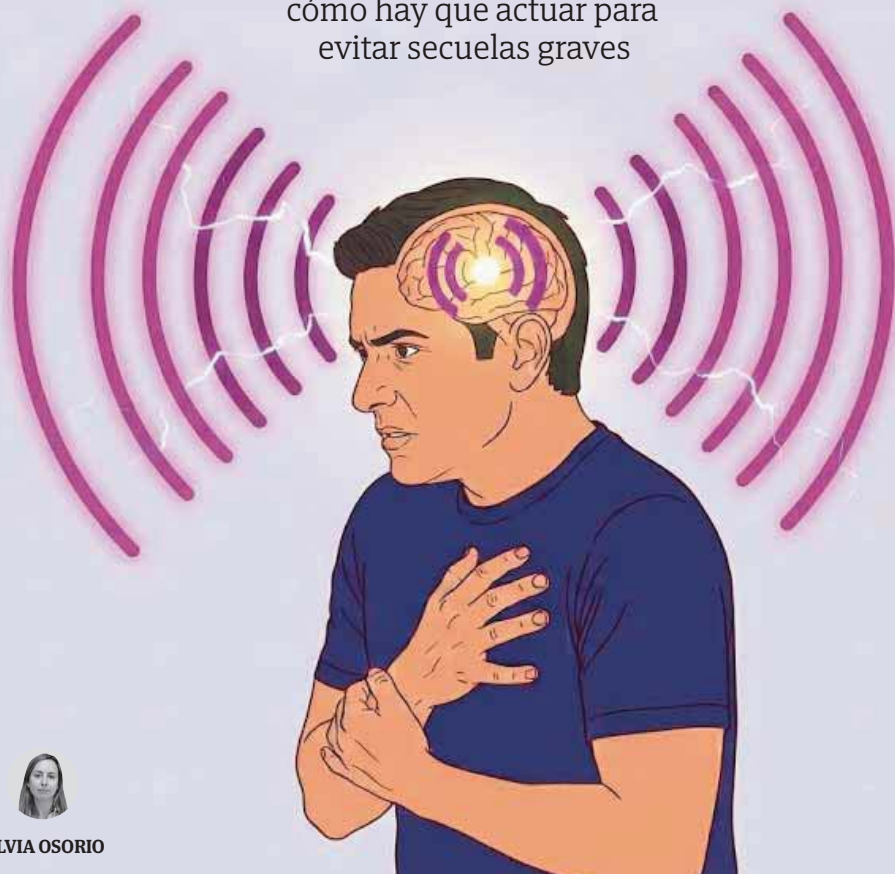




Te está dando un ictus y no lo sabes...

Una neuróloga explica qué pasa
antes de un derrame cerebral y
cómo hay que actuar para
evitar secuelas graves



SILVIA OSORIO

Cuando hablamos de un ictus pensamos en una persona a la que se le queda un brazo dormido, se le tuerce la boca o es incapaz de hablar de forma repentina. Sin embargo, no siempre se presenta de forma tan evidente. En algunos casos, las señales son más sutiles (con síntomas clínicos menos intensos) y transitorias, por lo que se atribuyen erróneamente al cansancio o al estrés. El problema es que cada minuto cuenta y no reconocer estas señales puede retrasar una atención médica que se considera vital.

El principal error es ignorar los síntomas más leves. Esperar. No darse cuenta de que puede estar sucediendo algo grave. «Cuando los síntomas son más leves la persona normalmente suele esperar a que se le pase. A veces son difíciles de interpretar y no piensa en que puede estar sufriendo un ictus», afirma Mari Mar Freijo, jefa de sección de la unidad de ictus del Hospital Universitario Cruces y coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Alguien puede empezar a hablar de forma extraña, notar torpeza en una mano, dificultad para caminar o dejar de ver por una parte de un ojo y pensar que no tiene importancia. En ocasiones, estos síntomas pueden mejorar o incluso desaparecer, pero esta evolución aparentemente benigna oculta con alta probabilidad una alteración del flujo sanguíneo que va al cerebro, que es lo que origina un ictus. «Si una persona de forma repentina presenta imposibilidad de mover un lado del cuerpo, el brazo, la pierna o ambos, es más probable que piense que tiene algo importante. El problema es que los ictus con síntomas leves o poco evidentes pueden ser más difíciles de reconocer precisamente porque la persona puede continuar hablando, caminando o realizando aparentemente con normalidad algunas de sus actividades», precisa la especialista.

Además, los signos de alerta pueden confundirse con otra enfermedad, sobre todo si se acompañan de otros síntomas que son más inespecíficos y con posibilidades de ser atribuidos a otras causas como podría

ser un dolor de cabeza o un mareo. Se tiende a pensar, por ejemplo, en la migraña. «No todo dolor de cabeza es un ictus. Aunque si este es especialmente intenso y de comienzo súbito, o cuándo se acompaña de síntomas como dificultad para hablar, o pérdida de fuerza en un brazo o en una pierna, si estos aparecen por primera vez, o son diferentes a los habituales en una persona con migraña, debemos pensar en la posibilidad de un ictus y conviene consultar», apunta la doctora Freijo.

«Estás bien y de repente...»

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el ictus es un accidente cerebrovascular con una elevada incidencia, que afecta a unas 120.000 personas cada año en España, de las cuales alrededor de 25.000 fallecen. En algunos países de Europa, incluso, está considerado como la primera causa de muerte. A pesar de su gravedad, es importante destacar que la prevención juega un papel fundamental en su control, ya que el 90% de los casos podrían evitarse. Cuando los síntomas

aparecen «a veces esperamos demasiado y esta demora impide la respuesta médica rápida, dado que es clave llegar lo antes posible a un hospital», advierte la neuróloga.

El ictus no avisa. El cerebro no suele advertir poco a poco o de forma gradual durante varios días. Cuando ocurre, ocurre. «Lo más característico es que sea brusco o que progrese en pocos minutos: estás bien y de repente se manifiesta», precisa la especialista. Los síntomas más habituales son la aparición brusca (repentina) de déficits neurológicos: alteración de la visión, problemas para hablar o entender, dificultad para mantener el equilibrio o caminar, la pérdida de la sensibilidad, de fuerza o debilidad en el brazo, pierna o en la cara.

«A veces esperamos demasiado y esta demora impide una respuesta médica rápida, que es clave»

Factores de riesgo diferentes entre hombres y mujeres

En un ictus también es importante tener en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres. Globalmente, es más frecuente en ellos, pero esta diferencia también está condicionada por otros factores como la edad. A partir de los 80, la incidencia es mayor en el género femenino debido a su mayor esperanza de vida. En España, según los datos del INE de 2025, es la segunda causa de muerte en las mujeres y la tercera en hombres. Los síntomas pueden ser los mismos en ambos géneros, pero no la frecuencia de los factores de riesgo, como son la hipertensión en ellas y el alcohol y el tabaquismo en varones. Nuevas evidencias ponen de manifiesto la necesidad de que la investigación y la atención clínica sea distinta para hombres y mujeres. Según la neuróloga Mari Mar Freijo, «es fundamental que los estudios analicen los datos desagregados por sexo y que incorporen también una perspectiva de género para conocer mejor estas diferencias y avanzar hacia una prevención y un tratamiento más adecuado para hombres y mujeres».

Existen unos factores de riesgo concretos y bien conocidos que aumentan la posibilidad de tener un ictus: la tensión alta, la diabetes, la elevación del colesterol, arritmias cardíacas, el tabaco... Dicho riesgo aumenta si no se reconocen y no se tratan de forma adecuada, manteniéndose en el tiempo. Ante cualquier sospecha, por insignificante que sea, los neurólogos insisten: no esperar a que los síntomas mejoren por sí mismos o desaparezcan. «Si presentas estos síntomas estando solo o estás con un amigo o con un familiar que presenta un déficit neurológico repentino, es importante reconocerlo y avisar al 112. Así se activa el código ictus y el Servicio de Emergencias puede trasladar al paciente al centro especializado más cercano», señala la doctora Freijo.

Cada segundo perdido aumenta el riesgo de sufrir secuelas graves o, incluso, la muerte. Vivir tras haber sufrido un ictus implica un proceso de adaptación y rehabilitación complejo, donde una gran parte de los pacientes logra recuperar su autonomía o mejorar significativamente con el apoyo adecuado y hábitos de vida saludables. Sin embargo, detectarlo y actuar a tiempo puede suponer la diferencia entre una recuperación completa y un daño irreversible. Existe una ventana de tiempo concreta para poder recibir determinados tratamientos. Alguno de ellos no se puede administrar si han pasado más de cuatro horas y media desde el inicio de los síntomas. Es importante recordar que «cuanto antes llegues, menos zona del cerebro se va a quedar dañada de forma irreversible y más tejido podremos salvar con un tratamiento. La rapidez es clave», zanja la especialista.

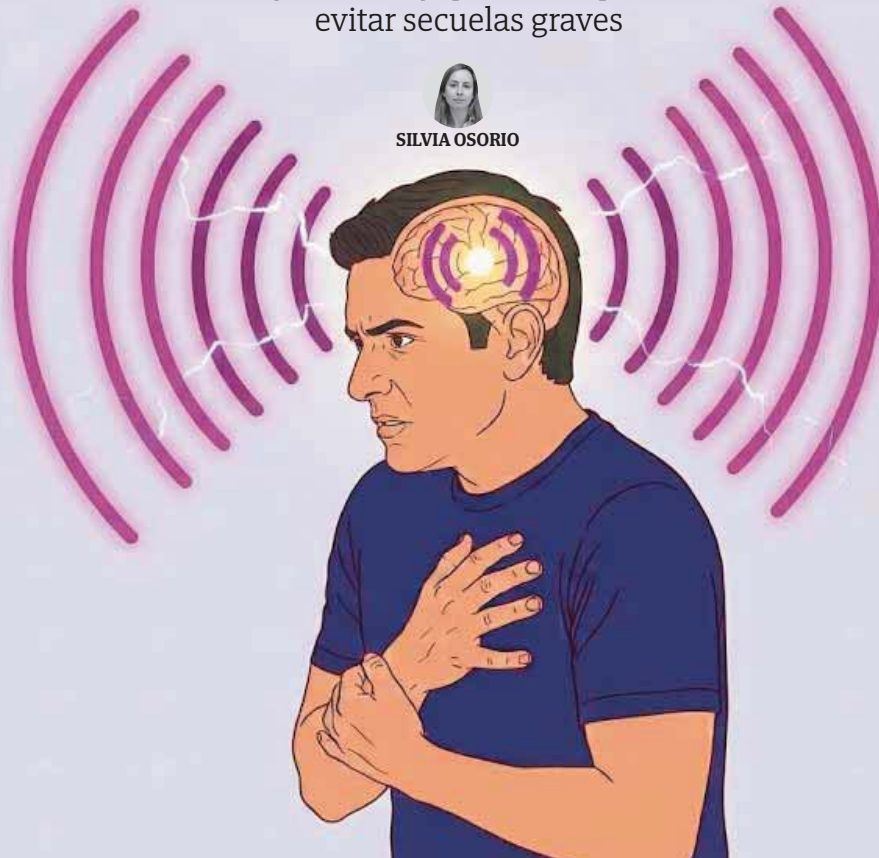


Te está dando un ictus y no lo sabes...

Una neuróloga explica qué pasa **antes de un derrame cerebral** y cómo hay que actuar para evitar secuelas graves



SILVIA OSORIO



Factores de riesgo diferentes entre hombres y mujeres

En un ictus también es importante tener en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres. Globalmente, es más frecuente en ellos, pero esta diferencia también está condicionada por otros factores como la edad. A partir de los 80, la incidencia es mayor en el género femenino debido a su mayor esperanza de vida. En España, según los datos del INE de 2025, es la segunda causa de muerte en las mujeres y la tercera en hombres. Los síntomas pueden ser los mismos en ambos géneros, pero no la frecuencia de los factores de riesgo, como son la hipertensión en ellas y el alcohol y el tabaquismo en varones. Nuevas evidencias ponen de manifiesto la necesidad de que la investigación y la atención clínica sea distinta para hombres y mujeres. Según la neuróloga Mari Mar Freijo, «es fundamental que los estudios analicen los datos desagregados por sexo y que incorporen también una perspectiva de género para conocer mejor estas diferencias y avanzar hacia una prevención y un tratamiento más adecuado para hombres y mujeres».

Existen unos factores de riesgo concretos y bien conocidos que aumentan la posibilidad de tener un ictus: la tensión alta, la diabetes, la elevación del colesterol, arritmias cardíacas, el tabaco... Dicho riesgo aumenta si no se reconocen y no se tratan de forma adecuada, manteniéndose en el tiempo. Ante cualquier sospecha, por insignificante que sea, los neurólogos insisten: no esperar a que los síntomas mejoren por sí mismos o desaparezcan. «Si presentas estos síntomas estando solo o estás con un amigo o con un familiar que presenta un déficit neurológico repentino, es importante reconocerlo y avisar al 112. Así se activa el código ictus y el Servicio de Emergencias puede trasladar al paciente al centro especializado más cercano», señala la doctora Freijo.

Cada segundo perdido aumenta el riesgo de sufrir secuelas graves o, incluso, la muerte. Vivir tras haber sufrido un ictus implica un proceso de adaptación y rehabilitación complejo, donde una gran parte de los pacientes logra recuperar su autonomía o mejorar significativamente con el apoyo adecuado y hábitos de vida saludables. Sin embargo, detectarlo y actuar a tiempo puede suponer la diferencia entre una recuperación completa y un daño irreversible. Existe una ventana de tiempo concreta para poder recibir determinados tratamientos. Alguno de ellos no se puede administrar si han pasado más de cuatro horas y media desde el inicio de los síntomas. Es importante recordar que «cuanto antes llegues, menos zona del cerebro se va a quedar dañada de forma irreversible y más tejido podremos salvar con un tratamiento. La rapidez es clave», zanja la especialista.

Cuando hablamos de un ictus pensamos en una persona a la que se le queda un brazo dormido, se le tuerce la boca o es incapaz de hablar de forma repentina. Sin embargo, no siempre se presenta de forma tan evidente. En algunos casos, las señales son más sutiles (con síntomas clínicos menos intensos) y transitorias, por lo que se atribuyen erróneamente al cansancio o al estrés. El problema es que cada minuto cuenta y no reconocer estas señales puede retrasar una atención médica que se considera vital.

El principal error es ignorar los síntomas más leves. Esperar. No darse cuenta de que puede estar sucediendo algo grave. «Cuando los síntomas son más leves la persona normalmente suele esperar a que se le pase. A veces son difíciles de interpretar y no piensa en que puede estar sufriendo un ictus», afirma Mari Mar Freijo, jefa de sección de la unidad de ictus del Hospital Universitario Cruces y coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Alguien puede empezar a hablar de forma extraña, notar torpeza en una mano, dificultad para caminar o dejar de ver por una parte de un ojo y pensar que no tiene importancia. En ocasiones, estos síntomas pueden mejorar o incluso desaparecer, pero esta evolución aparentemente benigna oculta con alta probabilidad una alteración del flujo sanguíneo que va al cerebro, que es lo que origina un ictus. «Si una persona de forma repentina presenta imposibilidad de mover un lado del cuerpo, el brazo, la pierna o ambos, es más probable que piense que tiene algo importante. El problema es que los ictus con síntomas leves o poco evidentes pueden ser más difíciles de reconocer precisamente porque la persona puede continuar hablando, caminando o realizando aparentemente con normalidad algunas de sus actividades», precisa la especialista.

Además, los signos de alerta pueden confundirse con otra enfermedad, sobre todo si se acompañan de otros síntomas que son más inespecíficos y con posibilidades de ser atribuidos a otras causas como podría

ser un dolor de cabeza o un mareo. Se tiende a pensar, por ejemplo, en la migraña. «No todo dolor de cabeza es un ictus. Aunque si este es especialmente intenso y de comienzo súbito, o cuándo se acompaña de síntomas como dificultad para hablar, o pérdida de fuerza en un brazo o en una pierna, si estos aparecen por primera vez, o son diferentes a los habituales en una persona con migraña, debemos pensar en la posibilidad de un ictus y conviene consultar», apunta la doctora Freijo.

«Estás bien y de repente...»

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el ictus es un accidente cerebrovascular con una elevada incidencia, que afecta a unas 120.000 personas cada año en España, de las cuales alrededor de 25.000 fallecen. En algunos países de Europa, incluso, está considerado como la primera causa de muerte. A pesar de su gravedad, es importante destacar que la prevención juega un papel fundamental en su control, ya que el 90% de los casos podrían evitarse. Cuando los síntomas

aparecen «a veces esperamos demasiado y esta demora impide la respuesta médica rápida, dado que es clave llegar lo antes posible a un hospital», advierte la neuróloga.

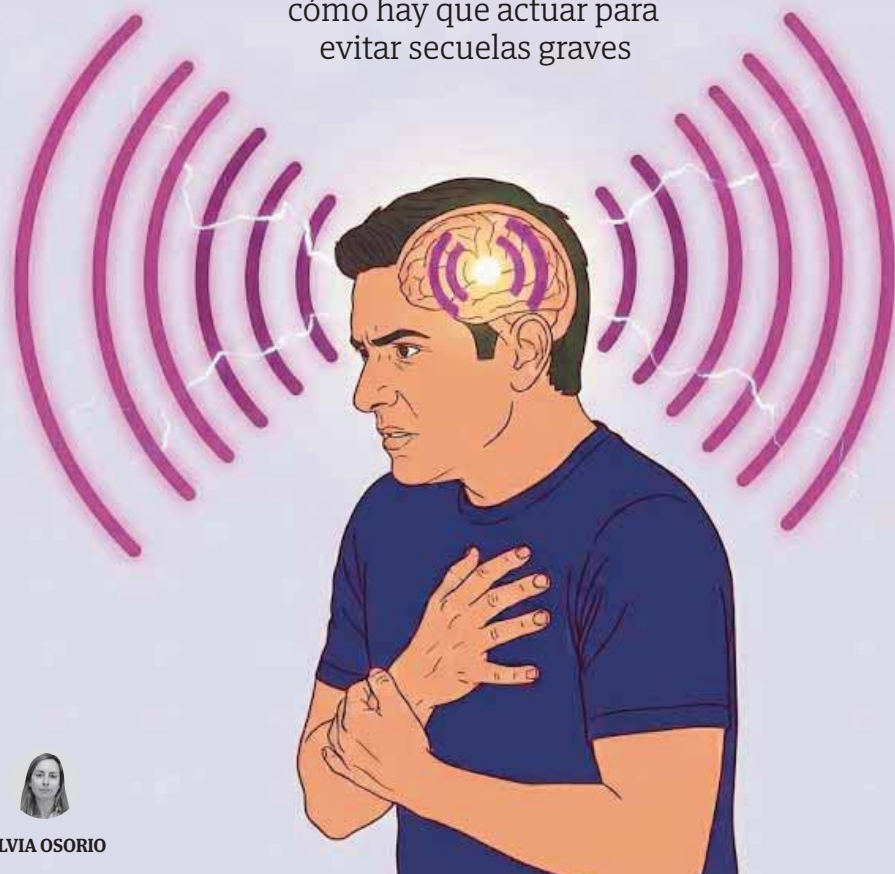
El ictus no avisa. El cerebro no suele advertir poco a poco o de forma gradual durante varios días. Cuando ocurre, ocurre. «Lo más característico es que sea brusco o que progrese en pocos minutos: estás bien y de repente se manifiesta», precisa la especialista. Los síntomas más habituales son la aparición brusca (repentina) de déficits neurológicos: alteración de la visión, problemas para hablar o entender, dificultad para mantener el equilibrio o caminar, la pérdida de la sensibilidad, de fuerza o debilidad en el brazo, pierna o en la cara.

«A veces esperamos demasiado y esta demora impide una respuesta médica rápida, que es clave»



Te está dando un ictus y no lo sabes...

Una neuróloga explica qué pasa
antes de un derrame cerebral y
cómo hay que actuar para
evitar secuelas graves



SILVIA OSORIO

Cuando hablamos de un ictus pensamos en una persona a la que se le queda un brazo dormido, se le tuerce la boca o es incapaz de hablar de forma repentina. Sin embargo, no siempre se presenta de forma tan evidente. En algunos casos, las señales son más sutiles (con síntomas clínicos menos intensos) y transitorias, por lo que se atribuyen erróneamente al cansancio o al estrés. El problema es que cada minuto cuenta y no reconocer estas señales puede retrasar una atención médica que se considera vital.

El principal error es ignorar los síntomas más leves. Esperar. No darse cuenta de que puede estar sucediendo algo grave. «Cuando los síntomas son más leves la persona normalmente suele esperar a que se le pase. A veces son difíciles de interpretar y no piensa en que puede estar sufriendo un ictus», afirma Mari Mar Freijo, jefa de sección de la unidad de ictus del Hospital Universitario Cruces y coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Alguien puede empezar a hablar de forma extraña, notar torpeza en una mano, dificultad para caminar o dejar de ver por una parte de un ojo y pensar que no tiene importancia. En ocasiones, estos síntomas pueden mejorar o incluso desaparecer, pero esta evolución aparentemente benigna oculta con alta probabilidad una alteración del flujo sanguíneo que va al cerebro, que es lo que origina un ictus. «Si una persona de forma repentina presenta imposibilidad de mover un lado del cuerpo, el brazo, la pierna o ambos, es más probable que piense que tiene algo importante. El problema es que los ictus con síntomas leves o poco evidentes pueden ser más difíciles de reconocer precisamente porque la persona puede continuar hablando, caminando o realizando aparentemente con normalidad algunas de sus actividades», precisa la especialista.

Además, los signos de alerta pueden confundirse con otra enfermedad, sobre todo si se acompañan de otros síntomas que son más inespecíficos y con posibilidades de ser atribuidos a otras causas como podría

ser un dolor de cabeza o un mareo. Se tiende a pensar, por ejemplo, en la migraña. «No todo dolor de cabeza es un ictus. Aunque si este es especialmente intenso y de comienzo súbito, o cuándo se acompaña de síntomas como dificultad para hablar, o pérdida de fuerza en un brazo o en una pierna, si estos aparecen por primera vez, o son diferentes a los habituales en una persona con migraña, debemos pensar en la posibilidad de un ictus y conviene consultar», apunta la doctora Freijo.

«Estás bien y de repente...»

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el ictus es un accidente cerebrovascular con una elevada incidencia, que afecta a unas 120.000 personas cada año en España, de las cuales alrededor de 25.000 fallecen. En algunos países de Europa, incluso, está considerado como la primera causa de muerte. A pesar de su gravedad, es importante destacar que la prevención juega un papel fundamental en su control, ya que el 90% de los casos podrían evitarse. Cuando los síntomas

aparecen «a veces esperamos demasiado y esta demora impide la respuesta médica rápida, dado que es clave llegar lo antes posible a un hospital», advierte la neuróloga.

El ictus no avisa. El cerebro no suele advertir poco a poco o de forma gradual durante varios días. Cuando ocurre, ocurre. «Lo más característico es que sea brusco o que progrese en pocos minutos: estás bien y de repente se manifiesta», precisa la especialista. Los síntomas más habituales son la aparición brusca (repentina) de déficits neurológicos: alteración de la visión, problemas para hablar o entender, dificultad para mantener el equilibrio o caminar, la pérdida de la sensibilidad, de fuerza o debilidad en el brazo, pierna o en la cara.

«A veces esperamos demasiado y esta demora impide una respuesta médica rápida, que es clave»

Factores de riesgo diferentes entre hombres y mujeres

En un ictus también es importante tener en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres. Globalmente, es más frecuente en ellos, pero esta diferencia también está condicionada por otros factores como la edad. A partir de los 80, la incidencia es mayor en el género femenino debido a su mayor esperanza de vida. En España, según los datos del INE de 2025, es la segunda causa de muerte en las mujeres y la tercera en hombres. Los síntomas pueden ser los mismos en ambos géneros, pero no la frecuencia de los factores de riesgo, como son la hipertensión en ellas y el alcohol y el tabaquismo en varones. Nuevas evidencias ponen de manifiesto la necesidad de que la investigación y la atención clínica sea distinta para hombres y mujeres. Según la neuróloga Mari Mar Freijo, «es fundamental que los estudios analicen los datos desagregados por sexo y que incorporen también una perspectiva de género para conocer mejor estas diferencias y avanzar hacia una prevención y un tratamiento más adecuado para hombres y mujeres».

Existen unos factores de riesgo concretos y bien conocidos que aumentan la posibilidad de tener un ictus: la tensión alta, la diabetes, la elevación del colesterol, arritmias cardíacas, el tabaco... Dicho riesgo aumenta si no se reconocen y no se tratan de forma adecuada, manteniéndose en el tiempo. Ante cualquier sospecha, por insignificante que sea, los neurólogos insisten: no esperar a que los síntomas mejoren por sí mismos o desaparezcan. «Si presentas estos síntomas estando solo o estás con un amigo o con un familiar que presenta un déficit neurológico repentino, es importante reconocerlo y avisar al 112. Así se activa el código ictus y el Servicio de Emergencias puede trasladar al paciente al centro especializado más cercano», señala la doctora Freijo.

Cada segundo perdido aumenta el riesgo de sufrir secuelas graves o, incluso, la muerte. Vivir tras haber sufrido un ictus implica un proceso de adaptación y rehabilitación complejo, donde una gran parte de los pacientes logra recuperar su autonomía o mejorar significativamente con el apoyo adecuado y hábitos de vida saludables. Sin embargo, detectarlo y actuar a tiempo puede suponer la diferencia entre una recuperación completa y un daño irreversible. Existe una ventana de tiempo concreta para poder recibir determinados tratamientos. Alguno de ellos no se puede administrar si han pasado más de cuatro horas y media desde el inicio de los síntomas. Es importante recordar que «cuanto antes llegues, menos zona del cerebro se va a quedar dañada de forma irreversible y más tejido podremos salvar con un tratamiento. La rapidez es clave», zanja la especialista.



> 18 de septiembre de 2026 a las 0:00

La SEN vuelve a pedir a Sanidad que financie los fármacos para el alzhéimer

MADRID / EUROPA PRESS

La coordinadora del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología (SEN), Raquel Sánchez del Valle, ha insistido en la petición de que el Ministerio de Sanidad reconsidere su decisión y financie los nuevos fármacos contra el Alzheimer capaces de actuar en sus fases iniciales.

«Solicitamos a las autoridades sanitarias que reconsideren esta resolución porque restringir el acceso a estos fármacos solo a quienes puedan costeárselos de forma privada vulnera el principio de equidad de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS)», ha señalado en relación con la medida tomada en julio, en el seno de la Comisión Interministerial

de Precios de los Medicamentos (CIPM).

Debido a que los compuestos ralentizan el deterioro cognitivo en torno a un 27 y un 29 % y tienen la autorización Agencia Europea del Medicamento (EMA, por sus siglas en inglés), considera que esta decisión «limita, por el momento, su acceso en España al ámbito privado».



La Sociedad Española de Neurología cifra en más de seis millones los afectados en España

La mitad de los pacientes con migraña sufre discapacidad

AGENCIAS
MADRID

El coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN), el doctor Roberto Belvís, ha advertido de que casi la mitad de las personas con migraña, el 48,9 por ciento, presenta algún grado de discapacidad asociado a la enfermedad y que uno de cada cinco pacientes sufre una discapacidad grave, según un estudio de la SEN.

El trabajo, presentado con motivo del Día Internacional de Acción contra la patología, cifra en más de seis millones las personas que padecen migraña en España. Se trata de una enfermedad neurológica caracterizada por episodios recurrentes de dolor que condicionan la vida de más de 1.200 millones de personas en el mundo.

La migraña "continúa teniendo un enorme impacto en la vida de quienes la sufren", explica Belvís, quien ha señalado que "se asocia a un peor estado de salud mental". Casi cuatro de cada diez pacientes presentan síntomas depresivos de moderados a graves, mientras que su calidad de vida, medida mediante escalas validadas, se sitúa muy por debajo de la de la población general.

La prevalencia de la patología alcanza el 13,1 por ciento de la población adulta española. Entre los menores de 18 años afecta a entre el 9 y el 10 por ciento. La enfermedad es mucho más frecuente entre las mujeres, a las que afecta 2,2 veces más que a los hombres: un 17,7 por ciento frente al 8,2 por ciento. La mayor incidencia se registra hasta los 29 años, con un 17,2 por ciento.

El impacto de la migraña también se refleja en el uso de recursos. En los últimos seis meses, el 68,4 por ciento de los pacientes acudió a Atención Primaria; el 14,2 por ciento, a un neurólogo; el 45,6 por ciento, a Urgencias, y el 11,8 por ciento fue hospitalizado.

A este coste sanitario se suma el impacto laboral. Provoca 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



La patología alcanza el 13,1 por ciento de la población adulta española.

por paciente. El 90 por ciento de este importe corresponde a costes indirectos derivados del absentismo y del presentismo laboral, es decir, de acudir al trabajo pese a padecer la enfermedad.

Un problema se encuentra en el acceso a los tratamientos preventivos. El 24,7 por ciento de las personas con migraña sufre más de cuatro días de dolor al mes y podría beneficiarse de estos tratamientos, pero solo el 9,5 por ciento los recibe. El uso de los anticuerpos monoclonales anti-CGRP, considerados el tratamiento preventivo más eficaz y seguro disponible, apenas alcanza al 1,2 por ciento.

INFRADIAGNÓSTICO

Belvís insiste en que existen "tratamientos capaces de cambiar radicalmente la vida de los pacientes con migraña", pero ha lamentado el infradiagnóstico de la enfermedad y las barreras administrativas que, a su juicio, limi-

tan el acceso a los tratamientos más innovadores. Según recordó, en España están disponibles seis fármacos anti-CGRP desde 2019, pero su prescripción está sometida a criterios de financiación más estrictos que los establecidos por la Agencia Europea del Medicamento (EMA). Mientras el organismo comunitario autoriza su uso desde los cuatro días de migraña al mes, el Sistema Nacional de Salud exige que el paciente tenga 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 al Ministerio de Sanidad para solicitar la eliminación de estas restricciones. La petición no ha sido atendida, según ha señalado la sociedad científica.

El acceso al tratamiento se enfrenta a otro obstáculo: el diagnóstico. "De poco sirven los tratamientos si el paciente no cuenta con un diagnóstico correcto", asevera Belvís. Más del 40 por ciento de las personas que padecen migraña en España continúan sin diagnosticar y cerca de una

Más del 40%
de los afectados está sin diagnosticar y el retraso en identificar la enfermedad supera los 6 años.

cuarta parte nunca ha consultado su dolencia con un médico.

Esto supone, según la SEN, más de dos millones de personas sin diagnosticar. Algunos estudios apuntan a que el retraso en el diagnóstico supera los seis años en España. Belvís ha defendido un abordaje individualizado y un diagnóstico precoz y preciso. La automedicación constituye uno de los problemas asociados a la migraña. Alrededor del 50 por ciento de las personas que la padecen se automedica con analgésicos sin receta ni supervisión médica y un 12,7 por ciento utiliza opioides. ■

El 48,9% de
las personas con migraña presenta algún grado de discapacidad y una de cada cinco sufre una discapacidad grave.



La migraña genera un coste de 6.704 euros al año por paciente, el 90% por pérdida de productividad

La Sociedad Española de Neurología denuncia que sólo el 9,5% de los enfermos recibe el tratamiento preventivo



JOSÉ ANTONIO SAU
Málaga

La migraña, una enfermedad neurológica caracterizada por provocar episodios recurrentes de dolor de cabeza intensos y discapacitantes que condicionan la vida de quienes la sufren, afecta seriamente «a la actividad laboral», según la Sociedad Española de Neurología (SEN), «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».

Existen varios tipos, aunque hay dos principales: la episódica, es decir, si hay menos de 15 días de dolor al mes o la crónica, si hay 15 o más. En Málaga, las estimaciones de expertos y sociedades médicas apuntan a que son más de 200.000 personas (cinco millones en España) las afectadas y, en torno a 65.000 (un millón en todo el país), las que arrastran el tipo crónico, el 80% mujeres.

El doctor Roberto Belvís señala que actualmente hay tratamientos capaces de cambiar radicalmente la vida de los pacientes con migraña, «pero la inmensa mayoría de quienes podrían beneficiarse de ellos no está accediendo a estos fármacos». «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», añade.

De esta forma, 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), sostiene la SEN. Mientras esta 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 migrañas mensuales «y haya fracasado previamente con tres tratamientos preventivos distintos», agrega. Estos fármacos se usan para prevenir las crisis.

La SEN, la Asociación Española de Migraña y Cefaleas (AEMICE) y la Fundación Española de Cefaleas (FECEF) remitieron hace unos meses una carta conjunta al Ministerio de Sanidad solicitando la eliminación de estas restricciones, lo que ha rechazado el Gobierno.

De cualquier forma, hay un problema importante de infradiagnóstico: más del 40% de quienes padecen esta



Uno de los grandes retos de la migraña tiene que ver con el infradiagnóstico. **SUR**

enfermedad están aún sin diagnosticar. El 25% de ellos nunca ha consultado su dolencia con un médico. El retraso en el diagnóstico llega a los seis años.

El impacto de la enfermedad en la vida de quienes la sufren es muy importante. Un 48,9% de los enfermos presenta algún grado de discapacidad asociado a su enfermedad y uno de cada cinco sufre discapacidad grave. «Además, la migraña se asocia a un peor estado de salud mental: casi cuatro de cada diez 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», dice el doctor Belvís, que es coordinador del grupo de estudio de Cefaleas en la SEN.

La enfermedad supone, además, un elevado consumo de recursos sanitarios. En seis meses, un 68,4% de los pacientes ha visitado a su médico de atención primaria, un 14,2% a un neurólogo, el 45,6% ha acudido a urgencias y un 11,8% ha sido hospitalizado.

Los expertos recomiendan acudir al neurólogo y evitar automedicarse.

La doctora Ana Jimeno, neuróloga de Vithas Granada y del Instituto de Neurociencias Vithas, afirma que la migraña requiere un abordaje médico integral en el que los hábitos de vida saludables desempeñan un papel fundamental junto al tratamiento médico. «Mantener horarios regulares de sueño, realizar ejercicio físico de forma habitual y seguir unos hábitos de alimentación saludables son medidas que pueden ayudar a reducir la frecuencia y la intensidad de las crisis».

Un buen punto de partida es, según la doctora, «un patrón de estilo mediterráneo, con abundancia de alimentos vegetales, legumbres, frutos secos y pescado azul, entre otros».

Es importante identificar y controlar los factores desencadenantes individuales. El estrés es uno de los principales. La enfermedad, de cualquier forma, va mucho más allá de un simple dolor de cabeza.

El neurólogo de Vithas Xanit Internacional José Antonio Reyes precisa: «Se caracteriza por episodios de dolor intenso que pueden ir acompañados de náuseas, sensibilidad a la luz y al ruido e, incluso, una importante limitación para realizar actividades

cotidianas». El diagnóstico precoz y un tratamiento personalizado son fundamentales para controlar la enfermedad, reducir las crisis y mejorar la calidad de vida.

Predisposición genética

El jefe del Servicio de Neurología del Hospital Vithas Málaga, el doctor Pedro Serrano, destaca que, aunque existe una predisposición genética, las crisis suelen activarse por diferentes

factores desencadenantes. «Los más frecuentes son el estrés, la falta de sueño, la deshidratación, el consumo de alcohol o cafeína y los cambios bruscos en las rutinas diarias. Cada paciente tiene sus propios desencadenantes, por lo que identificarlos y mantener hábitos de vida saludables y mantener horarios estables y un buen descanso, es fundamental», señala.

«La migraña es una enfermedad neurológica altamente incapacitante que afecta directamente al entorno laboral», explica el especialista. El neurólogo destaca que «hoy disponemos de tratamientos cada vez más específicos». Un diagnóstico precoz, la individualización del tratamiento y la adaptación del entorno laboral cuando sea necesario son medidas clave para prevenir la cronificación, mejorar el bienestar y favorecer el rendimiento profesional», concluye.

La migraña es más frecuente en mujeres y puede estar especialmente condicionada por las fluctuaciones hormonales. La menstruación, el embarazo, el posparto y la transición hacia la menopausia pueden modificar la frecuencia o la intensidad de la crisis.

Más de 200.000 malagueños padecen migraña y unos 65.000 sufren la forma crónica

Más del 40% de las personas con migraña en España aún no están diagnosticadas y el retraso en el diagnóstico puede superar los seis años

> 19 de septiembre de 2026 a las 0:00

Concha Girón Directora general de Eisai España

**“No tiramos la toalla para lograr
la financiación pública de nuestra
terapia contra el alzhéimer”** PÁG. 35





Concha Girón Directora general de Eisai España

“No tiramos la toalla para lograr la financiación pública de nuestra terapia contra el alzhéimer”

Juan Marqués MADRID.

La negativa de Sanidad a financiar el tratamiento Leqembi (lecanemab) contra alzhéimer en julio es reversible. Eisai España, desarrollador de esta terapia, mantiene abierta la vía del diálogo con Sanidad y las comunidades autónomas para buscar una fórmula que permita su incorporación al sistema de salud.

¿Qué supone el rechazo de Sanidad en términos de acceso para los pacientes y también de negocio?

Cuando recibimos la noticia, lo primero que pensamos fue en la cantidad de familias y pacientes en España que llevan esperando el acceso de este fármaco. Llevamos casi dos años de espera regulatoria. Hay 800.000 pacientes con alzhéimer en España, más sus familias, en torno a cinco millones, y lo primero que pensamos es que se están perdiendo un fármaco que, por primera vez en décadas, retrasa la progresión de la enfermedad y que creemos que se merece un acceso universal en España. En términos de negocio de Eisai, seguimos apostando por el alzhéimer porque la compañía se divide básicamente en dos unidades de desarrollo de fármacos: una es oncología y la más potente es neurología, que ha estado centrada en epilepsia y en alzhéimer. Desde hace 40 años investigamos en alzhéimer. Lanzamos hace años donepezilo. En términos de negocio, no tanto económicos sino estratégicos, es como mínimo el 50% de la compañía, nuestro objetivo estratégico.

Sanidad sostiene que el beneficio clínico demostrado de lecanemab era muy limitado. ¿Qué responden?

Que la EMA [Agencia Europea del Medicamento], después de toda la aportación de los ensayos clínicos que tuvimos y de todos los perfiles de beneficio y seguridad, dio el visto bueno. La EMA evalúa con rigor si el fármaco tiene más beneficio y el ratio beneficio-riesgo era adecuado y dio el visto bueno. Vuelvo a insistir: es la primera vez que, en lugar de tratar por sintomatología el Alzheimer, se trata con la intención de ralentizar la enfermedad. No cura la enfermedad, eso es verdad, pero esto es un primer camino en un cambio de paradigma del alzhéimer, como ha ocurrido en un montón de patologías. Al principio tienes un beneficio clínico que, en este caso, es de en torno al 30% de retraso de la enfermedad, pero es el inicio.

¿En cuántos países está financiado o pueden acceder los pacientes?



DAVID GARCÍA

Innovación:

“Es un fármaco que, por primera vez, retrasa la progresión de la enfermedad”

Negociación:

“Eisai hizo todo lo posible para que lecanemab llegase a ser financiado”

Carga económica:

“Hay unos costes de en torno a 40.000 o 42.000 euros que asumen las familias”

Cada país es diferente: algunos lo tienen en privado, otros tienen acceso público y otros a través de aseguradoras, pero ahora mismo está en 53 países.

¿Y en la Unión Europea?

Tenemos Alemania, Austria e Inglaterra. Los demás países están negociando la financiación.

¿Barajan el lanzamiento en el canal privado?

Estamos barajándolo, pero de momento seguimos apostando por la financiación pública. Reiteramos que tenemos la mano tendida para llegar a que sea sostenible para el sistema y que el fármaco pueda llegar al acceso universal público.

Sanidad pidió un techo de gasto conjunto. ¿Qué no pudo aceptar Eisai?

Las negociaciones son confidenciales, pero es el propio Ministerio el que ha publicado que estaba negociándose un techo de gasto conjunto, que era algo bastante innovador dentro de la sanidad española. Lo que sí puedo decir es que Eisai puso todo lo posible para que llegase a ser financiado. Fue una oferta muy interesante de Eisai.

¿Hay margen para aceptar en el futuro un techo de gasto, acuerdo de riesgo u otra fórmula de financiación condicionada a resultados?

Estamos abiertos a que el Ministerio y las comunidades autónomas nos sentemos y sigamos el camino para llegar a lograrlo.

¿Se puede reabrir entonces pronto el expediente?

De momento, estamos evaluando opciones, y sí, tenemos la opción de abrir en cualquier momento un nuevo procedimiento de precio y reembolso. También estamos viendo cómo podemos seguir trabajando, incluso, con el Ministerio de Sanidad y con las comunidades autónomas.

También se ha dicho que el coste es muy elevado para el valor clínico que aporta.

Vuelvo a decir: la oferta fue muy buena. El coste del tratamiento, ya por sí, con nuestra oferta fue muy interesante. Pero, además de eso, los costes hay que verlos como una inversión de ahora en lo que va a ahorrar a futuro. Son otros costes que hay que poner encima de la mesa. A veces se evalúa un fármaco solamente por el coste del fármaco; otras veces, por los costes que lleva de diagnóstico y tratamiento. Pero también habría que poner encima de la mesa los ahorros que lleva esa prevención o ese retraso de la enfermedad a futuro. En torno a 40.000 o 42.000 euros al año asu-

men las familias en el cuidado del Alzheimer. Todo eso habría que ponerlo encima de la mesa.

¿Hasta qué punto la decisión de financiación debilita la posición de la filial española para competir por inversiones?

De momento, seguimos sin tirar la toalla. Estamos convencidos de que llegará un momento en que tendrá acceso con financiación. La posición sigue intacta. España sigue siendo importante a nivel de nuestra corporación. Es un país importante en Europa, seguimos siéndolo. Están negociando también el fármaco en otros países con situaciones similares. Y, en ensayos clínicos, España ha sido el país con mayor número de centros y mayor número de pacientes reclutados en los estudios de este producto. Hemos sido el mayor reclutador.

¿Cuántos pacientes españoles calculan que serían candidatos a recibir el tratamiento?

Ahora mismo, según la Sociedad Española de Neurología y los criterios de ficha técnica, sería un 5% de los 40.000 anuales que son diagnosticados, teniendo en cuenta que en torno al 50% de los pacientes no son diagnosticados en las fases iniciales. Es otra área de mejora a futuro.

Si no se cortan las rosas marchitas, el rosal deja de florecer. Algo similar ocurre en nuestro cerebro. La poda sináptica elimina las conexiones neuronales redundantes para favorecer las más empleadas

LA BUENA VIDA LAS TIJERAS DEL CEREBRO

El cerebro realiza la poda sináptica durante toda la vida pues es una tarea de mantenimiento esencial

Durante el desarrollo del sistema nervioso hay una sobreproducción de conexiones entre neuronas. Los niños pequeños tienen una enorme cantidad de estas conexiones (que se denominan sinapsis), lo que les permite absorber mucha información y aprender a hablar, a caminar y a comprender el entorno. Así, durante los primeros años de vida, se crean muchas más sinapsis de las que serán necesarias en la edad adulta. Por eso, a medida que el niño crece, el cerebro utiliza un mecanismo llamado poda sináptica. «Es un proceso natural por el que el cerebro remodela las conexiones entre neuronas, eliminando las que apenas se utilizan y reforzando o priorizando aquellas que sí lo hacen. Es una tarea de mantenimiento ejecutada por las células gliales, en particular la microglía, que favorece aquellos circuitos neuronales con mayor actividad», explica el doctor Javier Camiña, vocal de la Sociedad Española de Neurología.

La microglía es un conjunto de células defensivas que se encuentra en el sistema nervioso central. Los especialistas del Centro de Neurociencias Cajal aclaran que el cerebro «cuenta con su propio sistema inmunitario porque los linfocitos presentes en el torrente sanguíneo que alcanzan cualquier tejido corporal amenazado no pueden traspasar la barrera hematoencefálica para llegar al sistema nervioso central. Aquí es donde entra en juego la microglía, unas células que resultan de un préstamo del sistema inmunitario al sistema nervioso central, en el que se infiltran durante la gestación. Su función principal consiste en reconocer las infecciones y tomar las primeras medidas necesarias con el fin de combatirlas».

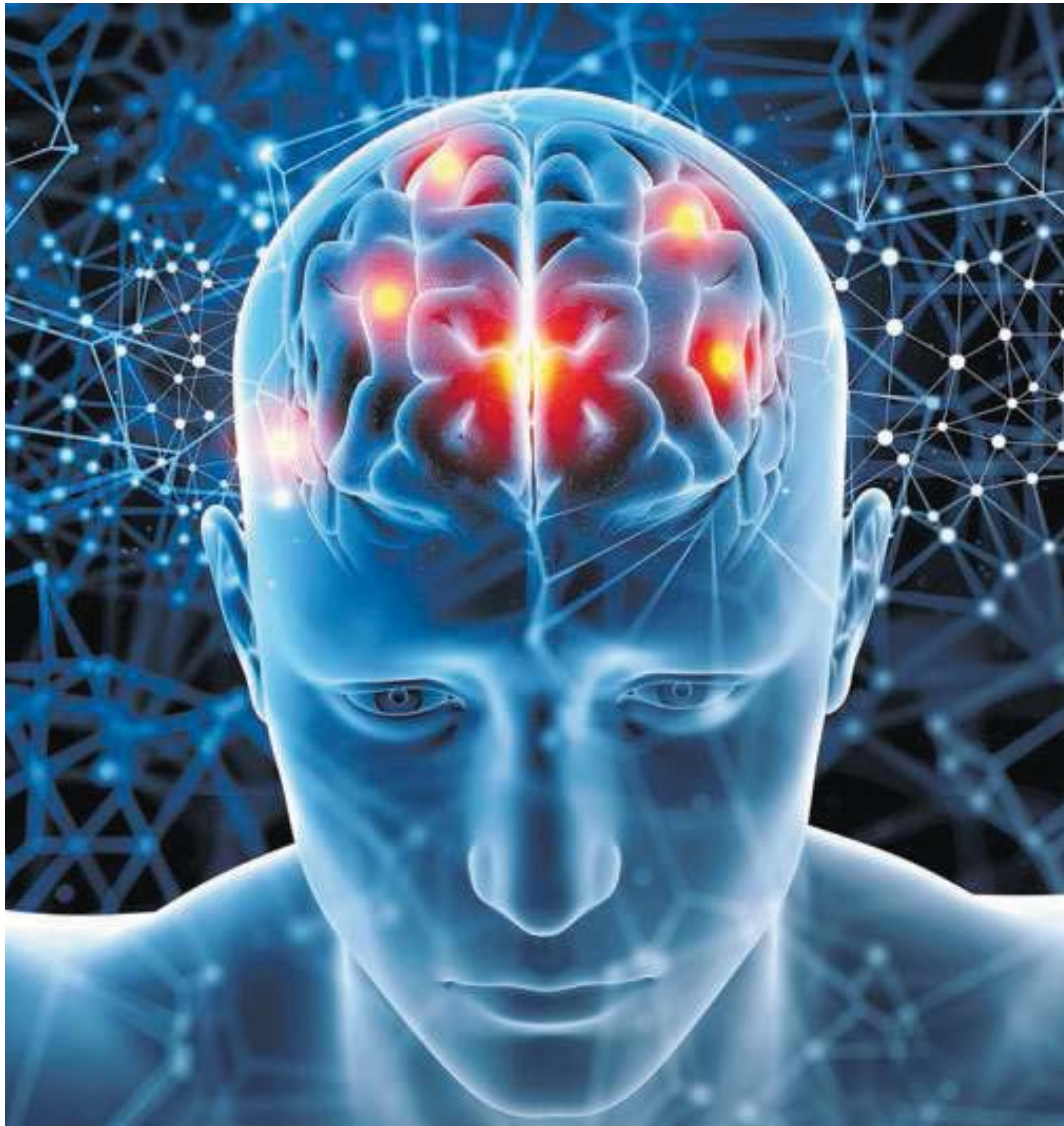
La poda sináptica «ocurre cuando las células de la microglía detectan que hay contactos entre neuronas que no están funcionando o que son redundantes y deciden fagocitarlos para que la información fluya de una manera más eficiente y no se pierda en conexiones inútiles. El objetivo de la poda sináptica es, por lo tanto, lograr una conexión precisa de los circuitos cerebrales», apuntan.

Camiña indica que el fin de este proceso es «mejorar el rendimiento neuronal y la sostenibilidad energética en el cerebro. Se elimina la redundancia de las conexiones excesivas y con poca actividad y se priorizan las que sostienen las funciones más utilizadas».

La poda sináptica está estrechamente relacionada con el aprendizaje. El aprendizaje «necesita la formación de conexiones neuronales en unos circuitos determinados que se refuerzan y especializan, lo que implica desestimar otras. Por ese motivo, necesita el proceso de la poda sináptica. La experiencia de cada persona configura qué circuitos se han creado, estimulado y mantenido y cuáles se han descartado. La poda sináptica es inherente al aprendizaje».

A veces se produce una poda sináptica anormal, ya sea por exceso o por defecto, lo que puede ocasionar importantes consecuencias en el funcionamiento del cerebro. «Una poda excesiva condiciona una menor conectividad y capacidad de procesamiento de información y una poda insuficiente perpetuaría una sobrecarga ineficiente de conexiones», expresa el neurólogo.

Algunas investigaciones relacionan una poda sináptica anormal con trastornos como la esquizofrenia, el autismo o el TDAH.



KJPARGETER



PALOMA SANTAMARÍA

© El Debate

El pasado 12 de septiembre se conmemoró el Día Internacional de Acción contra la Migraña, una enfermedad neurológica que provoca episodios recurrentes de dolor de cabeza intenso que condiciona la vida de más de 1.200 millones de personas en todo el mundo.

Los expertos explican que la migraña se manifiesta a través de crisis de dolor de cabeza que pueden prolongarse hasta tres días y que suelen venir acompañadas de otros síntomas como hipersensibilidad a estímulos sensoriales (luz, sonido, olores), náuseas o aura. Esta afección no es solo un dolor de cabeza, sino una enfermedad de carácter neurológico que afecta profundamente a todos los aspectos de la vida diaria.

En España, los datos del último estudio epidemiológico nacional elaborado por miembros del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN) sitúan la prevalencia de la migraña en el 13,1% de la población adulta. Este porcentaje equivale a más de cinco millones de personas.

«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 pacientes, un 48,9 %, presenta algún grado de discapacidad asociado a su enfermedad, y que 1 de cada 5 sufre una discapacidad grave», explica el doctor Roberto Belvis, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

El especialista añade: «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».

Tratamientos

La SEN recuerda que desde 2019 hay disponibles en España seis fármacos anti-CGRP. No obstante, su prescripción está sometida a unos criterios de financiación considerablemente más estrictos que los establecidos por la Agencia Europea del Medicamento (EMA).

Mientras la EMA permite su empleo a partir de cuatro días de migraña al mes, el Sistema Nacional de Salud exige que el paciente sufra al menos ocho días de migraña mensuales y que previamente hayan fracasado tres tratamientos preventivos diferentes.

«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



Una mujer con migraña se lleva las manos a la cabeza por el dolor | GETTY IMAGES

Migraña: qué es, cuáles son sus causas, síntomas y tratamiento

está accediendo a estos fármacos», señala el doctor Roberto Belvis.

Diagnóstico

El diagnóstico constituye otro de los grandes problemas asociados a esta enfermedad. «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 doctor Roberto Belvis. Por otra parte, el nuevo estudio señala que un 12,7% de los pacientes utiliza opioides. Ambas prácticas están altamente desaconsejadas debido al riesgo de provocar dolor de cabeza por abuso de medicación y favorecer que la enfermedad se cronifique.

«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 doctor Roberto Belvis.

Causas

La Fundación Instituto Roche explica en una infografía como parte de su colección «Hablando Sobre» que su origen es multifactorial y distintos elementos influyen en el desarrollo y la evolución, así como en la eficacia de su tratamiento.

La genética está implicada en la susceptibilidad a desarrollar migraña y puede influir en el subtipo (con o sin aura), en el curso clínico y en la respuesta al tratamiento.

Cambios hormonales como la caída de estrógenos antes de la menstruación o los cambios de la perimenopausia pueden intensificar la actividad de la migraña, lo que hace que su curso sea distinto según el sexo y la etapa vital de cada persona.

Diferentes patologías como la obesidad, la depresión o ansiedad, el insomnio o la hipertensión pueden favorecer que la migraña evolucione hacia una forma crónica, y también modulan la respuesta al tratamiento.

El tabaquismo, la dieta, el consumo de café, el índice de masa corporal (IMC) y el nivel de actividad física se han relacionado con el riesgo de migraña.

Tipos

La migraña puede ser sin aura que se caracteriza por un dolor de cabeza pulsátil y suele acompañarse de náuseas y/o vómitos y de molestia a la luz y al sonido. Es la más habitual. En la migraña con aura además del dolor, aparecen síntomas neurológicos pasajeros (hormigueo, dificultad para hablar, alteraciones visuales...) justo antes o durante la crisis.

Existen varios subtipos según la zona del sistema nervioso afectada. El más conocido a nivel genético es la migraña hemipléjica (causa debilidad muscular temporal en un lado del cuerpo), con mutaciones identificadas en genes concretos.

Según la frecuencia de las crisis, la migraña es episódica cuando se presenta menos de 15 días al mes. Se considera crónica si el dolor aparece 15 o más días al mes durante al menos tres meses consecutivos.

El doctor Roberto Belvis subraya finalmente las posibilidades que ofrecen los tratamientos disponibles para controlar la enfermedad: «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».



PALOMA SANTAMARÍA

© El Debate

El pasado 12 de septiembre se conmemoró el Día Internacional de Acción contra la Migraña, una enfermedad neurológica que provoca episodios recurrentes de dolor de cabeza intenso que condiciona la vida de más de 1.200 millones de personas en todo el mundo.

Los expertos explican que la migraña se manifiesta a través de crisis de dolor de cabeza que pueden prolongarse hasta tres días y que suelen venir acompañadas de otros síntomas como hipersensibilidad a estímulos sensoriales (luz, sonido, olores), náuseas o aura. Esta afección no es solo un dolor de cabeza, sino una enfermedad de carácter neurológico que afecta profundamente a todos los aspectos de la vida diaria.

En España, los datos del último estudio epidemiológico nacional elaborado por miembros del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN) sitúan la prevalencia de la migraña en el 13,1% de la población adulta. Este porcentaje equivale a más de cinco millones de personas.

«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 pacientes, un 48,9 %, presenta algún grado de discapacidad asociado a su enfermedad, y que 1 de cada 5 sufre una discapacidad grave», explica el doctor Roberto Belvís, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

El especialista añade: «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».

Tratamientos

La SEN recuerda que desde 2019 hay disponibles en España seis fármacos anti-CGRP. No obstante, su prescripción está sometida a unos criterios de financiación considerablemente más estrictos que los establecidos por la Agencia Europea del Medicamento (EMA).

Mientras la EMA permite su empleo a partir de cuatro días de migraña al mes, el Sistema Nacional de Salud exige que el paciente sufra al menos ocho días de migraña mensuales y que previamente hayan fracasado tres tratamientos preventivos diferentes.

«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



Una mujer con migraña se lleva las manos a la cabeza por el dolor | GETTY IMAGES

Migraña: qué es, cuáles son sus causas, síntomas y tratamiento

está accediendo a estos fármacos», señala el doctor Roberto Belvís.

Diagnóstico

El diagnóstico constituye otro de los grandes problemas asociados a esta enfermedad. «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 doctor Roberto Belvís. Por otra parte, el nuevo estudio señala que un 12,7% de los pacientes utiliza opioides. Ambas prácticas están altamente desaconsejadas debido al riesgo de provocar dolor de cabeza por abuso de medicación y favorecer que la enfermedad se cronifique.

«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 doctor Roberto Belvís.

Causas

La Fundación Instituto Roche explica en una infografía como parte de su colección «Hablando Sobre» que su origen es multifactorial y distintos elementos influyen en el desarrollo y la evolución, así como en la eficacia de su tratamiento.

La genética está implicada en la susceptibilidad a desarrollar migraña y puede influir en el subtipo (con o sin aura), en el curso clínico y en la respuesta al tratamiento.

Cambios hormonales como la caída de estrógenos antes de la menstruación o los cambios de la perimenopausia pueden intensificar la actividad de la migraña, lo que hace que su curso sea distinto según el sexo y la etapa vital de cada persona.

Diferentes patologías como la obesidad, la depresión o ansiedad, el insomnio o la hipertensión pueden favorecer que la migraña evolucione hacia una forma crónica, y también modulan la respuesta al tratamiento.

El tabaquismo, la dieta, el consumo de café, el índice de masa corporal (IMC) y el nivel de actividad física se han relacionado con el resgo de migraña.

Tipos

La migraña puede ser sin aura que se caracteriza por un dolor de cabeza pulsátil y suele acompañarse de náuseas y/o vómitos y de molestia a la luz y al sonido. Es la más habitual. En la migraña con aura además del dolor, aparecen síntomas neurológicos pasajeros (hormigueo, dificultad para hablar, alteraciones visuales...) justo antes o durante la crisis.

Existen varios subtipos según la zona del sistema nervioso afectada. El más conocido a nivel genético es la migraña hemipléjica (causa debilidad muscular temporal en un lado del cuerpo), con mutaciones identificadas en genes concretos.

Según la frecuencia de las crisis, la migraña es episódica cuando se presenta menos de 15 días al mes. Se considera crónica si el dolor aparece 15 o más días al mes durante al menos tres meses consecutivos.

El doctor Roberto Belvís subraya finalmente las posibilidades que ofrecen los tratamientos disponibles para controlar la enfermedad: «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».