

El calor no es el único culpable: los cambios de rutinas en verano que multiplican tus crisis de migraña

La deshidratación, la intensidad lumínica, las alteraciones del sueño y el consumo de alcohol se alían durante la época estival para desencadenar cefaleas. Los neurólogos ofrecen pautas para prevenir el dolor en los días más calurosos.

👤 Redacción • 14 julio, 2026 💬 0 📖 2 minutos leídos



Con la llegada del verano y la subida de los termómetros, son muchos los ciudadanos que experimentan un incremento notable en la frecuencia e intensidad de sus dolores de cabeza. Sin embargo, culpar únicamente al calor extremo es un error común. La ciencia confirma que las altas temperaturas actúan como un catalizador, pero son los cambios de hábitos asociados al periodo estival los que realmente desestabilizan nuestro organismo y desencadenan las crisis.

Tal y como explica el doctor Jesús Porta, presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y jefe de Servicio de

Neurología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid, la migraña se ve directamente afectada por las oscilaciones térmicas, la deshidratación y, de manera muy especial, por los cambios repentinos en la presión atmosférica.

Por el contrario, el especialista aclara que otros dolores de cabeza continuos vinculados al calor ambiental extremo son un síntoma directo de un golpe de calor, diferenciándose claramente de patologías como la cefalea en racimos, cuyo debut es mucho más habitual durante las estaciones de primavera y otoño.

Los grandes desencadenantes veraniegos de la cefalea

El verano altera de forma radical nuestro estilo de vida diario. Los expertos señalan que los factores facilitadores más comunes durante estos meses son:

- **Intensidad lumínica:** La fuerte exposición solar y los destellos de luz actúan como un potente estímulo visual agresivo para el sistema neurológico.
- **Deshidratación:** La pérdida de líquidos y sales minerales sin una reposición adecuada es una de las causas físicas más rápidas detrás de la aparición del dolor de cabeza común.
- **Alteraciones del sueño:** El retraso en las horas de acostarse, las noches tropicales que dificultan el descanso o el cambio de horarios vacacionales rompen el patrón regular que requiere el cerebro.
- **Consumo de alcohol:** El incremento de la ingesta de bebidas alcohólicas en terrazas o eventos sociales influye de manera directa en la prevalencia y aparición de crisis migrañosas.
- **La relajación post-estrés:** El inicio de las vacaciones provoca un descenso brusco del cortisol y de la tensión acumulada, un fenómeno que paradójicamente suele desencadenar migrañas durante los primeros días de descanso.

Guía práctica de prevención para los días de calor extremo

Para evitar que el dolor de cabeza condicione las vacaciones, la Sociedad Española de Neurología propone una serie de pautas básicas de autocuidado y prevención:

1. **Esquivar el calor extremo:** Limitar las salidas a la calle y las actividades físicas exigentes durante las horas centrales del día, especialmente si el exceso de luz es un desencadenante conocido.
2. **Uso de gafas de sol homologadas:** Un accesorio imprescindible para proteger los ojos de la radiación y combatir la fotofobia, síntoma muy común y molesto entre los migrañosos.
3. **Beber agua de forma periódica:** Es fundamental no esperar a tener sensación de sed para hidratarse. El consumo regular de agua mantiene estables los niveles de hidratación del organismo.
4. **Preservar los horarios de descanso:** Intentar mantener un patrón de sueño lo más constante posible, acostándose y levantándose a horas similares para no descompensar el cerebro.
5. **Evitar el alcohol:** Reducir o eliminar por completo el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente si el paciente se encuentra en pleno brote o periodo de crisis frecuentes.
6. **Alimentación regular:** Mantener una dieta saludable y evitar periodos prolongados de ayuno, ya que la bajada de azúcar en sangre (hipoglucemia) es otro factor de riesgo clásico.

Este sitio usa Akismet para reducir el spam. Aprende cómo se procesan los datos de tus comentarios.

La Fundación Freno al Ictus ha acompañado a más de 200 familias con daño cerebral adquirido en lo que va de año



La Fundación Freno al Ictus ha asesorado y acompañado en lo que va de año a más de 200 familias de personas con daño cerebral adquirido a través de sus programas y actividades de apoyo.

De este modo, ha continuado impulsando GUIAR en Daño Cerebral , un recurso integral y gratuito de asesoramiento y acompañamiento dirigido a personas afectadas por daño cerebral adquirido y sus familias. Solo en lo que va de 2026, el proyecto ha atendido a 158 familias, alcanzando un total de 817 familias acompañadas desde su puesta en marcha.

El objetivo de GUIAR en Daño Cerebral es dar respuesta a una de las principales necesidades que aparecen tras el alta hospitalaria: la falta

Política de cookies

Utilizamos cookies propias y de terceros para mejorar la experiencia de navegación, y ofrecer contenidos y publicidad de interés. Al continuar con la navegación entendemos que se acepta nuestra Política de cookies. [Política de cookies](#) .

familiares, favoreciendo una respuesta más ágil, personalizada y adaptada a cada caso.

En este contexto, la fundación recuerda que el ictus es una alteración de la circulación cerebral que compromete la llegada de sangre al cerebro y puede provocar daño cerebral. Cada año, 120.000 personas sufren un ictus en España, y aproximadamente el 50 por ciento fallece o queda con secuelas discapacitantes, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Además, en España viven más de 400.000 personas con daño cerebral adquirido, cuya principal causa es el ictus, responsable de más del 80 por ciento de los casos, según Daño Cerebral Estatal.

KIERO, UNA VIDA DESPUÉS DE UN ICTUS

Otra de las líneas consolidadas durante este semestre ha sido Kiero, una vida después de un ictus , programa desarrollado por Fundación Freno al Ictus con el apoyo del CEADAC, Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral. En 2026, el programa ha celebrado su décima edición, con 16 participantes, alcanzando un total de 151 personas beneficiarias desde su puesta en marcha.

Kiero está dirigido especialmente a adultos jóvenes afectados por ictus y daño cerebral adquirido, y busca favorecer su reinserción vital, social y laboral tras la rehabilitación. Durante tres meses, los participantes trabajan aspectos como el autoconocimiento, la autonomía emocional, la autoestima, la gestión emocional, la planificación y el diseño de un nuevo proyecto de vida adaptado a sus circunstancias.

RECUPERARTE: CULTURA Y OCIO PARA AFECTADOS DE DCA

La fundación también ha seguido desarrollando Recuperarte: Cultura y Ocio para afectados de DCA , un proyecto orientado a reducir el aislamiento social de las personas con daño cerebral adquirido y promover su participación activa en la sociedad. Actualmente, el grupo cuenta con 24 personas inscritas y ha realizado actividades como visitas guiadas a museos, exposiciones, centros culturales y otros espacios de ocio y cultura.

A través de Recuperarte , la fundación promueve la creación de una red de apoyo social entre personas afectadas por daño cerebral adquirido, favoreciendo su integración, autonomía y bienestar emocional mediante experiencias culturales compartidas.

En paralelo, la Fundación Freno al Ictus ha continuado acercando el apoyo emocional a los menores de familias afectadas por daño cerebral adquirido a través del proyecto Un Final para el DCA, basado en el cuento El desafío de Ardilla .

La fundación quiere expresar su agradecimiento a todas las entidades colaboradoras, administraciones públicas, hospitales, empresas, asociaciones, profesionales y personas voluntarias que han hecho posible el desarrollo de estos proyectos.

Asimismo, hace un llamamiento a nuevas entidades, empresas e instituciones comprometidas con la inclusión, la atención sociosanitaria y la responsabilidad social para que se sumen a sus programas y contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por ictus y daño cerebral adquirido y de sus familias.

Política de cookies

Utilizamos cookies propias y de terceros para mejorar la experiencia de navegación, y ofrecer contenidos y publicidad de interés. Al continuar con la navegación entendemos que se acepta nuestra Política de cookies. [Política de cookies](#) .



MARÍA DEL MAR FREIJO

Neuróloga de Osakidetza en el Hospital Universitario de Cruces

María del Mar Freijo: “Poder tener un tratamiento que reduzca la repetición del ictus es esperanzador”

Queda tiempo para que se convierta en una realidad, pero la neuróloga se muestra ilusionada con el ensayo clínico en fase III, denominado Oceanic-Stroke, que puede prevenir en un 26% la aparición de un segundo ictus



Añádenos en Google

Itzuli



Entzun



María Godoy | [in LinkedIn](#) / NTM

13-07-26 | 08:00





En los últimos años se ha avanzado mucho en el manejo del ictus, lo que ha mejorado el pronóstico de forma significativa. Así lo reflejan los resultados de un reciente ensayo clínico de Bayer en fase III, denominado Oceanic-Stroke, que ha sido capaz de reducir en un 26% la recurrencia de un segundo episodio tras sufrir un infarto cerebrovascular isquémico, sin aumentar el riesgo de sangrado. “El estilo de vida saludable disminuye la probabilidad de sufrir un ictus, pero hay otros factores diferentes que pueden causarlo”, apunta María del Mar Freijo, neuróloga del Hospital Universitario de Cruces.

RELACIONADAS

Una investigación propone un nuevo biomarcador para prevención y tratamiento de ictus

PREGUNTA: Para que lo pueda entender todo el mundo, ¿qué es un ictus?

RESPUESTA: Un ictus es una enfermedad que se produce por una alteración de los vasos del cerebro. Hay dos tipos de ictus. Uno es el isquémico, que es el más frecuente, representando aproximadamente el 80%. Este se produce porque un trombo obstruye un vaso que transporta la sangre a una zona del cerebro y al no llegarle ésta se lesiona y por tanto se alteran las funciones que lleva a cabo. Según el punto que se daña, se podría alterar el lenguaje, la visión o el movimiento de las extremidades entre otras. El otro tipo es el hemorrágico en el que el daño cerebral se produce por la ruptura del vaso y la consecuente hemorragia lo que provoca una lesión en esa zona del cerebro y por tanto altera las funciones de la misma.

PUBLICIDAD



P: ¿Cuáles son los factores que los producen?

R: El principal factor que influye es la edad siendo más frecuentes a partir de los 65 años. Además, los factores de riesgo vascular como la hipertensión principalmente, el colesterol elevado, arritmias del corazón, la diabetes o el tabaquismo aumentan la probabilidad de que una persona pueda sufrir un ictus.

P: ¿Cuántas personas en el Estado lo sufren al año?

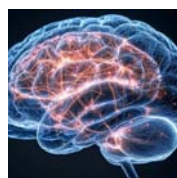
R: El ictus es una enfermedad con una incidencia alta que afecta aproximadamente a 120.000 personas anualmente.

P: ¿Y segundos ictus?

R: El riesgo de recurrencia general a los 5 años es de un 25% y a los 10 años hasta un 40% aunque depende del tipo de ictus. Al año alrededor de 15.000 personas sufren un segundo ictus.

P: ¿En Euskadi cuántos infartos cerebrovasculares se producen?

R: En Euskadi se atendieron en Osakidetza 7.500 personas por ictus en 2024. De ellos 4.000 eran mayores de 75 años, el 42% eran personas entre 46 y 75 años y 1.200 fallecieron.



El 90% de los factores de riesgo asociados al ictus se pueden modificar

Nekane Lauzirika

P: ¿Cuántos ictus se podrían prevenir con buenos hábitos y el control de los factores de riesgo vascular?

R: El 90% de los ictus son prevenibles. En el Estado alrededor de 100.000 ictus se podrían evitar con medidas preventivas de estilo de vida y control de factores de riesgo vascular.

P: ¿El ictus es una de las principales causas de mortalidad?

R: Sí. El ictus es una de las causas principales de mortalidad y la primera de discapacidad adquirida con un importante impacto en la calidad de vida del paciente, así como en su entorno. Disponer de un nuevo tratamiento que añadido a los actuales disminuya la posibilidad de que se repita es fundamental.

P: En relación al nuevo tratamiento mencionado, ¿qué le parece que se pueda reducir en un 26% el riesgo de un segundo ictus?

R: Los resultados de este ensayo abren la posibilidad de poder disponer de una nueva opción de tratamiento en la prevención de la recurrencia del



es uno de los principales riesgos de los fármacos que hasta ahora se han estudiado. Además, podemos combinarlos con los que utilizamos actualmente. Por todo ello, puede suponer un avance importante en el manejo del ictus. Es esperanzador.

“En el Estado alrededor del 90% de los ictus se podrían evitar con un estilo de vida saludable y un control de factores de riesgo vascular”

P: ¿Cuáles serían los pasos a seguir para convertirse en realidad?

R: Los resultados son muy prometedores, pero queda pendiente realizar una ampliación de los análisis realizados, la valoración y evaluación por las agencias regulatorias, así como su publicación en las Guías científicas que consoliden o confirmen la evidencia de su beneficio. Además, aunque no sea superponible dispondremos de resultados de ensayos con fármacos diferentes, pero con mecanismo de acción similar que puede reforzar el beneficio de esta nueva vía de acción.

P: ¿Y qué cree que supone este avance para la ciudadanía?

R: Este avance impacta en la ciudadanía de forma importante. Por un lado, disminuiría el número de ictus, por tanto, también reducirá la mortalidad y la discapacidad asociada al mismo. Un segundo ictus puede suponer un mayor grado de dependencia, de deterioro cognitivo, de pérdida de autonomía e institucionalización. Por ende, si se confirman estos resultados y se aplican en la práctica clínica, un mayor número de personas conservarían su independencia y calidad de vida, así como la de su entorno.

QUIÉN ES



además de jefa de la unidad de ictus de Cruces y coordinadora del grupo neurovascular del Instituto Biobizkaia. Por otro lado, es la coordinadora nacional del Grupo de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología y es investigadora principal del grupo de Euskadi RICORS-Ictus (red de investigación nacional del instituto Carlos III).

TEMAS Ictus - Ensayo - Euskadi - Mortalidad - Neurología

Recomendación Patrocinada



Lexus LBX Híbrido

Cada trayecto al volante de un LBX Híbrido está repleto de momentos fascinantes.



¿Tu espalda te pasa factura?

Existe un remedio natural que hará desaparecer el dolor en menos de 2 semanas



Nuevo Lexus UX Híbrido

El SUV compacto de diseño impecable, silueta deportiva y lujoso interior.



Lexus NX Híbrido Enchufable

Conduce con elegancia y eficiencia. El placer de la primera clase, ahora híbrido

SANIDAD

La Fundación Freno al Ictus ha apoyado ya a más de 200 familias con daño cerebral adquirido en lo que va de año

La Fundación Freno al Ictus ha acompañado en 2026 a más de 200 familias con daño cerebral adquirido mediante programas de apoyo, cultura y reinserción.

3 MINUTOS



Imagen de uno de los talleres. FUNDACIÓN FRENO AL ICTUS

     Comenta 

 Añadir DEMÓCRATA en Google

 Pregunta a FREN

 POR AGENCIAS

Publicado
9 JUL., 2026 - 18:24

3 MINUTOS



¿Qué se ha dicho en los últimos diarios de sesiones?

La Fundación Freno al Ictus ha ofrecido en lo que va de año asesoramiento y acompañamiento a más de 200 familias de personas con daño cerebral adquirido mediante sus diferentes programas y acciones de apoyo.

Entre ellos, ha seguido impulsando “GUIAR en Daño Cerebral”, un recurso global y sin coste de asesoramiento y acompañamiento destinado a personas con daño cerebral adquirido y a sus allegados. Solo en lo que llevamos de 2026, esta iniciativa ha atendido a 158 familias, sumando un total de 817 núcleos familiares acompañados desde que se puso en marcha.

El propósito de “GUIAR en Daño Cerebral” es abordar una de las grandes carencias tras el alta hospitalaria: la escasez de información sobre recursos, gestiones y apoyos disponibles. Mediante este proyecto, la Fundación actúa como una “ventanilla única” que orienta a las familias en los ámbitos social, sanitario, laboral y familiar, facilitando una respuesta más rápida, personalizada y ajustada a cada situación.

En este marco, la entidad recuerda que el ictus es una alteración de la circulación cerebral que impide el correcto aporte de sangre al cerebro y puede ocasionar daño cerebral. Cada año, 120.000 personas sufren un ictus en España, y cerca del 50 por ciento fallece o queda con secuelas discapacitantes, de acuerdo con la Sociedad Española de Neurología (SEN). Además, en el país viven más de 400.000 personas con daño cerebral adquirido, cuya principal causa es el ictus, responsable de más del 80 por ciento de los casos, según Daño Cerebral Estatal.

“Kiero, una vida después de un ictus”

Otra de las iniciativas consolidadas en este semestre ha sido “Kiero, una vida después de un ictus”, programa desarrollado por la Fundación Freno al Ictus con el apoyo del CEADAC, Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral. En 2026, el programa ha alcanzado su décima edición, con 16 participantes, y suma ya 151 personas beneficiarias desde su inicio.

“Kiero” se dirige sobre todo a personas adultas jóvenes que han sufrido un ictus y presentan daño cerebral adquirido, con el objetivo de favorecer su reintegración vital, social y laboral tras el proceso de rehabilitación. A lo largo de tres meses, los participantes abordan cuestiones como el autoconocimiento, la autonomía emocional, la autoestima, la gestión de las emociones, la planificación y el diseño de un nuevo proyecto de vida adaptado a su realidad.

“Recuperarte: Cultura y Ocio para afectados de DCA”

La Fundación también ha mantenido en marcha “Recuperarte: Cultura y Ocio para afectados de DCA”, programa orientado a disminuir el aislamiento social de las personas con daño cerebral adquirido y a impulsar su participación activa en la comunidad. En la actualidad, el grupo está formado por 24 personas inscritas y ha llevado a cabo actividades



¿Qué se ha dicho en los últimos diarios de sesiones?

como visitas guiadas a museos, exposiciones, centros culturales y otros espacios de ocio y cultura.

A través de “Recuperarte”, la entidad fomenta la creación de una red de apoyo social entre personas con daño cerebral adquirido, promoviendo su inclusión, su autonomía y su bienestar emocional mediante experiencias culturales compartidas.

Al mismo tiempo, la Fundación Freno al Ictus ha seguido acercando el apoyo emocional a los menores de familias afectadas por daño cerebral adquirido con el proyecto Un Final para el DCA, basado en el cuento “El desafío de Ardilla”.

La organización expresa su agradecimiento a todas las entidades colaboradoras, administraciones públicas, centros hospitalarios, empresas, asociaciones, profesionales y personas voluntarias que han hecho posible el desarrollo de estos programas.

Asimismo, lanza una invitación a nuevas entidades, compañías e instituciones comprometidas con la inclusión, la atención sociosanitaria y la responsabilidad social para que se sumen a sus iniciativas y contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas que han sufrido un ictus o daño cerebral adquirido y de sus familias.

Etiquetas: [Ictus](#) [Daño cerebral](#) [Rehabilitación](#) [Inclusión](#)

Te recomendamos



El SUV de Peugeot fabricado en España. 100% gallego.

Diseñado en Europa. Fabricado en Vigo.
Descubre el 2008 y toda la gama SUV de Peugeot pensada para quienes buscan estilo

Nuevo Toyota Yaris Hybrid

El híbrido que te llena de en



¿Qué se ha dicho en los últimos diarios de sesiones?

13 de julio de 2026



Universidad
Norbert Wiener
Powered by Arizona State University®

OS

MAESTRÍAS ESPECIALIZADAS EN SALUD

- Gestión de la Salud Ocupacional y Prevención del Riesgo Laboral
- Gestión de la Calidad y Acreditación en Salud
- Gestión Administrativa de la Salud - MBA
- Ciencias de Enfermería
- Salud Pública
- Gestión en Salud

POSGRADO

posgrado.uwiener.edu.pe



ACTUALIDAD

DRAVET: TRES DE CADA DIEZ **EPILEPSIAS, SEGÚN DATOS DE LA OMS,** **SON REFRACTARIAS**



By [diarioMedicoAdmin](#)

🕒 FEB 9, 2026



En el Día Internacional de la Epilepsia, la entidad pone el foco en que aún no existe una cura eficaz para varias enfermedades raras que, como el Síndrome de Dravet, se caracterizan por estas crisis epilépticas refractarias. La Fundación Síndrome de Dravet recuerda que entre el 30% y el 40% de las epilepsias resisten los fármacos y pide más investigación y concienciación social

Este 9 de febrero se celebra el **Día Internacional de la Epilepsia**. Aproximadamente **tres de cada diez epilepsias, según datos de la Organización Mundial de la Salud, son refractarias, es decir, resistentes a los fármacos**, lo que obliga a los afectados a convivir durante toda su vida con crisis **impredecibles, a menudo graves y prolongadas y en una situación continuada de riesgo de sufrir SUDEP** (muerte súbita por epilepsia). El dato se **eleva hasta el 40% según algunos estudios especializados**.

Este es, por desgracia, el caso de los aproximadamente **400-450 pacientes que en España sufren de Síndrome de Dravet**, quienes, como en el caso de afectados por otras patologías epilépticas de origen genético, sufren también de comorbilidades asociadas, como retraso cognitivo, problemas motores y del habla, problemas conductuales y del sueño y, a menudo, trastorno del espectro autista. Pero es la epilepsia lo que pone más en riesgo sus vidas, con una **mortalidad de entre el 15% y el 20% antes de la edad adulta por SUDEP**.

El consenso internacional de diferentes expertos define como epilepsia refractaria aquella cuyas crisis convulsivas persisten pese a la toma de al menos dos medicamentos antiepilépticos considerados eficaces y adecuados, bien tolerados y en dosis correctas, siendo la probabilidad de controlar las crisis con un tercer fármaco menor al 5%.

Para la **Fundación Síndrome de Dravet**, estos datos hacen más imperativa aún la **necesidad de investigación y concienciación social**. Actualmente, **esta enfermedad rara no tiene cura**, si bien existen **al menos tres fármacos (spiritendol, cannabidiol y fenfluramina) que están especialmente indicados para esta dolencia**, y que están disponibles en los circuitos públicos de salud desde hace muy pocos años. Desde la fundación recuerdan que existen **otros tratamientos en diversas fases de investigación**, tanto farmacológicos como integrados en el tipo de terapia génica, algunos ya en periodo de ensayos clínicos avanzados, por lo que consideran esencial que, una vez estos tratamientos estén en el mercado, se aceleren los trámites administrativos y burocráticos para su puesta a disposición en los sistemas públicos de salud y que sean asequibles para los pacientes de cualquier condición. Ello, a menudo, supone un proceso largo y complejo por las negociaciones que cada administración autonómica lleva a cabo con las farmacéuticas para fijar el precio de adquisición de los mismos, lo que convierte en responsabilidad de cada gobierno autonómico ser rápida y eficaz en la introducción de estos tratamientos en su catálogo de medicamentos disponibles.

En esta misma línea, la **Fundación Síndrome de Dravet** está inmersa en una **campaña para concienciar a los distintos gobiernos autonómicos de la necesidad de transformar radicalmente la atención de los pacientes que conviven con esta enfermedad rara y otras epilepsias genéticas graves**. Así, el pasado 7 de enero, el presidente de la Fundación Síndrome de Dravet, José Manuel Aibar; el neuropediatra y doctor en Medicina y Neurociencias del Hospital Universitario de Navarra Sergio Aguilera Albasa y los ciudadanos Marta García y David González, padres de Fernando, un paciente con Síndrome de Dravet, presentaron ante el Parlamento Navarro una hoja de ruta estratégica, extrapolable al resto de regiones de España, que pone el foco en la necesidad urgente de reducir los tiempos de diagnóstico (la Sociedad Española de Neurología (SEN) apuntaba recientemente que en un porcentaje de entre el 25% y el 40% de los casos de epilepsia no se ha conseguido identificar la causa detrás de la misma).

A este respecto, promueve **campañas de formación específica destinadas a pediatras, médicos de atención primaria y otros profesionales sanitarios**. Asimismo, insta a **así la incorporación de genetistas clínicos que**

refuercen el asesoramiento genético a familias y profesionales, la creación de unidades de Referencia Multidisciplinar específico para el Síndrome de Dravet y otras enfermedades epilépticas raras y complejas, integrada por especialistas en neuropediatría, neurología de adultos, psicología y rehabilitación, garantizando una transición fluida entre etapas vitales y un manejo experto de las comorbilidades.

Asimismo, reclaman protocolos de urgencia específicos para el estatus epiléptico en todos los centros sanitarios y una mayor concienciación sobre el riesgo de muerte súbita en epilepsia (SUDEP) y acceso más asequible a productos ortoprotésicos, garantías en la atención sanitaria de estas personas en los centros especializados, con especial énfasis en la enfermería escolar, así como reconocimientos automáticos de dependencia y discapacidad en los casos en que estas epilepsias graves integren retrasos cognitivos y problemas motores crónicos y severos.

Sobre el Síndrome de Dravet

El Síndrome de Dravet, enfermedad rara de origen genético conocida también como Epilepsia Catastrófica de la Infancia, se caracteriza por crisis epilépticas que comienzan en el primer año de vida y una serie de comorbilidades que habitualmente aparecen más adelante como retraso cognitivo, problemas conductuales, del sueño, en las funciones motoras y del habla y espectro autista. La mortalidad es elevada, alcanzando el 15% antes de la edad adulta, principalmente por muerte súbita por epilepsia. Se origina por la mutación de un gen, el SCN1A, y comienza a manifestarse en el primer año de vida. Actualmente, hay entre 400 y 500 casos diagnosticados en España.



« [Nueva carrera de farmacia y bioquímica por](#) [SANNA CLÍNICA SÁNCHEZ FERRER AMPLÍA alta demanda en Lima Norte](#) [Y MODERNIZA SU INFRAESTRUCTURA](#) »



By [diarioMedicoAdmin](#)

Related Post

[ACTUALIDAD](#) [SALUD PÚBLICA](#) [TECNOLOGÍA MÉDICA](#)

[Hospital Digital supera las 13 800 atenciones y 5800 lecturas de imágenes](#)

🕒 JUL 8, 2026 👤 [EDITOR DM](#)

[ACTUALIDAD](#) [EVENTOS](#)

[“Nuevas Reglas” dona más de 8 mil kits de higiene menstrual a escuelas](#)

🕒 JUL 2, 2026 👤 [EDITOR DM](#)

MÁS PREGUNTAS

¿Cómo un hijo de 12 años sostuvo a su padre con alzhéimer precoz?

La historia real de Mattia Piccoli, niño que cuidó a su padre con alzhéimer precoz, .



Publicado el 07/07/2026

por **Alessandro Elia** ✓ CONTENIDO VERIFICADO

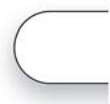


uto: firma por Gaza

i como debería.

pedir

. CEAR



**ESCUCHAR EL ARTÍCULO**

Lectura automática

Resumen

- Mattia Piccoli cuidó a su padre Paolo con alzhéimer precoz
- Su historia real llega a **España** película Cosas que no olvidaré
- El caso visibiliza a los niños cuidadores y el peso familiar de la demencia

La historia de **Mattia Piccoli**, el niño italiano que ayudó a cuidar a su padre Paolo con **alzhéimer precoz** empezó a borrarle la vida cotidiana con poco más de 40 años. La historia llegó a los cines españoles convertida en la película **Cosas que no olvidaré**, dirigida por A. Aronadio y protagonizada por Edoardo Leo, Teresa Saponangelo y Javier France. La cinta, estrenada en España el 3 de julio, parte de un caso real que en Italia dejó en silencio que no se compra con música de tráiler: un hijo que todavía estaba en el patinete acabó aprendiendo a ser memoria auxiliar de su padre.



CUÁNTO DEBERÍAS CAMINAR PARA PERDER

EDAD

40-49 60-69 70-80

ALTURA

160 167 170 173 176

PESO

86 95 110 121 136

PESO OBJETIVO

54 60 69 75 78

	PRINCIPIANTE	INTERMEDIO	AVANZADO
ALTURA			
86	30	32	36
95	29	32	35
110	28	31	35
121	28	29	34
136	27	28	32
176	26	27	31

CALCULAR

destacó entonces el amor y el cuidado con que el menor seguía la enfermedad d ayudaba a combatirla.

La historia real de Mattia Piccoli y su padre Paolo

Paolo Piccoli era un padre joven cuando empezaron los olvidos. No los despista quien deja las llaves en cualquier sitio, sino esas pequeñas grietas que al principio manías, estrés, cansancio, y después ya no. Recoger a los niños, hacer la compra, completar tareas que antes salían solas. En la familia, la sospecha fue tomando lentitud cruel. El diagnóstico de **alzhéimer precoz** acabó poniendo nombre mé en casa ya tenía forma de miedo.

La enfermedad afectó de lleno a **Michela Morutto**, la esposa de Paolo, y a sus hijos Andrea. Según contó la familia en Italia, Mattia empezó a asumir pequeñas ayudas domésticas: recordarle a su padre pasos básicos para vestirse, acompañarle en su desorientación, tranquilizarlo cuando se asustaba. No era enfermero, ni adulto, de domingo. Era un niño. Y ahí está precisamente la punzada: la enfermedad no recuerdos al paciente; también reorganiza la **infancia** de quienes lo quieren.

La historia se hizo conocida en **Italia** porque rompía el decorado habitual del al suele imaginar como una enfermedad de la vejez, con pasillos de residencias, fotografías antiguas y tardes lentas. Aquí aparecía en un hombre de poco más de 40 años, con pequeños, trabajo, proyectos, facturas, una familia todavía en construcción. El texto Más seco. Como si a mitad de una frase alguien arrancara la página.

Lee también: [¿Por qué Ticketmaster bloqueó a fans de Jonas Brothers en preventa?](#)



BTEAM Pictures



Ver en

El premio que convirtió a Mattia en símbolo nacio

En marzo de 2021, la **Presidencia italiana** incluyó a Mattia Piccoli entre los me
distinguidos como **alfieri della Repubblica**, un reconocimiento reservado a jóv
representan modelos de ciudadanía. La motivación oficial subrayó que no es fre
menor desempeño con tanta dedicación el papel de cuidador familiar. En dicien
el caso volvió a ocupar titulares

▼

o Mattia ya con 12 años recibió la distin

arregla las tardes difíciles, ni las noches en que una casa aprende a vivir pendiente de la puerta, una ducha, unos cordones. El reconocimiento tuvo valor público porque los **cuidadores jóvenes**, una figura incómoda para las administraciones: existen, pero no se les ve, callan, y muchas veces nadie los ve hasta que la historia parece película.

Y ahora lo es.

‘Cosas que no olvidaré’: la película que trae el cascabel a España

Cosas que no olvidaré, título español de **Per te**, lleva al cine la historia de la familia Piccoli sin convertirla, al menos sobre el papel, en una estampita lacrimógena. La dirige Luca Ronconi, con guion firmado por el propio Ronconi junto a Ivano Faccioli y Renzo Chiari. Edoardo Leo interpreta a Paolo; Teresa Saponangelo encarna a Michela; Javier Ibañez da vida al hijo, ese niño que mira cómo el adulto que debía guiarle empieza a perderse dentro.

La premisa es sencilla y por eso funciona: Paolo tiene 40 años y empieza a perderse. Algunas cosas ya han desaparecido; otras se irán deshaciendo. Ante esa certeza, Paolo se acerca a lo que más quiere, su mujer y su hijo, mientras procura recomponer la vida de un hermano del que lleva demasiado tiempo alejado. No hay mucho misterio en la enfermedad. El suspense está en otra parte: en cómo se sigue queriendo a alguien cuando el día trae una versión un poco distinta de la misma persona.

Te puede interesar: ¿Cómo rescataron en Brasil a una mujer esclavizada durante 55 años?

La película procede de una historia ya contada en el libro **Un tempo piccolo**, de Luca Ronconi, basado en la experiencia de la familia Piccoli. En Italia, la cinta se estrenó en 2019 y ha sido presentada como un drama familiar sobre memoria, cuidado y perdón. En España, varias críticas han destacado que evita hundirse del todo en el melodrama gracias a un buen humor. Bendito humor, por cierto. A veces es lo único que queda cuando la tragedia es demasiado solemne y empieza a hablar como un notario.



Un drama sobre el alzhéimer precoz, no solo sobre la me

El **alzhéimer precoz** suele definirse como la aparición de síntomas antes de los 65 años, algo poco frecuente frente al alzhéimer asociado a edades avanzadas, pero su impacto puede ser devastador porque aparece cuando la persona afectada todavía trabaja, paga hipoteca o sostiene una vida social activa. La Fundación Pasqual Maragall es el inicio del **deterioro cognitivo** propio de la demencia antes de los 65.

En España, la **Sociedad Española de Neurología** estima que cada año se diagnostican **40.000 nuevos casos** de alzhéimer, la mayoría en mayores de 65 años, y advierte que entre los primeros síntomas y el diagnóstico pueden pasar más de dos años. Ese retraso en una enfermedad que avanza por capas, perder tiempo también es perder margen para adaptar la vida, organizar cuidados y entender qué está ocurriendo.

La **Organización Mundial de la Salud** recuerda que la demencia tiene efectos psicológicos, sociales y económicos no solo en quienes la padecen, sino también en sus cuidadores, sus familias y la sociedad. Dicho menos sanitariamente: el alzhéimer convierte a una persona aislada en una burbuja. Enferma una agenda, una cocina, una convivencia, una economía doméstica, una manera de mirar al futuro.

El niño cuidador y la pregunta que incomoda

La historia de Mattia conmueve porque parece excepcional, pero también porque nos recuerda que muchas familias sostienen enfermedades l

también.

Sobre el mismo tema: ¿Por qué regresa Conor McGregor en UFC 329 frente a Max Holloway?

No conviene convertir a Mattia en estatua. Sería injusto. Los **niños que cuidan** mármol, necesitan adultos alrededor, servicios públicos, descanso para sus madres, colegios atentos, médicos que no tarden años en poner nombre a lo evidente. La estructura se queda en postal. Muy bonita, muy compartible, muy inútil a la hora del suelo mojado de una casa exhausta.

Ahí la película puede servir para algo más que para llorar en la butaca. La historia de Mattia recuerda que el alzhéimer precoz obliga a hablar de **diagnóstico temprano**, de dependencia, de ayudas reales y de salud mental familiar. También de una verdad incómoda: amar a alguien no convierte automáticamente el cuidado en algo ligero y claro. Pero no sustituye una red.

Por qué esta historia llega ahora con tanta fuerza

El estreno español de **Cosas que no olvidaré** coincide con un momento de mayor conciencia hacia las demencias, pero también con cierto cansancio social ante relatos sanitarios convertidos en mercancía emocional. Aquí el interés no está en exprimir la **lágrima** por ver en mirar una vida concreta. Paolo no es “un enfermo de alzhéimer” en abstracto, es un hombre que intenta seguir viviendo y que se le desordena el mundo interior. Mattia

más blanda según el espectador, pero toca una fibra real: todos dependemos de nos recuerde quiénes somos cuando fallan nuestras propias defensas. A veces eres un hermano. A veces, demasiado pronto, un **hijo**.

La memoria también se hereda en los gestos

La historia de Mattia y Paolo no habla solo de olvidar. Habla de lo que queda cuando la memoria se va: una mano que guía, una voz que repite sin humillar, un niño que dice “primero esto, luego aquello” para que su padre no se pierda en una tarea. Hay una dureza enorme ahí, pero también una forma humilde de grandeza. No la de las ceremonias, no la de las alfombras rojas. La otra. La que huele a casa limpia, a cena recalentada, a paciencia cuando ya no queda paciencia.

Cosas que no olvidaré llega a los cines españoles con esa carga: la de una historia que Italia premió porque no sabía muy bien cómo abrazarla sin romperla. Mattia Piccoli, reconocido por cuidar a su padre, pero su caso deja una pregunta más amplia sobre la vida: ¿cómo incómoda como una silla mal puesta: cuántas familias siguen haciendo lo mismo, sosteniendo la **memoria** de alguien con las manos desnudas.

COMPARTIR

 WhatsApp

 Facebook



Alessandro Elia



Gracias por leerme y por pasarte por Don Porqué. Si te apetece seguir curioseando, arriba tienes los temas más interesantes. Y si esto te ha gustado, compártelo: así la historia llegará un poco más lejos.



[infosalus.com](https://www.infosalus.com)

El calor no es el único culpable: los cambios del verano que favorecen la migraña

infosalus

4-5 minutos



Archivo - Mujer con dolor de cabeza.

- BYMURATDENIZ/ ISTOCK - Archivo

MADRID, 14 Jul. (EDIZIONES) -

¿Sientes que cuando llega el calor te duele más la cabeza? La ciencia confirma que las altas temperaturas pueden desencadenar migrañas y otros tipos de cefalea, aunque no son el único factor. La deshidratación, **la exposición al sol, el**

alcohol o los cambios en el sueño durante el verano también desempeñan un papel importante.

Y es que con la llegada de las altas temperaturas son muchas las personas que aseguran sufrir más dolores de cabeza. Tal y como nos explica en una entrevista con Europa Press Salud Infosalus el presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y **jefe de Servicio de Neurología del Hospital universitario Fundación Jiménez Díaz (Madrid), el doctor Jesús Porta**, fundamentalmente la migraña puede aumentar con las subidas de las temperaturas, con la deshidratación, y especialmente con los cambios de presión atmosférica.

"También hay otro tipo de dolor de cabeza que está asociado al aumento continuo de temperatura, y que es uno de los síntomas, por ejemplo, de los golpes de calor. Es diferente de otras cefaleas como la cefalea en racimos, que es más frecuente en primavera y en otoño", remarca este experto.

Señala, además que influyen distintos mecanismos a la hora de que debute un dolor de cabeza y, por un lado, se encontraría el aumento de temperatura, o las diferencias en la intensidad lumínica. **"La deshidratación puede ser otro factor facilitador y la alteración del sueño**. También en la época estival se produce un aumento de consumo de bebidas alcohólicas que puede influir directamente en el aumento en la prevalencia de la migraña", subraya el presidente de los neurólogos de España.

DESENCADENANTES FRECUENTES DE DOLOR DE CABEZA

Así, el doctor Porta explica que los desencadenantes más habituales de las crisis de migrañas son:

- Los cambios hormonales en las mujeres.

- Los cambios de patrón del sueño.
- Relajarse después del estrés.
- El consumo de alcohol.
- Los cambios de presión atmosférica.
- Los individuales como, por ejemplo, los olores, en algunas personas los patrones visuales, la luz, etcétera.

"La mayoría de los pacientes conocen sus factores desencadenantes, pero cuando hacemos estudios vemos que un pequeño porcentaje no los conocen o, por otro lado, los que consideran que son factores desencadenantes realmente no lo son", agrega.

No obstante, el también jefe de Servicio de Neurología del Hospital universitario Fundación Jiménez Díaz recuerda que en el desarrollo de una crisis de migraña influyen muchísimos factores, "pero son muy individuales, cada persona tiene los suyos". Dentro de ellos indica que están los que hemos comentado antes del cambio del patrón del sueño, del aumento de la temperatura, de la intensidad lumínica, del consumo de alcohol, y de muchos otros que pueden influir.

"En las cefaleas en racimos el consumo del alcohol es un desencadenante clásico y, aunque no es la época más habitual, aunque no deberíamos consumir nunca bebidas alcohólicas, si el paciente está en brote debería evitar su consumo, sostiene.

CÓMO PREVENIR UN DOLOR DE CABEZA CON EL CALOR

Con todo ello, el doctor Porta apunta las principales recomendaciones a la hora de evitar el debut de un dolor de cabeza en los días de más calor, apuntando a los siguientes consejos:

1. **Evitar el calor extremo**, sobre todo en las horas del día donde aumenta mucho si la intensidad lumínica desencadena mis crisis.
2. **Utiliza gafas de sol** y, especialmente para protegernos de la fotofobia, que es muy frecuente en las migrañas.
3. **Evitar la deshidratación**; es decir, beber periódicamente, aunque no tengamos sed.
4. **Mantener los patrones de sueño adecuados**.
5. **Evitar las bebidas alcohólicas**.
6. **Mantener hábitos saludables** como una dieta adecuada sin periodo de ayuno.
7. **El ejercicio físico**.



Resonancia magnética neurológica al límite: el desafío de diagnosticar más, antes y mejor

Artículos > Inteligencia artificial y Diagnóstico clínico

10-07-2026 Hugo Robalo



Utilizamos cookies propias y de terceros para fines analíticos y para mejorar tu experiencia de navegación. Puedes consultar nuestra [Política de Cookies](#) para obtener más información.

Aceptar

Las enfermedades neurológicas se han convertido en uno de los principales desafíos sanitarios del siglo XXI por su impacto clínico y su creciente peso en términos sociales, económicos y asistenciales.

En España, entre 21 y 24 millones de personas conviven con algún tipo de trastorno neurológico, lo que representa en torno al 43 % de la población. Estas patologías constituyen, además, la primera causa de discapacidad y la segunda causa de muerte en el país, según el Plan Español del Cerebro impulsado por el Consejo Español del Cerebro.

A esta realidad se suma el peso de los trastornos psiquiátricos, que afectan al 29 % de la población y representan la segunda causa de incapacidad laboral. En conjunto, estos datos dibujan un escenario de alta complejidad clínica y organizativa, en el que los sistemas sanitarios deben responder a una demanda creciente de diagnóstico, seguimiento y tratamiento en patologías muchas veces crónicas, progresivas y con un elevado impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Si se analizan patologías concretas, la magnitud del reto se hace aún más evidente.

El ictus continúa siendo una de las principales emergencias neurológicas, con alrededor de 90.000 nuevos casos al año en España y más de 23.000 fallecimientos, según la Sociedad Española de Neurología.

Utilizamos cookies propias y de terceros para fines analíticos y para mejorar tu experiencia de navegación. Puedes consultar nuestra [Política de Cookies](#) para obtener más información.

Aceptar

Este aumento sostenido de la carga de enfermedad neurológica no solo responde al envejecimiento de la población, sino también a una mayor supervivencia de los pacientes y a una mejor capacidad diagnóstica. Sin embargo, este avance plantea una paradoja: cuanto más capaces somos de detectar y caracterizar las enfermedades, mayor es la presión sobre los sistemas sanitarios para ofrecer respuestas ágiles, precisas y sostenibles.

En este contexto, la imagen médica —y en particular la resonancia magnética— ocupa un lugar central en el abordaje de las patologías neurológicas. Su capacidad para visualizar el cerebro con gran detalle ha transformado el diagnóstico y el seguimiento de múltiples enfermedades.

Durante décadas, la evolución de la resonancia magnética ha estado marcada por una mejora progresiva en la resolución espacial, la velocidad de adquisición y la capacidad para obtener información funcional y estructural del cerebro.

Estos avances han sido determinantes para mejorar la precisión diagnóstica. Sin embargo, en la práctica clínica diaria persisten limitaciones que condicionan tanto la calidad de los estudios como su accesibilidad.

Entre estas barreras destacan factores como la duración de las exploraciones, el ruido asociado a la adquisición o la necesidad de que el paciente permanezca inmóvil durante largos periodos de tiempo. Estas limitaciones

Utilizamos cookies propias y de terceros para fines analíticos y para mejorar tu experiencia de navegación. Puedes consultar nuestra [Política de Cookies](#) para obtener más información.

Aceptar

comprometer la calidad de la imagen, aumentar la necesidad de repetir exploraciones y, en algunos casos, limitar el acceso a estudios diagnósticos adecuados.

En este sentido, avanzar hacia una resonancia magnética más rápida, más silenciosa y menos dependiente de la colaboración del paciente permite ampliar el acceso a estudios de calidad en perfiles tradicionalmente complejos. Además, contribuye a mejorar la eficiencia de los servicios de radiología, al reducir la repetición de pruebas y optimizar los flujos de trabajo.

Este cambio de enfoque tiene implicaciones directas en la práctica clínica. En patologías como el ictus, donde el tiempo es un factor crítico, disponer de exploraciones rápidas y fiables puede influir de manera decisiva en la toma de decisiones terapéuticas. En enfermedades neurodegenerativas, la posibilidad de realizar estudios más tolerables facilita el diagnóstico precoz y el seguimiento evolutivo. Y en patologías crónicas como la esclerosis múltiple, la reproducibilidad de las pruebas es clave para evaluar la progresión de la enfermedad.

En paralelo, la innovación en resonancia magnética está avanzando hacia modelos más inteligentes, en los que la tecnología no solo adquiere imágenes, sino que también contribuye a optimizar todo el proceso diagnóstico. Desde la planificación automatizada hasta la reconstrucción

Utilizamos cookies propias y de terceros para fines analíticos y para mejorar tu experiencia de navegación. Puedes consultar nuestra [Política de Cookies](#) para obtener más información.

Aceptar

los estudios y contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario de manera más eficiente y equitativa.

En definitiva, en un contexto de mayor carga neurológica, la resonancia magnética debe evolucionar para ofrecer no sólo más información, sino mejor, adaptada a la práctica clínica y a las necesidades reales de pacientes y profesionales.



Descarga sugerida:

 **Resonancia magnética
neurológica al límite: el desafío
de diagnosticar más, antes y
mejor**

Número 6 2026



Utilizamos cookies propias y de terceros para fines analíticos y para mejorar tu experiencia de navegación. Puedes consultar nuestra [Política de Cookies](#) para obtener más información.

Aceptar



NÚMERO ACREDITADO PARA LA INNOVACIÓN MÉDICA

Mejorar la vida de la persona con migraña es posible

La migraña es una enfermedad muy frecuente y altamente incapacitante, cuyo diagnóstico es clínico y relativamente sencillo, pero que, a pesar de ello continúa infradiagnosticada. Impacta significativamente en la calidad de vida de más de 6 millones de personas en España¹, y actualmente, existen múltiples opciones terapéuticas que pueden contribuir a mejorar la vida de quienes la padecen.



Ver en



13/07/2026

Las cefaleas son uno de los trastornos más comunes del sistema nervioso. Pueden ser primarias, cuando son enfermedades en sí mismas, o secundarias, cuando son el resultado de una causa subyacente². En concreto, la migraña pertenece al primer grupo ya que se trata de una enfermedad neurológica, frecuente e incapacitante, caracterizada por ataques de dolor de cabeza intenso y pulsátil que suelen ir acompañados de otros síntomas⁴.

Esta patología afecta a más de mil millones de personas en el mundo⁴. En España, en concreto, afecta a unos 6 millones, lo que supone una prevalencia del 13%. Estos datos revelan, además, una marcada brecha de género: el 70% de las mujeres frente al 30% de los hombres¹.

Dada su alta incidencia y el impacto funcional y social que genera, la migraña condiciona significativamente la calidad de vida. En España, la migraña supone una importante carga para la salud pública: cerca de 28000 años de vida se ven afectados por la discapacidad que provoca esta enfermedad, una cifra que refleja el gran impacto que tiene sobre la calidad de vida de quienes la padecen⁵.

Para mejorar su abordaje, los profesionales deben realizar una evaluación que combine el manejo clínico y terapéutico con intervenciones no clínicas para reducir la frecuencia e intensidad de los ataques⁶.

En este sentido, el **Dr. Jesús Porta, jefe del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN)**, señala que *"la migraña es una enfermedad muy incapacitante y va mucho más allá del dolor de cabeza"*. La luz y el ruido resultan especialmente molestos y el cuadro se asocia a malestar general, náuseas y vómitos. *"Esto hace que la persona que la sufre, sobre todo si se trata de un ataque intenso, esté tan limitada como alguien que está ciego o tetrapléjico. Esta es la realidad"*, afirma. Otro problema es la **imprevisibilidad de los ataques**, que genera *"muchísima ansiedad anticipatoria"*, ya que las personas con migraña desconocen si el episodio aparecerá en un momento señalado, como el día de su boda, en la comunión de su hijo o en una celebración con amigos. No saben si podrán asistir o si tendrán que cancelar sus planes por un ataque de migraña.

Infradiagnosticada

Pese a su alta prevalencia, solo alrededor del 56 % de las personas con migraña están correctamente diagnosticadas⁷. El Dr. Porta apunta que muchas personas no consultan porque han crecido en un entorno en el que la migraña se ha normalizado. *"A lo mejor su madre también la padecía y se ha minimizado la discapacidad y los síntomas que produce"*, revela. Sin embargo, en los últimos años esta tendencia ha empezado a cambiar y **cada vez más personas con migraña acuden a consulta y verbalizan el impacto del dolor con la expectativa de encontrar una solución** para una enfermedad que durante demasiado tiempo ha sido banalizada.

“ **Cada vez las personas van más al médico y se quejan del dolor de cabeza con la idea de que les busquemos un remedio** ”

El especialista recuerda también que se trata de un **diagnóstico clínico**, basado en la entrevista y en la escucha activa. Por ello, en su opinión, es necesario intensificar las **acciones de concienciación** entre los profesionales sanitarios para reforzar su detección. Subraya que el diagnóstico es clave, ya que *"tenemos muchísimos tratamientos que pueden cambiar radicalmente la vida de las personas que la padecen"*.

Para la identificación de la migraña, existen cuestionarios como **ID Migraine o PALM** que facilitan la identificación de potenciales pacientes con migraña a profesionales sanitarios como médicos de Atención Primaria (AP), ginecólogos o médicos del trabajo, con tasas relativamente altas de sensibilidad y especificidad⁸. Estas herramientas les permiten *"identificar de una forma sencilla potenciales pacientes con migraña"*, facilitando así su detección precoz y una derivación más eficiente dentro del sistema asistencial.

Tras la identificación de un paciente con migraña, el médico de Atención Primaria será el responsable del correcto diagnóstico e instaurar un primer abordaje farmacológico al paciente. Si el paciente presentara mayor complejidad clínica o necesitara otros tratamientos más específicos o preventivos, se derivaría a las consultas de Neurología General, mientras que aquellos con cuadros graves o refractarios al tratamiento requerirán atención especializada en las Unidades de Cefaleas⁹. Asimismo, el Dr. Porta puntualiza que **"la mayoría de los pacientes con migraña aguda se deben manejar en Atención Primaria, aunque también pueden ser atendidos por médicos del trabajo"**. No obstante, cuando las crisis de migraña son muy frecuentes o especialmente incapacitantes, y los pacientes requieren acudir a Urgencias o no responden a los tratamientos indicados para manejar el ataque, el abordaje debe escalar.

En definitiva, mejorar la calidad de vida de los pacientes con migraña requiere una identificación temprana que permita activar el circuito asistencial adecuado y aplicar un tratamiento individualizado según la intensidad, la frecuencia y el impacto de la enfermedad. Para el Dr. Porta, el objetivo es doble: **"asegurar el diagnóstico clínico" y "hacer un tratamiento específico para cada persona"**, ajustado a sus necesidades. De este modo, se optimiza la atención a cada paciente.

Impacto en el ámbito laboral

La migraña también repercute de forma directa en el ámbito laboral, con una pérdida media de la productividad del 35,8%¹. Las personas que la padecen *"tienen mucho más presentismo que absentismo"*. Es decir, acuden a su puesto de trabajo, pero *"disminuye muchísimo el rendimiento mientras están trabajando"*. **Mantener ataques mal controlados y sostener situaciones de estrés puede favorecer la cronificación**, según el neurólogo. También afectan otro tipo de situaciones que pueden convertirse en un factor de riesgo como acudir al trabajo con dolor, no tratarlo adecuadamente y forzarse a continuar en un entorno poco favorable. Además, la ansiedad y la depresión asociadas pueden actuar como factores desencadenantes o agravar los ataques de migraña¹⁰.

Con el fin de abordar adecuadamente la migraña en el ámbito laboral, el Dr. Porta distingue dos planos de actuación: por un lado, la prevención y, por otro lado, el manejo de las crisis cuando el dolor ya ha comenzado. **En el terreno preventivo, idealmente el entorno de trabajo debe adaptarse, en la medida de lo posible, a las necesidades de las personas con migraña**. Recomienda ambientes suaves y ritmos estables. Los cambios de turno resultan especialmente perjudiciales y conviene evitarlos siempre que sea posible. Igualmente, advierte sobre la iluminación. El uso generalizado de luces LED muy blancas en edificios inteligentes puede actuar como desencadenante, por lo que sugiere optar por tonalidades más cálidas.

“ **Tenemos muchísimos tratamientos que pueden contribuir a mejorar la vida de las personas que la padecen** ”

A ello se suma la conveniencia de establecer pausas periódicas frente al ordenador, ya que la exposición continuada a pantallas puede precipitar ataques en algunos pacientes. **Otro aspecto relevante de cara a la prevención es la alimentación**. El Dr. Porta señala que el ayuno prolongado puede favorecer la aparición de dolor, de modo que flexibilizar el horario de la comida y permitir adelantarla puede contribuir a reducir episodios.

En cuanto al manejo de la enfermedad cuando aparece un ataque en el lugar de trabajo, el especialista afirma que la prioridad es facilitar un manejo adecuado: *"lo ideal es que el empleado disponga de un espacio oscuro y tranquilo donde pueda tomar su medicación y descansar durante media hora o incluso una o dos horas, hasta que el tratamiento haga efecto"*. Con esto se fomenta que, una vez recuperado, pueda reincorporarse a su actividad en mejores condiciones.



Dr. Jesús Porta, jefe del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz y presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

Una enfermedad con sesgo de género

La migraña afecta más a las mujeres que a los hombres por una compleja interacción de factores biológicos, hormonales, ambientales y psicológicos⁵. El Dr. Porta aclara que esta diferencia responde en parte a la base genética de la enfermedad, que es poligénica. Existe además un componente **epigenético**, es decir, factores ambientales que favorecen la expresión de esos genes. Entre ellos destaca la **menarquía** y, en general, los cambios hormonales a lo largo de la vida de la mujer. Además, las variaciones en los niveles de estrógenos asociadas a los ciclos hormonales periódicos incrementan la frecuencia de los ataques. El especialista sostiene que **"es más frecuente y, por lo general, suele ser peor la migraña en la mujer que en el hombre"**.

Además, la migraña está condicionada por un sesgo de género que ha influido históricamente en la infravaloración de la migraña y en el retraso de su abordaje clínico. **"Las enfermedades que afectan más a las mujeres siempre son minusvaloradas, no solamente la migraña. Incluso, cuando van a Urgencias, se les da un trato distinto"**, relata. Persiste un estigma cuando quien consulta es una mujer, en comparación con un hombre. En el caso de los hombres, el Dr. Porta señala que el estigma es doble, ya que a la propia enfermedad se suma el prejuicio de sufrir una patología asociada tradicionalmente al sexo femenino.

"Las enfermedades que afectan más a las mujeres siempre son minusvaloradas, no solamente la migraña"

El estigma que hay en torno a esta enfermedad influye significativamente en la búsqueda de atención médica. En concreto, el 35 % de las mujeres no ha acudido al neurólogo pese a la carga que supone la enfermedad y casi el 70 % afirma no haber recibido un tratamiento personalizado que tenga en cuenta el impacto de la menstruación en su migraña¹¹. En las unidades de cefaleas, sin embargo, los factores hormonales forman parte del abordaje clínico. El Dr. Porta subraya que **son muy importantes los ciclos hormonales en la mujer a la hora de desencadenar los ataques de migraña y que hay una entidad que es la migraña menstrual, que es un poco más refractaria al tratamiento"**. Cuando los ciclos son regulares, es posible anticipar la aparición del dolor y actuar de forma preventiva: **"Muchas veces, si la mujer tiene los ciclos más o menos regulares, podemos prever cuándo va a tener dolor de cabeza y tratarlo antes"**.

Con todo, la discapacidad asociada a la migraña puede evitarse y es posible frenar la progresión hacia formas crónicas. **"Nosotros queremos tratar a los pacientes que tienen migraña episódica para que nadie llegue a una migraña crónica"**, expresa. Reconoce que no todos los casos evolucionan de forma favorable y que existe un pequeño grupo de personas con migraña que no mejora pese al amplio arsenal terapéutico disponible. No obstante, subraya que se trata de una excepción. **"La mayoría de las personas, con un tratamiento adecuado, puede recuperar una vida prácticamente normal, aunque de vez en cuando tenga alguna crisis de migraña"**, asegura. **La clave pasa por individualizar el abordaje**. Resulta esencial diseñar un tratamiento a medida, seleccionar las opciones más adecuadas tanto para los ataques como para la prevención y ajustar la estrategia a lo largo del tiempo. Porque **"igual que nosotros cambiamos a lo largo de la vida, también cambia la migraña"**.

Desde la SEN se han intensificado las iniciativas para transformar el abordaje de la migraña y modificar el panorama asistencial que rodea a esta enfermedad. La estrategia se articula en colaboración con asociaciones de pacientes y tiene un marcado componente divulgativo y formativo. Entre las acciones dirigidas a los especialistas, destaca la puesta en marcha de un curso online para médicos residentes, con el objetivo de reforzar su capacitación desde las primeras etapas de la formación. A ello se suma la voluntad de consolidar la enseñanza de las cefaleas en el ámbito universitario. La propuesta es que, en las facultades de Medicina, la asignatura de Neurología incluya al menos dos sesiones específicas sobre cefaleas y migraña, de manera que los futuros médicos adquieran un conocimiento sólido desde el grado. La formación se extiende también a Atención Primaria, con cursos online diseñados para mejorar la detección y el manejo clínico de estos pacientes. Asimismo, se desarrollan actividades específicas para neurólogos, orientadas a actualizar conocimientos y optimizar el tratamiento en los casos más complejos. Así, la información, la formación y la divulgación constituyen pilares esenciales para avanzar.

"La mayoría de las personas con un tratamiento adecuado puede recuperar una vida prácticamente normal. La clave pasa por individualizar el abordaje"

Mejorar la calidad de vida del 13 % de la población española¹² requiere, por tanto, avanzar en el reconocimiento y la comprensión de una enfermedad que, pese a su elevada prevalencia, sigue estando infradiagnosticada, estigmatizada e incomprensida. Impulsar el diagnóstico precoz y garantizar el acceso a tratamientos adecuados en el momento oportuno son pasos esenciales para reducir su impacto. Porque mejorar la atención a la migraña no es solo aliviar el dolor, sino favorecer que las personas que la padecen tengan la posibilidad de vivir su día a día con normalidad.

Con la colaboración de AlBrio

Referencias

1. Sánchez del Río, M., García-Austri, D., Pared, C. et al. Prevalence, disability and economic impact of migraine in Spain: a nationwide population-based study. *J Headache Pain* 24, 117 (2023). <https://doi.org/10.1186/s10194-023-02069-1>
2. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
3. International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211
4. Wignarajah, T., Oh, J., Kim, S., Yan, Y., Kim, M. S., Shin, J. L., & Kumar, R. (2020). Global, regional, and national burden of headache disorders, 1990-2021, with forecasts to 2050: A Global Burden of Disease study 2021. *Cephalalgia*, 40(10).
5. WHO. Calculating the Socioeconomic Burden of Migraine: The Case of 6 European Countries. Available at: <https://www.who.int/en/news/item/2022/03/who-report-on-the-socioeconomic-burden-of-migraine-the-case-of-6-european-countries>
6. Belin, R., & Morillon, N. (2022). Epidemiology of the migraine. *Ergon*. ISBN 978-94-19230-01-0. Disponible en: <https://www.doi.orcid.org/10.1007/978-94-19230-01-0>
7. Pascual, J., Núñez, M., Pared, T. et al. Burden and Unmet Needs in Migraine Patients: Results from the OVERCOME (Spain) Study. *Pain Ther* 12,1209-1220 (2023). <https://doi.org/10.1007/s40122-023-00338-6>
8. Cusiñe, S., Hájek, S., Van De Loo, F.A., Fahy, T. Diagnostic accuracy of the ICD-migraine: A systematic review and meta-analysis. *doi:10.1111/j.1365-4616.2011.01916.x*
9. Libro Blanco de la Migraña en España 2021 [Available from: https://assets.ctfassets.net/7fduu1n2u2/2kx3e3x2n4m75a5d9e7f/84834e3c05772d333d58f8e791ba918/LIBRO_BLANCO_DE_LA_MIGRAÑA_A_EN_ESPAÑA.pdf]
10. M.D. Sevilla García, R. Manero Caldeira, P. Canabete-Pérez [REV NEURO], 2507A1-400-40 [SPAIN], 1791810 [DOI]. <https://doi.org/10.32586/revneuro.2007122>
11. <https://www.emballiance.org/project/the-migraine-hormonal-pattern-in-women/>

#migraña #jesus porta #tratamiento migraña

Autor: IM Médico

Te recomendamos

14 Jul, 2026

Argentina

Estados Unidos



REGISTRARME

INICIAR SESION

Semifinal 2026 Hace 28 minutos



Trends

Inspección de Trabajo

Lamine Yamal

Jardinería

Pensiones en Es

ESPAÑA >

La ciencia revela cuánto podemos aguantar sin comer, beber ni dormir

Nuestro organismo necesita cumplir con unas funciones vitales mínimas para sobrevivir



Por **C. Amanda Osuna**



Agregar Infobae en

13 Jul, 2026 01:28 p. m. ESP



Una mujer bebiendo agua (Magnifico)

El ser humano es capaz de resistir, con grandes esfuerzos, en **condiciones extremas**. Es capaz de encontrar asentarse en lugares helados como Siberia, excesivamente cálidos como el [Valle de la Muerte en California](#) o, incluso, con falta de oxígeno como en El Alto, Bolivia. Sin embargo, no podemos aguantar demasiado sin cumplir funciones biológicas básicas: comer, beber, dormir.

Te puede interesar:

La frase que hay que decir en las llamadas spam para no volver a recibirlas nunca: la clave está en los primeros segundos



La comida nos proporciona a nuestro cuerpo la energía y los nutrientes necesarios para **sobrevivir, crecer y reparar los tejidos**. Una nutrición adecuada es imprescindible para prevenir enfermedades físicas y mentales, regular el metabolismo y proteger el [sistema inmunológico](#), entre otros.

PUBLICIDAD



No obstante, los últimos informes de la Organización Nacional de las Naciones Unidas (ONU) revelan que, en 2024, cerca de **673 millones de personas sufren hambre** en todo el mundo, es decir, el 8,2 % de la población mundial. Desde 2019, el número de personas que padecen hambre ha aumentado en 152 millones.

Te puede interesar:

Condenan a 9 años de inhabilitación a David Sánchez, hermano del presidente del Gobierno, por prevaricación



Nuestro organismo es capaz de aguantar en torno a **ocho semanas sin comer** antes de morir, aunque este tiempo varía en función de la reserva y la masa muscular de cada persona. La muerte por inanición llega cuando se agotan las reservas de energía y los órganos vitales (corazón, riñones, hígado...) fallan.

PUBLICIDAD

Cuánto tiempo podemos estar sin beber

Nuestro organismo es mucho menos indulgente ante la falta de agua. Mientras que es capaz de sobrevivir en torno a ocho semanas sin ingerir alimento, el tiempo de supervivencia sin agua se reduce enormemente. Según explicaba a *EFEsalud* José Pablo Suárez Llanos, miembro del área de Nutrición de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), “sin beber agua, la supervivencia es mucho más corta, generalmente solo **entre 3 y 5 días**”.



Te puede interesar:

Es el pueblo más barato para comprar una casa en la Comunidad de Madrid: un piso puede costar 96.000 euros



Como contaba el experto, el cuerpo humano está compuesto en su mayoría por agua, por lo que la **deshidratación** puede conducir rápidamente a fallos orgánicos y a un desenlace fatal.

PUBLICIDAD



La deshidratación no siempre se manifiesta con sed, especialmente en las personas mayores, por lo que es importante prestar atención a otros signos de alerta. En los adultos, los síntomas más habituales son la **sed intensa**, la disminución de la frecuencia al orinar, una orina de color oscuro, **fatiga**, mareos y, en los casos más graves, confusión.

En los lactantes y niños pequeños, las señales pueden incluir boca y lengua secas, **ausencia de lágrimas al llorar, pañales secos** durante varias horas, ojos y mejillas hundidos, una fontanela deprimida e irritabilidad. Reconocer estos síntomas a tiempo es clave para prevenir complicaciones y restablecer una adecuada hidratación.

PUBLICIDAD

Cuánto tiempo podemos estar sin dormir

A diferencia de funciones esenciales como alimentarnos e hidratarnos, es más complicado saber exactamente cuánto tiempo puede estar una persona sin dormir. Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), la mitad de la población padecerá en algún momento de su vida un **trastorno del sueño** y cinco millones de personas toman cada noche una pastilla para dormir.





YouTube: Guinness World Records

Los experimentos más recientes han logrado que algunas personas se mantengan **despiertas entre ocho y diez días**, pero en un ambiente controlado de laboratorio. El récord lo ostenta [Randy Gardner](#), quien en 1964 logró permanecer despiertos 264 horas, es decir, 11 días y 25 minutos. Lo hizo a los 17 años para un proyecto de feria de ciencias escolar en San Diego, California. Para evitar que más personas imiten a Gardner y pongan en riesgo su vida, la institución del Récord Guinness retiró esta categoría.



[lavanguardia.com](https://www.lavanguardia.com)

Eduard Estivill, experto en medicina del sueño: “Las personas autocríticas y que se preocupan por todo duermen mal porque viven su día en función de su forma de ser”

Nerea Parraga Frutos

4-5 minutos

Según la [Sociedad Española de Neurología](#), un 48% de la población adulta no tiene sueño de calidad y menos del 50% de la población española duerme las horas recomendadas, entre 7 y 9 horas diarias.

Además, se sabe que uno de los factores que influye en la calidad del sueño está directamente relacionado con la forma en la que vivimos nuestro día a día. Así lo explicaba el experto en medicina del sueño Eduard Estivill en uno de los episodios de [Roca Project](#), el podcast que presenta el comunicador Carlos Roca.





*Hay hábitos que agravan la dificultad de dormir*Getty Images

Según el licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona, dependiendo de cómo vivamos nuestro día a día, tendremos un sueño de mejor o peor calidad. En este sentido, explicaba que ‘las personas que son alegres, animosas, con ganas de hacer cosas con empuje, con ilusión o con fuerza también son muy responsables y autocríticas’.

A su vez, tienden a darle vueltas a las cosas y se preocupan por todo, es decir, anticipan la ansiedad. Y aunque esta forma de ser les ayuda a ir un paso por delante en muchos aspectos de la vida, también puede afectar a su descanso.

“Duermen mal porque viven su día en función de su forma de ser. Pero no vivimos solos, sino que tenemos la influencia de todo lo que llamamos elementos externos, que son de tipo laboral, afectivo y social o enfermedades. Se une lo que nos toca vivir con nuestra forma de ser, con lo cual estas personas, sin darse cuenta y, sobre todo, por la presión del tipo de trabajo, aumentan mucho la tensión y el estrés y lo van acumulando. Es como si en un vaso vamos poniendo pequeñas porciones de tensión y ansiedad durante el día sin darnos cuenta”, relataba.





*Trastornos como el insomnio son cada vez más comunes*Getty Images

Cuando llega la noche, esa tensión acumulada aparece, dificultando el descanso. “Actúa como si fuera una tapadera y no nos deja desconectar. La gente que duerme mal te dice: ‘es que no puedo desconectar’. Y es cierto. Durante el día, lo que controla nuestra vigilia es la corteza cerebral, la parte más externa. Captamos información, los cinco sentidos nos dan información que guardamos en nuestro cerebro y también guardamos emociones. Todo esto sucede durante el día”, apuntaba.

En cambio, el sueño, según Estivill, funciona como un globo que nace de las estructuras más profundas del cerebro.

“Cuando nos levantamos, este globo está deshinchado porque hemos dormido y, a medida que pasan las horas y funcionamos con nuestra corteza cerebral, este globo se va hinchando y, cuando llega la noche, quiere salir, pero si la corteza está muy conectada, no puede hacerlo”, explicaba.



*Una persona durmiendo en un sofá*unsplash

Dormirse en el sofá es una rasgo característico

de las personas multitarea

Por este motivo, muchas personas terminan quedándose dormidas en el sofá. “Al tener la corteza cerebral muy estimulada, cuando nos sentamos delante de la televisión, dejamos de recibir estímulos que nos mantienen en alerta. El cerebro se relaja, aparece el sueño y nos quedamos dormidos en el sofá. Con los anuncios, nos despertamos y volvemos a conectar la corteza. Y cuando decimos irnos a la cama, no podemos dormir”, revelaba.

Cabe destacar que la [Sociedad Española del Sueño](#) señala que quedarse dormido en el sofá es un rasgo característico de las personas multitarea, es decir, aquellas que encadenan numerosas responsabilidades y llevan a cabo muchas actividades simultáneas durante el día. Al llegar la noche, el agotamiento mental y la acumulación de tensión impiden esa desconexión. Por ello, expertos como la psicóloga del sueño [Roser Gort](#) recomiendan no quedarse dormido en el sofá, sino irse a la cama cuando la sensación natural de sueño aparezca.

[lavozdeg Galicia.es](https://www.lavozdeg Galicia.es)

La radiografía del ictus en las mujeres: «En ellas pueden darse síntomas diferentes que en los hombres»

Cinthya Martínez

11-14 minutos



Imagen de archivo de la sala de neurorradiología de la Unidad de Ictus del Chuac. **F.F.**

En general, en ellas suele aparecer más tarde que en los hombres, y no reconocer los signos a tiempo afecta a su tratamiento y pronóstico futuro

12 jul 2026 . Actualizado a las 05:00 h.

Una de cada cinco mujeres sufrirá un ictus a lo largo de su vida y uno de cada seis hombres, también; pero ellas registran una

mortalidad superior. Las enfermedades cerebrovasculares son la segunda causa de muerte en mujeres, cerca de 12.353 fallecieron en España en el 2025, por detrás de las demencias. En Galicia, se contabilizaron cerca de 937. Aunque la población femenina cuenta con una mayor esperanza de vida, detrás de esas cifras también se esconde una ardua realidad: en ellas se presentan con mayor frecuencia **síntomas «atípicos»** —en comparación con los que se describen más habitualmente— y esto puede provocar que el código ictus se active más tarde, con las consecuencias que eso acarrea en cuanto a secuelas.

Como regla general, el ictus en mujeres suele aparecer más tarde. «Entre los 75 y los 80 años. [La razón es la pérdida de estrógenos con la menopausia](#), que mantienen las arterias elásticas y el colesterol controlado. Al llegar la menopausia, esta protección desaparece, pero el daño en las arterias no ocurre de la noche a la mañana; tarda en acumularse. Por ello, mientras el pico de ictus en hombres suele verse entre los 60 y los 70 años, en las mujeres se demora más», detalla **María Dolores García de Lucas**, miembro de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Sin embargo, no es una enfermedad exclusiva de personas mayores: hasta un 20 % de los casos se produce en menores de 50 años. Así, ellas lo padecen de una forma más grave, con síntomas más difíciles de detectar y «con un impacto mucho más letal porque con frecuencia, son más extensos».

La enfermedad cerebrovascular es tiempo dependiente. Desde la Sociedad Española de Neurología subrayan que por cada minuto que pasa sin que la sangre llegue al cerebro, se pierden casi dos millones de neuronas. De ahí la importancia de llamar a emergencias cuanto antes. Actuar en las seis primeras horas reduce las complicaciones en más de un 25 %. «Aunque las

horas pueden cambiar de una guía a otra, lo importante es intentar abrir esa vía que está obstruida cuanto antes», afirma Sánchez. En el 80 % de los casos —teniendo en cuenta ambos sexos—, se produce la obstrucción de una arteria. Se los conoce como ictus isquémico. El 20 % restante son hemorrágicos y se deben a la rotura de alguno de los vasos. Resultan más graves y su pronóstico es peor.

Síntomas menos conocidos y retraso diagnóstico

«En las mujeres pueden darse síntomas diferentes que en los hombres. No es lo más correcto llamarlos ‘atípicos’ porque habría que mencionar con respecto a qué, pero sí que se presenta una clínica diferente en ellas. Podemos decir que son menos documentados y que tienen un mayor riesgo de presentar signos no focales», explica **Susana Sánchez Ramón**, subsecretaria del grupo MUYEres en la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (Semes). Es decir, las señales de alarma más habituales son la caída de un lado de la cara o sonrisa desigual, la debilidad o adormecimiento en un brazo o pierna y dificultad para hablar, arrastrar las palabras o que salgan de la boca de forma incomprensible. «En la mujer, en cambio, se da con más frecuencia una debilidad generalizada, cefalea, vértigo, sensación de pérdida de conocimiento; clínicas o presentaciones que están menos documentadas», amplía.

«A veces, el ictus en la mujer se manifiesta de manera más sutil con migraña, estrés, cansancio, y puede ser más difícil de diagnosticar si no se realiza una historia clínica detallada y una exploración física exhaustiva. Si no se procede de esta forma, puede no diagnosticarse o pasar desapercibido», asegura García.

Los síntomas del ictus en las mujeres

Los más conocidos

Frecuentes en los hombres



Caída de un lado de la cara



Pérdida de fuerza en un brazo o pierna



Dificultad al hablar, arrastrando las palabras

Los menos conocidos

Frecuentes en las mujeres



Debilidad generalizada



Vértigo o desorientación



Cefalea repentina y muy intensa



Pérdida de visión, visión borrosa o doble en uno o ambos ojos

Lavoz.es

Los síntomas del ictus en las mujeres

Los más conocidos

Frecuentes en los hombres



Caída de
un lado
de la cara



Pérdida de
fuerza en un
brazo o pierna



Dificultad
al hablar o
vocalizar

Los menos conocidos

Frecuentes en las mujeres



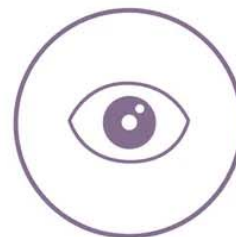
Debilidad
generalizada



Vértigo o
desorientación



Cefalea
repentina y
muy intensa



Pérdida de
visión, visión
borrosa o
doble en uno
o ambos ojos

Estas diferencias repercuten en dos consecuencias. Por un lado, existe un retraso prehospitalario, es decir, la mujer puede tardar en pedir ayuda porque no identifica sus síntomas con los de un ictus. «Incluso se puede llegar a quitar importancia, “esto ya se pasará” o “voy tomar un paracetamol y reposar un poco a ver si se me pasa”. En ellas se da más lo que se conoce como una actitud de esperar y ver», indica Sánchez. Además, a esto también se suma un posible retraso de actuación incluso dentro del ámbito sanitario. «En ocasiones, los profesionales también pueden tardar en reconocerlos. Por lo tanto, pueden existir diferencias en las tasas de activación de los denominados códigos ictus».

Leer más: [Gloria sufrió un ictus hemorrágico: «Aunque no puedo caminar bien, lo que más me condiciona es la cefalea crónica»](#)

Posible retraso en acceso a tratamientos

Al existir un retraso en el diagnóstico, este también se da a la hora de acceder a un tratamiento. «La mujer se beneficia menos de la posibilidad de realizarse una fibrinólisis —proceso mediante el que se disuelven los coágulos en sangre (trombos), evitando que crezcan y bloqueen los vasos sanguíneos—. Son peores candidatas porque ha pasado más tiempo desde el inicio de los síntomas hasta que se puede hacer», sostiene Sánchez.

También existe otro problema: como las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, es más probable que vivan solas o de manera institucionalizada. A la hora de hablar de secuelas y recuperación, **María del Mar Freijo**, coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad

Española de Neurología (SEN), insiste en que se deben tener en cuenta múltiples variables: «Si comparamos a un hombre que ha tenido un ictus con 70 años con una mujer que lo sufre a los 85, esta última probablemente tenga mayores limitaciones. Y además de la edad y el sexo, también se debe tener en cuenta el contexto sociofamiliar». Los pacientes que son dados de alta a su domicilio suelen presentar una mejor situación funcional que les permite regresar a su entorno habitual o disponen de los cuidados adecuados en su domicilio para poder adaptarse de forma satisfactoria a la nueva situación surgida tras el [ictus](#). Los pacientes que requieren ser trasladados a residencias o centros de media-larga estancia presentan mayor afectación funcional y menores opciones de recuperación en el futuro.

La situación previa del paciente también determina su [pronóstico posterior](#). «Si ya se tiene un deterioro de la vida de forma previa porque vivimos más que los varones, esto también influye en la rehabilitación posterior. El pronóstico es peor y la incapacidad mayor», añade la médica de urgencias. Se calcula que la tasa de mortalidad anual tras sufrir un ictus es un 35 % más alta en mujeres que en hombres.

Factores de riesgo: el papel de las hormonas

Las mujeres comparten con los hombres los factores de riesgo vascular clásicos, como [la hipertensión](#), la diabetes, el colesterol alto o el tabaquismo. «Pero también están expuestas a factores hormonales y biológicos exclusivos vinculados al embarazo, el uso de anticonceptivos orales y la menopausia, que modifican el comportamiento de la enfermedad», matiza la miembro de la SEMI.

Es decir, ellas suman factores específicos ligados a la vida fértil.

«La hipertensión gestacional, conocida como preeclampsia, posibles complicaciones en el parto y la menopausia. Están directamente relacionados con los niveles de estrógenos que son hormonas protectoras del riesgo vascular y esta defensa se pierde con el descenso que acontece después de la etapa fértil. Además, en la mujer son más frecuentes las enfermedades inmunomediadas que conllevan más riesgo vascular», amplía la doctora.

«La hipertensión en el embarazo es un factor de riesgo que consideramos emergente en cuanto a investigación. Hasta ahora no se le daban importancia y ahora sí. Han sido ignorados, pero siempre han estado ahí. Sucede lo mismo con la menopausia precoz, que incrementa el riesgo cardiovascular», sostiene Sánchez.

Los principales retos

A la hora de hablar de los principales retos en el abordaje de ictus en mujeres, Sánchez tiene claro cuál es, para ella, el principal: «Pensar con perspectiva de género; tanto nosotros, los profesionales médicos, como la sociedad en general. Tenemos que pensar que hay diferencias y que estas tienen que salvarse para poder llegar a una equidad, tanto de diagnóstico como de tratamiento». Además, la participación de ellas en los ensayos clínicos, hasta ahora, no era igualitaria. «Las conclusiones que se han asumido eran para hombres y mujeres siempre. El reto que tenemos en investigación es incluir ambos sexos de forma proporcional, para que se hagan análisis de las diferencias que pueden existir», remarca la coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN.

Sin olvidar la rehabilitación o recuperación. «Los tratamientos

personalizados también requieren ser estudiados de forma individualizada en hombres y mujeres para ver posibles similitudes y diferencias. Eso también es fundamental para seguir avanzando», concluye Freijo.

Cinthyia Martínez Lorenzo

De Noia, A Coruña (1997). Graduada en Periodismo por la Universidad de Santiago de Compostela, me especialicé en nuevas narrativas en el MPXA. Después de trabajar en la edición local de La Voz de Galicia en Santiago, me embarco en esta nueva aventura para escribir sobre nuestro bien máspreciado: la salud.

De Noia, A Coruña (1997). Graduada en Periodismo por la Universidad de Santiago de Compostela, me especialicé en nuevas narrativas en el MPXA. Después de trabajar en la edición local de La Voz de Galicia en Santiago, me embarco en esta nueva aventura para escribir sobre nuestro bien máspreciado: la salud.

Archivado en: [Ictus](#)



NÚCLEO

¿Las redes sociales están acabando con nuestra creatividad? Esto dicen los estudios

 POR REDACCIÓN  12/07/2026

¿Alguna vez has sentido que cada vez nos cuesta más imaginar, crear o pensar fuera de lo común? Aunque parezca solo una impresión, diversos estudios señalan que las **nuevas generaciones** están teniendo más dificultades para desarrollar la **creatividad** que las anteriores.

De hecho, la **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)** advierte que este cambio comenzó a notarse desde la **década de 1990**.

Entre las posibles causas se encuentran el auge de las nuevas tecnologías, los cambios en el **sistema educativo** y, más recientemente, el uso cada vez más intenso de las **redes sociales**.

¿Los primeros estudios señalan al uso excesivo de redes sociales?

Un artículo de **Metrópolis Comunicación** señala que la dependencia del teléfono móvil y las redes sociales estaría afectando directamente la creatividad y la capacidad de inspiración de las nuevas generaciones.

El texto explica que quienes crecieron **rodeados de tecnología** tienen menos oportunidades de ejercitar la imaginación, ya que la creatividad funciona como un músculo que necesita entrenamiento constante.



Por otro lado, el periodista **Jorge Marzo**, de **El País**, también ha señalado que la relación de niños y adolescentes con la imaginación atraviesa un momento complicado. Esto se debe a que el **uso excesivo de pantallas** y la menor relación con los libros han reducido su capacidad para imaginar nuevos escenarios.

¿Cómo afectan las redes sociales a nuestra creatividad?

Aunque las **redes sociales** pueden ampliar el conocimiento y convertirse en una fuente de inspiración, diversos expertos coinciden en que el problema aparece cuando su **uso se vuelve excesivo y desplaza actividades que estimulan la creatividad**.

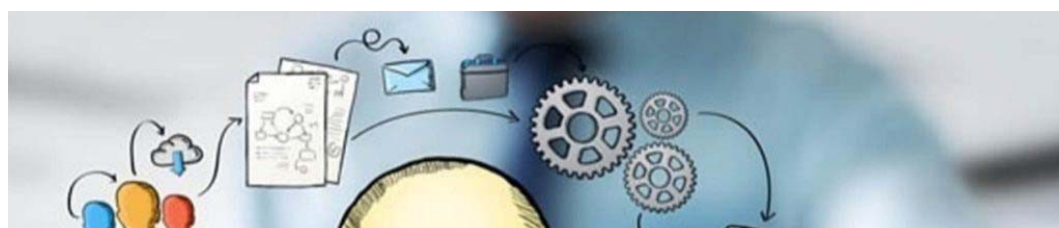


Diversas investigaciones señalan que la enorme cantidad de **imágenes, videos, audios** y otros estímulos digitales ha modificado la forma en que consumimos información.

Nuestro cerebro procesa grandes cantidades de contenido en pocos segundos, pero dedica menos tiempo al análisis y la reflexión, favoreciendo un consumo rápido basado en observar, deslizar y compartir.

Aunque sí existen diversas afectaciones, no todo es negativo

La evidencia científica también ha demostrado que, cuando **las redes sociales** se utilizan de forma **equilibrada e intencional**, pueden potenciar el pensamiento creativo, el aprendizaje y la innovación.



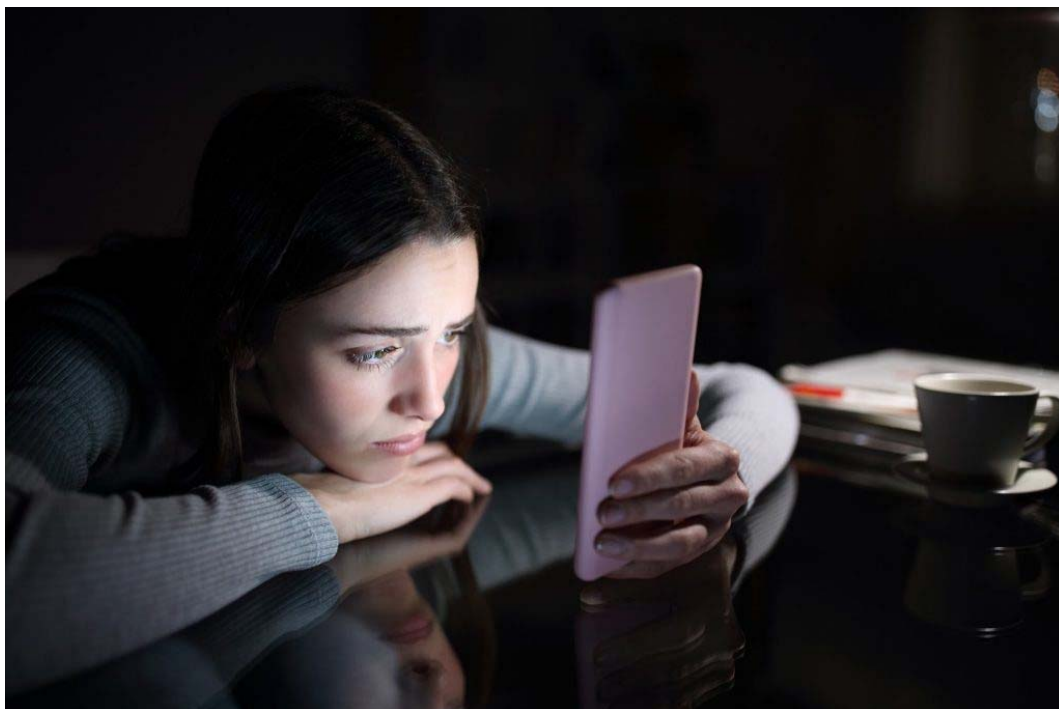


La **American Psychological Association** señala que la exposición a perspectivas diversas puede enriquecer el aprendizaje y estimular la creatividad, siempre que exista un consumo responsable. Además, plataformas como **YouTube**, **Instagram** y **TikTok** permiten intercambiar ideas, compartir experiencias y recibir retroalimentación.

España es uno de los países donde los menores pasan más tiempo en redes sociales

Datos de la **Sociedad Española de Neurología** indican que **España** es uno de los países donde los **adolescentes** dedican más tiempo a las redes sociales, situación que preocupa a los especialistas.

Según la investigación, el consumo constante de **videos cortos** no solo afecta la creatividad, sino también la **concentración y la memoria**.



Los especialistas también advierten que el uso excesivo de estas plataformas puede perjudicar la **salud mental**, **afectar la autoestima** e incrementar el riesgo de **depresión y suicidio**.

Entonces, ¿las redes sociales afectan o benefician a la creatividad?



La respuesta depende, en gran medida, de cómo y cuánto tiempo se utilicen. La mayoría de las investigaciones coinciden en que **el principal problema no son las redes sociales** en sí, sino su **uso excesivo**, cuando dejan de ser una herramienta para aprender o crear y se convierten únicamente en un medio de entretenimiento y consumo constante.



En cambio, cuando se utilizan de forma consciente y con un propósito claro, pueden convertirse en **un espacio para desarrollar nuevas habilidades**, fortalecer la creatividad y fomentar el aprendizaje mediante el intercambio de ideas y experiencias.

Vía Núcleo



Milenio Prime**Milenio Prime**

Inicio › Noticias › Última hora › Riesgos y oportunidades en el manejo de migrañas veraniegas

RIESGOS Y OPORTUNIDADES EN EL MANEJO DE MIGRAÑAS VERANIEGAS

ÚLTIMA HORA

JULIO 12, 2026

POR **KEVIN BENITEZ**

La afirmación del doctor Roberto Belvis, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, introduce un matiz importante en la percepción pública sobre el calor y las migrañas. Al desmentir una relación causal directa respaldada por estudios meteorológicos controlados, se abre un espacio para replantear estrategias de prevención que hasta ahora se centraban en factores atmosféricos. Esta clarificación puede reducir la ansiedad asociada a olas de calor y orientar la atención hacia elementos modificables del estilo de vida, algo especialmente relevante en un país donde el verano representa un periodo de alta movilidad y alteración de rutinas.





Desde el punto de vista de la salud pública, la distinción entre mito y realidad puede traducirse en una menor sobrecarga de consultas urgentes durante los meses estivales. Pacientes que entiendan que el calor por sí mismo no desencadena crisis podrían evitar automedicaciones innecesarias o desplazamientos a centros sanitarios motivados por información imprecisa circulante en redes. Al mismo tiempo, esta perspectiva científica fomenta una mayor responsabilidad individual sobre hábitos como el sueño, la hidratación y la gestión del estrés, factores que sí cuentan con evidencia como precipitantes indirectos.

Índice

1. Repercusiones en la comunicación sanitaria
2. Impacto en pacientes y turismo
3. Desafíos para el sistema sanitario
4. Incertidumbres sobre variables ambientales
5. Perspectivas a medio plazo

REPERCUSIONES EN LA COMUNICACIÓN SANITARIA

Los medios y las plataformas digitales enfrentan el reto de actualizar sus narrativas. Durante años, titulares que vinculaban directamente el calor con más migrañas han contribuido a una infoxicación que el doctor Belvis identifica como extendida. Una corrección gradual de este discurso podría mejorar la credibilidad de las fuentes oficiales, aunque también genera el riesgo de que ciertos públicos perciban la nueva información como contradictoria y generen desconfianza hacia recomendaciones médicas posteriores. La transición exige mensajes coherentes que reconozcan el papel de los cambios de rutina sin minimizar el sufrimiento real de quienes experimentan más crisis en verano.

IMPACTO EN PACIENTES Y TURISMO

Para las personas diagnosticadas, el énfasis en mantener rutinas durante las vacaciones puede modificar la planificación de viajes. Hoteles y operadores turísticos podrían beneficiarse de programas que faciliten horarios regulares de comidas y actividad física, creando un nicho de servicios adaptados. Sin embargo, persiste el riesgo de que quienes no logren sostener estas rutinas vean agravada su condición, especialmente en desplazamientos transoceánicos donde el desfase horario y el consumo de alcohol se suman como factores adicionales. La advertencia sobre la migraña de los primeros días de vacaciones, conocida en la literatura anglosajona como *first day holidays migraine*, adquiere así relevancia práctica para el sector de viajes.

DESAFÍOS PARA EL SISTEMA SANITARIO

Los servicios de neurología y atención primaria podrían observar una redistribución de la demanda. Menos consultas motivadas por supuestos efectos del calor permitirían dedicar recursos a casos donde el patrón de migraña cambia o aparece por primera vez,

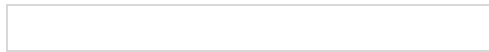
situaciones que el doctor Belvis señala como prioritarias para descartar cefaleas secundarias. No obstante, existe la incertidumbre de que algunos pacientes interpreten la ausencia de vínculo directo con la temperatura como una invitación a relajar todas las precauciones, lo que podría elevar el número de ataques en quienes subestimen la deshidratación o las alteraciones del sueño.

INCERTIDUMBRES SOBRE VARIABLES AMBIENTALES

Los estudios citados por Belvis muestran que ninguna variable meteorológica aislada alcanza significación estadística clara, aunque la fuerza del viento rozó el umbral en algunas observaciones. Esta zona gris implica que futuras investigaciones con mayor granularidad podrían identificar interacciones complejas entre presión atmosférica, humedad y temperatura que hoy no se detectan. Mientras tanto, la recomendación de consultar ante cambios bruscos en el patrón de cefalea sigue siendo la medida más segura para evitar diagnósticos tardíos de patologías subyacentes.

PERSPECTIVAS A MEDIO PLAZO

La consolidación de estas evidencias puede influir en la formación de nuevos especialistas y en la elaboración de guías clínicas actualizadas que prioricen la educación sobre hábitos frente a pronósticos basados en el tiempo atmosférico. Al mismo tiempo, el desarrollo de aplicaciones de seguimiento que registren tanto crisis como variables de estilo de vida podría proporcionar datos más precisos para cada paciente, reduciendo la dependencia de generalizaciones meteorológicas. El equilibrio entre estos avances y la necesidad de mantener la vigilancia ante cambios inesperados determinará si la aclaración del doctor Belvis se traduce en una mejora neta de la calidad de vida de los afectados o en nuevos focos de desinformación.





ALAVÉS
Abde, ante su confirmación

MARÍA DEL MAR FREIJO

Neuróloga de Osakidetza en el Hospital Universitario de Cruces

María del Mar Freijo: “Poder tener un tratamiento que reduzca la repetición del ictus es esperanzador”

Queda tiempo para que se convierta en una realidad, pero la neuróloga se muestra ilusionada con el ensayo clínico en fase III, denominado Oceanic-Stroke, que puede prevenir en un 26% la aparición de un segundo ictus



 Añádenos en Google

María Godoy | [Linkedin](#) / NTM

13-07-26 | 08:00 | **Actualizado a las 11:20**



María del Mar Freijo: “Poder tener un tratamiento que reduzca la repetición del ictus es

esperanzador” / CEDIDA



En los últimos años se ha avanzado mucho en el manejo del ictus, lo que ha mejorado el pronóstico de forma significativa. Así lo reflejan los resultados de un reciente ensayo clínico de Bayer en fase III, denominado Oceanic-Stroke, que ha sido capaz de reducir en un 26% la recurrencia de un segundo episodio tras sufrir un infarto cerebrovascular isquémico, sin aumentar el riesgo de sangrado. “El estilo de vida saludable disminuye la probabilidad de sufrir un ictus, pero hay otros factores diferentes que pueden causarlo”, apunta María del Mar Freijo, neuróloga del Hospital Universitario de Cruces.

PUBLICIDAD



PREGUNTA: Para que lo pueda entender todo el mundo, ¿qué es un

ictus?

RELACIONADAS

Una investigación propone un nuevo biomarcador para prevención y tratamiento de ictus

RESPUESTA: Un ictus es una enfermedad que se produce por una alteración de los vasos del cerebro. Hay dos tipos de ictus.

Uno es el isquémico, que es el más frecuente, representando aproximadamente el 80%. Este se produce porque un trombo obstruye un vaso que transporta la sangre a una zona del cerebro y al no llegarle ésta se lesiona y por tanto se alteran las funciones que lleva a cabo. Según el punto que se daña, se

podría alterar el lenguaje, la visión o el movimiento de las extremidades entre otras. El otro tipo es el hemorrágico en el que el daño cerebral se produce por la ruptura del vaso y la consecuente hemorragia lo que provoca una lesión en esa zona del cerebro y por tanto altera las funciones de la misma.

P: ¿Cuáles son los factores que los producen?

R: El principal factor que influye es la edad siendo más frecuentes a partir de los 65 años. Además, los factores de riesgo vascular como la hipertensión principalmente, el colesterol elevado, arritmias del corazón, la diabetes o el tabaquismo aumentan la probabilidad de que una persona pueda sufrir un ictus.

P: ¿Cuántas personas en el Estado lo sufren al año?

R: El ictus es una enfermedad con una incidencia alta que afecta aproximadamente a 120.000 personas anualmente.

P: ¿Y segundos ictus?

R: El riesgo de recurrencia general a los 5 años es de un 25% y a los 10 años hasta un 40% aunque depende del tipo de ictus. Al año alrededor de 15.000 personas sufren un segundo ictus.

P: ¿En Euskadi cuántos infartos cerebrovasculares se producen?

R: En Euskadi se atendieron en Osakidetza 7.500 personas por ictus en 2024. De ellos 4.000 eran mayores de 75 años, el 42% eran personas entre 46 y 75 años y 1.200 fallecieron.

El 90% de los factores de riesgo asociados al ictus se pueden modificar

Nekane Lauzirika

P: ¿Cuántos ictus se podrían prevenir con buenos hábitos y el control de los factores de riesgo vascular?

R: El 90% de los ictus son prevenibles. En el Estado alrededor de 100.000 ictus se podrían evitar con medidas preventivas de estilo de vida y control de factores de riesgo vascular.

P: ¿El ictus es una de las principales causas de mortalidad?

R: Sí. El ictus es una de las causas principales de mortalidad y la primera de discapacidad adquirida con un importante impacto en la calidad de vida del paciente, así como en su entorno. Disponer de un nuevo tratamiento que añadido a los actuales disminuya la posibilidad de que se repita es

fundamental.

P: En relación al nuevo tratamiento mencionado, ¿qué le parece que se pueda reducir en un 26% el riesgo de un segundo ictus?

R: Los resultados de este ensayo abren la posibilidad de poder disponer de una nueva opción de tratamiento en la prevención de la recurrencia del ictus. Es un fármaco con un mecanismo de acción diferente a los habituales que disminuye la formación de trombos y no aumenta las hemorragias, que es uno de los principales riesgos de los fármacos que hasta ahora se han estudiado. Además, podemos combinarlos con los que utilizamos actualmente. Por todo ello, puede suponer un avance importante en el manejo del ictus. Es esperanzador.

PUBLICIDAD



“En el Estado alrededor del 90% de los ictus se podrían evitar con un estilo de vida saludable y un control de

factores de riesgo vascular”

P: ¿Cuáles serían los pasos a seguir para convertirse en realidad?

R: Los resultados son muy prometedores, pero queda pendiente realizar una ampliación de los análisis realizados, la valoración y evaluación por las agencias regulatorias, así como su publicación en las Guías científicas que consoliden o confirmen la evidencia de su beneficio. Además, aunque no sea superponible dispondremos de resultados de ensayos con fármacos diferentes, pero con mecanismo de acción similar que puede reforzar el beneficio de esta nueva vía de acción.

P: ¿Y qué cree que supone este avance para la ciudadanía?

R: Este avance impacta en la ciudadanía de forma importante. Por un lado, disminuiría el número de ictus, por tanto, también reduciría la mortalidad y la discapacidad asociada al mismo. Un segundo ictus puede suponer un mayor grado de dependencia, de deterioro cognitivo, de pérdida de autonomía e institucionalización. Por ende, si se confirman estos resultados y se aplican en la práctica clínica, un mayor número de personas conservarían su independencia y calidad de vida, así como la de su entorno.

QUIÉN ES

María del Mar Freijo es neuróloga del Hospital Universitario de Cruces, además de jefa de la unidad de ictus de Cruces y coordinadora del grupo neurovascular del Instituto Biobizkaia. Por otro lado, es la coordinadora nacional del Grupo de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología y es investigadora principal del grupo de Euskadi RICORS-Ictus (red de investigación nacional del instituto Carlos III).



MARÍA DEL MAR FREIJO

Neuróloga de Osakidetza en el Hospital Universitario de Cruces

María del Mar Freijo: “Poder tener un tratamiento que reduzca la repetición del ictus es esperanzador”

Queda tiempo para que se convierta en una realidad, pero la neuróloga se muestra ilusionada con el ensayo clínico en fase III, denominado Oceanic-Stroke, que puede prevenir en un 26% la aparición de un segundo ictus



Añádenos en Google

María Godoy | [Linkedin](#) / NTM

13-07-26 | 08:00 | **Actualizado a las 11:20**



María del Mar Freijo: “Poder tener un tratamiento que reduzca la repetición del ictus es esperanzador” / CEDIDA



En los últimos años se ha avanzado mucho en el manejo del ictus, lo que ha mejorado el pronóstico de forma significativa. Así lo reflejan los resultados de un reciente ensayo clínico de Bayer en fase III, denominado Oceanic-Stroke, que ha sido capaz de reducir en un 26% la recurrencia de un segundo episodio tras sufrir un infarto cerebrovascular isquémico, sin aumentar el riesgo de sangrado. “El estilo de vida saludable disminuye la probabilidad de sufrir un ictus, pero hay otros factores diferentes que pueden causarlo”, apunta María del Mar Freijo, neuróloga del Hospital Universitario de Cruces.

PUBLICIDAD



PREGUNTA: Para que lo pueda entender todo el mundo, ¿qué es un ictus?

RELACIONADAS

Una

investigación
propone un
nuevo
biomarcador
para prevención
y tratamiento de
ictus

RESPUESTA: Un ictus es una enfermedad que se produce por una alteración de los vasos del cerebro. Hay dos tipos de ictus. Uno es el isquémico, que es el más frecuente, representando aproximadamente el 80%. Este se produce porque un trombo obstruye un vaso que transporta la sangre a una zona del cerebro y al no llegarle ésta se lesiona y por tanto se alteran las funciones que lleva a cabo. Según el punto que se daña, se podría alterar el lenguaje, la visión o el movimiento de las extremidades entre otras. El otro tipo es el hemorrágico en el que el daño cerebral se produce por la ruptura del vaso y la consecuente hemorragia lo que provoca una lesión en esa zona del cerebro y por tanto altera las funciones de la misma.

P: ¿Cuáles son los factores que los producen?

R: El principal factor que influye es la edad siendo más frecuentes a partir de los 65 años. Además, los factores de riesgo vascular como la hipertensión principalmente, el colesterol elevado, arritmias del corazón, la diabetes o el tabaquismo aumentan la probabilidad de que una persona pueda sufrir un ictus.

P: ¿Cuántas personas en el Estado lo sufren al año?

R: El ictus es una enfermedad con una incidencia alta que afecta aproximadamente a 120.000 personas anualmente.

P: ¿Y segundos ictus?

R: El riesgo de recurrencia general a los 5 años es de un 25% y a los 10 años hasta un 40% aunque depende del tipo de ictus. Al año alrededor de 15.000 personas sufren un segundo ictus.

P: ¿En Euskadi cuántos infartos cerebrovasculares se producen?

R: En Euskadi se atendieron en Osakidetza 7.500 personas por ictus en 2024. De ellos 4.000 eran mayores de 75 años, el 42% eran personas entre 46 y 75 años y 1.200 fallecieron.

El 90% de los factores de riesgo asociados al ictus se pueden modificar

Nekane Lauzirika

P: ¿Cuántos ictus se podrían prevenir con buenos hábitos y el control de los factores de riesgo vascular?

R: El 90% de los ictus son prevenibles. En el Estado alrededor de 100.000 ictus se podrían evitar con medidas preventivas de estilo de vida y control de factores de riesgo vascular.

P: ¿El ictus es una de las principales causas de mortalidad?

R: Sí. El ictus es una de las causas principales de mortalidad y la primera de discapacidad adquirida con un importante impacto en la calidad de vida del paciente, así como en su entorno. Disponer de un nuevo tratamiento que añadido a los actuales disminuya la posibilidad de que se repita es

fundamental.

P: En relación al nuevo tratamiento mencionado, ¿qué le parece que se pueda reducir en un 26% el riesgo de un segundo ictus?

R: Los resultados de este ensayo abren la posibilidad de poder disponer de una nueva opción de tratamiento en la prevención de la recurrencia del ictus. Es un fármaco con un mecanismo de acción diferente a los habituales que disminuye la formación de trombos y no aumenta las hemorragias, que es uno de los principales riesgos de los fármacos que hasta ahora se han estudiado. Además, podemos combinarlos con los que utilizamos actualmente. Por todo ello, puede suponer un avance importante en el manejo del ictus. Es esperanzador.

PUBLICIDAD



“En el Estado alrededor del 90% de los ictus se podrían evitar con un estilo de vida saludable y un control de

factores de riesgo vascular”

P: ¿Cuáles serían los pasos a seguir para convertirse en realidad?

R: Los resultados son muy prometedores, pero queda pendiente realizar una ampliación de los análisis realizados, la valoración y evaluación por las agencias regulatorias, así como su publicación en las Guías científicas que consoliden o confirmen la evidencia de su beneficio. Además, aunque no sea superponible dispondremos de resultados de ensayos con fármacos diferentes, pero con mecanismo de acción similar que puede reforzar el beneficio de esta nueva vía de acción.

P: ¿Y qué cree que supone este avance para la ciudadanía?

R: Este avance impacta en la ciudadanía de forma importante. Por un lado, disminuiría el número de ictus, por tanto, también reduciría la mortalidad y la discapacidad asociada al mismo. Un segundo ictus puede suponer un mayor grado de dependencia, de deterioro cognitivo, de pérdida de autonomía e institucionalización. Por ende, si se confirman estos resultados y se aplican en la práctica clínica, un mayor número de personas conservarían su independencia y calidad de vida, así como la de su entorno.



SAN FERMÍN

Las mejores imágenes del encierro de Miura

MARÍA DEL MAR FREIJO

Neuróloga de Osakidetza en el Hospital Universitario de Cruces

María del Mar Freijo: “Poder tener un tratamiento que reduzca la repetición del ictus es esperanzador”

Queda tiempo para que se convierta en una realidad, pero la neuróloga se muestra ilusionada con el ensayo clínico en fase III, denominado Oceanic-Stroke, que puede prevenir en un 26% la aparición de un segundo ictus



Añádenos en Google

Itzuli



Entzun



María Godoy | LinkedIn / NTM

13-07-26 | 08:00



M^a Mar Freijo Guerrero. Neuróloga de Osakidetza en el Hospital Universitario Cruces / CEDIDA

En los últimos años se ha avanzado mucho en el manejo del ictus, lo que ha mejorado el pronóstico de forma significativa. Así lo reflejan los resultados de un reciente ensayo clínico de Bayer en fase III, denominado Oceanic-Stroke, que ha sido capaz de reducir en un 26% la recurrencia de un segundo episodio tras sufrir un infarto cerebrovascular isquémico, sin aumentar el riesgo de sangrado. “El estilo de vida saludable disminuye la probabilidad de sufrir un ictus, pero hay otros factores diferentes que pueden causarlo”, apunta María del Mar Freijo, neuróloga del Hospital Universitario de Cruces.

RELACIONADAS

Una investigación propone un nuevo biomarcador para prevención y tratamiento de ictus

PREGUNTA: Para que lo pueda entender todo el mundo, ¿qué es un ictus?

RESPUESTA: Un ictus es una enfermedad que se produce por una alteración de los vasos del cerebro. Hay dos tipos de ictus. Uno es el isquémico, que es el

más frecuente, representando aproximadamente el 80%. Este se produce porque un trombo obstruye un vaso que transporta la sangre a una zona del cerebro y al no llegarle ésta se lesiona y por tanto se alteran las funciones que lleva a cabo. Según el punto que se daña, se podría alterar el lenguaje, la visión o el movimiento de las extremidades entre otras. El otro tipo es el hemorrágico en el que el daño cerebral se produce por la ruptura del vaso y la consecuente hemorragia lo que provoca una lesión en esa zona del cerebro y por tanto altera las funciones de la misma.

PUBLICIDAD



P: ¿Cuáles son los factores que los producen?

R: El principal factor que influye es la edad siendo más frecuentes a partir de los 65 años. Además, los factores de riesgo vascular como la hipertensión principalmente, el colesterol elevado, arritmias del corazón, la diabetes o el tabaquismo aumentan la probabilidad de que una persona pueda sufrir un ictus.

P: ¿Cuántas personas en el Estado lo sufren al año?

R: El ictus es una enfermedad con una incidencia alta que afecta aproximadamente a 120.000 personas anualmente.

P: ¿Y segundos ictus?

R: El riesgo de recurrencia general a los 5 años es de un 25% y a los 10 años hasta un 40% aunque depende del tipo de ictus. Al año alrededor de 15.000

personas sufren un segundo ictus.

P: ¿En Euskadi cuántos infartos cerebrovasculares se producen?

R: En Euskadi se atendieron en Osakidetza 7.500 personas por ictus en 2024. De ellos 4.000 eran mayores de 75 años, el 42% eran personas entre 46 y 75 años y 1.200 fallecieron.

PUBLICIDAD

El 90% de los factores de riesgo asociados al ictus se pueden modificar

Nekane Lauzirika

P: ¿Cuántos ictus se podrían prevenir con buenos hábitos y el control de los factores de riesgo vascular?

R: El 90% de los ictus son prevenibles. En el Estado alrededor de 100.000 ictus se podrían evitar con medidas preventivas de estilo de vida y control de factores de riesgo vascular.

P: ¿El ictus es una de las principales causas de mortalidad?

R: Sí. El ictus es una de las causas principales de mortalidad y la primera de discapacidad adquirida con un importante impacto en la calidad de vida del paciente, así como en su entorno. Disponer de un nuevo tratamiento que añadido a los actuales disminuya la posibilidad de que se repita es

fundamental.

P: En relación al nuevo tratamiento mencionado, ¿qué le parece que se pueda reducir en un 26% el riesgo de un segundo ictus?

R: Los resultados de este ensayo abren la posibilidad de poder disponer de una nueva opción de tratamiento en la prevención de la recurrencia del ictus. Es un fármaco con un mecanismo de acción diferente a los habituales que disminuye la formación de trombos y no aumenta las hemorragias, que es uno de los principales riesgos de los fármacos que hasta ahora se han estudiado. Además, podemos combinarlos con los que utilizamos actualmente. Por todo ello, puede suponer un avance importante en el manejo del ictus. Es esperanzador.

“En el Estado alrededor del 90% de los ictus se podrían evitar con un estilo de vida saludable y un control de factores de riesgo vascular”

P: ¿Cuáles serían los pasos a seguir para convertirse en realidad?

R: Los resultados son muy prometedores, pero queda pendiente realizar una ampliación de los análisis realizados, la valoración y evaluación por las agencias regulatorias, así como su publicación en las Guías científicas que consoliden o confirmen la evidencia de su beneficio. Además, aunque no sea superponible dispondremos de resultados de ensayos con fármacos diferentes, pero con mecanismo de acción similar que puede reforzar el beneficio de esta nueva vía de acción.

P: ¿Y qué cree que supone este avance para la ciudadanía?

R: Este avance impacta en la ciudadanía de forma importante. Por un lado, disminuiría el número de ictus, por tanto, también reduciría la mortalidad y la discapacidad asociada al mismo. Un segundo ictus puede suponer un mayor grado de dependencia, de deterioro cognitivo, de pérdida de autonomía e institucionalización. Por ende, si se confirman estos resultados y se aplican en la práctica clínica, un mayor número de personas conservarían su independencia y calidad de vida, así como la de su entorno.

QUIÉN ES

María del Mar Freijo es neuróloga del Hospital Universitario de Cruces, además de jefa de la unidad de ictus de Cruces y coordinadora del grupo neurovascular del Instituto Biobizkaia. Por otro lado, es la coordinadora nacional del Grupo de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología y es investigadora principal del grupo de Euskadi RICORS-Ictus (red de investigación nacional del instituto Carlos III).

TEMAS Ictus - Ensayo - Euskadi - Mortalidad - Neurología - 

okdiario.com

Dr. Belvis: «No hay evidencia científica de que las altas temperaturas produzcan más migrañas»

Tamara García Yuste

7-9 minutos

Coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología

"El paciente con migraña se habitúa de forma diferente a los cambios de rutina y puede haber un empeoramiento"



Doctor Roberto Belvis.

- [Tamara García Yuste](#)

- [12/07/2026 05:40](#)
- *Actualizado: 12/07/2026 05:40*

Fact checked

×

Este artículo de OkSalud ha sido verificado para garantizar la mayor precisión y veracidad posible: se incluyen, en su mayoría, estudios médicos, enlaces a medios acreditados en la temática y se menciona a instituciones académicas de investigación. Todo el contenido de OkSalud está revisado pero, si consideras que es dudoso, inexacto u obsoleto, puedes [contactarnos](#) para poder realizar las posibles modificaciones pertinentes.

Aunque muchas personas relacionan automáticamente el calor con un aumento de las [migrañas](#), el coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, el doctor Roberto Belvis, asegura en una entrevista a OKSALUD que la evidencia científica no ha demostrado una relación directa entre las altas temperaturas y un mayor número de crisis. El neurólogo explica que numerosos estudios han analizado la **influencia de variables meteorológicas** como la temperatura o la presión atmosférica sin encontrar una asociación clara.

Sin embargo, matiza que el verano sí puede favorecer indirectamente las migrañas debido a los **cambios que introduce en el estilo de vida**. Alteraciones en el ritmo de sueño, una hidratación insuficiente, los viajes, el cambio en los horarios de las comidas o un descenso brusco del nivel de [estrés](#) pueden actuar como desencadenantes en pacientes predispuestos.

PREGUNTA.- ¿Por qué el calor y las altas temperaturas pueden desencadenar migrañas o empeorar las crisis en algunas personas?

RESPUESTA.- El calor y las altas temperaturas no se han relacionado científicamente con la inducción de más migraña. Realmente es una infoxicación que está en las redes, pero científicamente esto no se ha podido mostrar. Hay múltiples estudios que han controlado los días que los pacientes tienen migraña apuntando en un diario y se ha mirado en el lugar donde estaban, qué decía el observatorio meteorológico, y no se ha encontrado ninguna relación con la temperatura ni la presión atmosférica, que es otra variable de la que en las redes y en Internet se habla mucho.

De hecho, la única que rozó la significancia estadística fue la fuerza del viento, que es una de las variables de las que nos suelen hablar los pacientes. Por lo tanto, sí que es cierto que ante un cambio de variables atmosféricas rápido, ya sea hacia el frío o hacia el calor, hay más ataques de migraña, pero el factor atmosférico concreto que lo produce nunca se ha encontrado.

Ahora bien, el verano supone una cosa muy importante, que es un cambio en el estilo de vida del paciente. Los pacientes con migraña tienen una habituación diferente a los cambios. La habituación es una función de la corteza cerebral y, por lo tanto, no se adaptan a cambios de forma, digamos, habitual; tarda más y a veces se adaptan de formas diferentes.

Por ejemplo, por la noche, si hace mucho calor, puede dormir y el trastorno del ritmo de sueño puede provocar migraña. Si hace mucho calor y el paciente no se hidrata correctamente, también la deshidratación puede provocar migraña. Además, el verano

en sí puede suponer que te relajes y, cuando hablamos de que el estrés es el factor número uno que provoca migraña, no nos referimos a un empeoramiento del estrés, sino a un cambio de estrés.

P.- Por lo tanto, si te relajas de forma rápida también puede haber más migraña.

R.- El paciente tiene que habituarse al nuevo nivel de estrés de forma progresiva, sea peor o sea mejor el estrés. Los americanos suelen hablar de first day holidays migraine, la migraña de los primeros días de vacaciones. Si cortas tu ritmo de vida rápido y coges las maletas y te vas a otro país, pues el hecho de tener que hacer las maletas, el estrés del aeropuerto, el avión que lo pierdo, el taxi, no sé qué más.

Por lo tanto, el cambio en los horarios de las comidas, sobre todo si hay un cambio transoceánico y además también está el cambio del horario de sueño en verano, nos suele caer más alcohol, que es un precipitante de migraña en pacientes no habituados al alcohol. Hay bebidas y helados que, por su carácter frío, también pueden provocar la migraña. En definitiva, sí puede haber un grupo de pacientes que tengan más migraña en verano, pero no por un factor atmosférico relacionado con el calor.

P.- ¿Qué se recomienda?

R.- Si un paciente coge las vacaciones en verano y se traslada a otro lugar, intentar mantener las rutinas, porque, como he dicho, el paciente con migraña se habitúa de forma diferente a los cambios de rutina y ahí puede haber un empeoramiento de la migraña.

Lo interesante sería mantener el ritmo de sueño siempre que se pueda y el horario de las comidas, incluso comer más o menos

lo mismo. También sería ideal tener el mismo ritmo de actividad física, si se trata de un paciente con un alto rendimiento físico porque va al gimnasio en verano, pues intentar continuar; si hace una hora de footing, pues continuar haciendo esa hora de footing, porque también es un factor que se ha demostrado que puede provocar migraña.

P.- ¿Cuándo tiene que preocupar la migraña?

R.- Cuando comienza en la vida por primera vez, hay que hacer una consulta al médico de familia si eres adulto o al pediatra si eres niño, para que diagnostique la migraña. No todos los dolores de cabeza van a ser migraña, hay cefaleas secundarias y, por lo tanto, siempre hay que consultar a un profesional la primera vez. En un paciente que ya tiene diagnosticada la migraña.

Y evidentemente también cuando cambia el patrón de la migraña. Si tienes habitualmente cefaleas que afectan a un lado de la cabeza, que son pulsátiles, náuseas, vómitos y fotofobia y de repente un día el patrón cambia y tienes una cefalea con otras características, siempre hay que comentárselo a un profesional. Si aparece una cefalea aguda súbita, hay que ir a urgencias, evidentemente. Y también otro motivo de consulta al profesional es cuando se incrementa el número de ataques de migraña.

- **Temas:**

- [calor](#)
- [Dolor de cabeza](#)
- [Migraña](#)
- [Verano](#)

ES NOTICIA Poner una BOTELLA para bajar 5°C la TEM... Alerta AMARILLA de la AEMET en VALENCIA La REI

OKSALUD

ÚLTIMAS NOTICIAS ACTUALIDAD MEDICAMENTOS PACIENTES FARMACIA NUTRICIÓN SALUD SEXUAL

“La fisioterapia es la herramienta terapéutica más importante para ralentizar el curso de la ELA”

- ✓ El especialista y Sara García, responsable de la Unidad de Neurorrehabilitación Robótica del Hospital Quirónsalud Bizkaia, destacan el papel de la fisioterapia, la tecnología y el abordaje multidisciplinar para preservar la autonomía de los pacientes durante el mayor tiempo posible
- ✓ La Esclerosis Lateral Amiotrófica es una enfermedad neurodegenerativa sin cura definitiva que afecta a entre 4.000 y 4.500 personas en España, según datos de la Sociedad Española de Neurología



OKDIARIO 09/07/2026 11:28 Actualizado: 09/07/2026 11:28

La Esclerosis Lateral Amiotrófica, más conocida como ELA, es una enfermedad neurodegenerativa que provoca una pérdida progresiva de la movilidad y que, en muchos casos, tarda cerca de un año en ser diagnosticada. Ante la ausencia de una cura definitiva, los profesionales insisten en la importancia de preservar la autonomía de los pacientes durante el mayor tiempo posible y mejorar su calidad de vida a través de un abordaje coordinado.



El doctor Alejandro Durán, jefe del Servicio de Neurología del Hospital Quirónsalud Bizkaia, explica que la ELA afecta a las neuronas motoras, responsables de transmitir la información necesaria para que los músculos puedan moverse. “Estas neuronas van perdiendo su función y eso produce que los pacientes presenten una debilidad progresiva que puede llegar a afectar a la marcha, la movilidad y otras funciones motoras”, señala.



Los primeros síntomas suelen aparecer en forma de debilidad o pérdida de masa muscular, especialmente en manos o pies. “Puede manifestarse como un pie caído, dificultad para realizar movimientos finos con la mano o pérdida de fuerza en alguna extremidad”, apunta el neurólogo. Sin embargo, al tratarse de síntomas que también pueden asociarse a otras patologías más frecuentes, el diagnóstico puede demorarse. “Se calcula que la tardanza en el diagnóstico está en torno al año”, añade Durán.

Aunque la ELA se asocia habitualmente a la pérdida de movilidad, el especialista recuerda que la enfermedad puede tener otras manifestaciones menos conocidas. “Quizá lo más sorprendente para la población general es que hasta el 50% de los pacientes puede presentar algún grado de deterioro cognitivo o alteraciones emocionales y psiquiátricas, como ansiedad, depresión o labilidad emocional”, explica.

Preservar la movilidad y la autonomía

Ante la ausencia de una cura definitiva, los profesionales subrayan la importancia de actuar sobre aquello que sí puede ayudar al paciente en su día a día: preservar la movilidad, reducir complicaciones, adaptar el tratamiento a cada fase de la enfermedad y acompañar tanto a la persona diagnosticada como a su entorno.

“La fisioterapia ayuda a mantener la movilidad que conserva la persona, preservar su autonomía y su calidad de vida durante el mayor tiempo posible”, explica Sara García, responsable de la Unidad de Neurorrehabilitación Robótica del Hospital Quirónsalud Bizkaia. “También permite prevenir complicaciones, reducir parte del dolor y adaptar el tratamiento a la fase de la enfermedad en la que se encuentra cada paciente”. En este sentido, el doctor Durán es claro: “Hoy en día, la fisioterapia es quizá la herramienta terapéutica más importante para ralentizar el curso de la enfermedad”.

Tecnología al servicio de tratamientos más personalizados

La neurorrehabilitación robótica permite incorporar herramientas tecnológicas, como exoesqueletos, al tratamiento rehabilitador, con el objetivo de trabajar la marcha, el equilibrio, la fuerza y el movimiento de una forma más precisa y adaptada a cada paciente.

“Los sistemas de neurorrehabilitación robótica nos permiten realizar terapias más personalizadas y monitorizar la evolución del paciente con métricas más precisas”, señala Sara García. “A través de la realidad virtual y otros sistemas de feedback podemos ajustar la terapia en cada sesión y adaptar el trabajo a las necesidades concretas de cada persona”.

La responsable de la unidad insiste en que el objetivo no es sustituir el trabajo terapéutico tradicional, sino reforzarlo con herramientas que permitan un seguimiento más detallado. “El objetivo sigue siendo contribuir a mantener la independencia y la calidad de vida durante el mayor tiempo posible, pero con elementos tecnológicos que nos ayudan a medir mejor la evolución y ajustar el tratamiento”, añade.

Un abordaje coordinado entre especialidades

La ELA requiere una atención coordinada entre diferentes perfiles profesionales. Neurología, fisioterapia, rehabilitación, neumología, nutrición, logopedia, psicología y otros ámbitos asistenciales pueden intervenir en distintos momentos de la enfermedad para anticiparse a complicaciones y responder a las necesidades cambiantes del paciente.

“El papel del neurólogo en la ELA es, en cierta forma, el de un director de orquesta”, explica el doctor Durán. “Nuestro trabajo es coordinar la rehabilitación, la atención respiratoria, la nutrición y aquellas especialidades que pueden aportar medidas para mejorar la calidad de vida y ayudar a ralentizar el curso de la enfermedad”.

Sara García destaca también la importancia del acompañamiento y la información. “A veces es tan importante la intervención que hacemos desde cada ámbito como ofrecer recursos, resolver dudas y ayudar a la persona y a su familia a entender cómo puede evolucionar la enfermedad”, afirma. “Se trata de ir de la mano, anticipar posibles complicaciones y adaptar las herramientas a cada momento”.

Pequeños avances que marcan la diferencia

En una enfermedad progresiva como la ELA, los profesionales recuerdan que pequeños cambios pueden tener un impacto muy importante en la vida diaria. Una ayuda técnica, un dispositivo de apoyo, un sistema de comunicación o una adaptación en el tratamiento pueden contribuir a que la persona mantenga durante más tiempo su autonomía y su participación en la vida cotidiana. “Muchas veces los pequeños avances son los que tienen mayor impacto”, señala Sara García. “Cualquier herramienta que ayude a moverse mejor, comunicarse mejor o participar de forma más activa en el día a día puede marcar una diferencia importante para el paciente y para su entorno”.

El doctor Durán coincide en la importancia de estos avances. “En pacientes con una resiliencia enorme, cualquier situación en la que se vean estables o perciban una mejora supone un impulso anímico muy importante para ellos y para sus familias”, concluye.

TEMAS: [Quirón Salud](#)

VIDA Y ESTILO

La biotecnología y la inteligencia artificial, herramientas clave en la lucha contra la esclerosis múltiple

El desarrollo de nuevas herramientas diagnósticas permitirá determinar con mayor precisión la evolución de la enfermedad, según los científicos



Una persona con esclerosis múltiple realiza ejercicios de rehabilitación. / Ainara García



JAVIER ALONSO | NTM

05 de Julio 2026 4 min de lectura



Frenar la progresión de la esclerosis múltiple se ha convertido en el gran objetivo de la investigación biomédica. Los avances en biotecnología permiten avanzar hacia una monitorización más completa y **comprender mejor los mecanismos que intervienen en la progresión de la enfermedad.**

Una de las grandes responsables es **Sanofi**. La compañía está llevando a cabo **distintas líneas de investigación centradas en**



...a un diagnóstico más preciso, personalizado y orientado a preservar la función neurológica y la calidad de vida
largo plazo.
Kale Nagusia



investigadores han comprobado que **"existen procesos dentro del propio sistema nervioso central que pueden contribuir al daño neurológico y a la progresión de la discapacidad incluso en ausencia de recaídas"**, un hallazgo que está ampliando la forma de entender la enfermedad.

Apuesta por las nuevas tecnologías

La biotecnología está desempeñando un papel decisivo en este cambio de enfoque. El desarrollo de biomarcadores, las técnicas avanzadas de neuroimagen y las nuevas herramientas de análisis de datos permiten **detectar con mayor sensibilidad los cambios asociados a la evolución de la enfermedad y realizar un seguimiento más preciso de los pacientes**.

De hecho, desde la compañía consideran que **"uno de los avances más prometedores será precisamente la capacidad de disponer de herramientas que permitan un seguimiento más preciso y faciliten una toma de decisiones clínicas cada vez más individualizada"**.

En este sentido, un **estudio dirigido por el equipo médico de Roche**, en colaboración con diversos profesionales sanitarios y con la **Sociedad Española de Neurología**, ha demostrado que **la IA puede servir como herramienta de apoyo en la toma de decisiones terapéuticas**. El trabajo concluye que sus recomendaciones se ajustan en mayor medida a las guías clínicas que las realizadas por los especialistas participantes en el estudio (80,5% frente al 66,5%), aunque los investigadores subrayan que nunca puede sustituir el criterio del neurólogo y que todas sus recomendaciones deben estar supervisadas por el profesional.

El Estado español ocupa además una posición destacada en este ámbito. Según Sanofi, el Estado cuenta con neurólogos y hospitales de referencia, además de una participación muy activa en la investigación clínica internacional sobre esclerosis múltiple. En los últimos años, **cientos de pacientes españoles han participado en ensayos clínicos de la tercera fase y más de un centenar de centros se han implicado en estos estudios**.

La colaboración entre hospitales, investigadores, asociaciones de pacientes e industria farmacéutica está siendo, a juicio de la compañía, un factor determinante para seguir avanzando en el conocimiento de una enfermedad compleja y reforzar la capacidad investigadora española.



EN DIRECTO 11:00 - 13:00

El apoyo a la investigación de la esclerosis múltiple en 2024. **Jorge Muñoz**

Huellas antivirales

Un equipo de científicos ha realizado un estudio gracias al cual **se han identificado "huellas antivirales" distintas según el tipo de esclerosis múltiple, lo que apunta a "posibles terapias dirigidas"**. Según este trabajo, la forma en que el sistema inmunitario responde a determinados virus podría influir en la evolución clínica de la esclerosis múltiple.

Nuevos marcadores

Investigadores del Instituto Max Planck de Bioquímica y de la Universidad Técnica de Múnich **han logrado identificar nuevos biomarcadores proteicos que pueden mejorar el diagnóstico de la enfermedad** y ayudar a predecir la progresión de la enfermedad.

Mielina

Otro grupo de Investigadores comprobó en animales que **la mielina puede recuperarse si se interviene en etapas iniciales**. Esto puede ofrecer nuevas perspectivas para futuros tratamientos.

“Cada vez comprendemos mejor los mecanismos biológicos implicados en la evolución de la esclerosis múltiple y cómo determinados procesos pueden contribuir al deterioro neurológico más allá de la actividad clínica visible”

Sanofi

Retos pendientes

No obstante, persisten importantes desafíos en el acceso a terapias innovadoras. Entre ellos destaca **la necesidad de reducir el tiempo que transcurre entre los avances científicos y su llegada efectiva a los pacientes**, en un contexto internacional cada vez más competitivo. Europa ha perdido peso relativo en investigación clínica global durante la última década en detrimento de otros territorios.

Te puede interesar:

Economía

El gasto en I+D en biotecnología en Euskadi en 2024 ascendió a 193,7 millones, un 4,9% más que en 2023

Por ello, **en Sanofi consideran "prioritario" que se mantenga un entorno atractivo para la investigación clínica que permita seguir atrayendo inversión**, participando en estudios internacionales y facilitando el acceso temprano a la innovación terapéutica.

A pesar de todo, **los científicos son optimistas**. Confían en que la combinación de biotecnología, biomarcadores en plasma, neuroimagen avanzada y nuevas herramientas de análisis sirva para ayudar a que pacientes con esclerosis múltiple puedan mantener durante más tiempo su autonomía, sus capacidades y sus proyectos de vida. – NTM

ETIQUETAS

Inteligencia artificial

Esclerosis múltiple

Biotecnología

Noticias Relacionadas



EN DIRECTO 11:00 - 13:00
Kale Nagusia



Detección temprana de la esclerosis múltiple en atención primaria: Rol del médico de familia y claves de sospecha clínica

Mg. Dra. Beatriz Arciere
Neuróloga.
Jefa del Servicio de Neurología Casmu-IAMPP.
Vicepresidente de la SNU (2022-2025).
Presidente del XVIII Congreso Panamericano de Neurología 2027.
www.beatrizarciere.com
Cel. 091447629

La EM es una enfermedad inflamatoria y desmielinizante crónica del sistema nervioso central (cerebro, médula espinal y nervios ópticos), de probable origen autoinmune, caracterizada por lesiones (placas) diseminadas en el tiempo y en el espacio, que producen síntomas neurológicos variables con brotes y remisiones o con progresión en algunos casos.

La identificación temprana de la esclerosis múltiple (EM) en atención primaria es crucial: el médico de familia debe reconocer síntomas neurológicos fluctuantes, inespecíficos y aparentemente desconectados, para derivar rápidamente al neurólogo y evitar retrasos diagnósticos. (1,2)

Rol del médico de familia en la detección de EM

- Puerta de entrada al sistema de salud: el médico de familia es el primer contacto de la mayoría de los pacientes, por lo que su capacidad de sospecha clínica es determinante. (3,4)

- Perfil epidemiológico: la EM suele aparecer en mujeres jóvenes entre 20 y 40 años, aunque también afecta a hombres. La prevalencia en Latinoamérica está en aumento, lo que exige mayor vigilancia. (5)

- Síntomas iniciales frecuentes:

- Neuritis óptica: la forma desmielinizante, como se ve en la EM se caracteriza desde el punto de vista sintomático por el inicio agudo (horas o días) de dolor a la movilización ocular seguido de alteración de la agudeza visual a menudo unilateral, alteración en la visión de los colores, escotoma central o cecocentral (mancha en el centro del campo visual), empeoramiento transitorio con calor o ejercicio (fenómeno de Uhthoff). Los signos al examen físico son, defecto pupilar aferente relativo (signo de Marcus Gun) si es unilateral o asimétrica, alteración de la visión de los colores (con pruebas como láminas de Ishihara), defectos campimétricos (frecuente escotoma central, en el fondo de ojo: puede ser normal si es neuritis retrobulbar (muy común), o puede verse edema de papila si es papilitis, disminución de la sensibilidad al contraste.

- Parestesias en extremidades o cara: las parestesias son sensaciones anormales en piel (generalmente sin un estímulo externo) que se describen como hormigueo, adormecimiento, pinchazos, sensación de corriente o quemazón.

- Debilidad o fatiga desproporcionada.

- Inestabilidad al caminar, vértigo es decir sensación ilusoria de movimiento.

- Alteraciones esfinterianas transitorias,

como por ejemplo incontinencia urinaria por urgencia, etc.

Claves para la sospecha clínica

- Carácter intermitente y multifocal: los síntomas aparecen y remiten, afectando distintas áreas del sistema nervioso central.

- Duración de los episodios: los brotes o empujes suelen durar más de 24 horas y no se explican por fiebre o infecciones. Es muy importante diferenciar el brote o empuje de una agravación de síntomas vinculado a una infección intercurrente, urinaria, por ejemplo, ya que en este caso la conducta terapéutica será el tratamiento de la infección y no la administración de corticoides (utilizados en el empuje).

- Exclusión de diagnósticos diferenciales: el médico de familia debe descartar causas más comunes (migraña que cursa con aura visual tipo escotoma centellante, déficit vitamínico (carencia de B12), ansiedad, neuropatías periféricas).

Clinicamente los síntomas aparecen y remiten, afectando distintas áreas del sistema nervioso central donde los brotes o empujes suelen durar más de 24 horas y no se explican por fiebre o infecciones.

- Historia clínica detallada: preguntar por antecedentes familiares, tener en cuenta que si bien no es hereditaria en forma directa sí tiene un componente genético de susceptibilidad, es decir que, tener un familiar afectado aumenta el riesgo, aunque la mayoría de los familiares nunca la desarrollan; factores ambientales como el tabaquismo, el cual se asocia con un incremento del riesgo (en metaanálisis alrededor de 1,5 veces (6); vitamina D, la evidencia

sugiere que su deficiencia (25-OH vitamina D <50 nmol/L) se asocia con una mayor probabilidad de EM (OR 1,54; IC95% 1,05–2,24) (7). En etapas muy tempranas, un ensayo clínico aleatorizado en síndrome clínicamente aislado mostró que el colecalciferol en dosis altas redujo la actividad de enfermedad (recaída y/o actividad en RM) frente a placebo. (8)

Herramientas disponibles en atención primaria

- Exploración neurológica básica: evaluar tono, fuerza, reflejos, coordinación, sensibilidad y visión.

- Registro de síntomas: documentar episodios previos, incluso si el paciente los minimiza.

- Derivación temprana: ante sospecha fundada, remitir al neurólogo para estudios de resonancia magnética (encéfalo con gadolinio y/médula) estudio requerido para confirmar el diagnóstico demostrando la diseminación en tiempo y espacio de las lesiones y eventual análisis de líquido cefalorraquídeo con búsqueda de bandas oligoclonales intratecales y otros parámetros que pueden aportar evidencia de inflamación intratecal. (9,10)

El médico de familia debe descartar causas más comunes (migraña que cursa con aura visual tipo escotoma centellante, déficit vitamínico (carencia de B12), ansiedad, neuropatías periféricas).

Riesgos de la demora diagnóstica

- Retraso en el inicio de terapias modificadoras de la enfermedad, que pueden reducir la frecuencia de brotes y la progresión

de la discapacidad.

Existe en el paciente un impacto emocional y social, donde la incertidumbre prolongada aumenta la ansiedad y dificulta su adaptación.

- Impacto emocional y social: la incertidumbre prolongada aumenta la ansiedad y dificulta la adaptación del paciente.
- Sobrecarga del sistema de salud: un diagnóstico tardío implica más consultas, estudios y complicaciones.
- Mayor carga de enfermedad al momento del diagnóstico: la demora puede permitir la acumulación de nuevas lesiones y recaídas antes del inicio de tratamiento, asociándose a mayor discapacidad (p. ej., mayor EDSS) y peor pronóstico funcional.
- Riesgo de diagnósticos erróneos y tratamientos inapropiados: tanto el retraso

como la confusión con "mimics" de EM pueden exponer al paciente a estudios repetidos, corticoides o incluso terapias modificadoras de la enfermedad sin indicación, con potenciales efectos adversos y costos.

- Pérdida de oportunidades de intervención temprana: se retrasa la educación del paciente, el consejo sobre factores modificables (p. ej., dejar de fumar), el abordaje sintomático y la rehabilitación precoz, lo que puede impactar en calidad de vida y desempeño laboral. (11,12)

Recomendaciones prácticas para médicos de familia

1. Sospechar EM ante cuadros neurológicos focales que duran >24 h, con recuperación parcial/total y recurrencias (p. ej., neuritis óptica, diplopía, síntomas medulares, ataxia/vértigo central), especialmente en menores de 50 años.
2. Registrar de forma estructurada: inicio y duración del episodio, síntomas asociados, recuperación, episodios previos, y un exa-

men neurológico básico (fuerza, reflejos, sensibilidad, coordinación, marcha, pares craneales y visión), ya que la documentación mejora la pertinencia y urgencia de la derivación.

3. Evitar atribuir los síntomas solo a estrés/ansiedad sin correlato neurológico y, antes de catalogar un "brote", descartar pseudo-brote por fiebre o infección intercurrente (p. ej., ITU), así como otras causas frecuentes según el cuadro (migraña con aura, déficit de B12, neuropatías periféricas, etc.).

4. Derivar de forma prioritaria a Neurología ante sospecha fundada y considerar urgencia si hay pérdida visual aguda compatible con neuritis óptica, déficit motor progresivo, síndrome medular (nivel sensitivo/esfínteres), alteración marcada de la marcha o deterioro rápido. No demorar la derivación esperando resultados de estudios si la clínica es sugestiva.

5. Si está disponible y sin retrasar la interconsulta, solicitar/coordinar estudios según vía local: RM de encéfalo ($\pm$ gadolinio) y, si corresponde, RM de médula; y orientar sobre eventual LCR (bandas oligoclonales)

¿Qué pasa en la Esclerosis Múltiple?

Daño en los nervios por pérdida de mielina.



y pruebas de apoyo (OCT) que suelen quedar a cargo de Neurología.

6. Educar y dar pautas de alarma: indicar consulta precoz ante nuevos déficits neurológicos (>24 h), explicar la importancia de la derivación y promover factores modificables (cese de tabaco, actividad física acorde, control de comorbilidades; corrección de déficit de vitamina D según evaluación clínica).

7. Coordinar seguimiento en atención primaria: pesquisar y tratar factores reversibles (infecciones, trastornos del sueño, depresión/ansiedad), manejar síntomas frecuentes en coordinación con el equipo (fatiga, dolor, vejiga/intestino, caídas) y asegurar continuidad del plan indicado por Neurología.

Conclusión

La esclerosis múltiple es una enfermedad compleja, pero el médico de familia tiene un papel esencial en su identificación temprana. Reconocer patrones clínicos, escuchar con atención la narrativa del paciente y derivar oportunamente son acciones que

pueden cambiar el curso de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Referencias bibliográficas

- 1- Ministerio de Salud Pública del Uruguay. (2024). Protocolos de atención neurológica en el primer nivel de atención. Montevideo: MSP.
- 2- Fernández Badía, I., García Muñoz, R., & Ferrer Aguiló, L. (2022). Abordaje de la esclerosis múltiple en atención primaria: revisión bibliográfica. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com, 17(6), 223–230.
- 3- Lozano, A., Sánchez, C., Artola, M., Rodríguez, O., & Borrás, L. (2023). Guía de enfermería: Valoración e intervención del paciente con esclerosis múltiple. Hospital Universitario Cruces, Hospital Clínic Barcelona, Hospital Puerta de Hierro. Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE).
- 4- Sociedad Española de Neurología (SEN). (2023). Guías de práctica clínica en esclerosis múltiple. Madrid: SEN.
- 5- World Health Organization (WHO) & Multiple Sclerosis International Federation (MSIF). (2023). Atlas of MS: Mapping multiple sclerosis around the world. Geneva: WHO/MSIF.
- 6- Degelman M, Herman K. Smoking and multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis using the Bradford Hill criteria for causation Multiple Sclerosis and Related Disorders, 2017; 17, 207-216)
- 7- Balasooriya NN, Elliott TM, Neale RE, et al. The association between vitamin D deficiency and multiple sclerosis: an updated systematic review and meta-analysis. Multiple Sclerosis and Related Disorders, 2024;90:105804)
- 8- Thouvenot E, Laplaud D, Lebrun-Frenay C, et al.

High-Dose Vitamin D in Clinically Isolated Syndrome Typical of Multiple Sclerosis: The D-Lay MS Randomized Clinical Trial. JAMA, 2025;333(16):1413–1422).

9- Montalban, X., Lebrun-Frenay, C., Oh, J., Arrambide, G., Moccia, M., Amato, M. P., et al. (2025). Diagnosis of multiple sclerosis: 2024 revisions of the McDonald criteria. Lancet Neurology, 24(10), 850–865.

10- Barkhof, F., Reich, D. S., Oh, J., Rocca, M. A., Li, D. K. B., Sati, P., et al. (2025). 2024 MAGNIMS–CMSC–NAIMS consensus recommendations on the use of MRI for the diagnosis of multiple sclerosis. Lancet Neurology, 24(10), 866–879.

11- Uher, T., Adzima, A., Srpova, B., Noskova, L., Maréchal, B., Maleska Maceski, A., et al. (2023). Diagnostic delay of multiple sclerosis: prevalence, determinants and consequences. Multiple Sclerosis Journal. <https://doi.org/10.1177/13524585231197076>

12- Gaitán, M. I., & Correale, J. (2019). Multiple Sclerosis Misdiagnosis: A Persistent Problem to Solve. Frontiers in Neurology, 10, 466.

13- Saguil, A., Farnell, E. A., & Jordan, T. S. (2022). Multiple Sclerosis: A Primary Care Perspective. American Family Physician, 106(2), 173–183.

14- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2022, last reviewed 2026). Multiple sclerosis in adults: management (NG220).



OPCIÓN MÉDICA

Suscribite
a nuestra edición
en papel

informate en opcionmedica.com.uy



Opinando sin anestesia.es

Inicio > colaboraciones

COLABORACIONES

Un viaje por la Hispania visigoda y por la medicina de esa época



By **Prof. Jorge Matías-Guiu** — 13 de julio de 2026

En el cerebro residen numerosas funciones que sustentan algunas de las capacidades más valiosas del ser humano, como la creatividad, las emociones, el análisis y la comprensión visual, el diseño, la memoria o el lenguaje. Esta realidad justifica que la neurología, como especialidad médica, mantenga una estrecha relación con las manifestaciones artísticas y con el estudio de sus vínculos con el cerebro.

Existen numerosos ejemplos que lo demuestran. Maurice Ravel sufrió una afectación del lóbulo frontal asociada a una enfermedad neurodegenerativa. Entre las características de las lesiones frontales se encuentra la perseveración, y su célebre Bolero, que tanto nos maravilla, basado en la repetición continua de una misma secuencia musical, pudo haber estado influido por dicha alteración cerebral. Del mismo modo, el surrealismo, que combina elementos visuales, asociaciones singulares y fenómenos relacionados con el sueño, estuvo presente en genios como Salvador Dalí, quien pudo padecer una enfermedad neurodegenerativa relacionada con algunos aspectos de su producción artística. Asimismo, la etapa tardía de la obra de Francisco de Goya también pudo verse condicionada por la enfermedad que sufrió.

Así, arte y cerebro pueden mantener una relación estrecha no solo desde la perspectiva de la enfermedad, sino también porque, en ocasiones, un cerebro enfermo puede percibir la realidad de una forma excepcional y admirable.

Esta conexión entre cerebro y arte ha llevado a la Sociedad Española de Neurología (SEN) a desarrollar tradicionalmente numerosas actividades en esa frontera común. Entre ellas destaca el simposio "Mariposas del Alma", donde se pone de manifiesto la relación de la neurología con la pintura, la poesía, el teatro y la literatura, además de otras iniciativas impulsadas por la Sección de Historia y Humanidades.

Los personajes históricos y sus decisiones también pueden haber estado influidos por alteraciones cerebrales, y la historia del mundo podría haber sido diferente si algunos de ellos hubieran padecido determinadas enfermedades neurológicas. Es conocida la referencia a la Conferencia de Yalta, celebrada durante la Segunda Guerra Mundial, en la que los tres líderes más poderosos del mundo en aquel momento sufrían enfermedades neurológicas con posible afectación cognitiva mientras tomaban decisiones trascendentales para el futuro de la humanidad.



Con el pr
años el M
aspectos
este año €
las enferr



Opinando sin anestesia.es

Aunque se denomina “curso”, en realidad se trata de un viaje cultural de siete días, organizado con la experiencia de BCO Congresos, durante el cual los participantes visitarán lugares históricos vinculados a la Hispania visigoda, yacimientos arqueológicos como Guarrazar y Recópolis, y ciudades fundamentales de aquel periodo, como Toletum y Emerita Augusta. Además del viaje en sí, el programa incluye conferencias impartidas por destacados especialistas en el mundo visigodo, integradas en las diferentes visitas, muchas de ellas guiadas.

La Hispania visigoda representa un momento esencial en el nacimiento de España. Merece una especial atención la figura de Leovigildo, el rey que convirtió Hispania en una potencia política y estratégica. El curso dedica una importante conferencia a este monarca y a la historia de sus hijos, Recaredo y Hermenegildo. Debe recordarse también el papel de Suintila, primer rey que logró unificar toda la península ibérica bajo un único reino, una realidad que desaparecería tras la caída del Reino de Toledo y que no volvería a alcanzarse hasta la llegada de Felipe II al trono de Portugal.

Otros dos hitos contribuyen a realzar la relevancia histórica del Reino visigodo: la unidad religiosa promovida por Recaredo al abandonar el arrianismo y abrazar el catolicismo, y la unidad jurídica impulsada por Chindasvinto y consolidada por su hijo Recesvinto mediante un cuerpo legal que perduró durante siglos en Europa.

El mundo visigodo no desapareció con la caída del Reino de Toledo. Buena parte de la Reconquista fue protagonizada por nobles y linajes que procedían de la tradición visigoda. Por otra parte, Isidoro de Sevilla, en sus Etimologías, considerada la primera enciclopedia del mundo occidental, describió aspectos fundamentales de la medicina de su tiempo, incluyendo la vestimenta, la alimentación, las enfermedades y los tratamientos. Gracias a ello, los asistentes podrán comprender mejor cómo era la vida en el periodo visigodo a través de conferencias, material audiovisual y documentación bibliográfica.

Este viaje tiene como objetivo fomentar el conocimiento de la historia entre neurólogos y acompañantes, con una orientación especial hacia los socios jubilados de la SEN, aunque permanece abierto a cualquier persona interesada. Pretende acercar a los participantes no solo a los lugares vinculados con nuestro pasado, sino también a los hábitos, costumbres, gastronomía, enfermedades y prácticas médicas de la época. De este modo, los asistentes disfrutarán de una experiencia enriquecedora tanto desde el punto de vista académico como personal, compartiendo una semana de convivencia y diálogo en torno a una etapa fundamental de nuestra historia.

Siete días de viaje por la historia cuyo itinerario completo y condiciones de inscripción pueden consultarse en <https://cursoneurohistoria.sen.es/>.





Opinando sin anestesia.es

Inicio > ÚltimaHora

ÚLTIMAHORA

El auge de unidades reduce la muerte por ictus pese al estigma de género



By **Diego Bandrés** — 10 de julio de 2026

Según el INE, la cifra de muertos por demencia aumentó en 2025 y desde la SEN se pide un plan nacional al respecto.

Según los datos provisionales del informe **Defunciones según la Causa de Muerte**, publicado recientemente por el [Instituto Nacional de Estadística](#) (INE), la demencia aumentó cerca de un 4 por ciento entre 2024 y 2025 hasta alcanzar las **22.870 muertes**, consolidándose como la principal causa individual de fallecimiento entre las mujeres. En cambio, las enfermedades cerebrovasculares registraron un descenso del 2,4 por ciento, con **22.341 defunciones**. Para la Sociedad Española de Neurología (**SEN**), estos datos reflejan el impacto del envejecimiento de la población, pero también la necesidad de reforzar la prevención y avanzar en estrategias específicas frente a las enfermedades neurológicas.

Sigue leyendo...

FUENTE: [Redacción Médica](#)





PUBLICAR ARTÍCULO / POSTER

EPILEPSIA Y EMBARAZO: ABORDAJE INTEGRAL PRECONCEPCIONAL, DURANTE LA GESTACIÓN Y PUERPERIO

/ Enfermería, Fisioterapia, Ocronos Total Staff / 13/07/2026 / Por Comité Editorial revista Ocronos

Inicio » Enfermería »

Epilepsia y embarazo: abordaje integral preconcepcional, durante la gestación y puerperio

Web Companion



Descarga gratuita

Descargar

Índice

- 1 Resumen
- 2 Introducción
- 3 Etiología
- 4 Epilepsia y embarazo: consideraciones generales
- 5 Riesgo obstétrico y fetal
- 6 Etapa preconcepcional
- 7 Manejo de la epilepsia durante el embarazo

8 Complicaciones durante el parto
9 Factores predictivos de recurrencia de crisis
10 Atención postparto
11 Riesgos teratogénicos de los fármacos antiepilépticos
12 Conclusión
13 Bibliografía

Guardar

Síguenos en Pinterest

Incluido en la revista Ocronos. **Vol. IX. N.º 7-Julio 2026.**

Pág. Inicial: **Vol. IX; N.º 7: 454**

Autor principal (primer firmante): **Patricia Virto Falces**

Fecha recepción: **14/06/2026**

Fecha aceptación: **11/07/2026**

Ref.: **Ocronos. 2026;9(7): 454**

<https://doi.org/10.58842/XVLR9926>

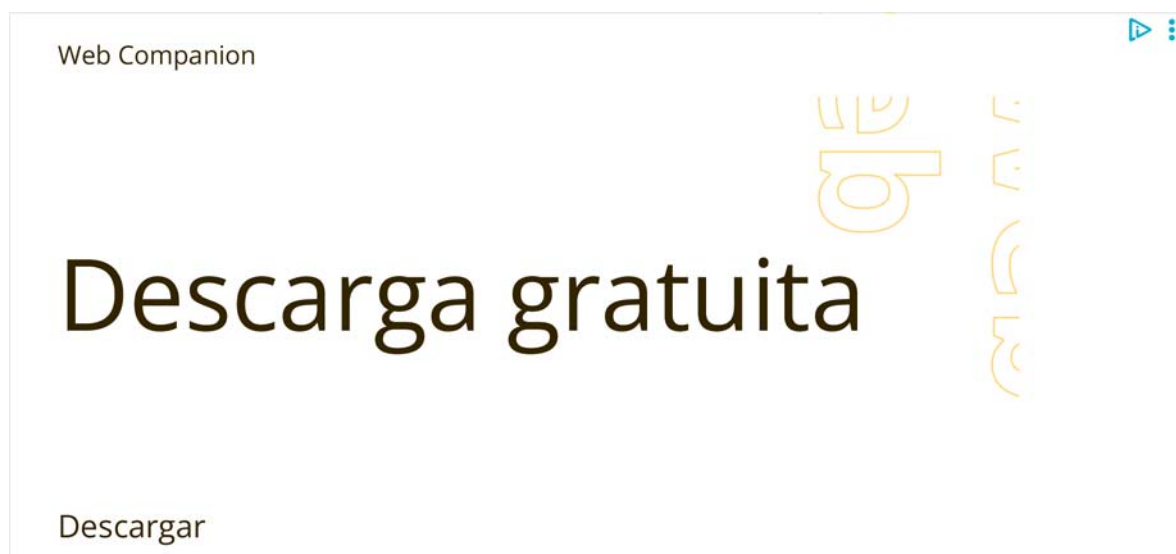
Autores:

1. Patricia Virto Falces. Enfermera.
2. Leticia Ceamanos Gimeno. Enfermera.
3. Rubén Salas Valero. Fisioterapeuta.
4. Emma Salas Valero. Enfermera y terapeuta ocupacional.
5. Estela Cervero Aranda. Enfermera.
6. María José Aranda Perales. Enfermera.

Resumen

La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica del sistema nervioso central caracterizada por la recurrencia de crisis epilépticas no provocadas. Su manejo en mujeres en edad fértil, especialmente durante el embarazo, constituye un reto clínico debido a la interacción entre la enfermedad, los fármacos antiepilépticos y los cambios fisiológicos de la gestación. Este artículo revisa los aspectos fundamentales de la epilepsia en relación con el embarazo, incluyendo epidemiología, etiología, riesgos materno-fetales, manejo preconcepcional, evolución durante la gestación, complicaciones obstétricas, atención postparto y riesgos teratogénicos asociados a los principales antiepilépticos.

Palabras clave:



Epilepsia, embarazo, gestación, postparto

Introducción

La epilepsia se define como una enfermedad crónica del sistema nervioso central caracterizada por la aparición de dos o más crisis epilépticas no provocadas, separadas por al menos 24 horas, sin causa identificable. No obstante, el diagnóstico también puede establecerse tras una sola crisis cuando existen factores predisponentes como lesiones cerebrales estructurales o alteraciones en el electroencefalograma, que aumentan el riesgo de recurrencia ¹.

Se trata de una de las enfermedades neurológicas crónicas más frecuentes, con una incidencia mundial estimada entre 40 y 80 casos por 100.000 habitantes al año. Aproximadamente el 40% de las mujeres con epilepsia se encuentran en edad reproductiva ². La prevalencia global oscila entre el 0,4% y el 1% según la Organización Mundial de la Salud ³. En el contexto obstétrico, los trastornos convulsivos representan la complicación neurológica más frecuente del embarazo, con una incidencia del 0,3% al 0,8% de las gestaciones ⁴.

Etiología

En la mayoría de los casos, la epilepsia es de origen idiopático; sin embargo, existen causas secundarias asociadas, entre las que se incluyen tumores cerebrales, traumatismos craneoencefálicos, cirugías previas, síndrome antifosfolípido, eclampsia, púrpura trombocitopénica, trombosis venosa cerebral, enfermedad cerebrovascular, hipoglucemia y alteraciones electrolíticas ².

Epilepsia y embarazo: consideraciones

generales

El manejo de la epilepsia en mujeres en edad fértil debe abordarse desde la perspectiva de la anticoncepción, la planificación gestacional y el control de las crisis. El embarazo debe ser un tema central en la consulta neurológica y obstétrica en estas pacientes ⁴.



Las mujeres embarazadas con epilepsia presentan mayor riesgo de descompensación de la enfermedad y complicaciones obstétricas ³. Asimismo, la mortalidad materna puede ser entre 5 y 10 veces mayor en comparación con la población general ^{1,4}.

Entre las principales dificultades obstétricas se encuentran los efectos de las crisis, los fármacos antiepilépticos sobre el feto, y la influencia de la gestación sobre el metabolismo farmacológico y el control de las crisis ¹.

Riesgo obstétrico y fetal

Las mujeres con epilepsia son consideradas de alto riesgo obstétrico debido al incremento de complicaciones obstétricas y fetales. Entre las principales se incluyen:

- Aborto espontáneo
- Hemorragia anteparto y posparto
- Trastornos hipertensivos del embarazo
- Preeclampsia
- Presentación podálica
- Inducción del parto
- Cesárea o parto instrumental
- Parto pretérmino ^{1,2,4}

Aunque la mayoría de las gestaciones cursan sin complicaciones, existe un incremento del riesgo de alteraciones fetales, incluyendo restricción del crecimiento intrauterino, malformaciones congénitas mayores y alteraciones del neurodesarrollo ^{1,5}.

Etapas preconcepcionales

El asesoramiento preconcepcional es fundamental, dado que entre el 55% y 65% de los embarazos en mujeres con epilepsia no son planificados, es importante asesorar a todas las mujeres en edad fértil en cada visita sobre posibles embarazos futuros ⁴.

ENVIAR ARTÍCULO PARA PUBLICAR



*Porque sabemos que
siempre luchaste por tus
sueños*

*Queremos ayudarte a
seguir haciéndolo*

Publica tu artículo
en Ocronos


Ocronos
Revista Médica y de Enfermería

ENVIAR ARTÍCULO PARA PUBLICAR

Es imprescindible informar a la paciente sobre los riesgos maternos y fetales, así como optimizar el tratamiento antiepiléptico antes de la concepción. Se debe explicar la repercusión que el embarazo puede tener en la epilepsia y las consecuencias que la epilepsia y su tratamiento pueden tener en el embarazo. Este proceso debe realizarse de forma multidisciplinaria entre neurología y obstetricia ³.

Se recomienda ajustar la medicación a la dosis mínima eficaz y seleccionar fármacos con menor perfil teratogénico. La Sociedad Española de Neurología recomienda adaptar el tratamiento previo a la concepción y no retirar o sustituir cuando ya se ha diagnosticado el embarazo ³.

Asimismo, es obligatoria la suplementación con ácido fólico, debido a su papel preventivo frente a defectos del tubo neural y otras malformaciones sensibles al

folato. La suplementación con ácido fólico también se ha asociado con posibles beneficios en el neurodesarrollo fetal, incluyendo el lenguaje y el comportamiento ^{4,5}.

En mujeres gestantes en tratamiento con epilepsia es de vital importancia aumentar la dosis de suplementación de ácido fólico ya que dicho tratamiento se incluye entre los factores ambientales causantes de defectos del tubo neural y otras anomalías sensibles al folato como son el labio leporino, la enfermedad obstructiva del sistema urinario o malformaciones cardíacas ³. Algunas pautas recomiendan que todas las mujeres con epilepsia que estén tratando de quedar embarazadas deben comenzar con ácido fólico a razón de 5 mg diarios, al menos tres meses antes del embarazo, y continuar con la misma dosis durante todo el embarazo ⁵.

Manejo de la epilepsia durante el embarazo

El embarazo en mujeres con epilepsia se asocia a un incremento de riesgos obstétricos, entre los que destacan el aborto espontáneo, la metrorragia anteparto, los trastornos hipertensivos del embarazo, la restricción del crecimiento intrauterino y el parto pretérmino ³.

Desde el punto de vista del control de la enfermedad, la reaparición de crisis durante la gestación se relaciona con frecuencia con un aumento del catabolismo de los fármacos antiepilépticos, lo que ocasiona una disminución de sus concentraciones plasmáticas y puede requerir un ajuste de la dosis prescrita ⁴. En este sentido, el incremento del metabolismo hepático durante el embarazo constituye un factor clave que condiciona la necesidad de monitorización terapéutica y ajuste individualizado de la medicación.

En relación con el tipo de epilepsia, los datos del registro Registro Europeo de Fármacos Antiepilépticos y Embarazo han demostrado que las mujeres con

epilepsia generalizada idiopática presentan una mayor probabilidad de permanecer libres de crisis (74%) en comparación con aquellas con epilepsia focal (60%) ¹.

Respecto al impacto fetal de las crisis, se ha observado que las convulsiones focales que no progresan a crisis tónico-clónicas bilaterales suelen tener un impacto limitado sobre el feto. No obstante, existen reportes de casos que describen episodios transitorios de sufrimiento fetal, evidenciados como desaceleraciones de la frecuencia cardíaca fetal durante la fase ictal focal ^{4,5}.

Por el contrario, las crisis tónico-clónicas generalizadas se asocian a consecuencias materno-fetales más graves. Estas incluyen hipoxia y acidosis láctica materna, que pueden transmitirse al feto a través de la placenta, ocasionando asfixia fetal y acidosis metabólica. Además, las caídas secundarias a las crisis pueden producir traumatismos abdominales, rotura de membranas ovulares y desencadenar parto pretérmino ^{4,5}.

En cuanto al tratamiento antiepiléptico, se ha descrito un mayor riesgo obstétrico en mujeres con epilepsia en tratamiento farmacológico, incluyendo restricción del crecimiento intrauterino, parto pretérmino e ingreso neonatal. Asimismo, la politerapia se ha asociado a un incremento del riesgo de cesárea y de restricción del crecimiento intrauterino en comparación con la monoterapia, sin diferencias significativas en otras complicaciones obstétricas ³.

Tras la concepción, se requiere un seguimiento estrecho y coordinado entre neurología, obstetricia y la mujer embarazada. Se recomienda iniciar el control temprano en el primer trimestre, asegurando la continuidad de la suplementación con ácido fólico. La Sociedad Española de Neurología recomienda una ecografía temprana a las 14 a 16 semanas. Además, si ha sido un embarazo no planificado, en la primera visita será necesario recabar información previa a la concepción ³.

El manejo terapéutico debe individualizarse, considerando que en la mayoría de los casos el riesgo de crisis supera el riesgo potencial de los fármacos antiepilépticos, por lo que se recomienda su mantenimiento con ajustes si es necesario (LUIS DUCAY). El Royal College of Obstetricians and Gynaecologists señala que aproximadamente el 66% de las mujeres embarazadas con epilepsia no experimentan empeoramiento clínico durante la gestación, aunque se recomienda especial vigilancia en aquellas con crisis en el último año ³.

Complicaciones durante el parto

El periodo con mayor incidencia de crisis epilépticas durante la gestación corresponde al trabajo de parto ⁴. La prevalencia de convulsiones intraparto en mujeres con epilepsia se estima entre el 1,5% y el 2,6% ³.

El manejo agudo de las crisis durante el parto se basa en la administración de benzodiacepinas de acción rápida como terapia de rescate. Es fundamental destacar que el sulfato de magnesio no constituye un tratamiento adecuado para las crisis epilépticas ⁴.

Se ha observado una mayor tasa de inducción en embarazadas con epilepsia, así como un aumento de cesáreas (especialmente en mujeres embarazadas en tratamiento con varios fármacos). El Royal College of Obstetricians and Gynaecologists y la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia no recomiendan la inducción del parto en embarazadas con epilepsia asintomáticas y aconsejan el parto siempre que las condiciones obstétricas lo permitan. Estas proponen medidas para prevenir el riesgo de presentar una crisis durante el trabajo de parto, algunas de las medidas son: mantener la hidratación, favorecer el descanso y evitar el dolor y continuar con la toma de medicación ^{3,4,5}.

Factores predictivos de recurrencia de crisis

La presencia de crisis epilépticas antes del embarazo constituye el principal

predictor de recurrencia durante la gestación ⁵. Las pacientes que permanecen libres de crisis durante el año previo al embarazo presentan una alta probabilidad de mantener el control durante la gestación.

Por el contrario, aquellas con crisis en el año previo tienen entre 3 y 4 veces más riesgo de presentar recurrencias durante el embarazo ⁴. Aproximadamente el 60% de las mujeres sin crisis previas permanecen asintomáticas durante la gestación, aunque puede observarse una variación del 20% en la frecuencia de crisis, siendo el parto el momento de mayor riesgo ¹.

El empeoramiento de las crisis se asocia a múltiples factores, entre ellos la alta frecuencia previa, el estrés físico y emocional, la privación de sueño, el incumplimiento terapéutico y la reducción de niveles plasmáticos de antiepilépticos ¹.

Atención postparto

El puerperio constituye un periodo de vulnerabilidad para la aparición de crisis epilépticas, en gran parte debido a la privación de sueño ⁵.

Además, las pacientes con epilepsia presentan mayor riesgo de depresión y ansiedad durante el embarazo y el posparto, con elevada incidencia de depresión posparto, que puede iniciarse incluso durante el trabajo de parto.

Se recomienda la detección activa de síntomas depresivos y ansiosos en este periodo, así como el apoyo familiar para garantizar un descanso adecuado LUIS DUCAY; ¹.

Tras el parto, los cambios fisiológicos del embarazo se revierten, aumentando las concentraciones plasmáticas de fármacos antiepilépticos, por lo que puede ser necesario reducir la dosis para evitar toxicidad ⁴.

Riesgos teratogénicos de los fármacos antiepilépticos

Las malformaciones congénitas constituyen una de las principales reacciones adversas asociadas al tratamiento antiepiléptico durante la gestación ⁶.

- **Carbamazepina:** riesgo de malformaciones craneofaciales y cardíacas (4,93%). Considerándose no óptimo para el tratamiento en gestantes ⁶.
- **Gabapentina:** bajo riesgo global, posible asociación con cardiopatías e hipospadias (1,47%). No se ha establecido relación entre la dosis y el riesgo de malformaciones o alteraciones del neurodesarrollo ³.
- **Levetiracetam:** perfil de seguridad favorable (1,77%). No se han descrito alteraciones del neurodesarrollo en neonatos expuestos intraútero ⁶.

- **Lamotrigina y oxcarbazepina:** bajo riesgo teratogénico (2,31% y 2,39%). No se ha demostrado relación entre la dosis del fármaco y la aparición de alteraciones del neurodesarrollo ³.
- **Fenobarbital:** aumento de malformaciones mayores: cardíacas y defectos orofaciales (7,10%) ⁶.
- **Fenitoína:** riesgo de cardiopatías, labio leporino y deformidades óseas (6,26%).
- **Topiramato:** asociado a defectos craneofaciales y microcefalia (4,28%) ⁵.
- **Ácido valproico:** mayor riesgo teratogénico (10,93%), asociado a defectos del tubo neural, malformaciones múltiples (craneofaciales, cardíacas, esqueléticas, hipospadias, pie equino-varo) y alteraciones del neurodesarrollo (autismo, dispraxia, déficits cognitivos y retraso psicomotor) ^{3,5}. Se encontró una relación estrecha entre la dosis y los efectos adversos del desarrollo fetal, reportándose que el riesgo de malformación congénita aumenta cuando este se combina con otros fármacos antiepilépticos ⁶.

Por lo tanto, el ácido valproico y la politerapia deben evitarse en mujeres en edad fértil debido a su alta tasa de complicaciones fetales ^{3,5,6}. Y se debe priorizar la toma durante la gestión de lamotrigina, levetiracetam y oxcarbazepina, los cuales se asocian con menor riesgo en el desarrollo fetal cuando se toman durante el embarazo ⁶.

Conclusión

El manejo de la epilepsia durante el embarazo requiere una planificación preconcepcional rigurosa y un abordaje multidisciplinar. El equilibrio entre el control de las crisis y la reducción del riesgo teratogénico es fundamental para optimizar los resultados materno-fetales.

La elección del tratamiento antiepiléptico, la individualización de dosis y la suplementación con ácido fólico constituyen pilares esenciales del manejo. La coordinación entre neurología y obstetricia es clave para garantizar un

seguimiento adecuado y reducir complicaciones.

Bibliografía

1. Arcila Villamil KJ, Navarro Barraza DM, Salas Bruges PP, Castro Leal PA, Villalba Fonseca ID, Cervantes Ortega MA, et al. Epilepsia en el embarazo: características epidemiológicas. Cienc.lat. [Internet]. 2024[citado 25 May 2026];8(6):612-626. doi: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.14708.
2. Moscote-Salazar LR, Munive Beltrán AF, Muñoz Baez K, Quintana Pájaro LJ, Ramos Villegas Y, Corrales Santander HR, et al. Neurological disorders in pregnancy: literature review. Cienc innov salud[Internet]. 2019[citado 25 May 2026];(0). doi: <https://doi.org/10.17081/innosa.65>.
3. Lozano-Vidal M, Carmona-Domínguez E. Epilepsia y embarazo: particularidades y tratamiento. Ginecol Obstet Mex.[Internet]. 2023[citado 25 May 2026];91(2):109-118. doi: <https://doi.org/10.24245/gom.v91i2.8453>.
4. Calvo Jiménez JJ, Ulloa Castro ML, González Garro AR. Manejo de la epilepsia en el embarazo. Rev Méd Sinerg[Internet]. 2023[citado 25 May 2026];8(5):e1033. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8950355>.
5. Dulcey L, Theran Leon JS, Blanco E, Ciliberti M, Aguas M. Abordaje de la epilepsia en el periodo gestacional, una interacción que requiere de Medicina basada en evidencia. GICOS[Internet]. 2023[citado 25 May de 2026];8(2):79-93. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/351/3514271008/>.
6. Ojeda-Olivares G, Venegas-Güecha M, Gutiérrez-Valenzuela E, Wilden-Fuentes C, Juica-Avello S, González-Burboa A. Fármacos antiepilépticos usados en el embarazo y sus consecuencias sobre los resultados fetales: una revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol[Internet]. 2023[citado 25 May 2026];88(4):322-331. doi: <http://dx.doi.org/10.24875/rechog.220000681>.

Guardar

Síguenos en Pinterest



Esta obra está bajo Licencia Creative Commons Atribución 4.0

Internacional (CC BY 4.0). / This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

