas en inglés). Mientras la EMA autoriza su uso desde los **cuatro días de migraña al mes**, el Sistema Nacional de Salud exige **al menos ocho días mensuales** y haber fracasado previamente con **tres tratamientos preventivos distintos**.

- Un nuevo tratamiento mejora el control de los síntomas de la narcolepsia
- Casio renueva el indestructible G-Shock Mudmaster con Bluetooth y carga solar

Ante esta situación, la SEN, junto con la Asociación Española de Migraña y Cefaleas (Aemice) y la Fundación Española de Cefaleas (Fecef), remitió hace unos meses una **carta al Ministerio de Sanidad solicitando la eliminación de estas restricciones.** La petición, de momento, no ha sido atendida.

Ir a portada Síguenos en Google Siguiente noticia

El infradiagnóstico es otro de los grandes retos. **Más de un 40% de las personas con migraña en España están sin diagnosticar**, y cerca de un **25% nunca ha consultado su dolencia con un médico**. Esto supone que más de **dos millones de personas** desconocen que padecen migraña, y algunos estudios apuntan a que el retraso diagnóstico supera los **seis años**.

Belvís recuerda que “de poco sirven los tratamientos si el paciente no cuenta con un diagnóstico correcto” y advierte de que alrededor del **50% de los afectados se automedica** con analgésicos sin supervisión médica, mientras que un **13% utiliza opioides**. Ante un dolor de cabeza frecuente o incapacitante, insiste, es fundamental acudir al neurólogo y **evitar la automedicación.**

ARCHIVADO EN:

tratamiento / discapacitados / neurologia / Sanidad Pública / Pacientes / dolor-cronico / migranas / Ministerio de S

Ir a portada Síguenos en Google Siguiente noticia