

CUIDADOS /

Neuróloga aconseja mantener rutinas de sueño y evitar excesos al comer para prevenir cefaleas en Navidad

En Navidad, a pesar de ser días especiales y festivos, mantener ciertas rutinas en el sueño y evitar excesos al comer puede ayudar a mantener a raya los dolores de cabeza.



- La figura que suponen los abuelos en Navidad para los nietos

Europa Press

Publicado: 23 de diciembre de 2025, 17:03



La neuróloga **Lucía Vidorreta Ballesteros**, coordinadora de la Unidad de Cefaleas del Hospital Quirónsalud San José, ha aconsejado intentar dormir un número de horas similar cada día para ayudar a estabilizar el sistema nervioso, así como evitar excesos al comer y beber alcohol como medidas preventivas para reducir el riesgo de dolor de cabeza en las fiestas navideñas.

En estas fechas, las alteraciones del ciclo vigilia-sueño, estrés, consumo de ciertos alimentos y alcohol, y la sobreexposición a luces brillantes y ruidos pueden aumentar el riesgo de sufrir cefalea y migrañas, pero la especialista ha asegurado que "con pequeños cuidados, las fiestas pueden disfrutarse sin dolor de cabeza".

Así, ha destacado que la deshidratación es otro desencadenante conocido, por lo que hay que ser consciente de la importancia de beber agua con regularidad. Junto a esto, ha destacado que las técnicas de relajación han demostrado reducir la frecuencia e intensidad de los episodios en pacientes con migraña.

10 cosas que debes saber sobre la migraña

A este respecto, la Fundación Española de Cefaleas (FECEF) ha elaborado un documento sobre las **10 cosas que se deberían conocer sobre la migraña**, con el que busca dar respuesta a algunas de las cuestiones más frecuentes sobre una enfermedad neurológica grave, que genera una gran discapacidad, y que afecta al 12 por ciento de la población española.

En primer lugar, ha insistido en **diferenciar la migraña de la cefalea**. "La migraña es un tipo de cefalea que pertenece al grupo de las cefaleas primarias, que no tienen causa estructural identificable, mientras que las cefaleas secundarias tienen un origen conocido", ha explicado el doctor Julio Pascual, presidente del Comité Científico y de Publicaciones de la FECEF, miembro del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y autor de este documento.

De este modo, ha precisado que más del **90 por ciento de las personas que consultan por dolor de cabeza sufren cefaleas primarias**, y en al menos dos de cada tres de los casos son migrañas. Estas últimas se caracterizan por un **dolor de cabeza intenso que aparece en episodios que pueden durar entre cuatro horas y tres días**. Generalmente es un dolor unilateral, pulsátil y empeora con factores externos como la luz, el ruido, los olores y el ejercicio o movimiento y puede ir acompañado de náuseas y vómitos.

La migraña suele aparecer en la niñez o pubertad y es poco frecuente que debute después de los 30 años. En algunos casos, las crisis se intensifican entre los 30 y 50 años, pudiendo llegar a convertirse en **migraña crónica** cuando el dolor de cabeza se producen durante más de 15 días al mes, afectando gravemente a la calidad de vida. Además, es entre tres y cuatro veces más frecuente en las mujeres.

Según ha explicado el doctor, su diagnóstico se realiza únicamente por la sintomatología y una exploración neurológica normal, que incluye examen del fondo de ojo, sin necesidad de estudios radiológicos en la mayoría de los casos.

Esta enfermedad tiene una base genética, lo que hace habitual que los pacientes tengan familiares también afectados. Los genes implicados predisponen a la activación excesiva del circuito del nervio trigémino, liberando sustancias como el péptido CGRP en las meninges, lo que provoca inflamación, dilatación de los vasos sanguíneos y dolor palpitante. Pero también repercuten factores no genéticos, como los cambios de las hormonas sexuales femeninas, el estrés, la falta o exceso de sueño y los cambios atmosféricos.

No tiene cura: opciones de tratamiento

Aunque el especialista ha lamentado que **la migraña no tiene cura**, ha afirmado que los pacientes pueden seguir **medidas que mejoren su calidad de vida**, como mantener una **buena higiene del sueño, practicar ejercicio regularmente, llevar una alimentación equilibrada, evitar atracones y ayunos prolongados, y controlar el peso corporal**. "Aunque no existe una dieta específica, se recomienda evitar aquellos alimentos que generen una relación clara y temporal con el dolor en cada paciente", ha añadido.

En cuanto al tratamiento de las crisis, es útil la administración temprana de fármacos específicos, ya que analgésicos comunes como el paracetamol suelen ser insuficientes. Para las crisis moderadas, se recomiendan los antiinflamatorios de acción rápida, pero en aquellos pacientes que no responden a estos o en caso de que las crisis sean moderadas-intensas se debe optar por los triptanes, disponibles en formato oral, sublingual, nasal o inyección subcutánea.

Actualmente, se cuenta con nuevas opciones como rimegepant y lasmiditán, que se indican en personas con problemas cardíacos o que no responden o toleran los triptanes. También se desaconseja el uso de analgésicos combinados, ergotamina o derivados opiáceos, que pueden inducir adicción y cronificación de la migraña.

Más Noticias

Los atragantamientos, entre las primeras causas por las que se acude a Urgencias en Nochevieja

Conocer las técnicas ante una obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño, como la maniobra de Heimlich, reduce el riesgo de sufrir una parada cardiorrespiratoria



Redacción

Lunes, 29 de diciembre de 2025, 11:47 h (CET)

@DiarioSigloXXI



Durante las fiestas navideñas, los atragantamientos se sitúan entre los motivos más frecuentes de atención en Urgencias, junto a las intoxicaciones alimentarias, etílicas y las reacciones alérgicas. Los especialistas de los hospitales Vithas en la Comunidad Valenciana recuerdan que conocer técnicas de actuación ante una obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE), como la maniobra de Heimlich, puede reducir de forma significativa el riesgo de parada cardiorrespiratoria.



La Dra. Carolina Colomer, directora clínica en los hospitales Vithas Valencia Consuelo y Vithas Aguas Vivas de IRENEA, Instituto de Rehabilitación Neurológica de Vithas integrado en el Instituto de Neurociencias Vithas y con unidades especializadas en neurorrehabilitación también en Vithas Vigo, Vithas Sevilla y Vithas Xanit Internacional, además de un centro monográfico en Elche, recuerda que, en una situación de ahogamiento, "el tiempo es determinante: la falta de oxígeno en el cerebro durante más de 5 minutos puede causar daños cerebrales irreversibles y, si se superan los 10 minutos, el riesgo de muerte cerebral es muy elevado". Por ello, insiste en la importancia de conocer "las maniobras básicas que deben aplicarse en estos casos, siempre como

Lo más leído

- 1 [Lectura de nominaciones de los Premios Goya 2026](#)
- 2 [Finca La Tradición, Reserva 2019](#)
- 3 [Malditos hiatos](#)
- 4 [Servicio de mantenimiento y reparaciones de sistemas PCI en Valencia con CD Mantenimiento Integral](#)
- 5 [Salen a la luz imágenes de los animales que explota el 'Circ de Nadal' y el sábado habrá nueva protesta allí](#)

Noticias relacionadas

La rehabilitación como parte del cuidado integral de la salud

La rehabilitación ocupa hoy un lugar central dentro del sistema de salud, con un enfoque que va más allá del tratamiento de lesiones puntuales. La fisioterapia se consolidó como una disciplina orientada tanto a la recuperación funcional como a la prevención de afecciones, el acompañamiento en procesos crónicos y la mejora de la calidad de vida.

El frío es un desencadenante común de las migrañas

Con la llegada del invierno, muchas personas experimentan un aumento en la frecuencia e intensidad de las migrañas, una patología que, según la Sociedad Española de Neurología, afecta a más de 5 millones de personas en España lo que convierte esta patología en la primera causa de discapacidad entre los adultos menores de 50 años.

El zumo de naranja natural y su aporte de antioxidantes en la dieta diaria

Las frutas son ricas en compuestos vegetales con propiedades antioxidantes que contribuyen a proteger el ADN y modulan respuestas fisiológicas. En particular, el zumo de naranja natural o 100% exprimido, al ser una bebida consumida ampliamente por diversas personas, permite comprender cómo ciertos alimentos proporcionan una vía accesible para integrar antioxidantes en la dieta diaria.

complemento y nunca como sustituto de la atención sanitaria profesional, ya que pueden no solo salvar una vida, sino también evitar secuelas neurológicas".

Añade que los daños más frecuentes incluyen "crisis epilépticas, trastornos del movimiento, alteraciones sensitivo-motoras, visuales, de la conciencia y problemas cognitivos".

Cómo y cuándo se aplica la maniobra de Heimlich

El supervisor de Enfermería del Hospital Vithas Valencia Turia Javier Piñango, señala que la maniobra de Heimlich "solo debe aplicarse cuando existe una obstrucción total de la vía aérea, es decir, cuando la persona no puede hablar, toser ni respirar y muestra signos evidentes de asfixia". Explica que la técnica consiste en "realizar compresiones rápidas en la zona abdominal para generar presión y favorecer la expulsión del objeto que está bloqueando el paso del aire".

Según datos del INE, la asfixia por atragantamiento es la tercera causa de muerte no natural en España. En estas fechas, el riesgo aumenta por alimentos típicos de las celebraciones -espinas de pescado, trozos grandes de carne, dulces navideños o la tradicional ingesta de uvas-, especialmente cuando comemos, bebemos y conversamos al mismo tiempo.

Atragantamientos en la infancia

Este tipo de incidentes puede afectar a cualquier persona, independientemente de su edad. No obstante, el riesgo de asfixia por atragantamiento es especialmente elevado entre los uno y los cinco años. La Dra. Sonia Pérez, pediatra del Hospital Vithas Valencia 9 de Octubre, explica que "los niños pequeños aún no tienen todas las piezas dentales necesarias para masticar bien; su reflejo de deglución está en pleno desarrollo y, además, no son conscientes del peligro que supone atragantarse". Recuerda también que, en estas fechas es fundamental vigilar piezas pequeñas en los juguetes y los globos: "cuanto menor es su tamaño, mayor es el riesgo, ya que, si los aspiran, la goma se adapta a la vía aérea y resulta muy difícil retirarlos".

La especialista insiste en evitar ofrecer a los más pequeños alimentos que entrañan riesgo. "Los frutos secos no deberíamos dárselos ni enteros ni en trozos. Lo mismo ocurre con los caramelos duros o ciertos turrones. En el caso de las uvas, es importante retirar las pepitas y cortarlas en trozos pequeños".

Consumo de alcohol

La Dra. María Jesús Cano, directora médica de los hospitales Vithas Alicante y Vithas Medimar, recuerda que "otro de los motivos frecuentes de consulta en los últimos días del año, especialmente en Nochevieja, está relacionado con el consumo de alcohol, que en estas fechas aumenta de forma notable y puede derivar en una intoxicación que requiera atención sanitaria". Insiste en que "el consumo de alcohol debe hacerse siempre con responsabilidad, evitándolo siempre durante el embarazo, la lactancia o en caso de intolerancia, ya que

puede acarrear consecuencias importantes".

Intoxicaciones alimentarias

Las intoxicaciones alimentarias también son habituales en estas fechas. Según Esther Pastor Salines, enfermera de Urgencias del Hospital Vithas Castellón, "una intoxicación alimentaria se produce por la ingesta de bacterias presentes en los alimentos. Los síntomas más habituales son vómitos, diarrea, dolor estomacal e incluso fiebre". Recomienda acudir al centro médico si los síntomas duran más de tres días y recuerda que el tratamiento se basa en la reposición de líquidos: "el suero oral es la opción más adecuada, ya que permite recuperar los electrolitos que el organismo necesita. No deben utilizarse bebidas isotónicas, porque su elevada concentración de glucosa puede favorecer la deshidratación".

TE RECOMENDAMOS



Toyota Corolla



Invierte con inteligencia

Bloquea y desbloquea puertas en remoto y control remoto del climatizador.

Una mujer de 28 años se convierte en la mujer más rica de Madrid



Un coche tan TOP como parece



NUEVO JEEP AVENGER 4xe

Opel Corsa Color Edition. ¿Es un coche top? YES!

Capacidad todoterreno 4xe

Cuidamos de ti

Balance
SOCIOSANITARIO
DE LA DEPENDENCIA Y LA DISCAPACIDAD

/ Atención profesional y cercana
index.php para ti y tu familia

Residencias de Mayores • Centros de día • Cuidados a domicilio



(https://servicios.mayoressanitas.es/rt/?origen=balance_sociosanitario&dis=dis:f-balance_sociosanitario:m-banner:nc-residencias_cd_blue:o-pros:s-visitantes:p-residencia_mayores:mc-cpc)

ACTUALIDAD ([HTTPS://BALANCESOCIOSANITARIO.COM/ACTUALIDAD/](https://BALANCESOCIOSANITARIO.COM/ACTUALIDAD/))

Asegurar la continuidad asistencial al paciente tras el ictus



Asegurar la continuidad asistencial al paciente tras el ictus.



JUANI LORO ([HTTPS://BALANCESOCIOSANITARIO.COM/AUTOR/JUANI-LORO/](https://BALANCESOCIOSANITARIO.COM/AUTOR/JUANI-LORO/))

DICIEMBRE 23, 2025([HTTPS://BALANCESOCIOSANITARIO.COM/2025/12/23/](https://BALANCESOCIOSANITARIO.COM/2025/12/23/)) | 1:13 PM

La continuidad asistencial que reciba tras el alta hospitalaria la persona que ha Privacidad

sufrido un ictus es clave para determinar su calidad de vida y paliar el efecto de las secuelas que se hayan producido a causa del accidente cerebrovascular.

Balances
SOCIOSANITARIO
DE LA DEPENDENCIA Y LA DISCAPACIDAD

Me teniendo en cuenta que el ictus sigue siendo la primera causa de discapacidad en España y una de las principales causas de muerte. Esta continuidad asistencial es una de las principales reclamaciones de pacientes y profesionales sanitarios, junto a un mayor esfuerzo en prevención y en el refuerzo de la atención precoz.

Según los últimos datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), el ictus sigue siendo un importante problema de salud pública en España. La SEN calcula que su incidencia podría aumentar en torno a un 35 % en los próximos 15 años. De hecho, cada año se registran cerca de 90.000 nuevos casos y, solo en 2023, el ictus causó más de 23.000 fallecimientos, de los cuales más del 55 % correspondieron a mujeres.

En el ámbito europeo, alrededor de 1,1 millones de personas sufren un ictus cada año, con una tasa de mortalidad situada entre el 20 % y el 35 %. A escala global, esta enfermedad provocó aproximadamente 7,3 millones de muertes en 2021 y, si no se revierte la tendencia, podría alcanzar los 9,7 millones anuales en 2050.

Estas cifras ilustran la magnitud del problema en España, Europa y el mundo, y subrayan la necesidad de reforzar la prevención, la atención precoz y la rehabilitación. Y es en este último punto en el que pacientes, familiares y sanitarios han hecho un llamamiento especial, considerando que la rehabilitación, como parte de la continuidad asistencial tras el alta hospitalaria, es clave para reducir el impacto de las secuelas y, por tanto, para mejorar la calidad de vida de la persona.

Como explicó el presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN (<https://www.sen.es/>)), Jesús Porta-Etessan, durante el Encuentro científico y social sobre el ictus celebrado en Madrid junto a la Fundación Freno al Ictus y con la colaboración de la Fundación Gmp, el ictus podría evitarse “con prevención en el 80-90 % de los casos”.

Cada año se producen en España entre 110.000 y 120.000 nuevos casos de ictus. Más de un 25 % de las personas que padecen un ictus fallecen y dos de cada tres personas que sobreviven a un ictus presentan algún tipo de secuela; en muchos casos, se trata de secuelas que generan discapacidad.

Prevención y rehabilitación: dos retos a corto plazo

Privacidad



Balances
SOCIOSANITARIO
DE LA DEPENDENCIA Y LA DISCAPACIDAD
(/
index.php)

Estas cifras llevan al presidente de la SEN a insistir en la importancia de la prevención, pero también en la necesidad de asegurar una continuidad asistencial una vez que el paciente ha recibido el alta hospitalaria. Solo con esa continuidad y con el equipo multidisciplinar de profesionales adecuados,

es posible “regresar a tu vida lo antes posible” y en las mejores condiciones. Porque, aun hoy, “no hemos conseguido que todos los pacientes tengan una neurorrehabilitación una vez que les damos el alta”, reconoció.

El presidente de la Fundación Freno al Ictus, Julio Agredano, insistió en la necesidad de la continuidad asistencial “el día después”. Porque es ahí, añadió, “donde tenemos que trabajar como sociedad, centrándonos en la atención al afectado”.

La coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN (GEECV), la neuróloga del Hospital Universitario de Cruces en Bilbao, María del Mar Freijo, reconoció que en los últimos años se ha conseguido disminuir la mortalidad por ictus gracias a la mejora de los tratamientos. Aunque existe un mayor número de pacientes afectados, justificado por el cada vez más numeroso grupo de personas mayores, las cifras confirman que la mortalidad ha descendido en las dos últimas décadas gracias a tratamientos como la trombólisis y la trombectomía; sin embargo, el número de personas con secuelas crónicas crece por el envejecimiento poblacional y la mayor supervivencia tras el evento.

“La mortalidad ha descendido gracias a tratamientos como la trombólisis y la trombectomía, pero el número de personas con secuelas crónicas crece”

De cara a 2050, se prevé que la incidencia del ictus aumente un 81 % y su prevalencia un 71 %, con un mayor impacto en mujeres de más de 80 años y en hombres de 70 a 79. Freijo subrayó el papel de los principales factores de riesgo: hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, tabaquismo y sedentarismo, y recordó que controlar la presión arterial y el colesterol podría reducir la incidencia hasta un 47 % y un 20 %, respectivamente. Además, insistió en que la prevención, la adherencia terapéutica y la innovación tecnológica serán claves para frenar la tendencia y mejorar la calidad de vida.

Privacidad

Asimismo, recalcó la importancia de cuidar “la vida después del ictus”, reforzando la rehabilitación, el apoyo sociosanitario y un seguimiento

Balances SOCIOSANITARIO DE LA DEPENDENCIA Y LA DISCAPACIDAD
Añado entre atención primaria, neurología y enfermería. Destacó, además, el potencial de la innovación y la robótica para ofrecer rehabilitación más personalizada y un acompañamiento continuo a pacientes y familias.

Según la experta, la mayor carga se concentrará en los mayores de 85 años en países con recursos suficientes, mientras que en entornos con menos recursos crecerá la prevalencia en todas las edades. Con estos datos, añadió, las administraciones deben orientar sus políticas para reforzar la prevención, y los neurólogos mantenerse en comunicación estrecha con atención primaria y el resto de profesionales para mejorar el seguimiento de los pacientes.

La neuróloga, además, pone el énfasis en la importancia de la investigación y la tecnología a la hora de reducir las secuelas.

Porque en el futuro “nos darán herramientas que hoy ya se están probando y que ayudarán a que la rehabilitación se refuerce con la robótica, por ejemplo”, con la consiguiente mejora de las secuelas.

Por su parte, la enfermera referente de cuidados paliativos del Hospital La Fe de Valencia y vocal del Grupo de Estudio Neurovascular de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica, SEDENE, Purificación Enguix, puso en valor el papel esencial de la enfermería en la detección precoz, la atención continuada y la humanización del cuidado.

Enguix recordó que unos cuidados enfermeros especializados influyen de forma directa en la evolución del paciente, reduciendo secuelas y mortalidad. En la fase subaguda, añadió, la enfermería es clave para anticipar y prevenir complicaciones, acompañar y educar a pacientes y familias, e identificar necesidades para transformarlas en soluciones concretas.

Ictus y secuelas

El ictus es una alteración brusca de la circulación sanguínea en el cerebro. Puede ser de dos tipos: isquémico, cuando un coágulo bloquea una arteria (el 80 % de los casos), y hemorrágico, cuando se rompe un vaso sanguíneo. En ambos casos, cada minuto cuenta: sin riego cerebral se pierden casi dos millones de neuronas por minuto.

Las secuelas más frecuentes que pueden generar discapacidad o dependencia son las relacionadas con la movilidad, produciendo debilidad en un lado del Privacidad

cuerpo, dificultad para caminar o usar la mano. O los problemas para hablar o comprender (afasia), voz alterada (disartria). También son frecuentes otras **Balsec** las como la pérdida parcial del campo visual o visión doble, los cambios en **SOCIOSANITARIO** DE LA INDEPENDENCIA Y LA DISCAPACIDAD **index.php** la atención, en la memoria y en las funciones ejecutivas, y los cambios de ánimo (apatía, irritabilidad).

Además, el ictus también puede generar dificultad para tragar, con el consiguiente riesgo de atragantamiento y cansancio persistente que limita las actividades básicas.

Conocidas las secuelas, es necesario recordar que la rehabilitación temprana y continuada (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, neuropsicología, trabajo social) mejora la recuperación y la participación en la vida cotidiana. Un ictus ocurre cuando el flujo sanguíneo hacia una parte del cerebro se interrumpe, ya sea debido a un coágulo sanguíneo (en estos casos se denomina ictus isquémico y supone más del 80% de los casos) o a una hemorragia (ictus hemorrágico).

En ambos casos, estamos hablando de una urgencia sanitaria que, ante los primeros síntomas, debe ser abordada con rapidez, ya que cuanto menos tiempo pase desde la aparición de los primeros síntomas hasta que pueda ser tratada, mayor será la probabilidad de sobrevivir a esta enfermedad o reducir sus secuelas. Pero, a pesar de ello, aún existe un alto porcentaje de la población que desconoce cuáles son los síntomas de esta enfermedad o cómo se debe actuar ante su aparición.

Ampliar el conocimiento sobre la espasticidad



Una de las actividades que ha puesto en marcha la Fundación Freno al Ictus, y que está en línea con la Estrategia de Ictus, es la campaña *Las secuelas de un ictus: espasticidad*.

El presidente de la Fundación, Julio Agredano, reconoce que es muy importante dar a conocer cuáles son las secuelas de un ictus, y la espasticidad es una de las más frecuentes.

Esta campaña busca la inclusión del afectado porque “solos sumando fuerzas entre profesionales, pacientes, familias e instituciones podremos dar una respuesta real a las secuelas del ictus, como afirma el presidente.

La espasticidad es una secuela que puede aparecer tras un daño cerebral. [Sé Privacidad](#)

manifiesta como un aumento del tono muscular que empeora con el movimiento. Los síntomas principales, como reza la campaña, son rigidez en **Balances** sociosanitario de la dependencia y la discapacidad, piernas, manos o pies. Esa rigidez dificulta movimientos sencillos y cotidianos como caminar, vestirse o comer. También se manifiesta con espasmos involuntarios o tirones musculares. El paciente puede sufrir dolor crónico afectando al bienestar general.

Aproximadamente un 40 % de los pacientes de ictus sufrirá la espasticidad, con lo que se limitará su capacidad funcional, empeorando su calidad de vida y aumentando los costes que genera esta enfermedad tanto a nivel familiar y personal como del propio sistema sanitario.

Para tratar la espasticidad se requiere un enfoque personal integral, como refiere Agredano. Un tratamiento que debe poner en práctica un equipo multidisciplinario.

En conclusión, Agredano subrayó que el ictus y sus secuelas requieren un abordaje integral en el que intervienen neurólogos, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos y neuropsicólogos, además de los tratamientos farmacológicos, la tecnología de apoyo y la cirugía cuando es necesaria.

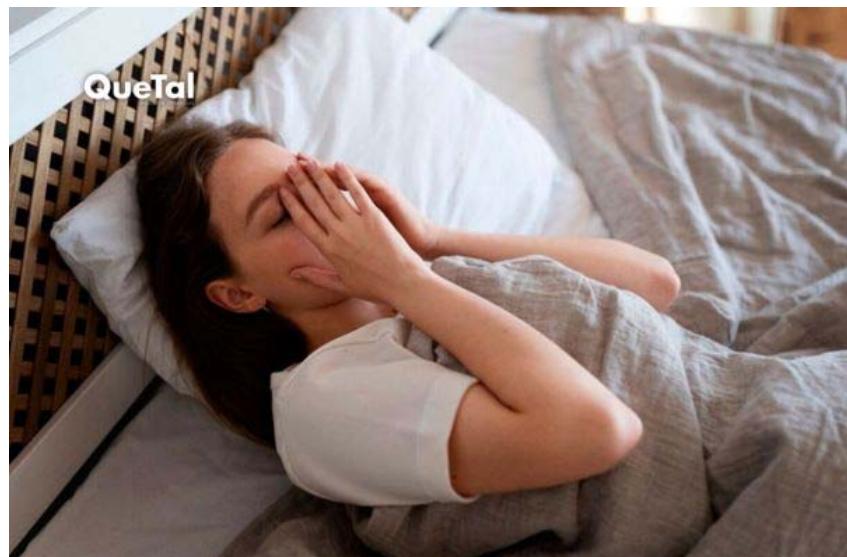
[\(https://balancesociosanitario.com/actualidad/balancesociosanitario.com/editorial/mas-que-un-premio/\)](https://balancesociosanitario.com/actualidad/balancesociosanitario.com/editorial/mas-que-un-premio/)

| ETIQUETAS |

ICTUS ([HTTPS://BALANCESOCIOSANITARIO.COM/TAG/ICTUS/](https://BALANCESOCIOSANITARIO.COM/TAG/ICTUS/)) PREVENCIÓN DEL ICTUS ([HTTPS://BALANCESOCIOSANITARIO.COM/TAG/PREVENCION-DEL-ICTUS/](https://BALANCESOCIOSANITARIO.COM/TAG/PREVENCION-DEL-ICTUS/)), REHABILITACIÓN NEUROLÓGICA ([HTTPS://BALANCESOCIOSANITARIO.COM/TAG/REHABILITACION-NEUROLOGICA/](https://BALANCESOCIOSANITARIO.COM/TAG/REHABILITACION-NEUROLOGICA/)), SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA ([HTTPS://BALANCESOCIOSANITARIO.COM/TAG/SOCIEDAD-ESPAÑOLA-DE-NEUROLOGIA/](https://BALANCESOCIOSANITARIO.COM/TAG/SOCIEDAD-ESPAÑOLA-DE-NEUROLOGIA/))

| PUBLICACIONES RELACIONADAS

Buscar...



Esto es lo que le pasa a tu cuerpo si duermes 5 horas diarias

Viernes, 26 de diciembre del 2025

El descanso es uno de los tres pilares sobre los que descansa nuestro bienestar. Junto con la alimentación y el deporte, necesitamos de una buena rutina de sueño y dormir entre siete y nueve horas para que nuestro cuerpo funcione correctamente. Sin embargo, los españoles suspendemos en sueño.

Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), más del 60 % de los españoles duermen una media de seis horas al día entre semana. Esta deuda de sueño no es inocua para nuestra salud, pues se asocia a una menor esperanza de vida. Los problemas de insomnio, la procrastinación de irnos a la cama o la hiperproductividad son algunos de los responsables de que millones de personas duerman seis o cinco horas incluso.

Aunque una noche aislada de poco descanso puede parecer inofensiva, la falta de sueño repetida o convertida en un patrón actúa como una deuda que el cuerpo y el cerebro cobran con el tiempo. De acuerdo con la National Sleep Foundation, dormir solo cinco horas de forma habitual deteriora el funcionamiento diario y la sensación de bienestar.

Los efectos no aparecen de golpe, sino que se acumulan. Por eso, quienes mantienen este patrón suelen sentirse cada vez más cansados, irritables y menos eficientes. Algunas personas creen que "se acostumbran" a dormir poco, pero los expertos aclaran



que esto no significa que el organismo deje de sufrir las consecuencias. Simplemente, el cerebro se adapta a funcionar en un estado de rendimiento reducido.



"Menos del 5 % de la población se podría catalogar dentro de lo que denominamos 'dormidor corto', es decir, personas a las que les basta dormir entre 5 y 6 horas para encontrarse bien y descansados", expresa la doctora Celia García Malo, Coordinadora del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la Sociedad Española de Neurología.

Uno de los primeros ámbitos afectados es el funcionamiento cognitivo. La falta de sueño dificulta la concentración, ralentiza el tiempo de reacción y complica la toma de decisiones, especialmente en tareas complejas. En el trabajo o en la escuela, esto se traduce en menor productividad, más errores y mayor dificultad para resolver problemas.

Además, el sueño cumple un papel clave en el aprendizaje y la memoria. Durante el descanso nocturno, el cerebro consolida la información adquirida durante el día. Por eso, estudiar hasta la madrugada puede resultar contraproducente: sin dormir lo suficiente, el rendimiento académico suele empeorar.

El impacto también se refleja en el estado de ánimo y la salud mental. Dormir poco vuelve a las personas más irritables y menos capaces de manejar el estrés cotidiano.



La falta de descanso se asocia con un aumento de la ansiedad, la tristeza y la dificultad para regular las emociones. A largo plazo, los investigadores han encontrado vínculos entre la privación crónica del sueño y trastornos como la depresión y los trastornos de ansiedad, lo que refuerza la idea de que el descanso es un pilar de la salud mental.

Otro riesgo importante es el aumento de accidentes, puesto que la somnolencia reduce la atención y el tiempo de respuesta, lo que incrementa la probabilidad de cometer errores. En algunos casos, estos fallos pueden ser leves, pero en otros resultan graves, como equivocaciones médicas o accidentes laborales. Conducir con sueño es especialmente peligroso: las personas privadas de descanso pueden experimentar "microsueños", breves episodios en los que el cerebro se desconecta durante segundos, con consecuencias potencialmente fatales en la carretera.

La salud física tampoco queda al margen. Dormir poco de manera persistente se asocia con un mayor riesgo de hipertensión, enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, diabetes tipo 2 y problemas renales. A corto plazo, además, el sistema inmunológico se debilita, lo que hace al organismo más vulnerable a infecciones.

Por todo ello, la calidad de vida se ve profundamente afectada. El cansancio constante reduce las ganas de participar en actividades placenteras, afecta el desempeño profesional y genera tensiones en las relaciones personales. Dormir solo cinco horas puede parecer una solución para "ganar tiempo", pero a largo plazo, el coste para la salud y el bienestar es demasiado alto.

Fuente: Infobae

LLÁMANOS 444833 69 19 VISÍTANOS EN JULIÁN CARRILLO 120 COL. DEL VALLE | [CONTACTO](#)

© 2026 TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS | POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y AVISO
DE PRIVACIDAD INTEGRAL

"Este sitio web y sus páginas, son propiedad de Asesoria Potosina a la Publicidad S.C. Parte del contenido que aparece en él, incluyendo algunos textos, gráficos, datos, imágenes fotográficas, imágenes en movimiento, sonido, ilustraciones, software y la selección y disposición de los mismos, son propiedad de Asesoria Potosina a la Publicidad, S.C., de sus colaboradores, reporteros, editorialistas, periodistas, articulistas, participantes, fotógrafos y anunciantes, además algunos contenidos están sujetos a Derechos de Autor y/o Marcas Registradas; por lo que está prohibida la reproducción total o parcial de su contenido, sin el consentimiento de sus titulares. El punto de vista, de los colaboradores,



reporteros, editorialistas, periodistas, articulistas, participantes, fotógrafos y anunciantes, no representan ni reflejan necesariamente el punto de vista de la empresa indicada, el cual es de la estricta responsabilidad de cada uno de ellos."

SIGUENOS EN
REDES





o > Noticias > Cuanto más amas a una persona, más sueño te da, según la...

Noticias Salud y Ciencia

Cuanto más amas a una persona, más sueño te da, según la ciencia

By **Eder Zarate** diciembre 26, 2025

3



* **Estudios demuestran que dormir acompañado puede mejorar el sueño. Incluso el aroma de un ser querido puede ayudar a dormir mejor, aunque no esté presente.**

WASHINGTON, 26 de diciembre de 2025.- ¿Te da sueño cuando estás cerca de alguien que amas? No es casualidad, es ciencia. Sentir somnolencia junto a un ser querido es una señal de seguridad emocional. Cuando tu cuerpo percibe calma y protección, se activa el sistema nervioso parasimpático (descanso y digestión), provocando relajación profunda.

Liberación de oxitocina el contacto y la cercanía liberan oxitocina, conocida como la hormona del amor, que genera conexión, confianza y facilita un sueño más reparador.

La seguridad emocional reduce la frecuencia cardíaca, relaja los músculos y le indica al cuerpo que es seguro descansar. A esto se le llama corregulación emocional.

Estar con tu pareja disminuye el cortisol (hormona del estrés), calma la mente y reduce el exceso de pensamientos, facilitando la somnolencia.

La oxitocina, junto a la serotonina (bienestar) y la dopamina (placer), crea un estado de paz que favorece el descanso.

Estudios demuestran que dormir acompañado puede mejorar el sueño. Incluso el aroma de un ser querido puede ayudar a dormir mejor, aunque no esté presente.



¿POR QUÉ TE DUELE LA CABEZA AL ESTAR EN TU SALÓN Y CÓMO LA ILUMINACIÓN PUEDE SER LA CAUSA?

▷ / Blog / ¿Por qué te duele la cabeza al estar en tu salón y cómo la iluminación puede ser la causa?



Publicado el mayo 15, 2024

Tu dolor de cabeza en casa no es casualidad, es un conflicto fisiológico entre tus ojos y una iluminación mal diseñada. La solución es aplicar una estrategia de «**higiene lumínica**» que cuida tu salud visual y mejora tu bienestar.

- El deslumbramiento y el contraste excesivo fuerzan la musculatura de tus ojos, causando estrés visual y cefaleas.
- La calidad de la luz (CRI) y su color (Kelvin) impactan directamente en tu percepción y en tu ritmo circadiano.

Recomendación: Empieza por eliminar los reflejos directos en la televisión y asegúrate de que ninguna fuente de luz potente sea el único punto en una habitación oscura.

Ese dolor de cabeza sordo que aparece sin motivo aparente mientras ves una serie. Esa sensación de fatiga visual después de leer un rato en el sofá, aunque la lámpara parezca potente. O esa extraña impresión de que el ambiente de tu salón es «pesado» o poco acogedor. Si estas situaciones te resultan familiares, es probable que hayas buscado la causa en el estrés, la falta de sueño o la necesidad de revisar tu graduación. Pero, ¿y si el culpable estuviera a la vista de todos, literalmente suspendido del techo o sobre tu mesita de noche?

La mayoría de las veces, cuando pensamos en iluminación, nos centramos en la estética o el consumo. Buscamos lámparas bonitas o bombillas que gasten poco. Sin embargo, ignoramos un factor fundamental: la iluminación es un elemento biológicamente activo que interactúa directamente con nuestro sistema nervioso y visual. Un mal diseño lumínico no solo crea un espacio poco agradable, sino que somete a nuestros ojos a un **estrés constante**, un conflicto fisiológico que se manifiesta en forma de dolores de cabeza, irritación ocular y cansancio generalizado.

Este artículo rompe con la idea de que la iluminación es solo decoración. Desde una doble perspectiva, la de un oftalmólogo y un diseñador de interiores, vamos a desvelar por qué tu salón puede estar provocándote malestar. No se trata de «cambiar una bombilla», sino de entender la ciencia que hay detrás de la luz para crear un entorno saludable. Adoptaremos un enfoque de **higiene lumínica**: una serie de principios y acciones para alinear la luz de tu hogar con la biología de tus ojos y tu ritmo circadiano, convirtiendo tu casa en un verdadero santuario de bienestar visual.

A lo largo de esta guía, abordaremos problemas concretos y ofreceremos soluciones prácticas. Descubrirás cómo la orientación de un foco, la calidad de una bombilla o la regulación de la intensidad lumínica son herramientas poderosas para cuidar de tu salud y, a la vez, diseñar un espacio más bello y funcional.

Sommaire: Guía de higiene lumínica para eliminar el malestar visual en casa

- ✓ ¿Cómo orientar los focos del techo para no ver puntos brillantes molestos en la TV?
- ✓ ¿Por qué la comida se ve grisácea en tu cocina y qué bombillas lo solucionan (CRI>90)?
- ✓ El error de leer con una luz potente en una habitación totalmente a oscuras
- ✓ ¿Cómo iluminar el pasillo para que no sea un túnel oscuro ni una pista de aterrizaje?
- ✓ ¿Por qué la capacidad de dimar la luz es clave para adaptar el ojo al ciclo día-noche?
- ✓ ¿A qué distancia exacta colocar el sofá de una TV de 55 pulgadas?
- ✓ ¿Qué colores de luz ambiental favorecen la secreción de melatonina antes de ir a dormir?

- ✓ ¿Cómo iluminar un salón con tiras LED sin que parezca una discoteca?

¿Cómo orientar los focos del techo para no ver puntos brillantes molestos en la TV?

El deslumbramiento es uno de los mayores enemigos de la comodidad visual y una causa directa de cefaleas. Cuando un foco de luz se refleja directamente en una superficie pulida como la pantalla de un televisor, crea un punto de alta luminancia. Tus pupilas se contraen bruscamente y los músculos ciliares de tus ojos trabajan en exceso para intentar enfocar, generando una tensión que deriva en **fatiga y dolor**. El error común es pensar que la solución es apagar luces, creando otro problema de contraste del que hablaremos más adelante. La solución real es dirigir la luz, no eliminarla.

El objetivo es crear una iluminación ambiental que no compita con la pantalla. Para ello, los focos orientables son tus mejores aliados. La clave es iluminar las superficies verticales (las paredes) en lugar del espacio central donde se ubica la zona de visionado. Esto se conoce como «baño de pared» o *wall washing*, una técnica que proporciona una luz suave y difusa que llena la estancia sin crear reflejos molestos. La luz rebota en la pared y se distribuye de manera homogénea, reduciendo las sombras y el estrés visual. A continuación, te explicamos un método infalible para identificar y corregir los focos problemáticos.

Plan de acción: La técnica del espejo para eliminar reflejos en 4 pasos

1. **Ubica el reflejo:** Con el televisor apagado, coloca un pequeño espejo en el centro de la pantalla.
2. **Adopta tu posición:** Siéntate en tu lugar habitual en el sofá desde donde ves la televisión.
3. **Identifica los culpables:** Observa qué focos o fuentes de luz del techo se reflejan directamente en el espejo que has colocado. Esos son los que causan el deslumbramiento.
4. **Corrige la orientación:** Reorienta esos focos específicos hacia las paredes laterales, buscando un ángulo de entre 30 y 45 grados. La luz

debe bañar la pared, no el suelo ni tu línea de visión.

La elección del ángulo de apertura del foco también es crucial y depende de la altura de tu techo, un factor muy variable en la arquitectura española. Una apertura inadecuada puede concentrar demasiado la luz o dispersarla ineficazmente.

Para guiar tu elección, considera la siguiente tabla basada en alturas de techo comunes en España, tal como sugieren los expertos en diseño de iluminación de Simon.

| Altura techo | Uso del foco | Ángulo ideal | Distancia a pared |
|-------------------|---------------------|--------------|-------------------|
| 2.2-2.5m (típico) | Iluminación general | 60°-90° | 60-80cm |
| 2.5-2.8m | Luz acento | 36°-45° | 80-100cm |
| >2.8m | Wall washing | 90°-120° | 100-120cm |

Ángulos de apertura ideales según altura de techo en pisos españoles

¿Por qué la comida se ve grisácea en tu cocina y qué bombillas lo solucionan (CRI>90)?

Puede que no lo asocies a un dolor de cabeza, pero una mala calidad de luz en la cocina genera una disonancia cognitiva sutil pero agotadora. Cuando preparas una ensalada y los tomates parecen pálidos o un filete de ternera tiene un tono parduzco, tu cerebro tiene que hacer un esfuerzo extra para «corregir» el color que espera ver. Este fenómeno se debe a un bajo **Índice de Reproducción Cromática (CRI)** de tus bombillas. El CRI es una escala del 0 al 100 que mide la capacidad de una fuente de luz para reproducir los colores de los objetos de manera fiel en comparación con la luz solar (que tiene un CRI de 100).

La mayoría de las bombillas LED de bajo coste que se venden en grandes superficies tienen un CRI de alrededor de 80. Aunque es suficiente para tareas generales, es deficiente para espacios donde el color es crucial, como la cocina, el vestidor o el tocador del baño. De hecho, un CRI inferior a 80 distorsiona hasta un 20% la percepción real del color en alimentos frescos. Esto no solo hace que la comida parezca menos apetitosa, sino que puede incluso dificultar la detección de si un

alimento está en mal estado.



La solución es buscar activamente bombillas con un **CRI superior a 90**, y si es posible, cercano a 95. Esta especificación suele estar indicada en la caja del producto como «CRI>90» o «Ra90». Al instalarlas sobre la encimera o la isla de la cocina, notarás una diferencia inmediata: los rojos de los pimientos serán más vivos, los verdes de las hierbas más frescos y el veteado de un buen jamón ibérico se apreciará en todo su esplendor. Este simple cambio no solo mejora la estética y la funcionalidad de tu cocina, sino que reduce la carga cognitiva de tu cerebro, contribuyendo a una sensación general de bienestar.

El error de leer con una luz potente en una habitación totalmente a oscuras

Es una escena clásica: la casa en silencio, todo a oscuras excepto por un potente haz de luz de una lámpara de lectura enfocada en un libro. Parece la estampa perfecta de la concentración. Sin embargo, desde el punto de vista oftalmológico, es una receta para el desastre visual. El problema aquí es el **contraste extremo**. Tus ojos tienen que lidiar con dos realidades opuestas: una zona muy brillante (la página del libro) y una periferia en completa oscuridad. La pupila intenta ajustarse constantemente, dilatándose para captar más luz del entorno oscuro y contrayéndose para evitar el deslumbramiento de la página, un trabajo agotador para el iris.

Este esfuerzo muscular continuo es una de las principales causas de la astenopia o fatiga visual, cuyos síntomas son ojos secos, visión borrosa y, por supuesto, dolores de

cabeza tensionales. No es una dolencia menor; de hecho, el 63% de la población española sufre cefalea tensional episódica, una condición frecuentemente asociada a la fatiga visual según la Sociedad Española de Neurología. La solución no es leer con menos luz, sino añadir una **luz de relleno o ambiental** de baja intensidad en la habitación. Esta luz secundaria suaviza el contraste entre el punto de lectura y el resto del espacio, permitiendo que tus ojos se relajen.

Esta luz de relleno no necesita ser potente. Su única función es elevar el nivel de luminosidad general de la habitación para que la diferencia con la luz de lectura no sea tan drástica. En los pisos españoles, donde el espacio suele ser limitado, existen soluciones muy eficaces:

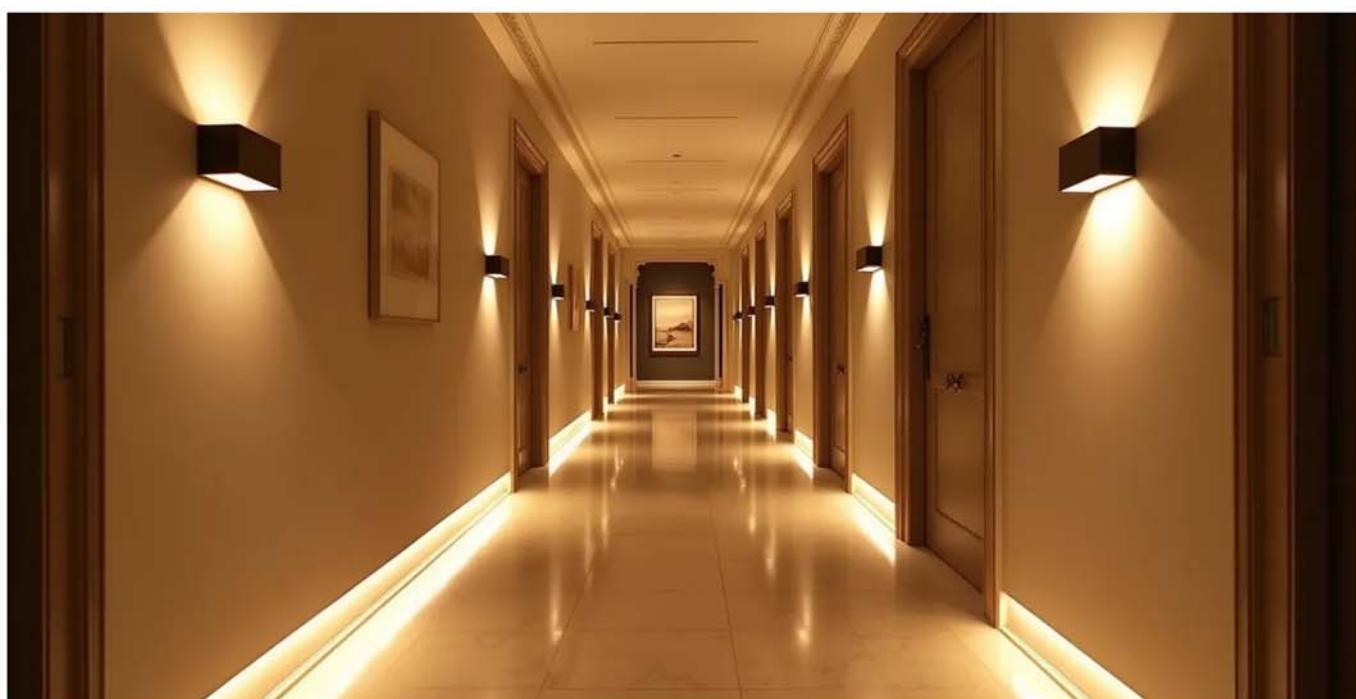
- Instalar tiras LED de baja potencia detrás de una estantería o en la parte superior de los armarios para que la luz rebote en el techo.
- Colocar una lámpara de pie en una esquina, apuntando hacia el techo, para crear una iluminación indirecta suave.
- Usar apliques de pared que proyecten la luz hacia arriba, creando una atmósfera difusa.
- Añadir pequeños proyectores o focos de suelo en las esquinas, dirigidos hacia las paredes.

¿Cómo iluminar el pasillo para que no sea un túnel oscuro ni una pista de aterrizaje?

Los pasillos largos y estrechos, tan característicos de muchos pisos en España, presentan un reto de iluminación único. A menudo se resuelven de dos maneras, ambas incorrectas: o se dejan en una penumbra que los convierte en «túneles» poco acogedores, o se sobreiluminan con una fila de potentes focos en el techo que los asemejan a una «pista de aterrizaje». Ambas soluciones generan malestar: la oscuridad produce inseguridad y obliga a forzar la vista, mientras que el exceso de luz directa desde arriba crea deslumbramiento y un ambiente frío e impersonal.

La estrategia correcta combina funcionalidad y percepción espacial. El objetivo es doble: proporcionar suficiente luz para transitar de forma segura y, al mismo tiempo, utilizar la luz para «romper» la monotonía del pasillo y hacerlo parecer más ancho y corto. En lugar de una línea de downlights, la solución más elegante y efectiva es utilizar **aplique de pared**. Al iluminar las superficies verticales, la luz se expande

horizontalmente, creando una sensación de mayor amplitud. Si se colocan de forma asimétrica o alternando lados, se crea un ritmo visual que rompe la sensación de túnel.



Otra técnica complementaria y muy útil, especialmente para la noche, es la **iluminación de balizamiento** a baja altura. Instalar tiras LED o pequeños apliques a unos 20-30 cm del suelo proporciona una guía segura para ir al baño o a la cocina sin necesidad de encender las luces principales, lo que evita deslumbrarnos y perturbar nuestro ciclo de sueño.

Caso de estudio: Solución para un pasillo largo en el Ensanche de Barcelona

En un piso típico del Ensanche barcelonés, con un pasillo de 8 metros de largo por 1 metro de ancho, se enfrentaba el clásico problema del «efecto túnel». La solución de diseño consistió en instalar apliques de pared cada 1.5 metros, alternando su posición a cada lado del pasillo. Esto no solo proporcionó una iluminación uniforme sino que creó un ritmo visual dinámico que acortaba perceptualmente la distancia. Adicionalmente, se integró una tira LED en el zócalo, conectada a un sensor de movimiento y regulada al 20% de su intensidad, para guiar los desplazamientos nocturnos de forma sutil. Esta doble estrategia resultó en un **ahorro del 75% en el**

consumo eléctrico del pasillo y transformó un espacio de paso en un elemento arquitectónico atractivo.

¿Por qué la capacidad de dimar la luz es clave para adaptar el ojo al ciclo día-noche?

Nuestra biología está diseñada para sincronizarse con el ciclo natural de la luz: una luz intensa y fría (azulada) durante el día para mantenernos alerta, y una luz tenue y cálida (anaranjada) al atardecer para preparar el cuerpo para el descanso. Sin embargo, en nuestros hogares solemos utilizar el mismo nivel de luz artificial desde las 7 de la tarde hasta la medianoche. Esta **exposición a una luz constante y estática** es un factor de estrés para nuestro sistema visual y un disruptor de nuestro ritmo circadiano. Mantener una iluminación potente por la noche obliga a nuestros ojos a un estado de alerta que no es natural, contribuyendo a la fatiga.

La capacidad de regular la intensidad de la luz, conocida como «dimar» o «atenuar», es una de las herramientas más potentes de la higiene lumínica. No es un lujo, sino una necesidad para la salud. Poder reducir la intensidad de la iluminación general del salón a medida que avanza la noche permite simular la transición natural del atardecer. Esto envía a nuestro cerebro la señal de que es hora de empezar a relajarse, facilitando la posterior secreción de melatonina y preparando un sueño reparador. Este problema es más común de lo que se cree, ya que el 32% de los trabajadores españoles reportan fatiga visual y dolores de cabeza relacionados con una iluminación inadecuada, según el Informe de Salud Mental y Trabajo 2024.

Hoy en día, la mayoría de las bombillas LED son dimables, y existen sistemas para todos los bolsillos, desde simples reguladores de pared hasta sistemas de **iluminación inteligente**. Marcas como Philips Hue, IKEA Home Smart o la española Simon iO ofrecen kits de inicio que permiten controlar la intensidad y, en muchos casos, la temperatura de color desde el móvil o con la voz. Invertir en esta tecnología permite crear «escenas»: una configuración de «trabajo» o «lectura» con luz más intensa, y una de «relax» para las últimas horas del día, con una luz ambiental muy tenue y cálida, transformando por completo la atmósfera de tu salón y el bienestar de tus ojos.

¿A qué distancia exacta colocar el sofá de una TV de 55 pulgadas?

La higiene lumínica no solo trata sobre las fuentes de luz, sino también sobre la ergonomía visual en su conjunto. De nada sirve tener la iluminación perfecta si el principal foco de atención de nuestro salón, el televisor, está a una distancia incorrecta. Sentarse demasiado cerca o demasiado lejos de la pantalla obliga a los músculos de nuestros ojos a un **esfuerzo de enfoque y acomodación constante**, además de forzar un movimiento excesivo del cuello y los ojos para abarcar toda la imagen, lo que contribuye directamente a la fatiga visual y las cefaleas.

Un estudio ergonómico realizado en salones españoles reveló que hasta el **60% de los hogares tienen el televisor mal posicionado**, ya sea en distancia o en altura. La altura ideal es sencilla de calcular: el centro de la pantalla debe quedar a la altura de los ojos cuando estás sentado, lo que en sofás españoles estándar (con una altura de asiento de 40-45 cm) se traduce en unos **90-110 cm desde el suelo**. Para la distancia, existen dos estándares principales: la distancia recomendada por la SMPTE (Society of Motion Picture and Television Engineers), que busca un visionado cómodo, y la de THX, que prioriza una experiencia más inmersiva, ideal para cine.

Para un televisor de **55 pulgadas**, el tamaño más común en los hogares españoles, las distancias se traducen así:

- **Distancia cómoda (SMPTE)**: Entre 2,3 y 2,8 metros. Es la ideal para un uso diario, como ver noticias o programas de entretenimiento, ya que permite ver toda la pantalla sin mover la cabeza.
- **Distancia inmersiva (THX)**: Entre 1,7 y 2,1 metros. Perfecta para ver películas o series en alta calidad, ya que la pantalla ocupa un mayor campo de visión.
- **Distancia mínima para 4K**: A partir de 1,4 metros. A esta distancia, el ojo humano ya es capaz de apreciar el detalle extra de la resolución 4K sin percibir los píxeles individuales.

En un salón español típico de 20-25 m², una distancia de entre **2,2 y 2,5 metros** para una TV de 55" suele ser el punto de equilibrio perfecto entre comodidad e inmersión, permitiendo un ángulo de visión saludable de entre 30 y 36 grados.

¿Qué colores de luz ambiental favorecen la secreción de melatonina antes de ir a dormir?

Hemos hablado de la intensidad de la luz, pero su color, o más técnicamente, su **temperatura de color** (medida en Kelvin, K), juega un papel aún más crítico en la

regulación de nuestro reloj biológico. La luz del día tiene una alta componente de espectro azul (alrededor de 5000-6500K), que inhibe la producción de melatonina, la hormona del sueño, para mantenernos despiertos y alerta. Por el contrario, la luz del atardecer es cálida, con tonos anaranjados y rojos (por debajo de 3000K), lo que señala a nuestro cerebro que es hora de prepararse para dormir.

El problema es que muchas de las bombillas LED que usamos en casa son de «luz neutra» o «fría» (4000K o más). Exponernos a esta luz azulada durante las últimas horas del día es como gritarle a nuestro cerebro «¡Es mediodía!» a las diez de la noche. Esto retrasa y reduce la secreción de melatonina, dificultando conciliar el sueño y empeorando su calidad. La evidencia científica es contundente, como explica una autoridad en la materia en España:

i

La exposición a luz de espectro azul (>3000K) en las dos horas previas al sueño puede reducir la producción de melatonina hasta en un 50%, afectando significativamente la calidad del descanso.

– Dr. Juan Antonio Madrid, Laboratorio de Cronobiología, Universidad de Murcia

Para favorecer un descanso óptimo, la iluminación ambiental de nuestro salón durante las dos o tres horas previas a acostarnos debería imitar la luz de una hoguera o una vela. Buscaremos temperaturas de color muy cálidas, idealmente por debajo de 2700K. Los tonos ámbar, cercanos a los 2200K, son los más efectivos. Puedes lograrlo de varias maneras:

- Utilizar bombillas inteligentes que permitan cambiar la temperatura de color a un modo «ámbar» o «vela».
- Instalar bombillas específicas «Dim to Warm», que al regular su intensidad no solo bajan el brillo, sino que también se vuelven más cálidas, pasando de 3000K a 1800K.
- Apagar por completo las luces de techo y usar únicamente lámparas de mesa o de pie con bombillas de 2700K o menos y pantallas de tela o papel que difuminen y calienten aún más la luz.

PUNTOS CLAVE A RECORDAR

- Tu dolor de cabeza puede ser una respuesta fisiológica a una mala iluminación (deslumbramiento, contraste y calidad de luz).
- La solución no es apagar luces, sino gestionarlas: orientar focos, usar luz indirecta y asegurar un CRI > 90.
- La luz artificial debe adaptarse a tu ritmo circadiano: más intensa durante el día y muy cálida y tenue por la noche para proteger la producción de melatonina.

¿Cómo iluminar un salón con tiras LED sin que parezca una discoteca?

Las tiras LED son una herramienta de iluminación fantástica: versátiles, de bajo consumo y capaces de crear atmósferas únicas. Sin embargo, su mala utilización es la responsable de que muchos salones acaben pareciendo más una discoteca de barrio que un espacio elegante y acogedor. El error fundamental es dejar la tira de diodos a la vista. Ver los puntos de luz directamente no solo es estéticamente pobre, sino que genera un **deslumbramiento molesto** y un ambiente de bazar tecnológico. Como afirma una de las grandes figuras del diseño:

i

La clave está en que veas la luz, no la fuente. Una tira LED bien instalada debe ser completamente invisible, creando una atmósfera sin revelar su origen.

– Patricia Urquiola, Diseñadora

El secreto de una integración sofisticada es usar las tiras LED siempre para crear **iluminación indirecta**. Esto significa ocultarlas en elementos arquitectónicos o de mobiliario para que solo veamos la luz que proyectan y rebota en las superficies. Los lugares ideales para instalarlas son foseados en el techo, cornisas, la parte trasera de un cabecero, la parte superior de una estantería o debajo de muebles suspendidos.

Para un resultado profesional, sigue siempre estas reglas de oro:

- **Usa siempre un perfil de aluminio con difusor opal.** El perfil disipa el calor y alarga la vida del LED, mientras que el difusor (una tapa de plástico translúcido) unifica los puntos de luz en una línea continua y suave.
- **Elige la temperatura y calidad adecuadas.** Para un salón, opta siempre por una luz cálida (**2700K a 3000K**) y un CRI superior a 90 para no comprometer la calidad del ambiente.
- **Conéctalas a un regulador de intensidad.** Poder dimar la tira LED es crucial para adaptarla a cada momento, desde una luz de apoyo más funcional hasta un acento ambiental muy tenue por la noche.
- **Calcula la potencia necesaria.** Para una iluminación ambiental general, necesitarás unos **10-15W** por metro. Para una luz de acento decorativa, con **5-8W** por metro será suficiente.

Integradas de esta manera, las tiras LED dejan de ser un gadget llamativo para convertirse en una herramienta arquitectónica que modela el espacio, aporta profundidad y crea una capa de luz ambiental cálida y envolvente, la base perfecta para una higiene lumínica completa.

Evaluar y rediseñar la iluminación de tu hogar es el paso más efectivo que puedes dar para mejorar tu bienestar diario. Empieza hoy mismo a aplicar estos principios de higiene lumínica para transformar tu casa en un espacio que cuide de tu salud visual y te proporcione el confort que mereces.

Escrito por Carlos Ferrán, Diseñador de Iluminación (Lighting Designer) con certificación internacional y 15 años transformando ambientes mediante proyectos luminotécnicos. Especialista en tecnología LED, temperatura de color y eficiencia energética.

← ¿Por qué usar luz fría en el salón
arraña tu descanso nocturno?

● Detienen a un hombre con más de 100 restos humanos | ⚡ Extirpan a Elizabeth un tumor de 4 kilos: "He vuel

Manuel convive con la esclerosis múltiple desde hace 18 años: "Al principio no asumía la...

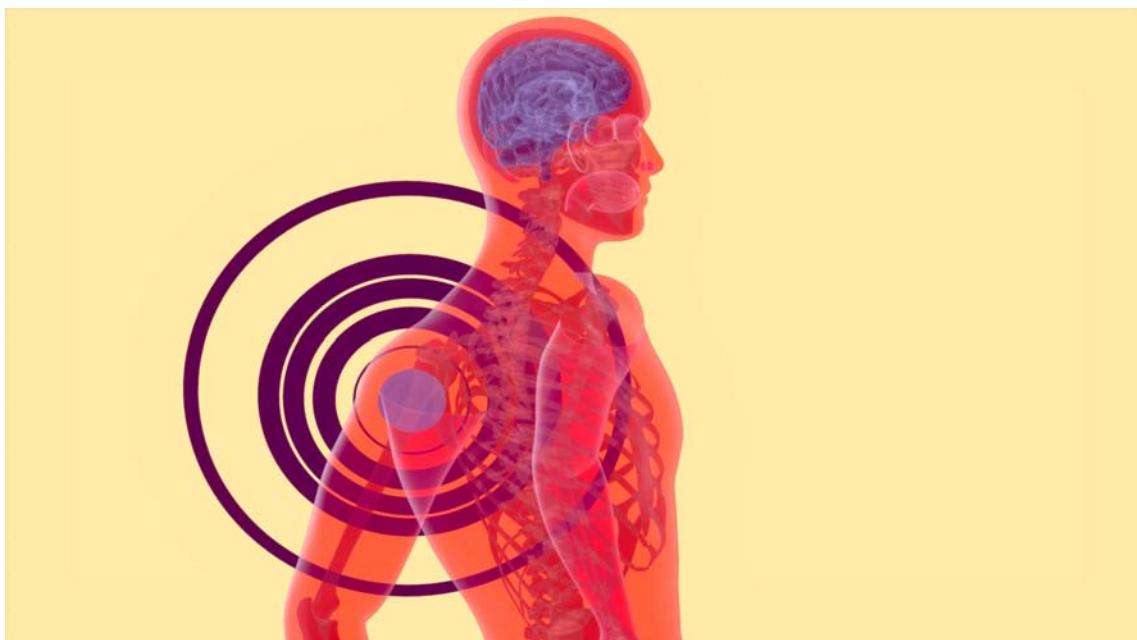
revistaq.mx

EL DOLOR QUE VIVE CONMIGO

REVISTA Q QUÉ MÉXICO

6-7 minutos

Tamaño de texto-+=



El 17 de octubre se celebra el Día Mundial contra el dolor. Imagen de julios en Freepik

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

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

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

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

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

ser graves, como los cambios en el ritmo cardiaco.

Tres conceptos.

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

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

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

“El dolor neuropático es un tipo de dolor, generalmente crónico, que se produce por un daño o lesión del sistema nervioso periférico o central, que hace que se interpreten como

dolorosos estímulos normales”, explica Alan Luis Juárez Belaúnde, especialista en dolor neuropático y miembro de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

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

0

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

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

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

Purificación León EFE-REPORTAJES

SALUD

Las 4 enfermedades desmielinizantes más comunes: cuáles son



Publicado el 30/12/2025
por Alessandro Elia



Cardiólogo: ¡Un parche al día y tu grasa se c

Health Insight

Las cuatro entidades que concentran la mayor parte de los casos de desmielinización del sistema nervioso central son **esclerosis múltiple (EM)**, **neuromielitis óptica (NMO)**, **enfermedad asociada a anticuerpos anti-MOG (MOGAD)** y **encefalopatía aguda diseminada (ADEM)**. Comparten un denominador común —ataque a la miel, a la conducción del impulso nervioso—, pero difieren en biomarcadores, tránsitos clínicos, patrones de resonancia magnética y en el arsenal terapéutico que deben aplicarse. Identificarlas bien no es un gesto académico: condiciona el pronóstico y la discapacidad futura.

El mapa práctico, en pocas líneas y sin rodeos: **EM** se caracteriza por brotes y lesiones dispersas en “tiempo y espacio”, con **bandas oligoclonales** en el líquido cefalorraquídeo en la mayoría de los pacientes; **NMOSD** suele atacar **nervio óptico y médula** con reacciones agresivas y está ligado al **anticuerpo contra acuaporina-4 (AQP4-IgG)**; **MOGAD** es un cuadro propio, a veces parecido a NMOSD o a ADEM, que se reconoce por el **antígeno MOG** y por una neuritis óptica llamativamente edematosa; **ADEM**, más típico en menores de 10 años, debutó con **encefalopatía** y lesiones extensas mal delimitadas, por lo general solo episodio. En fase aguda, los pilares son **corticoides intravenosos, recambios y inmunoglobulina** cuando hace falta; para prevenir recaídas se eligen fármacos según la etiqueta diagnóstica. Usar “medicación de EM” en un NMOSD, por ejem-
salir mal.



Qué significa desmielinización y por qué cambia la gente

La **mielina** es la cubierta que envuelve los axones como si fueran cables; acelera y mantiene limpia y coordinada. Cuando se pierde o se inflama, el sistema nervio central —cerebro, médula, nervios ópticos— empieza a tartamudear. Llegan **neuritis ópticas** borrosa y **dolor** al mover los ojos; **parestesias** ascendentes, **debilidad** que sube y **inestabilidad** que vuelve torpe subir una escalera; problemas de **vesícula urinaria**, **intestino**; **fatiga** espesa, **niebla mental**. La clínica va por brotes o de forma progresiva, dependiendo de la enfermedad. Y no solo se trata de apagar inflamación: hay que prevenir nuevas ataques porque cada ataque suma huella.

El diagnóstico moderno combina la clínica con la **resonancia magnética (RM)** y los **biomarcadores** en sangre o **líquido cefalorraquídeo (LCR)**. La RM aporta patrones de lesiones periventriculares o infratentoriales en EM, **mielitis longitudinal extensa** en NMO, afectación preferente de **sustancia gris central** en ciertas mielitis por MOGAD, lesiones amplias y mal definidas en ADEM. La serología pone nombre y apellidos: **AQP4** en NMOSD, **MOG-IgG** en MOGAD. El LCR, por su parte, refuerza la sospecha de EM con **oligoclonales** persistentes. Esa triada —clínica, imagen, laboratorio— ordena el diagnóstico.



Esclerosis múltiple: la conocida que sigue mutando

Esclerosis múltiple es, de largo, la **enfermedad desmielinizante más frecuente**. Se inicia con un brote: **neuritis óptica unilateral** con dolor retroocular y recuperación parcial; **síntomas sensitivos** que trepan por una pierna; **ataxia** discreta; **diplopia**. La **RM** revela **placas** en localizaciones típicas —periventricular, yuxtacortical, intramedular— y el **LCR** aporta, a menudo, **bandas oligoclonales** que “fijan” el diagnóstico. Sin embargo, si falta la diseminación temporal en imagen. La evolución se divide en **curso remitente y recurrente** (el más común) y **formas progresivas** en las que el empeoramiento es sostenido.

En fase aguda, la regla es simple: **metilprednisolona intravenosa** a dosis altas durante los primeros días, con **recambio plasmático** si el brote amenaza función y no responde. A largo plazo, lo decisivo es la **terapia modificadora de la enfermedad**. El abanico va de los **interferones y acetato de glatirámero** —perfil de **seguridad** conocido— hasta **dimetilfumarato, teriflunomida** o moduladores del **receptor S1P**; y, sobre todo, con alta eficacia como **natalizumab, ocrelizumab, ofatumumab, alemtuzumab** y **cladribina**. No hay una receta universal: se individualiza según **actividad clínica, radiológica, comorbilidades, edad, planes de embarazo** y preferencia de vía. La **monitorización periódica** con RM y analíticas permite ajustar, escalar o deseskalar. Un apunte que pesa: **dejar el tabaco** y equilibrar **vitamina D** mejoran la fotografía. **Ejercicio** y **fisioterapia** inciden en **fatiga, equilibrio y tono anímico**.



En la consulta, hay pistas que encajan rápido: **lesiones en “dedos de Dawson”** gadolinio cuando el brote está activo, asimetrías discretas que el paciente explíe ejemplos cotidianos —torpeza para abotonarse una camisa, cansancio extraño a pisos—. La heterogeneidad desconcierta, sí, pero el patrón se repite con claridad si mira con lupa.

Neuromielitis óptica (NMOSD): la huella de la acuaporina

NMOSD no es una variante suave de EM. Es otra cosa. Aquí el protagonista es el **anticuerpo contra la acuaporina-4 (AQP4-IgG)**, que dirige el ataque a **astrocitos**, deja intacta la **lejana** y castiga con especial dureza a **médula y nervios ópticos**. Clínica típica: **neuromielitis óptica bilateral** o muy severa, **mielitis longitudinal extensa** que ocupa tres o más segmentos, **síndrome del área postrema** con **vómitos e hipo** incoercible, a veces **encefálico** o **diencéfalo**. La **RM** impresiona por la longitud y el realce de las lesiones medulares; el cerebro puede estar limpio o mostrar lesiones en regiones ricas en mielina. A diferencia de EM, el **LCR** suele carecer de **bandas oligoclonales** persistentes.



En el brote, el tiempo es oro. **Corticoides intravenosos** y, si la respuesta flojea visual es profunda, **plasmaférésis precoz**. Para prevenir nuevas embestidas, la ciencia favorece terapias dirigidas: **inhibidores del complemento** (por ejemplo, **eculizumab** con posología extendida), anticuerpos **anti-CD19** como **inebilizumab** y modulador de **IL-6** (**satralizumab**, **tocilizumab**). Aquí la precisión importa más que nunca: fármacos en EM —**interferones**, **fingolimod**, **natalizumab**— no solo **no** ayudan, sino que **empeoran** la trayectoria del NMOSD. Por eso las guías insisten en **confirmar** la enfermedad con técnicas validadas antes de poner etiquetas.

La historia natural del NMOSD castiga a quien llega tarde. Una **neuritis óptica** o una **mielitis** que deja **paraparesia** y **alteración esfinteriana** cambian el día a día. Y mucho tiempo. De ahí la necesidad de **inicio precoz** de terapia preventiva y de seguimiento **estrecho** con RM, evaluación de discapacidad y control de comorbilidades. En particular, la **rehabilitación** —visión, marcha, equilibrio— y el **soporte psicológico** marcan la diferencia. No siempre se ven en una escala clínica, pero sí en la vida real.

MOGAD: la entidad que salió de la sombra

La **enfermedad asociada a anticuerpos contra la glicoproteína de oligoden
mielina** —MOGAD— dejó de ser una rareza. Afecta a niños y adultos, y cruza fronteras entre **neuritis óptica**, **mielitis**, **encefalomielitis tipo ADEM** con **encefalopatía**. El punto de anclaje es el **anticuerpo MOG-IgG** en suero, detectado mediante **ensayos celulares** que expresan la proteína humana completa. La clínica tiene un sabor propio: **edema** periférico marcado en la neuritis, lesiones **modulares** que a menudo tocan la **sustancia gris**.

si se baja la dosis **demasiado rápido**. Por eso muchas unidades usan **pautas de** lentes que en EM. Si la respuesta es pobre, **plasmáferesis o inmunoglobulina** son alternativas. Para **prevenir nuevos ataques**, destacan estrategias con **inm** periódica, rituximab o azatioprina en perfiles seleccionados; la elección se ac^{de} de recaída y tolerancia. A día de hoy, ciertas “estrellas” de la EM **no** muestran e rendimiento en MOGAD, y otras **no tienen** demasiado sentido biológico; conviene extrapolar.

Una clave práctica: la **neuritis óptica por MOGAD** suele ser **muy edematosas, anterior**, con afectación del disco y dolor; la recuperación puede ser notable co tratamiento adecuado. En la **mielitis**, la debilidad flácida con **dolor lumbar y r** urinaria precoz levanta sospechas. Si a eso se suma una RM con lesiones **confundi** apagan con rapidez y un **LCR** sin las clásicas **bandas oligoclonales** de EM, la b^{is} MOGAD.

ADEM: un episodio inflamatorio que, por lo general, no se

La **encefalomieltitis aguda diseminada (ADEM)** es un síndrome inflamatorio desmielinizante, típicamente **posinfeccioso**, que se reconoce por un rasgo clíni **encefalopatía**. En población infantil es especialmente habitual: **fiebre, somno** cambios de conducta, cefalea intensa, a veces **convulsiones**. La RM muestra extensas y mal delimitadas en **sustancia blanca** y con frecuencia en **núcleos** esperable es un **curso monofásico** con recuperación progresiva tras **corticoide** si la respuesta es insuficiente, **inmunoglobulina o recambio plasmático**. Cuau recaídas o brotes **sin encefalitis** ▼ hav que **revisar el diagnóstico y pensar en**

La **rehabilitación temprana** —motora y cognitiva— acelera la vuelta a la norma laboral. En la mayoría, ADEM no deja gran huella si se actúa pronto. Pero no en la guardia: algunas trayectorias, poco frecuentes, enlazan recaídas y entonces el cuadro cambia y la estrategia también. La coordinación entre **Neurología, Pediatría y Medicina de Familia** evita pérdida de seguimiento y retrasos diagnósticos.

Diferenciar bien cambia el pronóstico y la elección farmaco

Etiquetar **EM**, **NMOSD**, **MOGAD** o **ADEM** no es un capricho terminológico. Es que el paciente recibirá un **inhibidor del complemento** o un **anti-CD20**, si conviene **inmunoglobulina mensual** o un **oral diario**, si hay que evitar un **medicamento**. Una entidad es mano de santo. El patrón de RM aporta geometrías —**periventricular de Dawson**” en EM, **lesión longitudinal extensa** en NMOSD, afectación de **su central** en algunas mielitis por MOGAD, **lesiones difusas** en ADEM—; la serología **inmunológica** que rara vez se solapan; el LCR, el eco de una inflamación más que más “**sistémica**”. Con ese triángulo, la decisión terapéutica se vuelve lógica.



Hay, además, **errores de manejo** que conviene evitar. En **NMOSD AQP4-positiva**, **interferones, fingolimod o natalizumab no** es inocuo: la literatura clínica ha **ineficacia e incluso agravamiento**. En **MOGAD**, un **tapering** de corticoide expone al paciente a **riesgo de rebrote**. En **EM**, encasillarse en fármacos de baja eficacia ante a veces **perder tiempo** y permitir nuevas lesiones; en determinados perfiles, la estrategia **eficacia temprana** es más razonable. En **ADEM**, lo razonable es **no sobretratar**: la clínica y la imagen se apagan.

Más pistas clínicas que ayudan, sin tecnicismos gratuito

Hay **señales de consulta** que orientan. **Neuritis óptica unilateral**, dolor al mover los ojos, recuperación amplia sugiere **EM**; **neuritis óptica bilateral** o con **pérdida visual** junto a **mielitis larga**, obliga a pensar en **NMOSD**; **neuritis con edema papilar** y **lesiones reversibles** apuntan a **MOGAD**; **encefalopatía** en un niño con **lesiones cerebrales** huele a **ADEM**. Los “falsos amigos” existen: **déficit de B12, infecciones** (por ejemplo **VIH**), **vasculitis, sarcoidosis, leucodistrofias del adulto**. Saltarse el diagnóstico es tentar a la suerte.



En la práctica, ayuda un **itinerario** ordenado: **historia clínica** detallada, examen **sistemático** (pares craneales, fuerza, sensibilidad, coordinación, marcha), **RM** cuando es adecuado, **LCR** cuando aporta valor (bandas, células), **serologías específicas** en función de la sospecha con **técnica validada** para **AQP4-IgG** y **MOG-IgG**. Si la **primera RM** se queda en duda, en las **semanas** siguientes puede revelar **diseminación temporal**. Y, si la duda persiste, **intervención** en unidades especializadas: el **segundo par de ojos** previene errores que luego cuesta corregir.

Vida diaria, rehabilitación y decisiones que pesan tanto como un fármaco

La **farmacología** no lo es todo. El **ejercicio aeróbico** dosificado mejora **fatiga** y **funcionalidad**; la **fisioterapia** trabaja **propiocepción, equilibrio y fuerza**; el **abandono del tabaco** reduce riesgo de brotes y de progresión; el **sueño** de calidad baja la percepción del dolor y mejora el **rendimiento cognitivo**. **Vejiga e intestino** requieren atención. **Infecciones urinarias** previene **pseudobrotes**. La **salud mental** importa: **ansiedad** y **depresión** no son ornamentales, condicionan **adherencia y calidad de vida**. Es necesaria **flexibilidad** en los **ajustes razonables**, periodos de **teletrabajo** en picos de fatiga, **horarios flexibles** y **semanas de recuperación**: medidas sencillas que marcan la diferencia.

Sobre **embarazo y lactancia**, conviene planificar. En **EM**, algunos fármacos se incluyen con margen; otros se **mantienen** con vigilancia y hay estrategias de **inducción** para "cubrir" meses sin tratamiento. En **NMOSD**, la **prevención de recaídas** alrededor del **periodo de cuidado** con especial celo, con biológicos que cuentan con experiencia de uso. En **ADEM** el plan se individualiza según **historial de recaídas**. En **MS**, al ser un episodio

La **neurorradiología** ha afinado. Secuencias que muestran **venas centrales en anillo abierto** en lesiones activas, **volumetría** para cuantificar **atrofia**. En para biomarcadores que ganan terreno, como el **neurofilamento ligero en suero**, ú **daño axonal** de forma indirecta y para leer **actividad** que a veces no se ve en la **inteligencia artificial** empieza a ayudar en la **estratificación de riesgo** y en la **patrones** sutiles que al ojo humano se le escapan. Nada mágico; sí **herramient** permiten decisiones más finas: cuándo **escalar**, cuándo **cambiar de diana**, cuá empeoramiento es **inflamación activa** y cuándo es **neurodegeneración**.

También hay una dimensión de **equidad**. El acceso a **RM** de calidad y a **serolog** es homogéneo. Y sin **pruebas buenas**, la **medicina de precisión** queda en el p circuitos ágiles y laboratorios con **ensayos cell-based** para **AQP4-IgG** y **MOG-I** lujo: es **evitar discapacidad evitable**.

Tratamientos: similitudes, diferencias y líneas roja

Hay **puntos comunes**: en **fase aguda**, **corticoide intravenoso** como primera li **plasmático** si falla o si el brote es visual o medular de alto impacto; **inmunogl** perfiles donde encaja. A partir de ahí, caminos separados. EM dispone de un cat en expansión, con dianas que tocan **migración linfocitaria**, **depleción de B** o **reprogramación inmunitaria**. NMOSD pivota sobre **complemento**, **CD19** e **II** beneficia de **corticoide bien llevado**, **inmunoglobulina sostenida** y **anti-CD20** seleccionados; ADEM se trata y se apaga, sin cronificar medicamentos a la liger

Unas cuantas **líneas rojas**, claras y en negrita: **no usar interferones**, **fingolimod** **natalizumab** en NMOSD **AQP4-positivo**; **no acelerar el tapering de corticoid** cuando el brote ha sido severo; **no mantener terapias de baja eficacia** en EM co clínico-radiológica. Y, por supuesto, **vacunación** al día —preferencia por **inacti** mayoría de terapias— y **cribado de infecciones latentes** cuando corresponda (p hepatitis, tuberculosis antes de ciertos biológicos).

El papel de la neurorrehabilitación y de la coordinación s

La **neurorrehabilitación** no es un extra. **Terapia ocupacional** para reorganiza **logopedia** si hay **disartria** o **disfagia**, **neuropsicología** para trabajo de **atenció** En España, los **circuitos de de** ▾ **n a rehabilitación** va a **unidades de suele**

espasticidad— y facilita tramitar **discapacidad y adaptaciones** cuando se necesita.

Mirar más allá del brote: calidad de vida y objetivos a largo plazo

Un plan sensato incluye **objetivos medibles** —sin evidencia de actividad clínica—, **revisiones periódicas** con RM y, si está disponible, **neurofilamento** como “señal temprana” de daño. Ajustar temprano evita acumulación de **daño**. La **educación sanitaria** reduce riesgo de **recaídas**, mejora la **adherencia**, previene **abandono** por efectos secundarios que se pueden manejar. La inflamación es siempre es inflamación; puede ser **sueño fragmentado**, **depresión**, **déficit de memoria** o **fatiga**. El cuadro completo es tan médico como recetar.

Orientarse entre diagnósticos sin perder el norte

El terreno de las **enfermedades desmielinizantes** parece enrevesado, pero el eje central que funciona es simple y operativo. Si el cuadro es **crónico**, con **brotos** y huecos en **RM**, piense en **EM**; si sobresale la **agresividad** del ataque y la **topografía** (óptica larga, área postrema), **AQP4-IgG** y **NMOSD** se colocan arriba en la lista; si hay **intermedios**, **neuritis con papiledema** llamativo o fenotipo **ADEM-like**, pida sangre; si un **niño** trae **encefalopatía** con **lesiones difusas**, **ADEM** gana enteros hasta que sea contrario. Despues, trate el **brote** con decisión y elija el **preventivo** adecuado a su caso al comodín de siempre. Con esa brújula, el camino se acorta, las recaídas se evitan —que es lo esencial— y se recupera su ritmo.

Contenido Verificado ✓

Este artículo ha sido redactado basándose en información procedente de fuentes confiables, garantizando su precisión y actualidad. Fuentes consultadas: Sociedad Española de Neurología, Asociación Española de Pediatría, NINDS, Agencia Europea de Medicamentos, SciELO España.



Alessandro Elia



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



¿Por qué se te duerme el brazo al dormir? No siempre es mala postura



BioDario
26 suscriptores

Suscribirme

1



Compartir

...

3 LÍN
TRA
(Tod



18 visualizaciones 31 dic 2025 #Sueño #Salud #Nervios

¿Te despiertas por la noche con el brazo completamente dormido, con hormigueo o pinchazos? La mayoría lo achacamos a una "mala postura", pero la ciencia muestra que hay causas mucho más importantes detrás.

En este video explico, de forma clara y basada en evidencia científica:

- Qué significa realmente que se te duerma el brazo (parestesias)
- Por qué ocurre más durante la noche
- Compresión de nervios como el túnel carpiano
- Problemas cervicales y hernias del cuello
- Cuándo puede ser una señal de algo grave (diabetes, circulación, neurología)
- Qué hábitos y posturas ayudan a prevenirlo

Todo explicado sin tecnicismos innecesarios, para que entiendas qué le pasa a tu cuerpo y cuándo debes consultar a un profesional.

Este video es divulgativo y no sustituye una consulta médica.

Si te despertó hoy el hormigueo, dale like

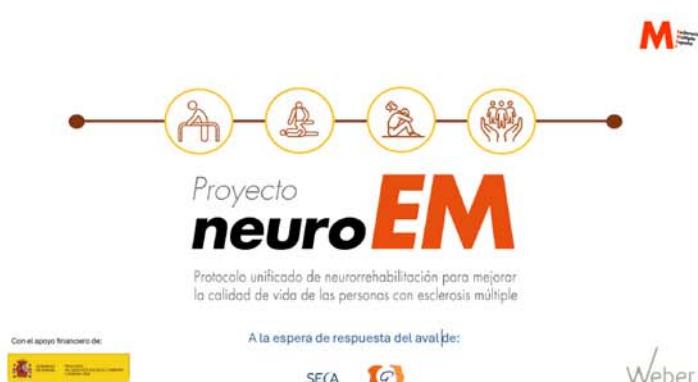
Compártelo con quien siempre culpa a la almohada

Y suscríbete para más salud explicada con ciencia.

1. Sociedad Española de Neurología. ¿Por qué se me duermen los brazos al dormir y cuándo puede ser un riesgo? Onda Cero. 2023 Sep 20. Disponible en: <https://www.ondacero.es/noticias/>

Presentado el «Proyecto NeuroEM» que propone la estandarización de los protocolos de Neurorrehabilitación

No Hay Comentarios



Casi el 35% de los pacientes con Esclerosis Múltiple no recibe ningún tipo de tratamiento rehabilitador en España

Presentado el 'Proyecto NeuroEM' que propone la estandarización de los protocolos de Neurorrehabilitación

- **Esclerosis Múltiple España ha sido impulsora de la iniciativa, en colaboración con la Fundación Weber y representantes de la SENR, la SECA y la SEN**
- **Propone un modelo estandarizado con un enfoque multidisciplinar encaminado a la mejora de la calidad**



La Sociedad Española de Neurología advierte del creciente impacto socio- sanitario de la esclerosis múltiple e insta a reforzar el diagnóstico precoz y la atención integral.

22 de diciembre de 2025 Neurología

17/12/2025

En España, el 83% de las personas con esclerosis múltiple terminan abandonando prematuramente su puesto de trabajo.

La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica, inflamatoria y neurodegenerativa del sistema nervioso central, que suele debutar entre los 20 y 40 años y afecta a las mujeres con una frecuencia tres veces superior a la de los hombres. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN) es una enfermedad que afecta ya a más de 55.000 personas en España, una cifra un 15% superior a la que se manejaba hace 15 años. Mañana, 18 de diciembre, es el Día Nacional de la Esclerosis Múltiple.

“El número de personas con esclerosis múltiple ha aumentado en los últimos años principalmente debido a una mejoría en los diagnósticos y técnicas de detección temprana, así como a una mayor efectividad de los tratamientos. Pero también porque hay una mayor incidencia de la enfermedad, creemos, producida por cambios en los hábitos de vida de la población española”, señala la Dra. Ana Belén Caminero, Coordinadora del Grupo de Estudio de Esclerosis Múltiple y

Enfermedades Neuroinmunológicas Relacionadas de la Sociedad Española de Neurología. "Lo cierto es que el impacto socio-sanitario de la esclerosis múltiple se acrecienta cada año. Es una de las principales causas de discapacidad neurológica en adultos jóvenes y su curso impredecible afecta de forma directa a la vida laboral, social, familiar y emocional de las personas que conviven con ella".

El diagnóstico de la esclerosis múltiple supone un impacto económico relevante para los hogares. En España, cada familia destina una media de más de 7.000 euros al año en las primeras etapas de la enfermedad, una cifra que puede elevarse hasta más de los 18.000 euros en fases más avanzadas debido al aumento de necesidades asistenciales. Se estima que en el 44% de los casos son los propios familiares quienes asumen el rol de cuidadores principales, lo que en muchos casos también les obliga a abandonar sus empleos. "Además, los cuidadores informales presentan niveles elevados de ansiedad, estrés y depresión, lo que evidencia que la esclerosis múltiple afecta a todo el núcleo familiar y no solo a la persona diagnosticada", explica la Dra. Ana Belén Caminero.

Debido a que es una enfermedad que afecta principalmente a adultos jóvenes, el impacto de esta enfermedad en el ámbito laboral también es significativo. En España, el 83% de las personas con esclerosis múltiple terminan abandonando prematuramente su puesto de trabajo o encuentran serias dificultades para acceder al mercado laboral. Síntomas propios de esta enfermedad, como la fatiga (85% de los casos), los problemas de movilidad (72%) y el deterioro cognitivo (40%), son los principales motivos de este abandono.

El coste anual global de la esclerosis múltiple en España se estima en 1.400 millones de euros, con un gasto medio de 46.000 euros por paciente. Los costes directos sanitarios aumentan significativamente a medida que progresá la enfermedad, pasando de unos 10.500 euros anuales en fases iniciales a más de 27.000 euros en etapas avanzadas. Además, el coste hospitalario por ingreso ha aumentado un 30% en los últimos años. "Pero al hablar del coste de la esclerosis múltiple hay que tener en cuenta que se trata de una enfermedad que no solo

requiere una atención sanitaria continuada, especializada y multidisciplinar, sino también una estructura social capaz de ofrecer rehabilitación física y cognitiva, apoyo psicológico y recursos de autonomía personal, ámbitos donde todavía existen importantes desigualdades territoriales", destaca la Dra. Ana Belén Caminero. "Las diferencias en recursos, circuitos asistenciales y acceso a servicios de rehabilitación hacen que la experiencia de los pacientes varíe considerablemente según la comunidad autónoma en la que residan. Incluso también puede depender el tiempo de diagnóstico".

Desde la SEN se insiste en que detectar la esclerosis múltiple de forma temprana es clave para modificar su curso y prevenir discapacidad futura. El retraso diagnóstico no solo empeora el pronóstico clínico, sino que aumenta de manera sustancial los costes sociales y sanitarios. Es, por lo tanto, necesario reforzar la identificación temprana de síntomas, mejorando los circuitos de derivación desde Atención Primaria y Urgencias y agilizar el acceso a las pruebas diagnósticas.

"En los últimos años hemos visto cómo el arsenal terapéutico para las personas con esclerosis múltiple ha permitido cambiar el pronóstico de la enfermedad en muchos pacientes. Y al igual que se han producido numerosos avances en las opciones de tratamiento, también se ha avanzado mucho en las técnicas diagnósticas, principalmente con la identificación de distintos biomarcadores que permiten un seguimiento más preciso y un ajuste terapéutico más eficaz. Pero su disponibilidad en el territorio español también es desigual. Por lo que vemos que es cada vez más necesario apostar por la implantación de planes integrales que aseguren una atención equitativa en todo el territorio", comenta la Dra. Ana Belén Caminero.

"En el Día Nacional de la Esclerosis Múltiple, desde la Sociedad Española de Neurología queremos reafirmarnos en nuestro compromiso por tratar de mejorar la atención a las personas con la esclerosis múltiple, impulsar el diagnóstico precoz, la equidad en el acceso a los tratamientos y la promoción de la investigación. Cuatro aspectos que consideramos básicos en la lucha contra esta

enfermedad. La esclerosis múltiple es una enfermedad compleja, pero abordable. Y si contamos con un sistema sanitario y social coordinado, podremos transformar significativamente la evolución y la calidad de vida de quienes viven con ella", destaca la Dra. Ana Belén Caminero.

<https://www.vademecum.es/noticia-251217-La-Sociedad-Española-de-Neurología-advierte-del-crecimiento-del-impacto-social-de-la-esclerosis-múltiple>



PREVIOUS POST

[La Agencia Española de Medicamentos y](#)

NEXT POST

[El CHMP emite una opinión positiva de](#)



Buscar

Escriba la palabra clave aquí



Libtayo® (cemiplimab) aprobado en la Unión Europea como la inmunoterapia para el tratamiento adyuvante del carcinoma cutáneo de células escamosas (CCCE) con alto riesgo de recurrencia después de cirugía y radioterapia.

26 de noviembre de 2025

Entradas Relacionadas



[Inicio](#) / [Notas de prensa](#) / **Naturgy se alía con la Sociedad Española de Neurología para impulsar la prevención del ictus**

(<https://www.naturgy.com/>)

Naturgy se alía con la Sociedad Española de Neurología para impulsar la prevención del ictus

- La compañía refuerza su compromiso con la salud y el bienestar integral a través de formación específica en enfermedad cerebrovascular.
- La iniciativa incluye cursos online, webinars y acciones presenciales en colaboración con neurólogos de la SEN.
- Naturgy integra esta acción en su estrategia global de seguridad y salud, alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.



29-12-2025

Naturgy, en el marco de su estrategia global de seguridad, salud y bienestar, ha impulsado una colaboración con la Sociedad Española de Neurología (SEN) para desarrollar sinergias en la prevención del ictus entre sus profesionales y la sociedad en general. Esta alianza se marca en la estrategia global de personas de la compañía en su eje de bienestar y salud, promoviendo entornos laborales seguros, saludables y de calidad física y mental.



El proyecto contempla la creación de un espacio formativo con contenidos en la Universidad Corporativa de Naturgy, dirigido a todos los profesionales de la compañía. El curso aborda aspectos clave como qué es un ictus, factores de riesgo, enfoque de género, prevención, [detección de síntomas y actuación](https://www.naturgy.com/detección-síntomas-actuación) ante una sospecha. Además, esta formación está disponible para su uso por la propia SEN en sus campañas destinadas a la promoción de la salud cerebrovascular entre la población.

La iniciativa se complementa con una charla divulgativa durante la Semana Mundial del Ictus, cuyo contenido está disponible para todos los profesionales de la compañía en la plataforma corporativa.

Además, como acción de alto impacto, se van a realizar evaluaciones de riesgo cerebrovascular con estudios ecográficos en las principales sedes de Naturgy con la participación de especialistas de la SEN.

“La formación en salud es un pilar esencial para garantizar el bienestar integral de nuestros equipos. Con esta colaboración, damos un paso más en nuestra estrategia de prevención y promoción de hábitos saludables”, destaca **Enrique Tapia**, director general de Personas y Recursos de Naturgy.

Seguridad, salud y bienestar: un compromiso estratégico

Nada es más importante para Naturgy que la seguridad, la salud y el bienestar de las personas. La compañía considera la gestión de la seguridad y la salud como un factor clave de liderazgo empresarial, impulsando una cultura preventiva que va más allá del cumplimiento normativo. Su actuación se centra en la mejora continua de las condiciones de trabajo, involucrando no solo a los profesionales, sino también a proveedores, clientes y otros grupos de interés.

Entre los principales compromisos de Naturgy en materia de seguridad y salud se encuentra la apuesta por la responsabilidad individual y el liderazgo colectivo, con la alta dirección como motor visible de esta cultura preventiva. La compañía trabaja para garantizar entornos laborales seguros y saludables, integrando la prevención de riesgos laborales y la promoción activa de la salud en todas sus áreas. Asimismo, impulsa la formación continua, el análisis de incidentes y la difusión de lecciones aprendidas, con el objetivo de fortalecer una cultura preventiva sólida y compartida. Este enfoque se complementa con la integración de criterios exigentes de seguridad y salud en todos los procesos de negocio, desde el diseño de instalaciones hasta la selección de proveedores, asegurando que cada decisión incorpore estándares elevados. Finalmente, Naturgy promueve hábitos saludables entre sus profesionales, convirtiendo el lugar de trabajo en un espacio que fomente conductas positivas tanto para el trabajador como para su entorno.

Con esta iniciativa conjunta con la SEN, Naturgy reafirma su liderazgo en la promoción de la salud integral, alineando sus acciones con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y consolidando su modelo de empresa saludable.

Compartir



(<https://www.naturgy.com/>)
Sostenible

Medio Ambiente

Con la sociedad

Comunidad y patrocinio

Muy interesante

Seguridad, salud y bienestar

Innovación

La Energía

Responsabilidad corporativa

Sala de Prensa

Blog Transforming Energy

Contenidos destacados

Informes Anuales

Cotizaciones

Calendario financiero

Resultados trimestrales

Sitios recomendados

Fundación Naturgy

UFD

Nedgia

GPG

Sedigas

Gas renovable

Gasnam





La esclerosis múltiple es una patología crónica del sistema nervioso central, de carácter inflamatorio y neurodegenerativo. Suele comenzar entre los 20 y los 40 años y afecta a las mujeres con una frecuencia tres veces mayor que a los hombres. Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), en España ya conviven con esta enfermedad más de 55.000 personas, una cifra que supone un 15 % más que la estimada hace 15 años.

Un crecimiento de casos que, según Ana Belén Caminero, coordinadora del Grupo de Estudio de Esclerosis Múltiple y Enfermedades Neuroinmunológicas Relacionadas de la SEN, se debe sobre todo a la mejora en el diagnóstico y en las técnicas de detección precoz, además de la mayor eficacia de los tratamientos. No obstante, añade que también podría estar influyendo un incremento real de la incidencia asociado a cambios en los hábitos de vida de la población. En cualquier caso, subraya que el impacto sociosanitario crece año tras año: la esclerosis múltiple es una de las principales causas de discapacidad neurológica en adultos jóvenes y su evolución imprevisible condiciona de forma directa la



vida laboral, social, familiar y emocional de quienes la padecen.

El diagnóstico conlleva, además, una carga económica considerable para los hogares. En España, las familias destinan de media más de 7.000 euros anuales en las fases iniciales, una cantidad que puede superar los 18.000 euros al año en etapas avanzadas, cuando aumentan las necesidades asistenciales. Se estima que en el 44 % de los casos son los propios familiares quienes asumen el papel de cuidadores principales, lo que a menudo les obliga a dejar su empleo. Caminero añade que los cuidadores informales presentan con frecuencia altos niveles de ansiedad, estrés y depresión, lo que evidencia que el impacto de la enfermedad se extiende a todo el entorno familiar.

Dado que afecta principalmente a personas jóvenes, las consecuencias en el ámbito laboral también son relevantes. En España, el 83% de los pacientes con esclerosis múltiple termina abandonando su trabajo de forma prematura o encuentra grandes dificultades para incorporarse al mercado laboral. Entre las causas más habituales se encuentran síntomas como la fatiga (presente en el 85% de los casos), los problemas de movilidad (72%) y el deterioro cognitivo (40%).

ELEVADO COSTE PARA LA SANIDAD

En términos globales, el coste anual de la esclerosis múltiple en España se calcula en torno a 1.400 millones de euros, con un gasto medio de 46.000 euros por paciente. Los costes sanitarios directos aumentan a medida que avanza la enfermedad: pasan de unos 10.500 euros al año en fases tempranas a más de 27.000 euros en fases avanzadas. Además, el coste hospitalario por ingreso se ha incrementado un 30% en los últimos años. La doctora recuerda que, al hablar del coste, también hay que considerar la necesidad de una atención continuada, especializada y multidisciplinar, así como de



una red social que garantice rehabilitación física y cognitiva, apoyo psicológico y recursos para la autonomía personal. En estos ámbitos persisten desigualdades territoriales: los recursos disponibles, los circuitos asistenciales y el acceso a rehabilitación varían entre comunidades autónomas, e incluso pueden influir en los tiempos de diagnóstico.

Desde la SEN insisten en que la detección temprana es clave para modificar el curso de la enfermedad y prevenir discapacidad futura. Retrasar el diagnóstico no solo empeora el pronóstico clínico, sino que también incrementa de forma notable los costes sociales y sanitarios. Por ello, se considera prioritario reforzar la identificación precoz de síntomas, mejorar los circuitos de derivación desde Atención Primaria y Urgencias y acelerar el acceso a las pruebas diagnósticas.

Es cierto que en los últimos años, el avance terapéutico ha cambiado el pronóstico de muchos pacientes. Paralelamente, también se han producido mejoras importantes en el diagnóstico gracias a la identificación de biomarcadores que permiten un seguimiento más preciso y un ajuste del tratamiento más eficaz. Sin embargo, la disponibilidad de estas herramientas no es homogénea en todo el país, lo que la necesidad de impulsar planes integrales que garanticen una atención equitativa en todo el territorio.

INFORMACIÓN ADICIONAL

 **Lun 22 Diciembre 2025**

 **Actualidad**



ENLACES RELACIONADOS