



Más grave e invisible: el ictus en m

En ellas se presentan síntomas que pueden resultar difíciles de detectar, afectando a su tratamiento

CINTHYA MARTÍNEZ
REDACCIÓN / LA VOZ



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 Sán-

chez. 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, secretaria 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 adormeci-

«El ictus en la mujer se puede manifestar de forma más sutil, con migraña, estrés, cansancio, y puede ser más difícil de diagnosticar»

miento 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.

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 es-

Los síntomas del ictus en las mujeres

Los más conocidos



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

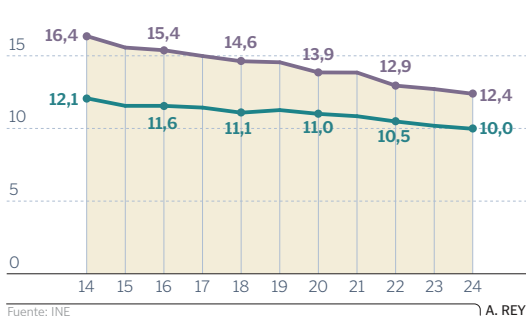
Principales causas de muerte en mujeres gallegas

Número de muertes en el 2025

Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	2.006
Otras enfermedades del sistema respiratorio	1.265
Otras enfermedades del corazón	1.198
Insuficiencia cardíaca	1.038
Enfermed. cerebrovasculares	937
Enfermedades hipertensivas	734
Otras enfermedades del sistema digestivo	580
Otras enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos	516
Enfermedad de Alzheimer	510
Tumor maligno de la mama	493
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	482
Otras enfermedades del sistema genitourinario	406
Diabetes mellitus	381
Neumonía	380
Otras enfermedades isquémicas del corazón	375

Muertes por enfermedades cerebrovasculares

Datos agrupados de España, en miles



Fuente: INE

A. REY

perar 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 ta-

sas de activación de los denominados códigos ictus».

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



> 12 de julio de 2026 a las 0:00

SALUD

ujeres

y pronóstico futuro



El reto que tenemos es incluir ambos sexos de manera proporcional en investigación; para analizar diferencias»

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. Es decir, hasta ahora no se le daba 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.



M^a Mar Freijo Guerrero. Neuróloga de Osakidetza en el Hospital Universitario Cruces. Foto: Cedida

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

María Godoy

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

—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

María del Mar Freijo

NEURÓLOGA DE OSAKIDETZA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES

“Poder tener un tratamiento que reduzca la repetición del ictus es esperanzador”

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.

¿Cuáles son los factores que los producen?

—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.

¿Cuántas personas en el Estado lo sufren al año?

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

¿Y segundos ictus?

—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.

¿En Euskadi cuántos infartos cerebrovasculares se producen?

—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.

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

—El 90% de los ictus son prevenibles. En el Estado alrededor de 100.000 ictus se podrían evitar con un estilo de vida saludable y un control de factores de riesgo vascular.

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

—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.

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

—Los resultados de este ensayo abren la posibilidad de poder dispo-

“El ictus es una enfermedad con una incidencia alta que afecta aproximadamente a 120.000 personas anualmente”

“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”

“Un segundo ictus puede suponer un mayor grado de dependencia, de deterioro cognitivo, de pérdida de autonomía”

ner 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.

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

—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.

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

—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. -NTM



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

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

María Godoy

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. **Para que lo pueda entender todo el mundo, ¿qué es un ictus?** –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

María del Mar Freijo

NEURÓLOGA DE OSAKIDETZA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES

“Poder tener un tratamiento que reduzca la repetición del ictus es esperanzador”

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.

¿Cuáles son los factores que los producen?

–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.

¿Cuántas personas en el Estado lo sufren al año?

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

¿Y segundos ictus?

–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.

¿En Euskadi cuántos infartos cerebrovasculares se producen?

–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.

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

–El 90% de los ictus son prevenibles. En el Estado alrededor de 100.000 ictus se podrían evitar con un estilo de vida saludable y un control de factores de riesgo vascular.

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

–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.

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

–Los resultados de este ensayo abren la posibilidad de poder disponer de

“El ictus es una enfermedad con una incidencia alta que afecta aproximadamente a 120.000 personas anualmente”

“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”

“Un segundo ictus puede suponer un mayor grado de dependencia, de deterioro cognitivo, de pérdida de autonomía”

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.

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

–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.

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

–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. -NTM



M^a Mar Freijo Guerrero, neuróloga de Osakidetza en el Hospital Universitario Cruces. Foto: Cedida

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

María Godoy

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

—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

María del Mar Freijo

NEURÓLOGA DE OSAKIDETZA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES

“Poder tener un tratamiento que reduzca la repetición del ictus es esperanzador”

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.

¿Cuáles son los factores que los producen?

—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. **¿Cuántas personas en el Estado lo sufren al año?**

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

¿Y segundos ictus?

—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.

¿En Euskadi cuántos infartos cerebrovasculares se producen?

—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.

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

—El 90% de los ictus son prevenibles. En el Estado alrededor de 100.000 ictus se podrían evitar con un estilo de vida saludable y un control de factores de riesgo vascular.

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

—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.

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

—Los resultados de este ensayo abren la posibilidad de poder dispo-

“El ictus es una enfermedad con una incidencia alta que afecta aproximadamente a 120.000 personas anualmente”

“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”

“Un segundo ictus puede suponer un mayor grado de dependencia, de deterioro cognitivo, de pérdida de autonomía”

ner 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.

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

—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.

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

—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. —NTM

> 16 de julio de 2026 a las 0:00

CHUVI

Trescientos pacientes
ya se tratan con un
fármaco antimigrañas

> Pág. 7





> 16 de julio de 2026 a las 0:00

Neurología

El Chuvi trata con las primeras terapias específicas contra migrañas 300 casos

Se toleran mejor, no tienen efectos secundarios relevantes y su eficacia está en torno al 70% ● Las sociedades científicas abogan por extender su financiación

ANA BLASCO

Es frecuente, invisible e incapacitante. De hecho, es la primera causa de discapacidad en adultos menores de 50 años. Sobre todo, en mujeres —la sufren 2 de cada 11—. Afecta al rendimiento laboral, con una pérdida media de la productividad del 35,8%. Sin embargo, la migraña es, con frecuencia, «banalizada y malinterpretada», según advierte la Sociedad Española de Neurología. Desde hace seis años, están aprobados en España los primeros fármacos que la combaten de forma específica. Aplicando los criterios de financiación del Ministerio de Sanidad, en el Hospital Álvaro Cunqueiro tratan con ellos a unas 300 personas. Sin embargo, las organizaciones científicas de la especialidad apuntan que se podrían beneficiar más pacientes.

Ante la inminente aprobación de estos nuevos fármacos, en 2019, el Álvaro Cunqueiro creó

una consulta monográfica de cefaleas con la neuróloga Dolores García Bargo, a la que se sumó luego el doctor Luis Manuel López. Atienden a alrededor de un millar de pacientes con cefaleas de mayor complejidad o en las que han fallado tratamientos. Muchas de ellas, migrañas.

Esta patología neurológica se caracteriza por ataques de dolor de cabeza intenso y pulsátil. Lo padece el 14% de la población y, de forma crónica, entre el 2 y el 3%. Pero «está infradiagnosticada e infratratada», advierte la doctora García Bargo, que destaca que «impacta a nivel laboral, social y emocional» y que la «falta de visibilidad y comprensión» genera «sensación de culpa en quien la padece».

¿Cómo se trata?

Les pautan medidas no farmacológicas —como hábitos saludables y terapias complementarias— y tratamiento para aliviar los síntomas en las crisis y para prevenirlas —cuando las padecen



La doctora Dolores García Bargo, responsable de la consulta monográfica de cefaleas del Hospital Álvaro Cunqueiro

más de 4 días al mes —.

No se conocen exactamente las causas de la migraña, lo que ha contribuido a demorar la creación de fármacos. Hasta 2020, solo había medicamentos diseñados para otras patologías —como antihipertensivos, antidepresivos o,

incluso, antiepilépticos—, que se vio luego que funcionaban con migrañas. Pero un porcentaje alto de los pacientes los abandona por sus efectos secundarios y su baja eficacia, además de que al ser orales hay baja adherencia.

También se descubrió que fun-

ciona la toxina botulínica, autorizada para migrañas en 2012 y que en el Cunqueiro se emplea con unos 320 pacientes. A la mayoría se les aplica cada 3 meses y tiene una eficacia del 70%, similar a la de los nuevos fármacos.

Las nuevas terapias se basan en el descubrimiento del papel fundamental que juega el péptido CGRP en este dolor. Desarrollaron anticuerpos monoclonales (biológicos) y gepantes (no biológicos) que lo neutralizan. «Se toleran muchísimo mejor y no tienen riesgos importantes», cuenta la neuróloga y añade que hay pacientes que le han confesado que «les han cambiado la vida». Hay dos orales para las crisis y seis subcutáneos o intravenosos para prevención.

Financiación

La ficha técnica los indica en pacientes que sufran migrañas más de 4 días al mes —y no tengan patología cardiovascular activa o reciente— y las sociedades científicas de neurología, incluida la española, abogan porque el tratamiento preventivo se inicie «preferentemente» con estos fármacos específicos. Sin embargo, solo están financiados en pacientes que presenten más de 8 días de migraña al mes y que hayan fracasado con tres tratamientos preventivos previos.

Aunque en España el 24,7% de la personas que sufren migraña cumple con los criterios para beneficiarse de estos tratamientos, solo el 9,5% lo está recibiendo, según un reciente estudio sobre su impacto. ■

Pedro Mina



> 17 de julio de 2026 a las 0:00

Qué hacer (y qué no) para dormir mejor

► **Pantallas fuera.** Los dispositivos electrónicos (del televisor al móvil pasando por la *tablet*) han de quedarse fuera del dormitorio durante la noche. "No solo por las luces que emiten sino por el estímulo permanente que suponen", concreta Ainhoa Álvarez, presidenta de la Sociedad Española del Sueño. Las duchas vesperinas, con agua templada, no fría, porque el cuerpo reacciona y se calienta. Se debe evitar hacer deporte muy tarde, porque activa, y cenar copiosamente, "aunque tampoco acostarse con hambre", acota. La doctora aconseja realizar actividades relajantes a medida en que avanza la tarde y se acerca la hora de dormir. Como practicar *mindfulness* o, simplemente, hablar tranquilamente con la familia sobre cómo ha ido el día.

► **Salud laboral.** Asenarco propone evaluar fatiga y riesgo psicosocial en el ámbito laboral, diseñar mejor los turnos, respetar la desconexión y los descansos, facilitar adaptaciones temporales, así como una reincorporación progresiva, cuando sea necesario.

► **Publicidad engañosa.** La Sociedad Española de Neurología (SEN) advierte sobre el creciente aumento de productos y servicios, sin validez médica ni eficacia probada, dirigidos a personas con insomnio: suplementos, pastillas naturales, aerosoles, infusiones, almohadas, antifaces, dispositivos electrónicos, gafas, lámparas o incluso retiros de fin de semana. "Utilizar este tipo de remedios para los problemas del sueño retrasa la búsqueda de ayuda médica adecuada e incluso puede empeorar los síntomas y favorecer su cronificación", alerta la sociedad médica. En 2022, solo los remedios para dormir de farmacia, sin receta, obtuvieron unas ventas de más de 130 millones de euros en España, informa.

► **Restar tiempo al descanso.** Según datos de la SEN, más del 60% de los jóvenes en España reconoce restar tiempo al descanso para dedicarlo a actividades de ocio u otros intereses. "Siempre le estamos quitando tiempo al sueño para hacer otras cosas", lamenta Álvarez. "No perdemos el tiempo cuando dormimos; estamos limpiando el cerebro. El sueño es vida", recalca.



La ciencia refuerza la importancia del sueño para el cerebro y el bienestar

Dormir bien, una necesidad clave para proteger la salud

F.D. OURENSE
especiales@laregion.net

El sueño es una de las funciones biológicas más importantes para el organismo y, sin embargo, sigue siendo una de las más infravaloradas. Aunque una persona pasa entre 25 y 30 años de su vida durmiendo, todavía existe la idea de que dormir menos es una forma de ganar tiempo. Sin embargo, la evidencia científica demuestra justamente lo contrario: dormir bien es esencial para mantener la salud física, mental y emocional.

Dormir no es un lujo ni una pérdida de tiempo. Es una necesidad biológica fundamental que influye en prácticamente todos los aspectos de la salud de una persona. Cuidar el sueño significa cuidar el cerebro, el cuerpo y el bienestar emocional, una inversión diaria cuyos beneficios se reflejan en cada momento de la vida.

Los especialistas médicos recuerdan que el sueño desempeña funciones fundamentales para el organismo. Mientras dormimos, el cerebro activa el llamado sistema glinfático, una red encargada de eliminar sustancias de desecho acumuladas durante el día. Entre ellas se encuentra la beta-amiloide, una proteína relacionada con el desarrollo de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer. Dormir también permite consolidar la memoria, procesar las emociones, favorecer el aprendizaje y estimular la creatividad.

FASES

El sueño no es un estado uniforme. A lo largo de la noche se alternan fases de sueño profundo o NREM, responsables principalmente de la recuperación física, y fases REM, en las que el cerebro mantiene una intensa actividad, aparecen los sueños más vívidos y se reorganizan recuerdos y emociones. Estos ciclos se repiten varias veces durante la noche y son indispensables para un descanso reparador.

Sin embargo, los hábitos de vida actuales dificultan cada vez más alcanzar un sueño de calidad. La exposición a pantallas y a la iluminación



Dormir las horas necesarias resulta imprescindible para disfrutar de una buena salud.

artificial durante la noche altera la producción de melatonina, la hormona que ayuda a regular los ritmos circadianos. Según explicó Madrid, el ser humano ha pasado en pocas generaciones de vivir expuesto a la luz natural a pasar gran parte del día frente a dispositivos electrónicos

y dormir en entornos artificiales, una situación para la que el organismo no estaba preparado.

DOLENCIAS

Los datos reflejan que los problemas de sueño se han convertido en una cuestión de salud pública. En España, entre un 10 y un 15 por ciento de los adultos padece insomnio crónico y hasta un 35 por ciento experimenta episodios de insomnio agudo a lo largo del año, según datos de la Sociedad Española de Neurología. Además, recientemente la Alianza por el Sueño estimó que el 14 por ciento de los adultos españoles sufre insomnio de forma habitual.

En Galicia, la situación tampoco pasa desapercibida. El I Barómetro sobre Trastornos del Sueño en España revela que el 58 por ciento de los gallegos reconoce tener problemas para dormir, mientras que un 28 por ciento afirma sufrirlos de manera recurrente. Aunque el 99 por ciento de la población considera que el sueño es fundamental para la salud, solo un 18 por ciento cree que le dedica la misma atención que a la alimentación o al ejercicio físico. Además, un 38 por ciento de los gallegos reconoce no alcanzar las siete horas de sueño recomendadas.

CONSEJOS

Las consecuencias de dormir mal van mucho más allá del cansancio. La falta de sueño se asocia con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares (especialmente a edades avanzadas), obesidad, dia-

betes, ansiedad, depresión y deterioro cognitivo. También afecta a la capacidad de concentración durante el estudio, la memoria a largo plazo, al rendimiento laboral y académico y aumenta la probabilidad de sufrir accidentes, ya que la falta de sueño afecta directamente a los reflejos.

La sociedad

debe recuperar hábitos compatibles con la biología, respetar los ritmos circadianos, reducir la luz azul nocturna y valorar el sueño

Mejorar el descanso diario pasa por recuperar hábitos sencillos. Mantener horarios regulares para acostarse y levantarse, incluso los fines de semana, ayuda a estabilizar el reloj biológico. También se recomienda reducir el uso de móviles, tabletas y ordenadores durante la hora previa al sueño, evitar cenas copiosas y bebidas estimulantes por la noche, realizar actividad física de forma regular y procurar que el dormitorio sea un espacio oscuro, silencioso y con una temperatura adecuada.

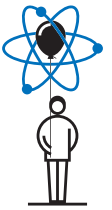
Las personas

dedican a dormir entre 25 y 30 años de su vida, un tiempo de vital importancia para disfrutar de un bienestar general



> 18 de julio de 2026 a las 0:00

CÓDIGO ABIERTO / NUÑO DOMÍNGUEZ



A las puertas de la guerra del alzhéimer

Esta semana España ha vivido un pequeño terremoto que muchos no han percibido aún, pero cuyas réplicas llegarán a miles de personas en este país, y a millones fuera. La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos ha decidido no incluir en la financiación pública los fármacos lecanemab y donanemab. Estos dos compuestos son los primeros en años que han conseguido retrasar el avance del alzhéimer, la principal causa de demencia a nivel mundial, que afecta a unos 50 millones de personas en todo el mundo.

Si los pacientes quieren estos fármacos, tendrán que ir a la sanidad privada y pagar su precio, unos 40.000 euros. Esto plantea importantes dilemas éticos para los neurólogos, que saben que existen fármacos que podrían retrasar unos seis meses la llegada del alzhéimer a pacientes con síntomas tempranos de la enfermedad, pero no podrán ofrecerlos en la sanidad pública.

La historia de estos dos fármacos ha sido tortuosa. Parte de la comunidad científica los recibió con alborozo, pues hasta ahora no había ningún medicamento capaz de modificar el curso del alzhéimer, una enfermedad sin causa clara, y sin cura. Gracias a los nuevos tests de sangre que detectan moléculas asociadas con el alzhéimer, se atisba un futuro en el que se puedan hacer diagnósticos tempranos y aplicar estos y otros futuros fármacos para retrasar la llegada de la demencia meses, o incluso años.

Con todo, el lecanemab y el donanemab plantean beneficios modestos: una reducción de la velocidad a la que avanza el alzhéimer de entre un 27% y un 35%. Un efecto imperceptible para muchos pacientes. Los fármacos, además, pueden causar en algunos casos serios efectos secundarios, como hemorragias cerebrales, e incluso la muerte. A pesar de esto, para muchos neurólogos y pacientes, esos seis meses de retraso en la enfermedad pueden ser un regalo único por el que vale la pena correr el riesgo.

La decisión de la Comisión Ministerial ejemplifica una realidad dura, pero evidente: los expertos tienen que hacer siempre un análisis del coste-beneficio de un nuevo fármaco teniendo en cuenta sus beneficios para los pacientes, pero también si es asumible para las arcas públicas. Y estos dos fármacos requieren hoy por hoy pruebas médicas que, según muchos expertos, serían inasumibles para el sistema público de salud.

Estos fármacos solo funcionan en los casos más precoces, que representan el 5% de todos los pacientes, según la Sociedad Española de Neurología. A pesar de esto, este organismo ha expresado su “profundo pesar” por la decisión, pues abre la puerta a un mundo en el que los pacientes con dinero para un seguro privado podrán acceder a un tratamiento vetado en la pública.

Hay que ir con mucho cuidado, porque aquí juegan también los enormes intereses

comerciales de las farmacéuticas, que ven esfumarse una importante vía de ingresos a través de la sanidad pública, y que no han dudado en salir de su tradicional hermetismo para arremeter contra la decisión. La ministra de Sanidad, Mónica García, ha defendido por su parte la profesionalidad con la que se ha tomado esta decisión de acuerdo a “criterios técnicos y científicos” por parte de órganos colegiados.

Los nuevos fármacos exigen un análisis de coste-beneficio para la sanidad pública que no siempre es asumible

Todo esto nos lleva a algunos de los secretos mejor guardados del sector, como los precios que cada país paga por los fármacos, o los conflictos de interés que tienen muchos científicos y médicos, al recibir pagos de las farmacéuticas que los han desarrollado. Unos pagos que en muchas ocasiones no son claramente desvelados. Es muy probable que esta batalla farmacológica se politice para arrear al Gobierno, y que en ella se use de munición a los pacientes. Probablemente la decisión de la comisión no sea el último capítulo de la saga, sino el comienzo de una guerra por los nuevos fármacos del alzhéimer.



Neurólogos piden a Sanidad que financie los fármacos para el alzhéimer precoz

Donanemab va a estar disponible en España solo en la sanidad privada, lo que tiene «implicaciones clínicas para los pacientes»

Cristina Garrido
Madrid

Lecanemab y donanemab son dos fármacos dirigidos contra el alzhéimer precoz que llegaron con fuerza tras 20 años sin novedades en este campo terapéutico. EE.UU. los aprobó entre 2023 y 2024, pero a Europa, que tiende a un enfoque más conservador y exigente en la aprobación de nuevos medicamentos, le costó un poco más. Hasta el año pasado no dio su visto bueno. Y ahora, en España, la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos ha decidido no incluirlos en la financiación pública.

La Sociedad Española de Neurología (SEN), que agrupa a los especialistas que tratan a diario con estos pacientes, ha pedido «encarecidamente» a la ministra de Sanidad, Mónica García, al secretario de Estado de Sanidad y presidente de la CIPM, Javier Padilla y a los representantes de las comunidades autónomas que «reconsideren esta resolución».

Los dos fármacos son anti-amiloide, que tienen como objetivo reducir las placas de amiloide que se acumulan en el cerebro y que pueden producir deterioro cognitivo y funcional que se relacionan con la enfermedad de Alzheimer.

Hasta ahora solo se contaba con fármacos dirigidos a los síntomas, pero la nueva generación de medicamentos tiene como objetivo atacar al origen de la enfermedad en estados iniciales para enlentecer su progresión. A pesar de esta promesa, lecanemab y donanemab generaron controversia porque los beneficios clínicos no parecían tan significativos en algunos casos y porque en determinados pacientes conllevaba riesgos de edema cerebral y hemorragias. Eran casos leves que se resolvían por sí solos, pero esos efectos secundarios podían tener consecuencias fatales. Hoy se sabe que el riesgo de hemorragia cerebral está relacionado con la toma, al mismo tiempo, de anticoagulantes, un tratamiento habitual en personas de edad.

Tras la aprobación de estos dos fármacos por parte de la Agencia Europea del Medicamento (EMA), el siguiente paso era su posible financiación por parte de los estados miembro. Y con esto ha surgido una nueva polémica entre Lilly, laboratorio que comercializa donanemab, y el Ministerio de Sanidad, tras su decisión el pasado miércoles de no financiar Kisunla (donanemab).

En un movimiento sin precedentes, Julio Gay-Ger, presidente y director general de Lilly España, Portugal y Grecia, publicó este jueves una carta abierta mos-



Más del 50% de los casos que son leves están aún sin diagnosticar. Valerio Merino

trando su «tristeza» por esta decisión. Ante la «sorpresa» y «desilusión» que ha causado en la compañía farmacéutica, Gay-Ger asegura que mientras se sigue trabajando por la financiación pública, donanemab estará disponible en España a través del ámbito sanitario privado para los pacientes que, tras la valoración de su especialista, cumplan los criterios clínicos establecidos. «Cuando existe una opción terapéutica autorizada para una enfermedad tan devastadora, no podemos retrasar más su disponibilidad», afirmó.

800.000 afectados

Solo en España, el alzhéimer afecta a unas 800.000 personas y cada año se realizan unos 40.000 nuevos diagnósticos. En un 90%, en personas mayores de 65 años, ya que es una patología muy ligada al envejecimiento. Se estima, además, que más del 50% de los casos que son leves están aún sin diagnosticar.

Por alusiones, el secretario de Estado de Sanidad, Javier Padilla, contó ayer a través de su cuenta de X, donde califica el comunicado de Lilly de «bastante sorprendente». Asegura que nadie tiene mayor interés, «tampoco ninguna compañía farmacéutica», que el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas en mejorar la calidad de vida de las personas con alzhéimer y sus familiares, pero que los tratamientos de los que estamos hablando «tienen un valor clínico muy dudoso y han sido puestos en duda por múltiples agencias de evaluación de todo el mundo. De hecho, nin-

gún país de la UE los tiene financiados de manera general y solo tres (Alemania, Austria y Luxemburgo) con un programa muy muy restringido y restrictivo».

Padilla afirma tajante que «no estamos hablando de tratamientos cuyo efecto revolucione la situación clínica de las personas con alzhéimer. En absoluto. Y esto es algo que conviene dejar claro porque si no estaríamos engañando a las personas que tienen alzhéimer y a sus familiares, y eso es lo primero que no hay que hacer». Por ello, afea a la farmacéutica que el precio de estos tratamientos sea muy elevado y «por sí mismos estos medicamentos pueden no justificar los precios que se están planteando».

A pesar del cruce dialéctico, ambas partes se han mostrado dispuestas a seguir negociando para que los fármacos acaben siendo financiados por el sistema público.

La SEN expresó su «profundo pesar» por la decisión adoptada este miércoles por la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos de no incluir en la financiación pública los fármacos lecanemab y donanemab para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer inicial, limitando su acceso a la prescripción en el ámbito privado.

La doctora Raquel Sánchez-Valle, coordinadora del Grupo de Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología (SEN), pone en valor que «las principales agencias del medicamento del mundo, entre ellas la europea (EMA), han dictaminado que el balance eficacia-seguridad es positivo y por eso se comercializa».

> 9 de julio de 2026 a las 0:00

Los investigadores insisten en que solo debe utilizarse como apoyo y bajo supervisión del neurólogo

La IA mejora las terapias en casos de esclerosis múltiple

Un estudio dirigido por el equipo médico de Roche, en colaboración con profesionales sanitarios y con la Sociedad Española de Neurología (SEN), concluyó que la inteligencia artificial (IA) pudo agilizar los cambios de tratamiento en pacientes con esclerosis múltiple al favorecer una mayor adherencia a las recomendaciones de las guías clínicas. El trabajo, publicado en *Multiple Sclerosis Journal Experimental, Translational and Clinical*, comparó las respuestas de ChatGPT-4o con las de 290 especialistas en esclerosis múltiple y neuromielitis óptica ante 21 casos clínicos hipotéticos.

Los resultados reflejaron que las decisiones adoptadas por la IA coincidieron en mayor medida con las recomendaciones de las guías terapéuticas que las tomadas por los especialistas participantes, con un grado de cumplimiento del 80,5% frente al 66,5%. No obstante, los autores advirtieron de que esta tecnología no puede sustituir en ningún caso la valoración clínica del neurólogo, aunque sí contribuir a reducir la variabilidad terapéutica.

El objetivo principal del estudio consistió en determinar hasta qué punto las decisiones sobre el tratamiento se ajustaban a las guías clínicas. Se consideró adecuada una respuesta cuando se intensificaba el tratamiento ante actividad de la enfermedad, ya fuera por recaídas clínicas, actividad radiológica detectada mediante resonancia magnética o elevación de los niveles de neurofilamentos de cadena ligera en sangre. Además, los investigadores analizaron la prevalencia de la denominada inercia terapéutica, entendida como la falta de inicio o intensificación del tratamiento cuando la evidencia lo aconseja, así como los factores asociados a este fenómeno.

En los casos analizados, se consideró que la decisión se ajustaba a las recomendaciones cuando el tratamiento se intensificaba ante signos de actividad de la enfermedad, ya fuera por la aparición de recaídas clínicas, por actividad radiológica detectada en la resonancia magnética o por un aumento



Una paciente consulta el resultado de una resonancia en el cerebro.

de los niveles de neurofilamentos de cadena ligera en sangre. A partir de esos supuestos, el equipo investigador comparó el comportamiento de la IA y el de los especialistas para determinar el grado de adherencia a las guías de práctica clínica y evaluar la presencia de inercia terapéutica en cada escenario planteado.

La tecnología

cumple en el 80,5% de los casos las recomendaciones de las guías clínicas.

El doctor Aleix Solanes, investigador del Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer y de la Universitat Autònoma de Barcelona, explicó que la metodología desarrollada no se limitó a consultar un modelo comercial de IA, sino que incorporó información clínica validada mediante la técnica de Generación Aumentada por Recuperación (RAG). Según señaló, este sistema permitió fundamentar las recomendaciones en las guías clínicas más recientes y comprobar la consistencia y reproducibilidad de las respuestas obtenidas.

Los autores coincidieron en su

Prevenir la discapacidad futura

El doctor Javier Riancho, neurólogo del Hospital General Sierallana e investigador del Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (Idival), en Torrelavega, afirmó que el modelo de Inteligencia Artificial empleado en el estudio mostró una menor tendencia a retrasar cambios de tratamiento necesarios. Según explicó, el uso precoz de terapias de alta eficacia permite reducir los brotes y prevenir la discapacidad futura en los pacientes con esclerosis múltiple. Añadió Javier Riancho que la

incorporación de nuevas herramientas, como la determinación de los neurofilamentos de cadena ligera en sangre, facilita un seguimiento más estrecho de la enfermedad y ayuda a identificar antes los casos en los que resulta conveniente modificar el tratamiento.

El investigador del Idival indicó también que estas herramientas permiten una monitorización más estrecha del control de la enfermedad y facilitan una actuación más precoz cuando la evolución del paciente lo requiere. ■

brayar que el uso ético y responsable de esta tecnología exige que todas las recomendaciones generadas por IA sean supervisadas por el neurólogo. Asimismo, destacaron la necesidad de incorporar el manejo de estas herramientas a la formación médica continuada.

El responsable médico del área de Neurociencias de Roche, Jor-

ge Mauriño, afirmó que “no podemos olvidarnos nunca que estamos ante un recurso complementario diseñado para mejorar, y no para sustituir, el juicio clínico del profesional”. También aseguró que la IA puede favorecer una menor inercia terapéutica y una mayor adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia. ■