



Asociación Española de
Esclerosis Lateral Amiotrófica



Noticias

*Inicio / La Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica
celebra su XIII Torneo de Golf*

La Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica celebra su XIII Torneo de Golf

📅 12 junio 2024 📄 Notas de prensa

Selecciona categoría



- ✓ Los fondos recaudados en este evento, que se celebró ayer en el **Campo de Golf del Santander**, se destinarán a facilitar a las personas con esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y sus familias cuidados y tratamientos que mejoren su calidad de vida.
- ✓ La ELA es una enfermedad neurodegenerativa irreversible y mortal que va paralizando prácticamente todos los músculos del cuerpo de quien la sufre. La persona con ELA va dejando de andar, moverse, hablar, comer... hasta incluso de respirar sin ayuda, mientras su intelecto permanece intacto.

Necesitamos tu ayuda.

HAZ UN DONATIVO

comporta la enfermedad.

La Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica (adELA) ha celebrado su ya tradicional torneo de golf solidario. Ha sido ayer, martes 11 de junio, en una edición, la décimo tercera, que se ha celebrado en el Campo de Golf del Santander y que ha reunido a numerosas personas y apasionados del golf que han querido colaborar para facilitar una vida más digna a quienes sufren esta cruel enfermedad que es la ELA.

Según la **Sociedad Española de Neurología**, entre 4.000 y 4.500 personas padecen ELA en España, una patología neurodegenerativa irreversible, letal y sin cura que se caracteriza por la degeneración progresiva y muerte de las neuronas motoras. Como consecuencia, la ELA va paralizando poco a poco prácticamente todos los músculos del cuerpo de quien la padece, de forma que la persona va dejando de andar, moverse, hablar, comer... hasta incluso de respirar sin ayuda. Frente a ello, los sentidos y la capacidad intelectual se mantienen intactos, por lo que el paciente es plenamente consciente de su deterioro y la evolución de la enfermedad.

Pero que la ELA no tenga cura, no quiere decir que no se disponga de tratamientos sintomáticos, cuidados y recursos técnicos que pueden aumentar y mejorar la esperanza y calidad de vida de quienes la padecen. Hablamos, por ejemplo, de tratamientos de fisioterapia, logopedia, atención psicológica, además de numerosas ayudas técnicas... Tratamientos, cuidados y recursos cuyo coste es muy elevado y que no son financiados en su totalidad por nuestro sistema público, por lo que deben ser sufragados por las propias familias y las asociaciones de pacientes asistenciales como adELA.

Solo dos datos: en una fase intermedia de la enfermedad, las personas con ELA tienen que hacer frente a unos 35.000 euros al año para poder tener la asistencia y cuidados que necesitan, cifra que asciende a un mínimo de 60.000 en una fase avanzada si el afectado se hace la traqueostomía. En resumen, la ELA es una enfermedad cruel, devastadora y muy costosa, tanto que solo el 6% de las familias afectadas puede asumir los gastos que comporta la enfermedad. Dicho de otro modo, el 94% de las familias con un paciente de ELA no los puede asumir, familias a cuya ayuda se dirigirá la totalidad de los fondos recaudados en el XIII Torneo de Golf adELA.

Resultados del XIII Torneo de Golf adELA

Este torneo individual stableford se desarrolló en tres categorías, según suma de hándicaps, con salidas consecutivas desde las nueve de la mañana. Para esta ocasión tan especial se habilitó una "Fila O" para aquellos que quisieran colaborar con esta causa.

Necesitamos tu ayuda.

HAZ UN DONATIVO



Tras la competición, se celebró una comida de hermandad para jugadores, patrocinadores y todas aquellas personas que se animaron a apoyar esta causa. Seguidamente se entregaron los premios a los ganadores de cada categoría y se llevó a cabo una rifa solidaria con distintos premios.

El cuadro final fue el siguiente:

Scratch:

Caballeros: Luís Velo Puig-Durán.

Damas: Dolores Domecq Muguero.

Categoría Damas:

Primera Clasificada: Dolores Muguero.

Segunda Clasificada: Cristina Herranz.

Categoría Caballeros:

Primer Clasificado 1a Categoría: Manuel Montero Martínez.

Segundo Clasificado 1a Categoría: Jesús Rueda Rodríguez.

Primer Clasificado 2a Categoría: José Carlos García de Castro.

Segundo Clasificado 2a Categoría: Ángel de Cominges.



Esta decimotercera edición del Torneo de Golf adELA ha contado con el patrocinio y la colaboración de las siguientes empresas: Fundación Aon (patrocinador principal), Marsh, Mopane Partners, CTT Express, Verili, Fundación Mahou San

Necesitamos tu ayuda.

HAZ UN DONATIVO



Farinelli, Seguros Nogal, HDI, Howden Patners, Preventiva Seguros, Altura Markets, Blasson y Telefónica.

Sobre adELA

La Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica (adELA) es una organización sin ánimo de lucro de ámbito nacional dedicada a ayudar y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por esta devastadora y cruel enfermedad u otras patologías de la motoneurona.

Fundada en 1990 por un grupo de amigos, familiares y cuidadores de enfermos de ELA con el apoyo del científico y Premio Príncipe de Asturias Stephen Hawking, adELA desarrolla y ofrece múltiples servicios **asistenciales** (fisioterapia, logopedia y apoyo psicológico por parte de profesionales especializados; préstamos de ayudas técnicas y materiales de apoyo como sillas, grúas, camas articuladas, sistemas de comunicación alternativos, etc.; cuidadores especializados; terapia ocupacional; voluntariado; bolsa de cuidadores, etc.), **formativos** (cursos para familiares, para cuidadores...) y **de información y asesoramiento** (ayudas públicas, reconocimiento del Grado de Discapacidad y de Dependencia; adaptaciones domiciliarias y entorno, etc.)

Declarada de utilidad pública en 1997 y acreditada por la Fundación Lealtad desde 2016, adELA es la asociación de pacientes de ELA de ámbito nacional más antigua y con más años de experiencia en la atención y cuidado de estas personas en nuestro país.

Para más información:

Rosa María García

Directora de Comunicación, Marketing y RR.II.

rmgarcia@adelaweb.com

Telf.: 91.311.35.30/636.49.94.95

Nota de Prensa

Compartir en:



Necesitamos tu ayuda.

HAZ UN DONATIVO

Televisión Radio Noticias Deporte Cultura Sostenible

 DIRECTOS

 A LA CARTA



Aragón Radio > Podcast > Emisiones > MARAVILLOSAMENTE - 16/06/2024

MARAVILLOSAMENTE - 16/06/2024

En Maravillosamente



16/06/2024

Duración: 00:08:44



Charlamos con el Dr. Francisco Javier López González que acaba de ser reconocido por la Sociedad Española de Neurología por su contribución al conocimiento y desarrollo científico en el ámbito de la epilepsia.

Más podcasts de Maravillosamente



¿Quién ganaría en los JJOO de París
Hace 7 días



Una técnica no invasiva mejora la
Hace 14 días



Sí, las neuronas también bailan al
27/03/2024 11:45



¿Tienes sisifemia? Autoexigirse
26/03/2024 11:45

Privacidad 

Papel vs boca



Confirmado: la

compromiso RSE



14/06/2024 08:08:00

Campofrío amplía sus centros de trabajo certificados como 'Espacio cerebroprotegido'

Aproximadamente una de cada cuatro personas experimentará un ictus a lo largo de su vida.

Como parte de su compromiso con la seguridad y la salud, Campofrío ha ampliado su red de 'Espacios Cerebroprotegidos' a todos sus centros de producción, delegaciones comerciales y oficinas en España, quienes han obtenido la certificación "Espacio Cerebroprotegido" de la Fundación Freno al Ictus que acredita que sus empleados están capacitados para afrontar una emergencia por ictus en sus instalaciones.

En el acto de entrega de diplomas celebrado en las oficinas centrales de la compañía en San Sebastián de los Reyes, **Javier Dueñas, CEO de Campofrío España**, y **Julio Agredano, presidente de la Fundación Freno al Ictus**, destacaron la importancia de la formación impartida en el marco de la certificación que capacita a las personas para identificar y actuar ante un posible ictus, no solo en el entorno laboral, sino también en el ámbito familiar y social.

Los empleados de los centros productivos de Campofrío en Trujillo (Cáceres), Torrijos (Toledo),

POLÍTICAS RSE DE LAS EMPRESAS

Alime
Bebid
y Hog

NTT DATA

Automoción
y compBanc
FinanLEROY MERLIN
Desarrollando la vidaConstrucción
e infraeElectr
y electrónica
de

Henkel

BRVA

certificación el pasado año en las fábricas de Campofrío Frescos y de Campofrío en Burgos (La Bureba, Adobos y Jamones Burgaleses).

En su intervención, Julio Agredano, presidente de la Fundación Freno al Ictus, enfatizó que cada minuto cuenta en casos de ictus y agradeció a Campofrío su compromiso en la formación de sus trabajadores: "Campofrío Espacio Cerebroprotegido es de los proyectos que realmente pueden ayudar a mejorar la situación en nuestro país, no sólo por su alcance -930 colaboradores-, también por la imagen social que la compañía tiene en nuestra sociedad".

El proyecto, en su etapa inicial, incluyó la formación online de 530 empleados, quienes adquirieron los conocimientos necesarios para reconocer y activar el protocolo Código Ictus, generando un impacto transformador en su entorno. En esta segunda fase, se suman más de 400 nuevos alumnos, alcanzando un total de 930 personas formadas, lo que convierte a Campofrío en uno de los proyectos con mayor alcance a la hora de capacitar a su personal para salvar vidas en caso de ictus en su entorno.

Por su parte, **Javier Dueñas, CEO de Campofrío**, señaló que "la certificación de todos nuestros centros de trabajo refuerza el compromiso de la compañía con la creación de un impacto positivo y la contribución a la sociedad, al promover la seguridad, salud y bienestar de las personas. Esto se extiende al cuidado tanto de nuestros propios empleados como el de sus entornos familiares y sociales". En este sentido, Dueñas destacó la importancia de la cultura del conocimiento para prevenir y revertir la situación tan dramática que puede provocar un caso de ictus.

"Espacio Cerebroprotegido" es una certificación obtenida a través de una formación online, cuyo contenido ha sido desarrollado con la colaboración de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Asimismo, cuenta con el aval social de la propia sociedad científica y con el apoyo de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT) y la Asociación

Industria Farmacéutica y Salud	
Industria Química	
Moda y Belleza	
Otras Industrias	
Retail	
Seguros	
Servicios a empresas	
Telecomunicaciones y tecnologías de la información	
Transporte y logística	
Turismo y restauración	

Últimas noticias



PortAventura World y Gravity Wave limpian 10.800 kg de plástico del Mediterráneo



Lidl se compromete con la logística sostenible en Canarias

Concienciación sobre la ELA con un documental en la Filmoteca de Andalucía

El trabajo ofrece una amplia visión sobre la enfermedad, que afecta actualmente a entre 4.000 y 4.500 españoles



i La Junta respalda la concienciación sobre la ELA con un documental presentado en la Filmoteca de Andalucía



L.J.F. 12 DE JUNIO DE 2024, 16:33

La delegada de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, Dolores Sánchez, ha presentado el documental *El coste de sufrir ELA* esta mañana en la Filmoteca de Andalucía, con el respaldo de la Junta a la concienciación sobre esta enfermedad y el apoyo a las personas que la padecen. Dolores



TOTAL ENERGÍAS

Privacidad

Sánchez ha señalado la importancia de "visibilizar esta enfermedad y estar al lado de los pacientes y sus familias, a la vez que ha incidido en la necesidad de poner los medios necesarios para investigar sobre esta dolencia".

El documental, que será proyectado el próximo viernes, 14 de junio, a las 18.30 horas, ofrece una amplia visión sobre la ELA, dolencia que afecta actualmente a entre 4.000 y 4.500 españoles, siendo la tercera enfermedad neurodegenerativa más común en nuestro país, después del Alzheimer y el Parkinson. Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año se diagnostican unos 900 nuevos casos en España y en más del 50% de los mismos la enfermedad comienza a aparecer en personas que aún se encuentran en edad laboral, como recuerda la delegada de Inclusión Social.

El coste de sufrir ELA recoge los testimonios de Miguel Ángel, Ana y Araceli, que reflejan la realidad con la que conviven estos enfermos, que han manifestado la dureza de la enfermedad, el agradecimiento hacia los profesionales médicos que le dedican su tiempo y la necesidad de mirar la vida de la mejor forma posible.

A estos testimonios se le suman los de 8 profesionales de la salud del Hospital Reina Sofía de Córdoba, "un centro sanitario que trabaja e investiga sobre esta enfermedad", como ha comentado la delegada de Inclusión Social, que aclaran cuestiones más técnicas sobre la enfermedad y abren su lado más personal que traspasa la relación entre el médico y el paciente.

El documental lo ha dirigido Laura Coca Cuadrado, natural de Córdoba, responsable de comunicación y colaboradora de investigación del Instituto de Investigación en Políticas para la Transformación Social de la Universidad Loyola, además de colaboradora en instituciones culturales a nivel local como el Instituto Municipal de las Artes Escénicas (IMAE), como fotógrafa y videógrafa. Entre sus trabajos más recientes destaca el documental *El teatro y su arquitecto*, con motivo del 150 aniversario del Gran Teatro de Córdoba, y la realización de las entrevistas de la edición número 42 del Festival de la Guitarra de Córdoba.

El documental fue realizado en Córdoba el pasado año en el Hospital Reina Sofía, Fernán Núñez y San Juan de Dios. Su duración es de unos 43 minutos. Para su directora, "este trabajo es más que un proyecto cinematográfico y el



Privacidad

objetivo es concienciar sobre esta cruel enfermedad" y ha destacado la necesidad de garantizar una vida digna a los pacientes y sus familiares. Laura Coca ha resaltado el trabajo de las asociaciones 'Sácale la lengua a la ELA', liderada por Miguel ángel Roldán y la asociación 'ELA Andalucía', "que brindan apoyo emocional y material a estos enfermos".

ANDALUCÍA ELA CONCIENCIACIÓN

TE RECOMENDAMOS



El arte francés de viajar

La edición limitada de DS inspirada en el autor de "El Principito"



En IKEA bajamos los precios

Diseña tu nueva cocina desde los más de 50 puntos de contacto IKEA



Adiós a la silla de la ropa

Independízate de tus padres pero no del orden. Compra en IKEA.es



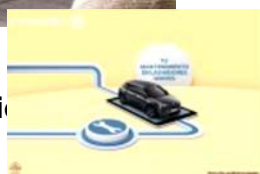
TotalEnergies

Lleva tu mantenimiento al siguiente nivel



Un refugio adolescente

El orden en su habitación



na



Reciclar aceite usado

Te contamos cómo reciclar el aceite de cocina usado

TOTAL ENERGIES

Privacidad

HOY HABLAMOS DE... [Venta de vivienda](#) [Tribunales](#) [Juzgados](#) [Construcción de viviendas](#) [Documental](#) [Córdoba CE](#) [Kick boxing](#)

PUBLICIDAD

PUBLICIDAD

Un documental en la Filmoteca para respaldar la concienciación sobre la ELA

'El coste de sufrir ELA' será proyectado el viernes 14 de junio



PUBLICIDAD



Botella y Sánchez (centro), con Coca (dcha.) en la Filmoteca de Andalucía.

[Redacción Cordópolis](#)

12 de junio de 2024 -17:26h 0

[@cordopolis_es](#)

La delegada de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad de la Junta de Andalucía en Córdoba, Dolores Sánchez, ha presentado este miércoles en la Filmoteca de Andalucía el documental *El coste de sufrir ELA*, mostrando así el respaldo de la Junta a la concienciación sobre esta enfermedad y el apoyo a las personas que la padecen.

PUBLICIDAD

Dolores Sánchez ha señalado la importancia de “visibilizar esta enfermedad y estar al lado de los pacientes y sus familias, a la vez que ha incidido en la necesidad de poner los medios necesarios para investigar sobre esta dolencia”.

PUBLICIDAD

PUBLICIDAD

PUBLICIDAD

El documental, que será proyectado el próximo viernes 14 de junio a las 18,30 horas, ofrece una amplia visión sobre la ELA, dolencia que afecta actualmente a entre 4.000 y 4.500 españoles, siendo la tercera enfermedad neurodegenerativa más común en nuestro país, después del Alzheimer y el Parkinson.

Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año se diagnostican unos 900 nuevos casos en España y en más del 50% de los mismos la enfermedad comienza a aparecer en personas que aún se encuentran en edad laboral, como ha recordado la delegada de Inclusión Social.

El coste de sufrir ELA, a cuya presentación también ha asistido la delegada de Salud de la Junta en Córdoba, María Jesús Botella, recoge los testimonios de Miguel Ángel, Ana y Araceli, que reflejan la realidad con la que conviven estos enfermos, que han manifestado la dureza de la enfermedad, el agradecimiento hacia los profesionales médicos que le dedican su tiempo y la necesidad de mirar la vida de la mejor forma posible.

A estos testimonios se le suman los de ocho profesionales del Hospital Reina Sofía de Córdoba, “un centro sanitario que trabaja e investiga sobre esta enfermedad”, como ha comentado la delegada de Inclusión Social, que aclaran cuestiones más técnicas sobre la enfermedad y abren su lado más personal que traspasa la relación entre el médico y el paciente.

EL ARTÍCULO CONTINÚA DESPUÉS DEL SIGUIENTE MENSAJE

Lee la portada de mañana en Cordópolis antes que nadie

Apúntate al adelanto de Cordópolis y recibe cada noche en tu correo electrónico las noticias que se leerán mañana. Es un adelanto de nuestras informaciones del día siguiente, con las noticias que se comentarán,

entrevistas, reportajes e informaciones de alcance.

Si te interesa, sólo tienes que facilitar tu email y seleccionar "Adelanto de Cordópolis" en la siguiente pantalla

Quiero recibir la portada de mañana antes que nadie

El documental lo ha dirigido Laura Coca Cuadrado, natural de Córdoba, responsable de comunicación y colaboradora de investigación del Instituto de Investigación en Políticas para la Transformación Social de la Universidad Loyola, además de colaboradora en instituciones culturales a nivel local, como el Instituto Municipal de las Artes Escénicas (IMAE), como fotógrafa y videógrafa. Entre sus trabajos más recientes destaca el documental 'El teatro y su arquitecto', con motivo del 150 aniversario del Gran Teatro de Córdoba, y la realización de las entrevistas de la 42 edición del Festival de la Guitarra de Córdoba.

El documental fue realizado en Córdoba el pasado año en el Hospital Reina Sofía, y en los municipios cordobeses de Fernán Núñez y Cañete de las Torres. Su duración es de unos 43 minutos. Para su directora, “este trabajo es más que un proyecto cinematográfico y el objetivo es concienciar sobre esta cruel enfermedad” y ha destacado la necesidad de garantizar una vida digna a los pacientes y sus familiares. Laura Coca ha resaltado el trabajo de las asociaciones 'Sácale la lengua a la ELA', liderada por Miguel Ángel Roldán, y la asociación 'ELA Andalucía', “que brindan apoyo emocional y material a estos enfermos”.

PUBLICIDAD

[Más noticias](#) / [Córdoba](#) / [ELA](#) / [enfermedad](#) / [documental](#) / [Filmoteca](#)

He visto un error



logo

Cordópolis

Te necesitamos

Queremos ser el mejor periódico local de Córdoba y para conseguirlo necesitamos tu apoyo. Hazte socio/socia de elDiario.es y **destina una parte de tu cuota a apoyar Cordópolis.**

HAZTE SOCIO, HAZTE SOCIA



Migraña y cefalea

Diagnóstico de la migraña en España

12 de junio de 2024

Migraña y cefalea, Dolor de cabeza, Dolor Agudo, Dolor y calidad de vida, optimus, médico, Residentes, Para sus pacientes

Introducción

El diagnóstico de la migraña en España es un proceso crucial para millones de personas que sufren esta afección neurológica incapacitante. La migraña no solo causa dolores de cabeza intensos, sino también una serie de síntomas adicionales que pueden afectar significativamente la calidad de vida de quienes la padecen.¹

A pesar de que, al menos el 25% de los pacientes con migraña no ha consultado su dolencia a un médico y el 50% abandona el seguimiento en las primeras consultas,¹ en España los profesionales de la salud están bien equipados para reconocer y tratar esta enfermedad, lo que permite a los pacientes recibir el apoyo y el tratamiento adecuados para controlar sus síntomas.

La importancia de atención primaria

En la mayoría de las ocasiones, el médico de atención primaria se convierte en la puerta de entrada al sistema sanitario, siendo este especialista el que deba decidir si el paciente, por sus características, debe ser remitido a la

consulta de neurología. En esta línea, la buena conexión entre médicos de atención primaria y neurólogos ayudaría a reducir los tiempos de diagnóstico, así como la disminución de los tiempos en lista de espera en la consulta de neurología.¹

En España además se da la circunstancia de que existe un retraso importante en el diagnóstico de la migraña¹ (6,4 años de media en la migraña episódica y 7,3 años de media en la migraña crónica) debido principalmente a la dificultad en la derivación al especialista, ya que los síntomas son comunes a otras cefaleas y puede producir errores en el diagnóstico. También influye en este retraso el hecho de que algunas personas consideran que se trata de una enfermedad común en la familia, controlable con analgésicos, y que no hay necesidad de acudir al médico.

Sintomatología

Durante la evaluación médica, el paciente describirá sus síntomas en detalle, incluida la frecuencia y la intensidad de los dolores de cabeza, así como cualquier síntoma asociado, como náuseas, vómitos, sensibilidad a la luz o al sonido, y aura visual o sensorial.¹ Estos detalles son cruciales para ayudar al médico a determinar si los síntomas del paciente son consistentes con los criterios diagnósticos establecidos para la migraña.

En muchos casos, el diagnóstico de la migraña se basa principalmente en la descripción de los síntomas del paciente, ya que no existen pruebas específicas para confirmar la presencia de la enfermedad. Sin embargo, en algunos casos, pueden ser necesarias pruebas adicionales, como resonancias magnéticas o tomografías computarizadas,¹ para descartar otras afecciones neurológicas graves que puedan estar causando los síntomas del paciente.



Tratamiento

Una vez que se ha realizado el diagnóstico de migraña, el siguiente paso es desarrollar un plan de tratamiento individualizado y que servirá para ayudar a controlar los síntomas y prevenir futuros episodios. El tratamiento de la migraña se basa, por un lado, en fomentar hábitos de vida saludables, y por otro en realizar terapia farmacológica sintomática y preventiva: la primera irá dirigida al tratamiento de las crisis, y puede ir acompañada de otros tratamientos adyuvantes, sobre todo dirigidos a mitigar las náuseas y vómitos. El tratamiento preventivo se utiliza para reducir la frecuencia e intensidad de las crisis de migraña.

Conclusión

Con el apoyo adecuado, las personas que viven con migraña en España pueden llevar una vida plena y activa a pesar de los desafíos que esta enfermedad puede presentar.

ADIÓS AL INSOMNIO

Dormir es fundamental para sobrevivir ¿Y la siesta? ¿Tienen significado los sueños?

Cuatro millones de españoles sufren insomnio, un problema que aumenta el riesgo de padecer diabetes, hipertensión y otras enfermedades vasculares



<https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link182.pdf> / **Freepik**

PUBLICIDAD



Un artículo de

La **Organización Mundial de la Salud** (OMS) **recomienda a los adultos dormir entre 7 y 8 horas al día**. Y es que, mientras dormimos, nuestro cuerpo realiza tareas vitales.

PUBLICIDAD

Lo más obvio es que **realizamos varias tareas de recuperación y mantenimiento que no son posibles durante la vigilia**.



Parte del **sueño es clave para una correcta formación y desarrollo neurológico**; además, mientras nos falte el descanso, varias capacidades cognitivas como la atención, la memoria o nuestra toma de decisiones se ven disminuidas.

Sin embargo, como explica 'Guías de Salud' el **doctor Pablo Barrecheguren**, autor del libro ¿Por qué soñamos? (Plataforma Editorial), **la falta de sueño aumenta la mortalidad**.



SEGÚN LA EDAD

EDAD: 45-50  Desayuno: Huevos revueltos con pan integral y rodajas de aguacate. Almuerzo: Salteado de verduras con tofu, brócoli, pimientos, zanahorias y arroz integral. Snack: Mezcla de frutos secos con nueces, frutas deshidratadas y chocolate negro. Cena: Curri de lentejas y verduras servido sobre arroz integral.	EDAD: 51-55  Desayuno: Yogur griego con bayas frescas y una pizca de granola. Almuerzo: Bol de burrito de quinoa y frijoles negros con aguacate, salsa y una pizca de queso. Merienda: Yogur griego con una pizca de granola y bayas. Cena: Brochetas de verduras a la parrilla acompañadas de quinoa o cuscús.
EDAD: 56-60  Desayuno: Yogur griego con bayas frescas y una pizca de granola. Almuerzo: Bol de burrito de quinoa y frijoles negros con aguacate, salsa y una pizca de queso. Cena: Brochetas de verduras a la parrilla acompañadas de quinoa o cuscús.	EDAD: 61-65  Desayuno: Tortilla de vegetales: espinacas, tomates y champiñones. Almuerzo: Pimientos rellenos de espinaca y servidos acompañados de quinoa. Cena: Salteado vegetariano: brócoli, pimientos, zanahorias y fideos.



- “Y, en general, se ha asociado la falta de sueño con un mayor riesgo de **diabetes tipo 2, hipertensión y otros problemas vasculares**.
- Además, por ejemplo a nivel deportivo están documentados efectos como una **bajada del rendimiento tras una noche de insuficiente descanso**”, resalta el investigador.



Los "durmientes con insomnio" son más propensos a sufrir enfermedades crónicas. /
Adobe Stock

No obstante, **en humanos es difícil saber si un insomnio prolongado puede llevar a la muerte.**

- "Sabemos que en modelos de experimentación animal (como moscas y ratones), sí que un insomnio prolongado produce la muerte, pero en humanos la información es mucho más escasa".

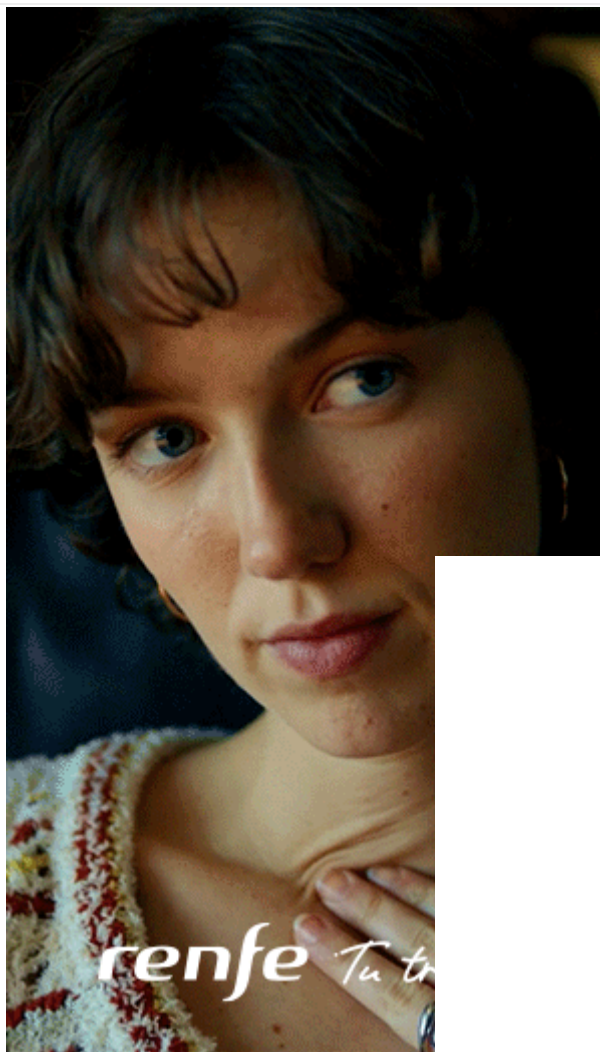
"Lo que está claro es que el insomnio deteriora gravemente tanto la salud física como mental".



El motivo por el que no debes echarte la siesta

El experto considera que hay cierta conciencia de cómo la **cafeína afecta a nuestra capacidad de conciliar el sueño**, pero con otras moléculas se es menos consciente.

Un caso claro es el **alcohol**, el cual aunque **genera una somnolencia**, cuando hemos bebido la calidad del sueño se desploma y su uso regular genera **grandes problemas de sueño**.



Insomnio, un problema que afecta a millones de españoles

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), **cuatro millones de adultos españoles sufren insomnio**. Es uno de los trastornos del sueño más frecuentes, seguido del síndrome de las piernas inquietas y del síndrome de apneas-hipopneas del sueño.

La SEN también estima que entre un 20 y un 48% de la población sufre en algún momento **dificultad para iniciar o mantener el sueño** y que en al menos un 10% de los casos es debido a algún trastorno de sueño crónico y grave



Ictus, alzhéimer o insomnio: por qué las mujeres sufren más enfermedades neurológicas /
Freepik

Y **respecto a la siesta, ni de 15 ni 30 minutos**. El doctor Barrecheguren recomienda:

“Si dormimos bien por la noche, de entrada no debería ser necesario echarse la siesta rutinariamente y, además, **es desaconsejable porque** según su duración, cuando sea, etc. **puede dificultar conciliar el sueño por la noche**. Y eso sin entrar en temas como si es un hábito saludable, que es un tema complejo al cual le dedico un capítulo entero del libro”.

Todo lo que debes saber sobre los sueños

Los sueños son toda una incógnita. No obstante, sí sabemos que podemos soñar tanto en **fase REM** como NREM (etapa de descanso), pese a que la mayor parte de ellos se den en el primero.

El científico resalta que “aunque es todavía un tema abierto, **se cree que los sueños complejos podrían ser una consecuencia directa o indirecta de las tareas que hace el cerebro durante la fase REM**, entre ellas procesos que involucran a la memoria y el procesamiento emocional de nuestros recuerdos”.



sueño, incluida la fase REM, es mucho más debatible que los sueños tengan una función en sí mismos.

Es más, algunas funciones se han descartado con los años: por ejemplo, **inicialmente se creía que las pesadillas eran una forma de entrenamiento frente a estrés, miedos...** exponiéndose a ellos para que cada vez nos afecten menos. **Ahora sabemos** que esto no solo **es falso**, sino que además las pesadillas aumentan el estrés emocional e impactan negativamente en algunas capacidades cognitivas cuando estamos despiertos”.

El insomnio tecnológico es una consecuencia del mal uso de las redes sociales. /
Adobe Stock

¿Carecen de significado los sueños?

Todos nos hemos preguntado alguna vez qué significa que soñamos que nos caemos, nos faltan dientes o que llegamos tarde a un examen. Pero el especialista es claro: **“carecen de significado místico o trascendental”**.

“Es más, existen diversas maneras para modificar su contenido. Lo único que ocurre es que como hay una cierta influencia entre lo que vivimos,



que los pacientes se concentran en la parte de la memoria.

Cómo conciliar mejor el sueño

Es importante en caso de padecer **insomnio** se debe consultar con un médico para asegurarse que la causa no sea un problema de salud subyacente. “Hay varios frentes que podemos abordar para ayudarnos a conciliar mejor el sueño:

- Horarios regulares de levantarnos y acostarnos
- Evitar el consumo de **alcohol** (especialmente varias horas antes de irnos a la cama),
- No realizar actividades deportivas poco antes de irnos a dormir”.

Y, por supuesto, **evitar el uso del móvil antes de irnos a dormir**.

Barrecheguren señala que “es problemático por dos motivos: uno es que si el contenido que consultamos nos activa, excita,... eso nos dificultará conciliar el sueño”.

Noticias relacionadas

• **¿Estamos a tiempo de evitar esas manchas en la piel que nos pueden amargar el verano?**

• **El melanoma no siempre comienza con un lunar en la piel: síntomas y cómo detectarlo a tiempo**

Aunque el contenido sea apacible, **el uso de pantallas electrónicas (móviles incluidos), puede generar problemas para dormir “porque su luz inhibe la producción de melatonina, y esta es una de las moléculas clave en el sueño”.**

Temas

[dormir](#)[Neurología](#)[Responde el doctor](#)



ADIÓS AL INSOMNIO

Dormir es fundamental para sobrevivir ¿Y la siesta? ¿Tienen significado los sueños?

Cuatro millones de españoles sufren insomnio, un problema que aumenta el riesgo de padecer diabetes, hipertensión y otras enfermedades vasculares



<https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link182.pdf> / Freepik

PUBLICIDAD



Un artículo de



La [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS) recomienda a los adultos dormir entre 7 y 8 horas al día. Y es que, mientras dormimos, nuestro cuerpo realiza tareas vitales.

PUBLICIDAD

Lo más obvio es que realizamos varias tareas de recuperación y mantenimiento que no son posibles durante la vigilia.



Parte del **sueño es clave para una correcta formación y desarrollo neurológico**; además, mientras nos falte el descanso, varias capacidades cognitivas como la atención, la memoria o nuestra toma de decisiones se ven disminuidas.

Sin embargo, como explica [‘Guías de Salud’](#) el **doctor Pablo Barrecheguren**, autor del libro [¿Por qué soñamos?](#) (Plataforma Editorial), **la falta de sueño aumenta la mortalidad.**



- **“Y, en general, se ha asociado la falta de sueño con un mayor riesgo de diabetes tipo 2, hipertensión y otros problemas vasculares.**
- Además, por ejemplo a nivel deportivo están documentados efectos como una **bajada del rendimiento tras una noche de insuficiente descanso**”, resalta el investigador.

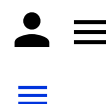


Los “durmientes con insomnio” son más propensos a sufrir enfermedades crónicas. /
Adobe Stock

No obstante, en humanos es difícil saber si un [insomnio](#) prolongado puede llevar a la muerte.

- “Sabemos que en modelos de experimentación animal (como moscas y ratones), sí que un insomnio prolongado produce la muerte, pero en humanos la información es mucho más escasa”.

"Lo que está claro es que el insomnio deteriora gravemente tanto la salud física como mental".



El motivo por el que no debes echarte la siesta

El experto considera que hay cierta conciencia de cómo la **cafeína afecta a nuestra capacidad de conciliar el sueño**, pero con otras moléculas se es menos consciente.

Un caso claro es el **alcohol**, el cual aunque **genera una somnolencia**, cuando hemos bebido la calidad del sueño se desploma y su uso regular genera **grandes problemas de sueño**.



Insomnio, un problema que afecta a millones de españoles

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), **cuatro millones de adultos españoles sufren insomnio**. Es uno de los trastornos del sueño más frecuentes, seguido del síndrome de las piernas inquietas y del síndrome de apneas-hipopneas del sueño.

La SEN también estima que entre un 20 y un 48% de la población sufre en algún momento **dificultad para iniciar o mantener el sueño** y que en al menos un 10% de los casos es debido a algún trastorno de sueño crónico y grave



Ictus, alzhéimer o insomnio: por qué las mujeres sufren más enfermedades neurológicas /
Freepik

Y respecto a la siesta, ni de 15 ni 30 minutos. El doctor Barrecheguren recomienda:

“Si dormimos bien por la noche, de entrada no debería ser necesario echarse la siesta rutinariamente y, además, **es desaconsejable porque** según su duración, cuando sea, etc. **puede dificultar conciliar el sueño por la noche.** Y eso sin entrar en temas como si es un hábito saludable, que es un tema complejo al cual le dedico un capítulo entero del libro”.

Todo lo que debes saber sobre los sueños

Los sueños son toda una incógnita. No obstante, sí sabemos que podemos soñar tanto en [fase REM](#) como NREM (etapa de descanso), pese a que la mayor parte de ellos se den en el primero.

El científico resalta que “aunque es todavía un tema abierto, **se cree que los sueños complejos podrían ser una consecuencia directa o indirecta de las tareas que hace el cerebro durante la fase REM**, entre ellas procesos que involucran a la memoria y el procesamiento emocional de nuestros recuerdos”.

¿Para qué sirven los sueños?

[Salud >](#)

Es más, algunas funciones se han descartado con los años: por ejemplo, **inicialmente se creía que las pesadillas eran una forma de entrenamiento frente a estrés, miedos...** exponiéndose a ellos para que cada vez nos afecten menos. **Ahora sabemos** que esto no solo es **falso**, sino que además las pesadillas aumentan el estrés emocional e impactan negativamente en algunas capacidades cognitivas cuando estamos despiertos”.

El insomnio tecnológico es una consecuencia del mal uso de las redes sociales. /
Adobe Stock

¿Carecen de significado los sueños?

Todos nos hemos preguntado alguna vez qué significa que soñamos que nos caemos, nos faltan dientes o que llegamos tarde a un examen. Pero el especialista es claro: **“carecen de significado místico o trascendental”**.

“Es más, existen diversas maneras para modificar su contenido. Lo único que ocurre es que como hay una cierta influencia entre lo que vivimos, especialmente eventos o preocupaciones recientes que tengan mucho impacto emocional, y lo que el cerebro procesa durante la fase REM; por eso es habitual que los sueños se



Salud >



Como conciliar mejor el sueño

Es importante en caso de padecer **insomnio** se debe consultar con un médico para asegurarse que la causa no sea un problema de salud subyacente. “Hay varios frentes que podemos abordar para ayudarnos a conciliar mejor el sueño:

- Horarios regulares de levantarnos y acostarnos
- Evitar el consumo de **alcohol** (especialmente varias horas antes de irnos a la cama),
- No realizar actividades deportivas poco antes de irnos a dormir”.

Noticias relacionadas

- ¿Estamos a tiempo de evitar esas manchas en la piel que nos pueden amargar el verano?
- El melanoma no siempre comienza con un lunar en la piel: síntomas y cómo detectarlo a tiempo

Y, por supuesto, **evitar el uso del [móvil](#) antes de irnos a dormir**. Barrecheguren señala que “es problemático por dos motivos: uno es que si el contenido que consultamos nos activa, excita,... eso nos dificultará conciliar el sueño”.

Aunque el contenido sea apacible, **el uso de pantallas electrónicas (móviles incluidos), puede generar problemas para dormir “porque su luz inhibe la producción de [melatonina](#), y esta es una de las moléculas clave en el sueño”.**

Temas

insomnio · sueño · Neurología · Responde el doctor



Durant juny i juliol, donem veu a l'afàsia: saps què és?



11/06/2024



Malgrat la [Sociedad Española de Neurología](#) (SEN) calcula que a Espanya hi ha 350.000 persones amb afàsia, aquest trastorn causat per lesió és molt poc conegut. Hem parlat amb Daniel Rodríguez Boggia, psicopedagog i logopeda que col·labora amb [l'Associació Superar l'Ictus de Barcelona](#) fent tallers grupals i atenció directa a persones que tenen afàsia a

més de logopeda de la Unitat d'Estimulació Neurològica (UEN). Daniel ens ha donat més detalls per poder visibilitzar aquesta realitat.

FUNDACIÓ ICTUS.- Com explicaries què és l'afàsia a algú que la desconeix?

DANIEL RODRÍGUEZ.- L'afàsia té lloc després d'un dany cerebral, com un ictus o un traumatisme cranioencefàlic, i comporta una gran dificultat per comunicar-se i expressar-se en l'ampli sentit de la paraula. Quan ho explico, acostumo a fer servir la simbologia d'una biblioteca. Imagina que tens una biblioteca amb els teus llibres preferits, i cadascun representa algun moment de la teva vida. De sobte, tots cauen i has de tornar a col·locar-los un a un, cadascun en el seu lloc. Això requereix d'un treball intens, progressiu, igual que l'afàsia.

FI.- Totes les afàsies són iguals?

DR.- No, cada cas és diferent i a més, hi ha diferents tipus. L'afàsia pot afectar la lectura, l'escriptura, la parla, la comprensió, l'expressió i, moltes vegades, pot afectar diverses d'aquestes àrees alhora. No hi ha una afàsia única.

FI.- L'afàsia afecta a un tipus concret de persona o a tothom?

DR.- La incidència és major en les dones, encara que poden tenir-ho tant homes com dones. D'altra banda, anys enrere parlar d'afàsia era parlar d'adults grans, però actualment també es dona en persones més joves.

FI.- Què implica l'afàsia per a la persona que la té?

DR.- Segons el grau d'afectació cal començar de zero, en alguns casos amb la producció de les lletres, la denominació dels objectes que ens envolten, l'organització del llenguatge, etc. Alguns pacients quan estan en grup, per exemple, senten que es perden perquè van més lents i no poden seguir la conversa d'un grup estàndard. Molts d'ells comenten que els familiars no

tenen suficient paciència a l'hora d'iniciar una comunicació, ja que poden preguntar i repreguntar amb poc marge perquè la persona amb afàsia pugui interpretar i respondre.

FI.- Com impacta aquesta situació a nivell emocional?

DR.- La dificultat per poder comunicar-se i comprendre els genera por, inseguretat i incertesa a l'hora d'afrontar situacions quotidianes que habitualment feien: anar de vacances, assistir a una reunió escolar, anar a prendre un cafè, etc. Per això **és necessari buscar estratègies i recursos perquè aquestes persones puguin sentir-se còmodes a l'hora de comunicar-se de nou.**

FI.- Com es treballa l'afàsia en rehabilitació?

DR.- Moltes vegades **els poso en aquestes situacions quotidianes**: com t'enfrontaries si has d'anar a prendre un cafè amb un amic? O a una reunió escolar? O si has de renovar el DNI?. La idea és que es preparin els temes sobre els quals és possible que els preguntin, per tal de disposar de vocabulari. També treballem **fent llistes de paraules**. Per exemple: coses de color verd, coses que portem en una maleta, què hi ha dins de la nevera, etc. Això els dona bastants recursos a l'hora de poder comunicar-se, ja que el factor sorpresa algunes vegades influeix de manera negativa, fent que es bloquegin en una paraula o frase. Un altre gran recurs que utilitzo és **dibuixar**, perquè la persona amb grans dificultats de comprensió i/o expressió pugui expressar-se. Al final, el més important és **intentar produir estratègies o recursos propis amb els quals cada persona se senti còmoda.**

FI.- Quins consells donaries per a abordar amb respecte una conversa amb una persona que té afàsia?

DR.- És molt important **no acabar les frases per ells**. Sí que podem donar pistes que no siguin infantils si notem que alguna paraula no acaba de sortir. Per exemple, podem preguntar, estàs parlant de la família o estàs parlant del treball? També és bàsic **ser pacients i deixar-los decidir.**

Per exemple, si van a un restaurant i no entenen la carta o no saben què demanar, podem llegir-la amb ells i deixar-los temps perquè prenguin una decisió. En tercer lloc, aconsello **no fer preguntes massa obertes, sinó focalitzades**. I una quarta estratègia seria **eliminar o minimitzar en la mesura del possible les distraccions**: sorolls, moltes converses alhora, etc.

FI.- Quines mancances existeixen socialment en relació amb l'afàsia?

DR.- Crec que és important portar a terme mesures a nivell comunitari, involucrar-nos més tots. Per exemple, hi ha alguns ajuntaments, biblioteques o casals culturals, que han aplicat sistemes alternatius i augmentatius de comunicació (SACC), amb plafons de comunicació o icones que indiquen, per exemple, quins llibres pots trobar, quin tipus de tràmits necessites per tal de fer-te soci, etc. Això els permet accedir a la comunicació de manera més autònoma i eficaç.

Has patit un ictus o coneixes algú a qui li hagi passat?

Comparteix dubtes i experiències amb persones que es troben en un moment similar al teu.

Som persones afectades, familiars i professionals. I junts ens podem ajudar.

Entra a la comunitat

Et pot interessar...

GACETA MÉDICA

El código ictus juega un papel crucial en la reducción de las secuelas discapacitantes y los fallecimientos

Antonio López Rueda, neurorradiólogo intervencionista del Hospital de Bellvitge y miembro de SERAM explica a GM cómo funciona este procedimiento

Por **Andrea Rivero García** - 12 junio 2024

Cada año entre 110.000 y 120.000 personas sufren un ictus en nuestro país, de los cuales un 50 por ciento quedan con secuelas discapacitantes o fallecen, de acuerdo con datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Y en la actualidad más de 330.000 españoles presentan alguna limitación en su capacidad funcional por haber sufrido un ictus.

Aunque en las últimas dos décadas la mortalidad y la discapacidad por ictus han disminuido, gracias a la mejora en la detección precoz de los síntomas, el control de los principales factores de riesgo y la introducción de nuevas medidas terapéuticas, como las Unidades de Ictus, la trombólisis y la trombectomía mecánica, su incidencia sigue en aumento. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que **en los próximos 25 años la incidencia de ictus aumentará un 27 por ciento**.

En este sentido, actuar rápidamente **en caso de ictus** es fundamental para reducir las posibles secuelas. “La importancia de diagnosticar y tratar rápido el ictus es que hay más probabilidades de recanalizar la arteria con menor déficit en los pacientes. Cuanto más rápidos seamos en la detección, traslado y tratamiento de los pacientes con ictus, menos déficits tendrán y más independientes serán”, explica a Gaceta Médica **Antonio López Rueda, neurorradiólogo intervencionista del Hospital Universitario de Bellvitge y miembro de la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM)**.

Las secuelas de un ictus pueden ser las mismas con las que se presenta, es decir, pérdida de fuerza del brazo y/o pierna, problemas en el habla (afasia), parálisis facial, etc. Todas estas secuelas se pueden reducir en gran medida con un diagnóstico y tratamiento precoz, por eso es muy importante saber **detectar un ictus precozmente** para avisar inmediatamente a una ambulancia y que puedan llevar al paciente a urgencias lo antes posible.

El papel del código ictus



En este sentido, el código ictus es un procedimiento de actuación basado en el reconocimiento precoz de los síntomas de un ictus con el objetivo de trasladar lo antes posible a cada paciente al centro idóneo para que pueda beneficiarse de **una terapia de reperusión**. “Este procedimiento se activa desde la ambulancia y hace que el hospital al que lleva el paciente este preparado para actuar lo más rápido posible”, señala López.

Para que este tipo de acciones sean exitosas **la comunicación entre profesionales** es indispensable. Tal y como explica el neurorradiólogo, “en el procedimiento de actuación del código ictus se produce la comunicación desde la ambulancia con el neurólogo del hospital que va a recibir el paciente, el cual activa un circuito intrahospitalario en el que interviene el servicio de radiodiagnóstico para realizar e interpretar las pruebas pertinentes”. Además, “en el caso de que se requiera la apertura de la arteria por vía endovascular se avisa al neurorradiólogo o radiólogo intervencionista para que haga el tratamiento mecánico”, añade el especialista.

“Sin un diagnóstico preciso, evidentemente, no podremos tratar correctamente al paciente que sufre esta patología con tanta repercusión clínica”

El papel del radiólogo es fundamental en el diagnóstico y tratamiento del ictus. En esta línea, la **tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM)** son las técnicas de elección para hacer un diagnóstico de si el paciente está sufriendo un ictus u otro tipo de patología. “Cuando el paciente va a un hospital con la sospecha de que está sufriendo un ictus, se realiza una TC craneal para determinar si el paciente está sufriendo un ictus isquémico (oclusión de una arteria cerebral) o hemorrágico (rotura de una arteria cerebral)”, apunta López Rueda, quien recalca la importancia de que esta prueba sea interpretada por un especialista en radiología que pueda obtener la máxima información de dicha prueba. “Sin un diagnóstico preciso, evidentemente, no podremos tratar correctamente al paciente que sufre esta patología con tanta repercusión clínica”, asegura.

Tratamiento del ictus

En el momento de tratar a una persona que está sufriendo un **ictus** se pueden seguir dos caminos en función de las necesidades médicas. “El tratamiento médico que se puede realizar por vía venosa y es sobre todo eficaz cuando la arteria que se ha ocluido es pequeña. Y, por otro lado, el tratamiento endovascular que se realiza a través de las arterias, denominada **trombectomía mecánica**”, aclara el neurorradiólogo.

Este último procedimiento, la trombectomía mecánica, es uno de los tratamientos más revolucionarios y efectivos en la última década. Como explica el especialista, se trata de una técnica realizada por neurorradiólogos/radiólogos en la que “navegando **a través de las arterias del paciente**, se retira el trombo que está ocluyendo la arteria cerebral, recuperando así el flujo de la sangre por dicha arteria, y mejorando, por tanto, la sintomatología y el pronóstico del paciente”.

Consenso entre profesionales

Durante el recién celebrado 37º Congreso Nacional SERAM se abordaron numerosos aspectos que atañen a la profesión radiológica y, uno de ellos fue el ictus. En este evento se presentó un **documento de consenso** entre diversas sociedades científicas: la Sociedad Española de Neurorradiología (SENR), la Sociedad Española de Radiología de Urgencias (SERAU), el Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología



(GEECV-SEN) y la SERAM.

[Este documento](#), como explica López, “aborda unas recomendaciones sobre el uso de la tomografía computarizada en el código ictus”. En concreto, se trata de **un repaso del uso de la TC**, centrándose en sus indicaciones, la técnica para su correcta adquisición y las posibles causas de error en su interpretación.

“Destacaría la importancia de estos documentos de consenso entre las principales sociedades científicas implicadas en el código ictus, para que se homogenice la indicación, realización e interpretación de esta prueba en todos los hospitales que atiendan esta patología”, concluye el neurorradiólogo.

También te puede interesar...

Andrea Rivero García

in



- [Català](#)
- [Castellano](#)
- [English](#)
- [Info corporativa](#)
 - [Hospital del Mar Research Institute](#)
 - [Òrgans de govern Hospital del Mar Research Institute](#)
 - [Fundació IMIM](#)
 - [Òrgans de govern FIMIM](#)
 - [Direcció Hospital del Mar Research Institute](#)
 - [Programes de Recerca](#)
 - [Serveis Científic-Tècnics](#)
 - [Àrea de Desenvolupament](#)
 - [Àrea d'Administració](#)
 - [Talent](#)
 - [OpenLAB](#)
 - [Ofertes de feina](#)
 - [Memòries](#)
 - [Història de l'Hospital del Mar Research Institute](#)
 - [Portal de transparència](#)
 - [Canal de l'informant](#)
- [Programes de recerca](#)
 - [Càncer](#)
 - [Epidemiologia i salut pública](#)
 - [Informàtica biomèdica](#)
 - [Neurociències](#)
 - [Recerca Clínica Translacional](#)
 - [OpenLab](#)
- [Comitè de recerca clínica](#)
 - [Presentació](#)
 - [Composició](#)
- [Comitès ètics](#)
 - [Comitè d'Ètica de la Investigació amb Medicaments](#)
 - [Comitè ètic per a la integritat de la recerca](#)
 - [Recerca amb models animals](#)
- [Serveis científicotècnics](#)
 - [Presentació](#)
 - [MARGenomics](#)
 - [MARBio Banc](#)
 - [MARData](#)
 - [MARMetabolomics](#)
 - [Unitat de Recerca Clínica](#)
 - [Servei Enzyme Immuno Assay](#)
 - [Serveis Interns i Criopreservació](#)
- [Treballa amb nosaltres](#)
 - [Oferta pública](#)
 - [Convocatòries temporals](#)
 - [Borses de treball](#)
 - [Sol·licituds generals](#)
 - [Posicions externes](#)

[Busca persones](#) [Intranet](#) [Notícies](#) [Agenda](#)



Notícies

13/06/2024 - [Informació general](#)

Premi Epilèpsia 2023 de la Sociedad Española de Neurología per al Dr. Rodrigo Rocamora

El director de la Unitat d'Epilèpsia del centre i coordinador del Grup de recerca en Epilèpsia del seu institut de recerca ha rebut aquesta distinció a l'acte institucional de la societat, celebrat a Santiago de Compostel·la.

El Dr. Rodrigo Rocamora ha rebut el **Premi Epilèpsia 2023**, a la seva versió científica, de la [Sociedad Española de Neurología](#). El lliurament del guardó s'ha portat a terme durant l'acte institucional de la societat, celebrat el 6 de juny a Santiago de Compostel·la.



El premi reconeix la **significativa contribució a l'avenç del coneixement i tractament de l'epilèpsia** de l'actual director de la Unitat d'Epilèpsia de l'Hospital del Mar i coordinador del Grup de recerca en Epilèpsia del seu institut de recerca. El Dr. Rocamora ha assegurat que **"des de la unitat d'epilèpsia de l'Hospital del Mar, s'han introduït diverses tècniques, com la estereoelectroencefalografia (SEEG), la cirurgia robòtica, l'ús de làser (LITT) o l'electrotermocoagulació (ETC) que han contribuït significativament al desenvolupament de l'àrea a Espanya"**. Això unit a una recerca puntera en diversos àmbits, ha posicionat el grup com un referent a l'àmbit internacional en epilèpsia.



La Unitat d'Epilèpsia de l'Hospital acaba de celebrar el seu quinzè aniversari ampliant les seves instal·lacions amb sis llits de monitoratge per vídeo electroencefalografia, fet que la converteix en una de les més grans de l'Estat. Està acreditada a Catalunya com a part de la Unitat Funcional de Cirurgia d'Epilèpsia, que també coordina el Dr. Rocamora, i és part de la xarxa d'unitats d'expertesa clínica de Catalunya (XUEC) en malalties rares i centre CSUR estatal per a casos complexos. També és un dels tres centres de la Comissió Europea que formen part de la [xarxa europea d'epilèpsia EPICare](#).

[Totes les notícies](#)

Contacte

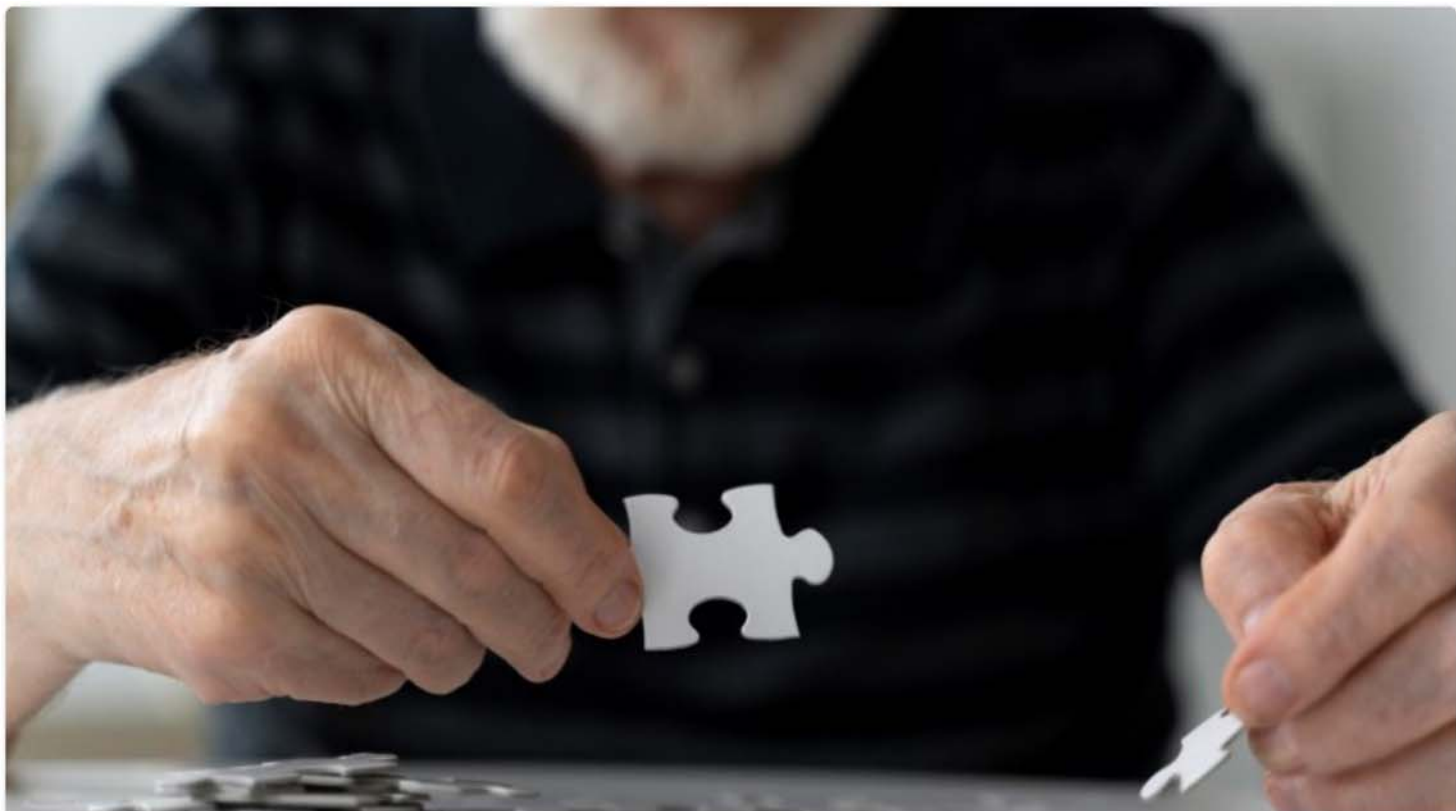
Servei de Comunicació:

[Marta Calsina Freixas](#)

Tel:

(+34) 93 316 06 80

Doctor Aiguader, 88
08226 Barcelona



MEDICINA

La SEN anima a la comunidad internacional a utilizar su nueva clasificación para la enfermedad de Parkinson

👤 IEFS 📅 junio 13, 2024 💬 0 comentarios 💎 neurología , Parkinson , SEN , Sociedad Española de Neurología

Esta clasificación de la SEN prevé con mayor precisión el pronóstico a largo plazo de los pacientes con Parkinson y permite aplicar tratamientos más personalizados

Tras la publicación por parte del [Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento \(GETM\)](#) de la [Sociedad Española de Neurología \(SEN\)](#) de una nueva clasificación para la enfermedad de Parkinson, denominada MNCD, cada vez se encuentra una mayor evidencia de la capacidad predictiva de esta escala en el pronóstico a largo plazo de pacientes con enfermedad de Parkinson.

En la próxima Reunión Anual de la SEN se van a presentar tres trabajos españoles que evidencian la utilidad de esta escala frente a otras existentes y hace unas semanas se publicaba un trabajo realizado

traves de la revista *Lancet Neurology*, un llamamiento a la comunidad internacional sobre la utilidad de la escala MNCD para el seguimiento clínico de los pacientes con enfermedad de Parkinson y como herramienta a considerar para su integración en futuros sistemas de clasificación biológica y estadificación.

Una enfermedad con gran variabilidad

«La enfermedad de Parkinson tiene una gran variabilidad en cuanto a su presentación clínica y su pronóstico también es altamente variable. Los avances que se están produciendo en el conocimiento de esta enfermedad están permitiéndonos proponer nuevas formas de clasificar la enfermedad de Parkinson aplicando criterios biológicos de la enfermedad, porque conocer aspectos en cada paciente como, por ejemplo, si existe mutación genética, neurodegeneración, neuroinflamación o agregación proteica, nos permite poder aplicar una medicina más personalizada basada en caso particular», explica el Dr. Álvaro Sánchez Ferro, Coordinador del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la SEN.

Y añade: «Sin embargo, en estas nuevas propuestas de escalas, no se tienen en cuenta los síntomas -a pesar de que son los síntomas, tanto los motores como los no motores, los que impactan en la autonomía y calidad de vida- y, para cualquier neurólogo, es necesario conocer en cada momento cuál es y cómo es de limitante la sintomatología del paciente. Por esa razón se ideó la clasificación MNCD, una escala que considera que los síntomas clínicos deben incluirse en la clasificación de la enfermedad de Parkinson, al igual que los aspectos biológicos, ya que solo de esta forma se puede tener una visión completa de la enfermedad de cada paciente, algo indispensable para identificar las mejores opciones de tratamiento individual».

La clasificación sencilla de la SEN

La clasificación MNCD pretende catalogar la enfermedad de Parkinson en base a 4 ejes: Motor, No motor, Cognición y Dependencia para actividades de la vida diaria. Es una herramienta sencilla que permite identificar síntomas y presentaciones clave en la enfermedad de Parkinson, correlacionándose con los datos de clasificación biológica. Se puede aplicar en base a la información recogida en la consulta por parte del neurólogo y también permite monitorizar la progresión del paciente a lo largo de la evolución de la enfermedad y visualizar de forma rápida qué síntomas son los más relevantes en el paciente y sus cambios evolutivos.

«Ya se está demostrando que el sistema de estadificación MNCD permite indicar la gravedad de la enfermedad, la calidad de vida y la situación funcional en los pacientes con enfermedad de Parkinson mejor que otras escalas mucho más utilizadas. Y también su capacidad predictiva sobre el pronóstico a largo plazo de pacientes con enfermedad de Parkinson. Pero, además, la clasificación MNCD puede ser

señala el Dr. Diegos Santos, miembro del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la SEN.

«En comparación con el referente más utilizado, el estadio de Hoehn & Yahr, la clasificación MNCD es igualmente sencilla de aplicar pero proporciona una información más completa. Por esa razón, animamos a los neurólogos a utilizar la clasificación MNCD en su práctica clínica diaria y recalamos la importancia de que los síntomas clínicos en la enfermedad de Parkinson se tengan en cuenta a la hora de plantear una clasificación nueva más basada en aspectos biológicos, tal y como defendemos en la carta publicada en Lancet Neurology», concluye.

← Cuatro Unidades de Cuidados Intensivos andaluzas, entre las mejores UCIS de España en 2023

La temperatura corporal normal se despidе de los 36-37 °C →

👍 También te puede gustar



Sociedad > Salud

¿Te duele seguido la cabeza? Los 10 tips para terminar para siempre con la cefalea

Estos padecimientos no solo afectan la calidad de vida de la persona, sino que también pueden impactar negativamente en su salud mental.



¿Te duele seguido la cabeza?: 10 tips para terminar con la cefalea

13 Junio 2024

El **dolor de cabeza** es una **molestia** común que afecta a muchas personas en todo el mundo, pero las mujeres parecen ser las más afectadas por este problema, según datos de la Sociedad Española de Neurología. De hecho, un 99% de la población femenina mundial afirma haber experimentado cefaleas en algún momento de sus vidas, en comparación con un 89% de los hombres.

Entre los tipos más comunes de cefalea primaria se encuentran la cefalea tensional y la migraña. Estas condiciones no solo afectan la calidad de vida de quienes las padecen, sino que también pueden tener un impacto significativo en su salud mental, con un alto porcentaje de pacientes que experimentan depresión y discapacidad.

Aunque existen más de 200 tipos de cefaleas, todas comparten un denominador común: causan un

menoscabo en la calidad de vida de quienes las sufren. Es por eso que es crucial buscar ayuda médica cuando el dolor de cabeza se vuelve crónico y comienza a interferir con las actividades diarias.

Los 10 tips para eliminar las cefaleas

El Paracetamol y la Cafeína: ¿Sabías que tomar paracetamol con café puede hacer que el medicamento actúe más rápido? La cafeína facilita su absorción, lo que significa un alivio más rápido para el dolor de cabeza.

Ibuprofeno con gaseosas: ¿te sorprende? resulta que tomar ibuprofeno con Coca-Cola puede hacer que necesites menos cantidad para sentir alivio. La cafeína en la bebida puede potenciar los efectos del medicamento.

Agua, el analgésico natural: ¡no subestimes el poder del agua! la deshidratación es una causa común de dolor de cabeza, así que asegúrate de tomar suficiente agua para mantener tu cerebro feliz y funcionando correctamente.

El cine como medicina: ¿Qué mejor manera de distraerte del dolor de cabeza que viendo una buena película? La risa y la diversión pueden ser tu mejor medicina, ya que desvían tu atención del dolor y aumentan los niveles de serotonina.

El chocolate como aliado: ¿Quién diría que el chocolate puede prevenir y aliviar el dolor de cabeza? Los cuadrados de chocolate negro son ricos en triptófano, que se convierte en serotonina, ayudando a bloquear el dolor.

Sexo para aliviar: sorprendente pero cierto. Para aquellos que sufren de cefaleas en racimos, el sexo puede ser una forma efectiva de aliviar el dolor. Acompañado de café y chocolate, ¡puede ser la receta perfecta!

Abrazos contra la migraña: no subestimes el poder de un buen abrazo. La oxitocina liberada durante los abrazos puede reducir la intensidad del dolor de cabeza al distraer al cerebro y reducir las señales de dolor.

Evita las persianas venecianas: ¿Te diste cuenta de que las líneas horizontales de las persianas venecianas pueden empeorar tu dolor de cabeza? Para aquellos

propensos a migrañas, es mejor evitarlas y optar por una iluminación suave y difusa.

Migraña menstrual: muchas mujeres sufren de migrañas relacionadas con el ciclo menstrual. Los cambios hormonales pueden desencadenar ataques de migraña, por lo que es importante estar atentas a los síntomas y buscar formas de alivio.

Atención a la comida china: ¿Te encanta la comida china? Ten cuidado, ya que el glutamato monosódico presente en muchos platos puede desencadenar migrañas en algunas personas. Si eres propenso a las migrañas, es mejor evitar este ingrediente.

Estos tips, respaldados por expertos en neurología, no solo buscan aliviar los síntomas de la cefalea, sino también mejorar la calidad de vida de quienes sufren de este problema. Incorporar estos consejos en la rutina diaria puede marcar una gran diferencia en la lucha contra el dolor de cabeza.

 **TEMAS**

Coca-Cola

TAMBIÉN SE PUEDE PREVENIR/

Los ictus aumentan entre los adultos jóvenes: estas son las razones

A pesar de ser un problema que afecta mayoritariamente a las personas mayores, los expertos han comenzado a reportar que su incidencia está aumentando entre los más jóvenes.



Foto: iStock

- [Identifican una proteína clave en la recuperación tras el ictus](#)



Rocío Lasheras



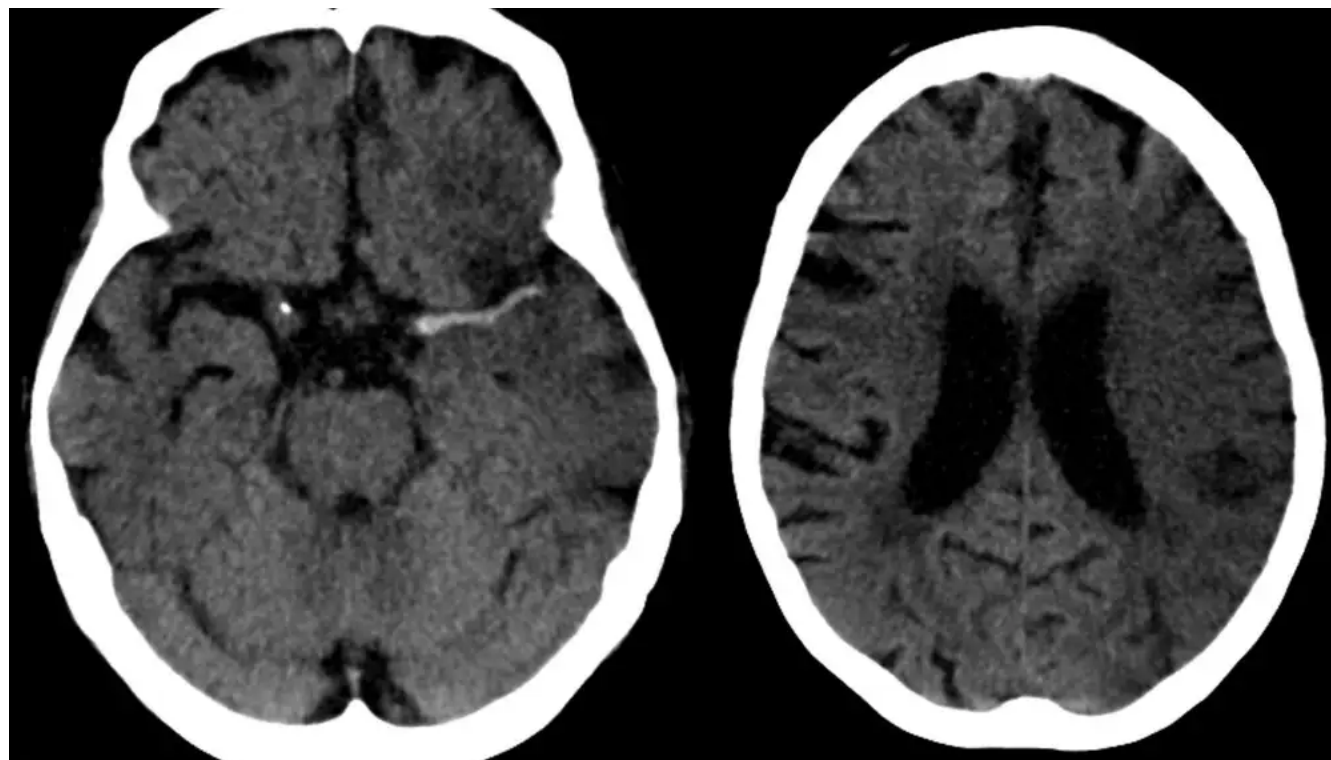
Publicado: 12 de junio de 2024, 13:11



Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), una de cuatro personas podría [sufrir un ictus](#) a lo largo de su vida. Un ictus ocurre cuando se interrumpe o reduce el suministro de sangre a una parte del cerebro, lo que **impide que el tejido cerebral reciba oxígeno y nutrientes** causando la muerte de las células cerebrales en pocos minutos.

Normalmente, se trata de un problema que afecta mayoritariamente a las personas mayores. Sin embargo, últimamente los expertos han comenzado a reportar que **su incidencia está aumentando entre los más jóvenes**. De hecho, según las cifras de la SEN, cada año mueren más de 3.000 jóvenes tras sufrir un ictus.

Recientemente, un [informe](#) elaborado por los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) alerta de un aumento del riesgo de ictus en los menores de 65 años a lo largo de la última década (concretamente, en **un 14,6% para aquellos entre 18 y 44 años de edad** y en un 15,7% para las personas entre 45 y 64 años).



Ictus en arteria cerebral media (izda) y evolución a las 7 horas (dcha). | wikipedia

A qué se debe

Tal y como recoge el [medio Healthline](#), el director del Centro de Ictus de la Universidad de Stanford (Estados Unidos) Gregory W. Albers explica que este aumento coincide con **ascensos de las tasas de obesidad e hipertensión**. Y es que según el documento del CDC, el número de personas con hipertensión ha crecido en un 6% en el grupo de edad entre 45 y 64 años.

Además, también existe el factor socioeconómico. Es decir, es mucho **más marcado en los adultos con educación inferior al bachillerato**, que tienen mejor acceso a los servicios médicos y más información sobre la importancia de controlar patologías como la hipertensión arterial.

¿Se puede prevenir?

Es cierto que estos problemas, como los ictus o los infartos, **te vienen de sorpresa**, y puede que haya ocasiones que seas una persona muy sana, que se cuida e igualmente lo sufras. A pesar de ello, sí existen algunas medidas para prevenirlos.'

En el caso de los ictus, como hemos mencionado, es muy importante la **información acerca de las patologías cardiovasculares** y las estrategias de prevención de problemas como la hipertensión o la obesidad que se relacionan de manera clara con el riesgo de los eventos cardiovasculares más graves, entre los que se encuentran los ictus y otros como los infartos.

La obesidad y la hipertensión están ligadas a [factores de nuestro estilo de vida](#) que sí se pueden cambiar.

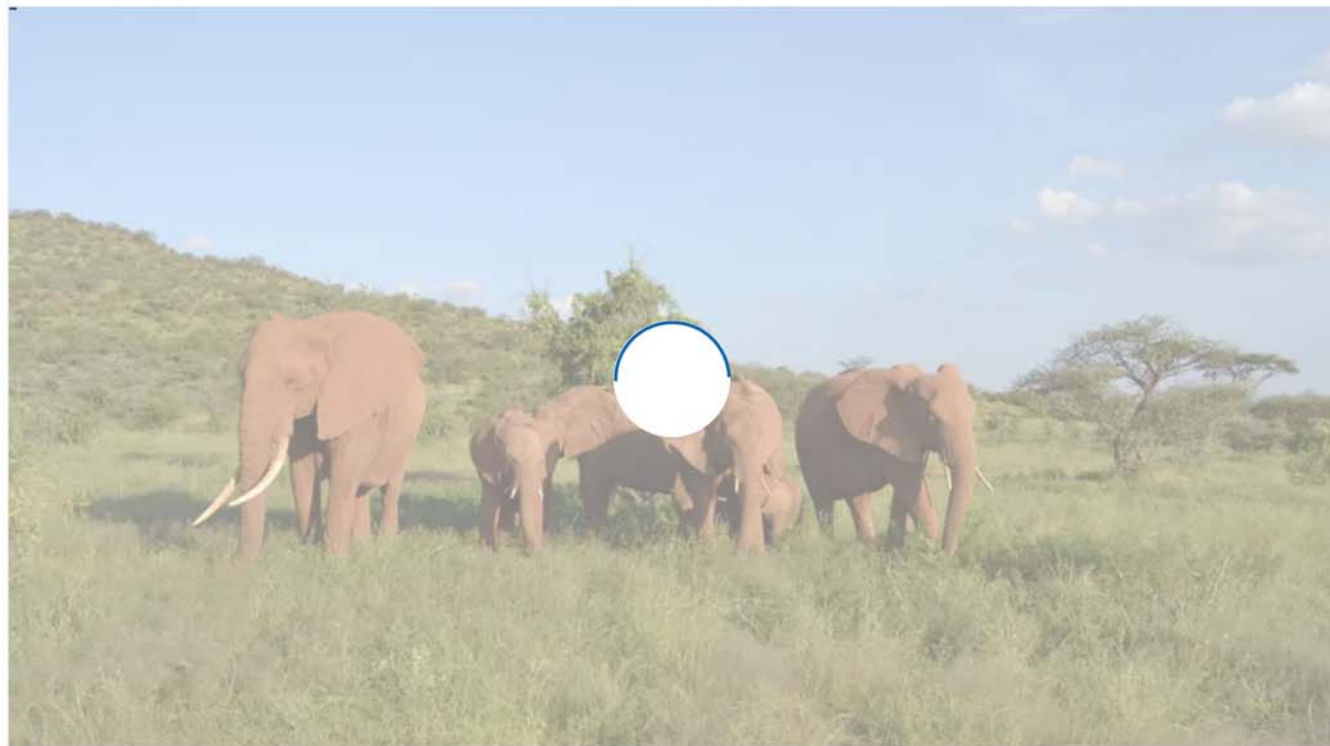
Más Noticias

La inteligencia artificial resucita moléculas de criaturas extintas para crear antibióticos

Viajar a Marte podría costar un riñón (literalmente) a los astronautas

Adoptar hábitos saludables desde que somos jóvenes tales como llevar una **dieta equilibrada, hacer ejercicio y no fumar**, por ejemplo, pueden salvarnos de muchas.

Los elefantes se ponen sus propios nombres para identificarse dentro de la manada



Enfermedades Vida saludable Salud mental La Tribu El botiquín

SALUD MENTAL

Marta Sala, paciente de Tourette: «Hubo una época en la que todo el rato hacía volteretas laterales por la calle»



LOIS BALADO



Marta Sala tiene 30 años y comenzó a experimentar tics a los seis. **La Voz de la Salud**

Como en tantos otros casos de afectados por otro síndrome, Marta tuvo que soportar la incomprensión de unos movimientos que se achaban a la necesidad de llamar la atención

14 jun 2024 . Actualizado a las 07:28 h.



Comentar · 0

NEWSLETTER

Salud, bienestar y nutrición

¡Suscribirme a la newsletter!

U no podría tener durante horas a Marta delante y no notar nada. ¿Qué tiene de especial? Sin saber nada sobre ella, lanzaríamos preguntas y preguntas al tuntún antes de que encontrásemos la más mínima pista de la que poder tirar. Tiene 30 años, vive en Barcelona, trabaja en márketing infantil en una editorial, un puesto al que ha llegado tras pasar por otras agencias del sector. El juego de adivinar podría acabar antes por aburrimiento que por que encontrásemos la solución. Pero Marta es un buen ejemplo de que el **síndrome de Tourette** es distinto en cada persona. No tiene ningún trastorno asociado diagnosticado —es muy común que se acompañe de **TOC, TDAH o depresión**—, algo muy común en tantos otros casos. Su condición «nunca ha sido un problema a nivel laboral, nunca». No hay tics. Es tan poco esperable que padezca Tourette que uno llega a preguntarse qué es realmente esta condición. «Creo que mi caso puede ayudar a comprender la riqueza de derivaciones que tiene el Tourette, para ver lo diferentes que pueden ser unos de otros». Habla sin ningún tipo de tapujo de cómo ha condicionado y condiciona su vida, nos cuenta su historia, recuerda, se para en un detalle, la conversación salta hacia delante y vuelve atrás en el tiempo para comprender todos las pinceladas de su experiencia.

PUBLICIDAD

—¿Cómo debuta el Tourette en su caso?

—A mí me empezaron a aparecer tics cuando tenía seis años. Coincidió con el nacimiento de mi hermana. Es muy común que las personas con Tourette tengan una serie de tics típicos del crecimiento, pequeños movimientos con la cara y cosas por el estilo. La gente que está muy familiarizada con este trastorno puede identificarlos rápidamente, pero por lo general no piensas que pueda ser involuntario; lo asocias a una intención. Mis padres no entendían nada ni conocían este síndrome, así que como tantos otros casos comenzaron abrocándome porque pensaban que era una manera que encontré de llamar la atención. Como acababa de nacer mi hermana, como los roles dentro de la familia habían cambiado, se achacó a los celos. Es verdad que hay muchas cosas que he olvidado, porque creo que nuestro cerebro, por pura supervivencia, tiende a olvidar. Es mi madre la que me recuerda muchas veces las cosas. En aquel momento lo viví mucho, pero los detalles no son nítidos. Empezaron estos tics y siempre pienso que para un niño o una niña es la peor de las situaciones, porque es que no lo puedes parar y tampoco entiendes qué te está pasando. Son movimientos muy raros.

—¿Cómo eran esos tics para que se asociasen a una intencionalidad por el nacimiento de su hermana?

—Empezaron siendo motores, diferentes movimientos del cuerpo. Es común que sean movimientos obsesivos y repetitivos y en mi caso, como hacía gimnasia artística, hubo una época en la que todo el rato hacía volteretas laterales por la calle. Parece una chorrada y mis padres pensaron que tenía mucha energía. Son manifestaciones que nunca asociarías con un tic de Tourette. Fue una época difícil en casa, porque cuando me ponía a hacer esto me pedían que parara. En mí, hay ciertas cosas que me disparan los tics, como el calor y las situaciones de estrés o nervios. En verano, aunque no había el estrés de las clases del colegio, sí hacía

hacer tics cuando estaba en el comedor, me vino a echar la bronca. Lo recuerdo perfectamente, me dijo que les estaba estropeando las vacaciones. Son cosas que ocurren cuando no entiendes lo que pasa y tampoco sabes cómo canalizarlo. Pero cuando acabaron viendo que no era nada voluntario, empezamos con la peregrinación típica por distintos médicos que muchas personas con Tourette han pasado. Y ahí también me encontré mucho desconocimiento de lo que podían ser mis tics. Fuimos a médicos de todo tipo, por supuesto a médicos convencionales, pero también, fruto de la desesperación, a terapias alternativas o a acupuntura. Cualquier cosa que me pudiese relajar era una opción.

PUBLICIDAD

—Cuando se está desesperado y falta información, nunca se sabe donde uno acabará cayendo.

—Exacto. Pero para mí lo más grave fue el hecho de encontrarme con muchos médicos convencionales que, claramente, desconocían el síndrome y que achacaron lo que me pasaba a «algo mío», a que lo hacía voluntariamente debido a la irrupción en mi vida de mi hermana. En una clínica muy conocida de Barcelona que tiene muchas especialidades, me pasó algo muy fuerte. Eso sí lo recuerdo, y es el ejemplo perfecto de cómo, aunque seas médico, lo puedes hacer muy mal. Cuando entré en consulta, mi madre le explicó la situación a la doctora. Ella cogió e hizo salir a mi madre de la sala. Estuvo una hora echándome la bronca, a una niña que debía de tener unos siete años. Fue una bronca tan bestia, diciéndome que era mi culpa y que estaba amargando a mis padres, que estuve un año sin hacer tics. Pero es que, evidentemente, no es algo que puedas hacer desaparecer; se trata de algo crónico. Pues estuve un año viviendo impactada por aquello. Yo no recuerdo si cuando estaba a solas me salían, pero seguro que delante de mis padres no los hacía.

Vivir con síndrome de Tourette y TOC asociado: «Entre tics, rituales mentales, acciones físicas y guturales el día es agotador»

LOIS BALADO



—¿No recuerda si cuando llegaba a su habitación aparecían?

—No lo recuerdo con mucha claridad. Sé que esto duró un año, y cumplido ese tiempo, volvieron a aparecer. Diría que con más intensidad. Ahí fue cuando mis padres hicieron el cambio de chip. No sé cómo llegaron allí, pero acabaron con el psiquiatra Emilio Fernández, del hospital Sant Joan de Deu, que estaba

pasar por la puerta, ya nos dio el diagnóstico, recalcando que era un caso súper fácil de identificar. Ahí fue cuando empezó a cambiar todo.

PUBLICIDAD

—Da mucha rabia lo que cuenta, ¿cómo ha acabado gestionando esa incomprensión que vivió en su casa?, ¿no cuesta no sentir cierto resentimiento?

—Nunca he culpado a mis padres. En aquella situación, lo hicieron lo mejor que pudieron con los recursos que tenían. Viendo lo que yo tardé en llegar al diagnóstico, entiendes mucho mejor todo el desconocimiento que rodea al Tourette. Mi madre sí lo llevó peor. Hubo un día en el que sinceró, que me hizo una carta y me contó que estaba segura de que su padre también tenía Tourette y que le pesaba el hecho de haberme transmitido ella esa parte genética. Me dijo que se sentía culpable de habérmelo pasado, aunque evidentemente no tenía ninguna culpa. También se lamentó de no haber reaccionado de la mejor manera. Sé que es una parte de la que no están nada orgulloso.

PUBLICIDAD

—En cualquier caso dice que ahí cambia el chip, ¿qué cambió?

—Yo no me he encontrado aún a nadie que tenga la misma casuística que yo. Creo que fue este psiquiatra quien recomendó a mis padres ir a la Asociación Tourette Catalunya. Y fue un cambio de paradigma enorme. Fue tener la oportunidad de conocer a otras familias que tenían la misma realidad que ellos o peor y se sentían comprendidos, les daban herramientas y consejos; cambio la cosa. Es triste que muchas veces pase esto, pero al ir allí y ver que la mayoría de los cuadros eran mucho más complejos, con trastornos asociados, tranquilizó un poco las cosas, ayudó a ver a mis padres que no estaban solos y que no se acababa el mundo.

—¿Cómo estaba en aquel momento en el que cambia todo?

—Por entonces tenía muchos tics, porque hasta la adolescencia cuesta mucho el autocontrol. Y, claro, es la parte más delicada a nivel social porque se te nota mucho. Empecé a tomar varias medicaciones. No recuerdo muy bien los primeros tratamientos, pero mi madre sí dice que con las primeros que probé iba súper zombi. Hasta el año pasado estuve tomando pimozida —un bloqueante de los receptores dopaminérgicos, un neurotransmisor muy relacionado con el Tourette— y, desde la asociación, también trabajé en talleres y aprendí técnicas que me ayudaron a convivir con mis tics. Porque conforme te vas haciendo mayor, hay situaciones en las que, por

escenarios que requerían un poco de control. Con lo que aprendí y con esta medicación, que me fue bien, he llegado a un punto en el que, inconscientemente, los tics solo me aparecen en mi casa, en mi zona de confort. En la mía y en la de mis padres, que desde el principio también fue mi entorno seguro.

PUBLICIDAD

—A día de hoy, ¿qué le provoca el Tourette?

—He pasado por mil tics distintos, pero ahora mismo tengo algunos fónicos, como hacer un sonido agudo, un 'bip' o respirar fuerte. Ahora mismo apenas tengo alguno físico con los brazos, algún sonido y, sobre todo, coprolalia, que es lo de decir palabrotas de manera incontrolada.

—Curioso, porque no es una de las manifestaciones más típicas, la Sociedad Española de Neurología estima que solo le ocurre a un 10 % de los casos.

PUBLICIDAD

—Sí. Y no es que sea un gran repertorio. Solo me ocurre con la palabra «puta». Llevo años con esto. Y no es algo en lo que piense o deje de pensar, pero es llegar a casa y me sale. Es verdad que estoy mucho mejor, que ya no me ocurre demasiadas veces, pero sí los sigo teniendo. Pero lo guay es que, así como cuando era pequeña tenía que explicarlo porque se me veía por todas partes, ahora yo decido a quién se lo explico, porque realmente no se me nota. De hecho, en algún encuentro con afectados, vienen a hablar conmigo y me dicen «es que no tienes nada». Bueno, sí lo tengo, pero me ocurre en casa.

—Hay pacientes a los que también les ocurre esto que logran enmascarar la coprolalia añadiendo letras a las palabrotas o quitándosela, ¿también lo hace?

PUBLICIDAD

—En mi caso las pronuncia de forma nítida, pero como me sale en casa, ya hace tiempo que nos lo tomamos con humor. No tengo la necesidad de andar disimulando lo que tengo. Pero es verdad que de pequeña, con los tics fónicos, sí que trataba de disimular. La típica reacción era la de preguntarme si tenía hipo. La gente se va a lo que conoce.

—A veces lo que puedan pensar los demás hace que nos centremos demasiado en todo lo que no es el paciente, ¿cómo está usted?, porque hay casos que los tics provocan lesiones y, sobre, mucha carga mental.

—Yo en el colegio tuve una época que con el bolígrafo me pintaba mucho la cara.

en la nariz. No llegué a tener una lesión grave, pero no dejan de ser actos contra ti. Ahora estoy mucho mejor, pero cuando tenía más tics, para el cuerpo es casi como si estuvieses haciendo deporte, te estás moviendo todo el rato y, aunque creo que no está demostrado, yo tengo la teoría que las personas con Tourette somos más nerviosas por una segregación excesiva de dopamina. No lo sé, es como si nuestro sistema nervioso estuviese acelerado. Es que con la tensión interior de los tics, hasta me sentaban mal las comidas. Es como si estuvieras todo lo que implica la vida multiplicado por dos.

—¿Qué cosas cree que ha hecho bien en su gestión de su Tourette que podrían ayudar a otros en situaciones parecidas?

—Una herramienta que a mí me ayudó, sobre todo en esa etapa en la que eres pequeño y en la que no sabes ni de dónde te vienen los golpes, en la que la gente es más cruel y no te sabes defender y todo es tan visible, fue, al principio de cada curso en el cole, salir delante de la clase y explicar que tenía tics y lo que me pasaba; buscaba prepararles para lo que verían. Tanto para mis compañeros como para mis profesores. Además de normalizar un poco en el colegio cómo iba a ser yo, también me ha venido bien a nivel personal para aceptarme con esta condición. Fue un ejercicio duro, me costó la vida, pero que me fue bien, como el hecho de hacer terapia año tras año para normalizar esto.



Lois Balado Tomé

A Coruña (1988). Redactor multimedia que lleva más de una década haciendo periodismo. Un viaje que empezó en televisión, continuó en la redacción de un periódico y que ahora navega en las aguas abiertas de Internet. Creo en las nuevas narrativas, en que cambian las formas de informarse pero que la necesidad por saber sigue ahí. Conté historias políticas, conté historias deportivas y ahora cuento historias de salud.



Comentar · 0

Te recomendamos



[Enfermedades](#) [Vida saludable](#) [Salud mental](#) [La Tribu](#) [El botiquín](#)

ENFERMEDADES

Si tengo insomnio, ¿qué puede hacer el médico de cabecera por mí?



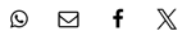
LOIS BALADO
LA VOZ DE LA SALUD



A la izquierda, Emilio Gómez, neurólogo experto en sueño; a la derecha, Lorenzo Armenteros, médicos de familia.

Desde la pandemia, el insomnio se ha disparado entre la población y un 10 % ya padece este problema de forma crónica

17 jun 2024 . Actualizado a las 05:00 h.



Comentar · 0

Newsletter

Salud, bienestar y nutrición

¡Suscribirse a la newsletter!

Según datos de la Sociedad Española de Neurología, entre un 20 y un 48 % de la población adulta sufre dificultades para conciliar o mantener el sueño. Al menos un 10 % de estos casos son trastornos crónicos o graves. «Puede parecer poco, pero es muchísimo. Y cada día está

3

mayoría de ellos tendrán la puerta de entrada a su problema —y también la de salida— en las consultas de atención primaria. ¿Pero están los médicos de familia preparados para afrontar un problema de semejante magnitud?, ¿qué alternativas hay más allá de salir de consulta con una **benzodiazepina** en nuestra receta electrónica? La situación preocupa, por eso el abordaje que se debe realizar de los problemas de sueño centró parte del Congreso que la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) celebró en A Coruña.

PUBLICIDAD

Pero más allá de un estudio con unas cifras frías, ¿cuál es la realidad de lo que pasa en el día a día de una consulta?, ¿tenemos realmente un porcentaje que podría acercarse a entre un 20 y un 48 % de personas afectadas por insomnio y otros problemas de sueño? «Es mucha gente la que se acerca por este motivo. El sueño, como patología principal, es un motivo de consulta muy importante, pero también como patología secundaria, unido al dolor, por ejemplo. Actualmente, España es un país donde se duerme muy mal, donde el índice de insomnio supera a todos los países de nuestro entorno», confirma Lorenzo Armenteros, portavoz de la SEMG y médico en atención primaria.

«Doctor, no duermo»

Se abre la puerta de la consulta, entra el paciente y le dice a su médico «**tengo problemas para dormir**». Ante este escenario, hasta qué punto nos puede ayudar nuestro médico de familia, cuándo debemos consultar algo así y qué tratamiento debemos esperar que nos prescriban. El abordaje no es sencillo, la patología del sueño es, como señalan los expertos, «multifactorial». De hecho, demasiadas veces pensamos en el insomnio como el todo, cuando solo es parte. «Es verdad que dentro de la **medicina del sueño** el problema fundamental con el que nos encontramos es el insomnio, que en ocasiones es esporádico y otras veces crónico. Pero hay otros tipos de trastornos del sueño que son respiratorios, problemas de falta de aire o de inquietud en las piernas», explica Emilio Gómez.

PUBLICIDAD

Por tanto, para poder tratar, antes deberemos diagnosticar; y para poder diagnosticar, deberemos definir qué es un problema. Porque el insomnio no es solo la incapacidad para quedarnos dormidos; un sueño que no es reparador también es un problema. «Estadísticamente, lo que más se consulta con diferencia es el insomnio, la falta de horas de sueño. Pero hay un porcentaje para nada desdeñable que refiere que duerme mal. Por definición, el insomnio no solo son las horas que uno duerma o deje de dormir; son las **horas y/o la calidad de ese sueño**. Hay gente que consulta porque, aunque duerme x horas, son de mala calidad. No se levantan descansados, su sueño no es reparador. Y es algo que nos encontramos cada vez más en consulta», aclara el especialista. Y esto puede suponer un problema para el paciente, ya que la fatiga es un síntoma común de un buen puñado de problemas médicos como una **anemia o un hipertiroidismo**, por lo que será labor del facultativo descartar una causa orgánica.

Qué comer y qué no para combatir la anemia: «Conviene evitar el café junto a la comida»

LAURA MIYARA



«Lo primero es diagnosticar qué tipo de insomnio es, porque hay cuadros muy diferentes. Hay insomnios intermitentes, no todos son crónicos. Y no todo son insomnios. Podemos encontrarnos una calidad de sueño peor o un ritmo circadiano roto», constata Armenteros que remite a la anécdota de un paciente que se le presentó con el problema de que **se despertaba todos los días a las cinco de la mañana**. «Pero es que se acostaba a las ocho, estaba durmiendo nueve horas», recuerda. Por tanto, el insomnio será motivo de consulta en según qué situaciones. «Verdaderamente, el insomnio crónico es el que afecta a tu vida diaria posterior. Ese, junto a la falta de sueño, son dos de los requisitos fundamentales. A partir de que tienes el diagnóstico empezaremos con las técnicas terapéuticas adecuadas».

PUBLICIDAD

Como especialista en sueño, pese a todas las limitaciones que puedan existir, Emilio Gómez Cibeira sí cree que el médico de cabecera juega un

resolución se tiene que dar a los trastornos de insomnio, eso evita una sobrecarga de los especialistas y los médicos de familia tienen unas competencias totales. En un porcentaje muy alto, cercano al 70 o al 80 %, el médico de atención primaria consigue manejar el problema de manera independiente». Pero frente a la teoría, la realidad que expone Armenteros: «Hay herramientas que son muy útiles pero que precisan de mucho tiempo, y a veces en primaria no disponemos de tiempo. Por ejemplo, es muy útil hacer **un diario del sueño**. Saber cuándo se duerme, cuándo se desvela, cuándo se vuelve a dormir o que es lo que hace antes de dormirse».

El móvil más saludable: la configuración ideal para que tu teléfono cuide de ti

ALICIA BLANCO / L. B.



¿Por qué no dormimos y qué hacer para volver a hacerlo?

El porcentaje de casos de insomnio que tienen detrás una causa genética es mínimo. La inmensa mayoría de las veces, si no dormimos, es porque estamos haciendo algo mal. Y las causas más habituales, según Gómez Cibeira, están claras: «Lo que más influye en los problemas de insomnio son factores como los disgustos, problemas laborales, preocupaciones, ansiedad. La mayoría de insomnios tienen **un disparador**, algo que lo desencadena y se perpetúan por múltiples factores. Los insomnios, en muy pocos casos, tienen un origen genético; se desarrollan a partir de factores estresores».

PUBLICIDAD

Es decir, un evento angustiante empieza a hacer que no durmamos, pero después aparece lo que los profesionales de la medicina del sueño conocen como el **factor perpetuante**, el que convierte el problema en crónico. «Normalmente son la mala higiene del sueño. El paciente no duerme bien, el insomnio se le dispara, y a partir de ahí empieza a adquirir determinados vicios como estar expuesto a luz; comienza a ver la televisión, se expone a sustancias excitadoras como el café o el tabaco, comienza a cenar a deshora, a tener malos horarios de ejercicio o a no hacerlo en absoluto. Eso es lo que ya instala el insomnio crónico», comenta Gómez que apuesta por realizar, desde las consultas de primaria, promoción de la higiene del sueño: «Es algo que no requiere tantísimo tiempo en la consulta, básicamente es darles un papel en el que figuren una serie de consejos pueden ayudar de forma importante. Si con eso no logramos avances, podemos pasar a la terapia farmacológica que no se limita a las benzodiazepinas, hoy estamos por suerte en el que acaban de salir nuevos medicamentos para el sueño, desde hace un año, que van por otras dianas y que no tienen efectos secundarios. Ahora mismo, la medicina del sueño se está revolucionando».

Lo último en fármacos

Según el experto, la medicina de sueño está viviendo su mayor revolución desde los últimos cincuenta años, cuando salieron las benzodiazepinas. La aparición de los **antagonistas de hipocretinas**, fármacos que van directamente dirigidos a controlar el insomnio. Es cierto que no están dirigidos a ser dispensados a todo el mundo, pero han demostrado ser fármacos con un perfil muy seguro. «Solucionan parcelas que hasta ahora no se habían conseguido abordar». De momento, no son accesibles para todo el mundo porque no están dentro de la financiación pública.

PUBLICIDAD

Pero las pastillas para dormir podrán ayudarnos en momentos puntuales a tratar los síntomas; no resolverán el problema. «Se puede valorar el uso de benzodiazepinas por periodos cortos, valorar un posible tratamiento con melatonina si es posible o utilizar fármacos por un periodo concreto y sintomático. Pero lo que te va a curar es que cambies la conducta que tenías hasta ese momento y que, en caso de haberlo, trates el problema orgánico», recalca Lorenzo Armenteros. El médico recuerda que la terapia que más evidencias ha mostrado para resolver problemas de sueño es la **terapia cognitivo-conductual**.

De la consulta del médico a una unidad especializada, ¿qué pacientes son aptos para el especialista?

«Hay, básicamente, dos tipos de pacientes que deben ser derivados a las unidades del sueño. El primero, cuando se sospecha que tras la queja del paciente de que no descansa bien hay algo más; que no es un insomnio sin más. Hablo de pacientes que sufren picores, dolores, que tienen reflujo o porque tienen otros trastornos del sueño que no son insomnio como apnea del sueño o piernas inquietas. Todos esos trastornos que no son insomnio puro y duro muchas veces acaban en la consulta del especialista. Y luego también los casos de insomnio rebeldes al tratamiento, que no consiguen manejarse con la medicación habitual. Pero eso es la punta del iceberg, lo grueso son los pacientes con insomnio puro y duro que los médicos de atención primaria logran manejar», explica Gómez.

PUBLICIDAD

Algunos consejos para una mejor higiene del sueño

- Utiliza la meditación previa al sueño con cualquier técnica que te relaje
- No tomes sustancias estimulantes en las cinco horas previas de irte a la cama
- En las dos horas previas a irte a la cama, no utilices aparatos de estímulo luminoso. Van a inhibir la secreción de melatonina, la hormona que induce el sueño
- Utiliza baños calientes

Según admiten los propios profesionales, los problemas de sueño son complicados. «El sueño tiene un componente multidisciplinar. No solo es un profesional, hay todo tipo de personal involucrado: atención primaria, neurólogos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales. Es algo que

tratarla correctamente», admite Lorenzo Armenteros. Un problema que los médicos generales han puesto sobre la mesa, que siempre es el primer paso para solucionar los problemas.



Lois Balado Tomé

A Coruña (1988). Redactor multimedia que lleva más de una década haciendo periodismo. Un viaje que empezó en televisión, continuó en la redacción de un periódico y que ahora navega en las aguas abiertas de Internet. Creo en las nuevas narrativas, en que cambian las formas de informarse pero que la necesidad por saber sigue ahí. Conté historias políticas, conté historias deportivas y ahora cuento historias de salud.



Comentar · 0

Te recomendamos

Gabriela Pocoví, experta en inmunonutrición: «El azúcar o el aceite de girasol son alimentos proinflamatorios»

LUCÍA CANCELA



Enric Benito, médico de cuidados paliativos: «El proceso de morir es como un parto»

LUCÍA CANCELA



Comentarios

Para comentar es necesario estar registrado en lavozdeg Galicia.es

[Regístrate gratis](#)

[Iniciar sesión](#)

© Copyright LA VOZ DE GALICIA S.A.

Polygono de Sabón, Arteixo, A CORUÑA (ESPAÑA) Inscrita en el Registro Mercantil de A Coruña en el Tomo 2438 del Archivo, Sección General, a los folios 91 y siguientes, hoja C-2141. CIF: A-15000649.

[Aviso legal](#) [Política de privacidad](#) [Política de cookies](#) [Condiciones generales](#) [Configuración de cookies](#)



Guías de Salud

Cuidamos tu salud Alimentación

¡VÍDEO AL INSOMNIO

Dormir es fundamental para sobrevivir ¿Y la siesta? ¿Tienen significado los sueños?

Más de cuatro millones de españoles sufren insomnio, un problema que aumenta el riesgo de padecer diabetes, hipertensión y otras enfermedades vasculares



Dormir es fundamental para sobrevivir, pero por qué se desaconseja echarse la siesta / FREEPIK



Rafa Sardiña

16 JUN 2024 20:00 Actualizada 16 JUN 2024 20:01



La [Organización Mundial de la Salud](#) (OMS) **recomienda a los adultos dormir entre 7 y 8 horas al día**. Y es que, mientras dormimos, nuestro cuerpo realiza tareas vitales.

PUBLICIDAD

Lo más obvio es que **realizamos varias tareas de recuperación y mantenimiento que no son posibles durante la vigilia**.

Noticias relacionadas

¿Estamos a tiempo de evitar esas manchas en la piel que nos pueden amargar el verano?

El melanoma no siempre comienza con un lunar en la piel: síntomas y cómo detectarlo a tiempo

No más omeprazol: así puede una cirugía solucionar la sintomatología del reflujo esofágico

Parte del **sueño es clave para una correcta formación y desarrollo neurológico**; además, mientras nos falte el descanso, varias capacidades cognitivas como la atención, la memoria o nuestra toma de decisiones se ven disminuidas.

Sin embargo, como explica [‘Guías de Salud’](#) el **doctor Pablo Barrecheguren**, autor del libro [¿Por qué soñamos?](#) (Plataforma Editorial), **la falta de sueño aumenta la mortalidad**.

PUBLICIDAD

- “Y, en general, se ha asociado la falta de **sueño** con un mayor riesgo de **diabetes** tipo 2, **hipertensión** y otros problemas **vasculares**.
- Además, por ejemplo a nivel deportivo están documentados efectos como una **bajada del rendimiento tras una noche de insuficiente descanso**”, resalta el investigador.



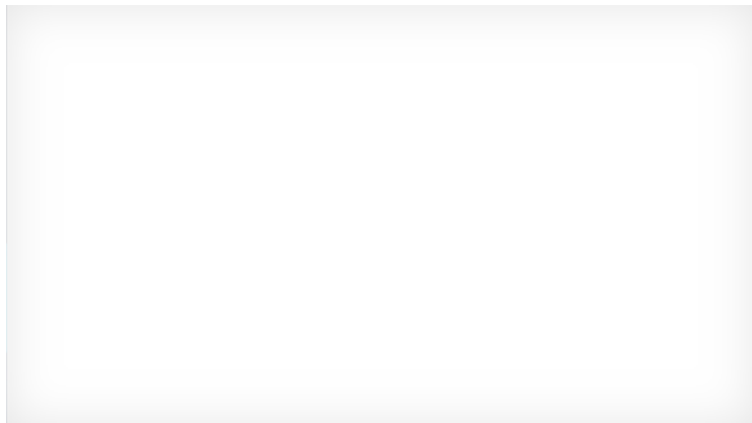
Los “durmientes con insomnio” son más propensos a sufrir enfermedades crónicas. / ADOBE STOCK

No obstante, **en humanos es difícil saber si un insomnio prolongado puede llevar a la muerte.**

- “Sabemos que en modelos de experimentación animal (como moscas y ratones), sí que un insomnio prolongado produce la muerte, pero en humanos la información es mucho más escasa”.

“Lo que está claro es que el insomnio deteriora gravemente tanto la salud física como mental”.

PUBLICIDAD



PUBLICIDAD

El motivo por el que no debes echarte la siesta

El experto considera que hay cierta conciencia de cómo la **cafeína afecta a nuestra capacidad de conciliar el sueño**, pero con otras moléculas se es menos consciente.

Un caso claro es el **alcohol**, el cual aunque **genera una somnolencia**, cuando hemos bebido la calidad del sueño se desploma y su uso regular genera **grandes problemas de sueño**.

Insomnio, un problema que afecta a millones de españoles

Según datos de la [Sociedad Española de Neurología](#) (SEN), **cuatro millones de adultos españoles sufren insomnio**. Es uno de los trastornos del sueño más frecuentes, seguido del síndrome de las piernas inquietas y del [síndrome de apneas-hipopneas](#) del sueño.

La SEN también estima que entre un 20 y un 48% de la población sufre en algún momento **dificultad para iniciar o mantener el sueño** y que en al menos un 10% de los casos es debido a algún trastorno de sueño crónico y grave



Ictus, alzhéimer o insomnio: por qué las mujeres sufren más enfermedades neurológicas / FREEPIK

Y **respecto a la siesta, ni de 15 ni 30 minutos**. El doctor Barrecheguren recomienda:

“Si dormimos bien por la noche, de entrada no debería ser necesario echarse la siesta rutinariamente y, además, **es desaconsejable porque** según su duración, cuando sea, etc. **puede dificultar conciliar el sueño por la noche**. Y eso sin entrar en temas como si es un hábito saludable, que es un tema complejo al cual le dedico un capítulo entero del libro”.

Todo lo que debes saber sobre los sueños

Los sueños son toda una incógnita. No obstante, sí sabemos que podemos soñar tanto en [fase REM](#) como NREM (etapa de descanso), pese a que la mayor parte de ellos se den en el primero.

El científico resalta que “aunque es todavía un tema abierto, **se cree que los sueños complejos podrían ser una consecuencia directa o indirecta de las tareas que hace el cerebro durante la fase REM**, entre ellas procesos que involucran a la memoria y el procesamiento emocional de nuestros recuerdos”.

¿Para qué sirven los sueños?

El doctor aclara que “sí que sabemos la función biológica de las fases del sueño, incluida la fase REM, es mucho más debatible que los sueños tengan una función en sí mismos.

Es más, algunas funciones se han descartado con los años: por ejemplo, **inicialmente se creía que las pesadillas eran una forma de entrenamiento frente a estrés, miedos...** exponiéndose a ellos para que cada vez nos afecten menos. **Ahora sabemos** que esto no solo **es falso**, sino que además las pesadillas aumentan el estrés emocional e impactan negativamente en algunas capacidades cognitivas cuando estamos despiertos”.



El insomnio tecnológico es una consecuencia del mal uso de las redes sociales. / ADOBE STOCK

¿Carecen de significado los sueños?

Todos nos hemos preguntado alguna vez qué significa que soñamos que nos caemos, nos faltan dientes o que llegamos tarde a un examen. Pero el especialista es claro: **"carecen de significado místico o trascendental"**.

"Es más, existen diversas maneras para modificar su contenido. Lo único que ocurre es que como hay una cierta influencia entre lo que vivimos, especialmente eventos o preocupaciones recientes que tengan mucho impacto emocional, y lo que el cerebro procesa durante la fase REM; por eso es habitual que los sueños se "empapen" de estas experiencias, ya que **los sueños se construyen a partir de la memoria**".

Cómo conciliar mejor el sueño

Es importante en caso de padecer **insomnio** se debe consultar con un médico para asegurarse que la causa no sea un problema de salud subyacente. "Hay varios frentes que podemos abordar para ayudarnos a conciliar mejor el sueño:

- Horarios regulares de levantarnos y acostarnos
- Evitar el consumo de **alcohol** (especialmente varias horas antes de irnos a la cama),
- No realizar actividades deportivas poco antes de irnos a dormir".

Y, por supuesto, **evitar el uso del móvil antes de irnos a dormir**. Barrecheguren señala que "es problemático por dos motivos: uno es que si el contenido que consultamos nos activa, excita,... eso nos dificultará conciliar el sueño".

Te puede interesar

OFTALMOLOGÍA

Llega a España el primer fármaco que actúa directamente sobre el origen del glaucoma

DIGESTIVO

5 consejos para mejorar tu salud mental a través de la comida y la microbiota intestinal

PSIQUIATRÍA/PSICOLOGÍA

Simone Biles, Ricky Rubio, Andrés Iniesta... ¿Por qué se deprimen los deportistas profesionales?



Aunque el contenido sea apacible, **el uso de pantallas electrónicas (móviles incluidos), puede generar problemas para dormir “porque su luz inhibe la producción de melatonina**, y esta es una de las moléculas clave en el sueño”.

TEMAS [RESPONDE EL DOCTOR](#) [NEUROLOGÍA](#) [DORMIR](#) [SUEÑO](#) [INSOMNIO](#)

Comenta esta noticia

PUBLICIDAD



Audiencia MJD 2021

2 millones de visita
a lo largo de 2021



venios

ociaciones,
Majadahonda Magazin



Zendoor, complemento alimenticio sin receta que contribuye a alcanzar un descanso reponedor

Suscríbete

Según un estudio de la Sociedad Española de Neurología (SEN), aproximadamente entre un 20% y un 48% la población adulta sufre de dificultad para iniciar o mantener el sueño.

La cantidad de horas de sueño diarias y la **calidad del descanso**, tiene una influencia muy importante en el funcionamiento del organismo y en el estado psicológico de un individuo. La falta de sueño recurrente puede afectar su rendimiento en el día a día, alterar su estado de ánimo y causar mayores

complicaciones de salud.

En la búsqueda de opciones para **transformar la experiencia de sueño en algo revitalizante**, el laboratorio **Narval Pharma** ha desarrollado Zendoor. Un **complemento alimenticio sin receta**, elaborado con ingredientes naturales, que ayuda a alcanzar el sueño y promueve una sensación de descanso profundo.

Complemento nutricional con efecto bicapa para un sueño reparador

Los expertos aseguran que dormir bien y despertar con energía tras un sueño reparador es el cuarto pilar más importante de la salud, junto a una buena alimentación, hacer ejercicio físico y evitar malos hábitos como fumar. Por lo tanto, alcanzar un sueño placentero es esencial para una vida sana.

En este sentido, desde la firma Narval Pharma han desarrollado **Zendoor, un nutracéutico elaborado a base de ingredientes naturales que contribuye a mejorar la calidad del sueño** gracias a su formulación bicapa, que **libera distintos compuestos en diferentes horas de la noche**.

Por un lado, su capa externa libera *N-acetil-5-Metoxitriptamina*, mejor conocido como melatonina, que ayuda a reducir el tiempo de conciliación del sueño. Mientras que la capa interna contiene plantas naturales como valeriana, pasiflora, amapola californiana y melisa que se ocupan de prolongar el **sueño sin interrupciones a lo largo de la noche**, contribuyendo a un buen y tranquilo descanso.

Además de ayudar con las dificultades para conciliar el sueño, Zendoor puede utilizarse cuando se padece de *jet lag* o inconvenientes para dormir debido a situaciones como nerviosismo o acumulación de tensión. Por otra parte, al ser una fórmula orgánica, el complemento alimenticio puede adquirirse sin prescripción médica.

Compromiso con la calidad y el medioambiente

Narval Pharma se ha consolidado como una marca de referencia en el sector farmacéutico debido a la fabricación y comercialización de **nutracéuticos** y cosméticos de alta calidad. La empresa cuenta con un riguroso equipo de investigación y desarrollo que se encarga de elaborar fórmulas siguiendo las normativas del sector.

Entre ellos, fabrican sus productos bajo las normas GMP (*Good Manufacturing Practice*) y el sistema HACCP, que avalan la **calidad y efectividad del producto final**. Además, garantizan en todos sus procesos de fabricación la mayor reducción posible de la huella de carbono, contribuyendo a un mejor cuidado del medioambiente.



eurooptica
M a j a d a h o n d a / L a s R o z a s

Oferta Especial:
examen de vista y audición gratis
Reserva tu cita hoy
(Promoción Limitada)

Oír bien es sentirse bien
Visión clara, vida mejor

Calle Iglesia 9 (Majadahonda)
TF: 916388774
Avda Constitución 4 (Las Rozas)
TF: 916363214



fronda
Centros de jardinería

Natural, floral,
100% primaveral

Visítanos

Calcifediol es ef... y tratamiento de

IM Médico
Innovación para el médico especialista de hospital y atención primaria
Powered by VVO

Acceder

Buscar...

afor

Especialista

Con

is

etings

Suscri

gordis

Publicidad

industria farmacéutica para fomentar una gestión sanitaria basada en evidencia

NeuMEDIO Acreditado para la innovación médica

La escala MNCD: una herramienta de utilidad para el seguimiento clínico de pacientes con Parkinson

El GETM de la SEN ha realizado un llamamiento a la comunidad internacional para promover la utilidad de la escala MNCD en el seguimiento clínico de pacientes con enfermedad de Parkinson y para su integración en futuros sistemas de clasificación biológica y estadificación.



13/06/2024

Tras la publicación por parte del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento (GETM) de la Sociedad Española de Neurología (SEN) de una nueva clasificación para la enfermedad de Parkinson, denominada MNCD (<https://www.mdpi.com/2075-4418/12/1/55>), cada vez se encuentra una mayor evidencia de la capacidad predictiva de esta escala en el pronóstico a largo plazo de pacientes con enfermedad de Parkinson. En la próxima Reunión Anual de la SEN se van a presentar tres trabajos españoles que evidencian la utilidad de esta escala frente a otras existentes y hace unas semanas se publicaba un trabajo realizado en China en la misma línea y que supone, además, la primera vez que se aplica esta nueva clasificación por un grupo diferente al de sus promotores. Por esta razón, el GETM de la SEN acaba de realizar, a través de la revista *Lancet Neurology*, un llamamiento a la comunidad internacional sobre la utilidad de la escala MNCD para el seguimiento clínico de los pacientes con enfermedad de Parkinson y como herramienta a considerar para su integración en futuros sistemas de clasificación biológica y estadificación.

"La enfermedad de Parkinson tiene una gran variabilidad en cuanto a su presentación clínica y su pronóstico también es altamente variable. Los avances que se están produciendo en el conocimiento de esta enfermedad están permitiéndonos proponer nuevas formas de clasificar la enfermedad de Parkinson aplicando criterios biológicos de la enfermedad, porque conocer aspectos en cada paciente como, por ejemplo, si existe mutación genética, neurodegeneración, neuroinflamación o agregación proteica, nos permite poder aplicar una medicina más personalizada basada en caso particular", explica el Dr. Álvaro Sánchez Ferro, Coordinador del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la SEN. "Sin embargo, en estas nuevas propuestas de escalas, no se tienen en cuenta los síntomas -a pesar de que son los síntomas, tanto los motores como los no motores, los que impactan en la autonomía y calidad de vida- y, para cualquier neurólogo, es necesario conocer en cada momento cuál es y cómo es de limitante la sintomatología del paciente. Por esa razón se ideó la clasificación MNCD, una escala que considera que los síntomas clínicos deben ser incluidos en la clasificación de la enfermedad de Parkinson, al igual que los aspectos biológicos, ya que solo de esta forma se puede tener una visión completa de la enfermedad de cada paciente, algo indispensable para identificar las mejores opciones de tratamiento individual".

La clasificación MNCD pretende catalogar la enfermedad de Parkinson en base a 4 ejes: Motor, No motor, Cognición y Dependencia para actividades de la vida diaria. Es una herramienta sencilla que permite identificar síntomas y presentaciones clave en la enfermedad de Parkinson, correlacionándose con los datos de clasificación biológica. Puede ser aplicada en base a la información recogida en la consulta por parte del neurólogo y también permite monitorizar la progresión del paciente a lo largo de la evolución de la enfermedad y visualizar de forma rápida qué síntomas son los más relevantes en el paciente y sus cambios evolutivos.

"Ya se está demostrando que el sistema de estadificación MNCD permite indicar la gravedad de la enfermedad, la calidad de vida y la situación funcional en los pacientes con enfermedad de Parkinson mejor que otras escalas mucho más utilizadas. Y también su capacidad predictiva sobre el pronóstico a largo plazo de pacientes con enfermedad de Parkinson. Pero, además, la clasificación MNCD puede ser útil para monitorizar la respuesta a los tratamientos e incluso podría ser aplicada en ensayos clínicos o estudios de cohortes que analicen los cambios evolutivos de la enfermedad a medio y/o largo plazo", señala el Dr. Diego Santos, miembro del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la SEN. "En comparación con el referente más utilizado, el estadio de Hoehn & Yahr, la clasificación MNCD es igualmente sencilla de aplicar pero proporciona una información más completa. Por esa razón, animamos a los neurólogos a utilizar la clasificación MNCD en su práctica clínica diaria y recalamos la importancia de que los síntomas clínicos en la enfermedad de Parkinson sean tenidos en cuenta a la hora de plantear una clasificación nueva más basada en aspectos biológicos, tal y como defendemos en la carta publicada en Lancet Neurology".

#getm #sen #parkinson #escala mncd

TE RECOMENDAMOS



Anuncio



Semana Colombia

Seguir

128.8K Seguidores



¿Cuándo preocuparse por un hormigueo en las manos?

11 mes(es) • 3 minutos de lectura

El hormigueo y entumecimiento son sensaciones que se pueden presentar en cualquier parte del cuerpo y a cualquier edad, pero generalmente se siente en las manos, los pies, los brazos y las piernas. **En algunos casos, a esta sensación no se le presta mayor importancia.**





Existen algunas actividades que nos pueden generar un hormigueo o entumecimiento en las manos.

© Mehmet Hilmi Barcin

Según explica *Mayo Clinic*, el entumecimiento en las manos por lo general está causado por un daño, irritación o compresión de uno de los nervios o de una rama de uno de los nervios que se encuentran en el brazo y la muñeca.

“Las enfermedades que afectan los nervios periféricos, como la diabetes, también pueden causar entumecimiento, aunque con la diabetes los síntomas similares generalmente se presentan primero en los pies”, señala la clínica.



Tu alarma con cerradura inteligente

SECURITAS DIRECT®

Nueva Cerradura Inteligente

Patrocinado

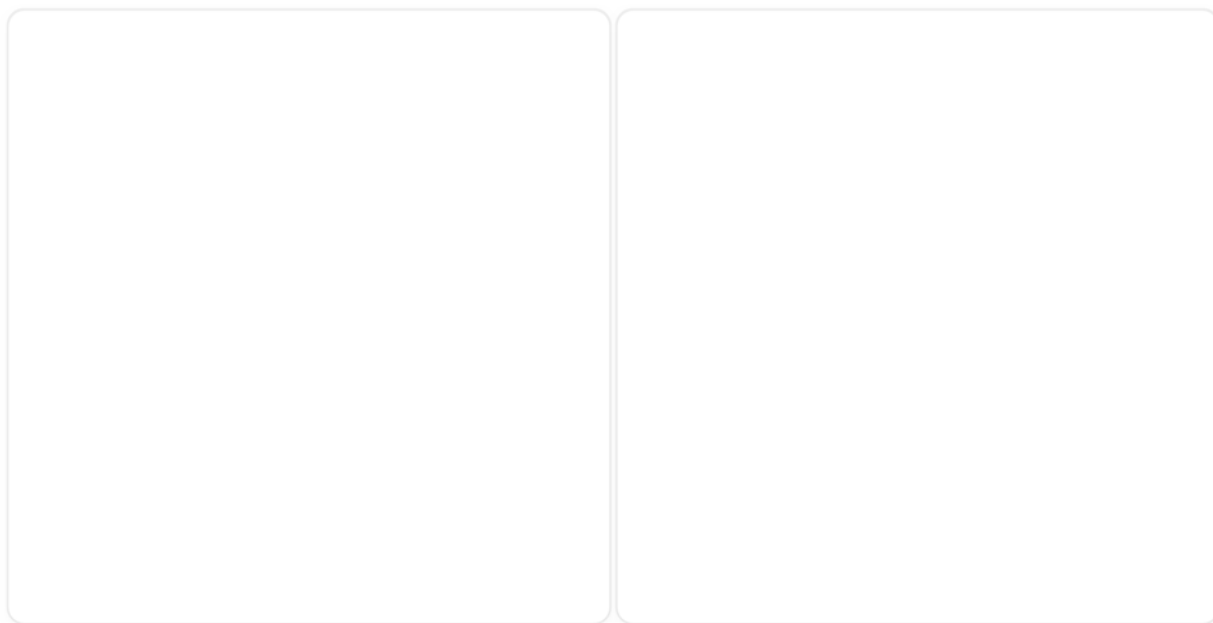
Esta sensación también puede presentarse después de realizar ciertas actividades como estar mucho tiempo en el teclado del computador, el tipeo del celular, incluso, por realizar movimientos de peso, [permanecer mucho tiempo en la misma postura, haber dormido con la mano “aprisionada” debajo de la almohada, entre otras.](#)

Entre sus causas se encuentran la compresión de los nervios, problemas circulatorios, procesos inflamatorios, abuso de bebidas alcohólicas, entre otras. Además, aunque es poco común, esta sensación también puede ser causada por problemas en el cerebro o la médula espinal.

ponen en riesgo la vida, como accidentes cerebrovasculares o

Continuar leyendo

Contenido patrocinado



Más para ti



none



none



MUJEREXTREMADURA.es

none

14 Jun 2024  none  none  none  none

Suscripción gratuita none

Inicione / Actualidad none

La extremeña Esther Cubo recibe el Premio de la SEN 'Trastornos del Movimiento'

Natural de Mérida, la doctora es jefe de Servicio de Neurología en el Hospital Universitario de Burgos y profesora asociada en la Universidad de Burgos.

10 June 2024



Esther Cubo. Foto: SEN



La extremeña Esther Cubo Delgado ha sido galardonada por la Sociedad Española de Neurología (SEN) con el 'Premio SEN Trastornos del Movimiento' como reconocimiento a su amplia labor científica y a su dedicación por la

investigación de estas enfermedades neurológicas.

En concreto, los Premios SEN representan el reconocimiento de la Sociedad Española de Neurología y de los neurólogos españoles a aquellas personas y/o entidades que han contribuido al desarrollo científico de la Neurología.

"La SEN ha otorgado este premio a la doctora Esther Cubo como reconocimiento a su actividad profesional en el ámbito de los trastornos del movimiento, lo que le ha llevado a ser un referente nacional e internacional", tal y como señala el presidente de la Sociedad Española de Neurología, el doctor Jesús Porta-Etessam.

Natural de Mérida, la doctora Esther Cubo es actualmente jefe de Servicio de Neurología en el Hospital Universitario de Burgos y profesora asociada en la Universidad de Burgos. Con anterioridad, estuvo desarrollando su carrera profesional en el Instituto de Salud Carlos III de Madrid.

Su carrera investigadora se ha caracterizado por el estudio de diferentes áreas de los trastornos del movimiento como neuroepidemiología, desarrollo y validación de escalas clínicas, biomarcadores, e implementación de nuevas tecnologías y educación en países en desarrollo.

Tiene más de dos centenares de artículos publicados en revistas de Medicina y Neurología sobre sus investigaciones, además de ser autora de más de media centena de capítulos en libros de Neurología, según informa la SEN en una nota de prensa.

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Extremadura y Doctora en Medicina por la Universidad de Navarra, es especialista en Neurología por el Hospital Clínico San Carlos de Madrid y especialista en trastornos del movimiento por la Rush University Medical Center de Chicago (Estados Unidos).

Ha ocupado diferentes cargos en diferentes sociedades médicas como la International Parkinson's disease and Movement Disorder Society o la European Huntington's disease network. Además, es colaboradora honorífica en programas de doctorado de varias Universidades como la de Valladolid, Burgos o la Operta de Cataluña.





- [Català](#)
- Castellano
- [English](#)



- [Ciudadanos](#)
- [Profesionales](#)
- [Info corporativa](#)
- [Ciudadanos](#)
- [Profesionales](#)
- [Info corporativa](#)
- [Portada](#)
- [Noticias](#)
- [Premio Epilepsia 2023 de la Sociedad Española de Neurología para el Dr. Rodrigo Rocamora](#)
- [Noticias](#)
 - [Arte usuario](#)
 - [Informació general](#)
 - [Premios](#)
 - [Notas de prensa](#)
- [Agenda](#)
 - [Actos](#)
 - [Convocatoria premios](#)
 - [Jornadas y cursos](#)

Noticias

13 de juny de 2024 - [Información general](#)

Premio Epilepsia 2023 de la Sociedad Española de Neurología para el Dr. Rodrigo Rocamora



El director de la Unidad de Epilepsia del centro y coordinador del Grupo de investigación en Epilepsia de su instituto de investigación ha recibido esta distinción en el acto institucional de la sociedad, celebrado en Santiago de Compostela.

El Dr. Rodrigo Rocamora ha recibido el **Premio Epilepsia 2023**, en su versión científica, de la [Sociedad Española de Neurología](#). La entrega del galardón se ha llevado a cabo durante el acto institucional de la

sociedad, celebrado el 6 de junio a Santiago de Compostela.



El premio reconoce la **significativa contribución al avance del conocimiento y tratamiento de la epilepsia** del actual director de la Unidad de Epilepsia del Hospital del Mar y coordinador del Grupo de investigación en Epilepsia de su instituto de investigación. El Dr. Rocamora ha asegurado que ***"desde la unidad de epilepsia del Hospital del Mar, se han introducido diversas técnicas, como la estereoelectroencefalografía (SEEG), la cirugía robótica, el uso de láser (LiTT) o la electrotermocoagulación (ETC) que han contribuido significativamente al desarrollo del área en España"***. Esto, unido a una investigación puntera en diversos ámbitos, ha posicionado al grupo como un referente en el ámbito internacional en epilepsia.



La Unidad de Epilepsia del Hospital acaba de celebrar su 15 aniversario ampliando sus instalaciones con seis camas de monitorización por vídeo electroencefalografía, hecho que la convierte en una de las más grandes del Estado. Está acreditada en Cataluña como parte de la Unidad Funcional de Cirugía de Epilepsia, que también coordina el Dr. Rocamora, y es parte de la red de unidades de experiencia clínica de Cataluña (XUEC) en enfermedades raras y centro CSUR estatal para casos complejos. También es uno de los tres centros de la Comisión Europea que forman parte de la [red europea de epilepsia EPICare](#).

Compromiso social



Redes sociales



La SEN anima a la comunidad internacional a utilizar su nueva clasificación para la enfermedad de Parkinson



13 jun. 2024 10:54H

SE LEE EN 3 MINUTOS

MADRID, 13 (EUROPA PRESS)

La Sociedad Española de Neurología (SEN) ha animado a la comunidad internacional, a través de una carta en la revista 'Lancet Neurology', a utilizar su nueva clasificación para el seguimiento clínico de los pacientes con enfermedad de Parkinson denominada MNCD, ya que cada vez se encuentra una mayor evidencia de la capacidad predictiva de esta escala en el pronóstico a largo plazo de pacientes con enfermedad de Parkinson.

"La enfermedad de Parkinson tiene una gran variabilidad en cuanto a su presentación clínica y su pronóstico también es altamente variable. Los avances que se están produciendo en el conocimiento de esta enfermedad están permitiéndonos proponer nuevas formas de clasificar la enfermedad de Parkinson aplicando criterios biológicos de la enfermedad, porque conocer aspectos en cada paciente como, por ejemplo, si existe mutación genética, neurodegeneración, neuroinflamación o agregación proteica, nos permite poder aplicar una medicina más personalizada basada en caso particular", explica el coordinador del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la SEN, el doctor Álvaro Sánchez Ferro.

Sin embargo, el doctor Ferro recalca que, en estas nuevas propuestas de escalas, "no se tienen en cuenta los síntomas -a pesar de que son los síntomas, tanto los motores como los no motores, los que impactan en la autonomía y calidad de vida-" y, para cualquier neurólogo, "es necesario conocer en cada momento cuál es y cómo es de limitante la sintomatología del paciente".

"Por esa razón se ideó la clasificación MNCD, una escala que considera que los síntomas clínicos deben ser incluidos en la clasificación de la enfermedad de Parkinson, al igual que los aspectos biológicos, ya que solo de esta forma se puede tener una visión completa de la enfermedad de cada paciente, algo indispensable para identificar las mejores opciones de tratamiento individual", explica.

La clasificación MNCD pretende catalogar la enfermedad de Parkinson en base a cuatro ejes: Motor, No motor, Cognición y Dependencia para actividades de la vida diaria. Es una herramienta sencilla que permite identificar síntomas y presentaciones clave en la enfermedad de Parkinson, correlacionándose con los datos de clasificación biológica. Puede ser aplicada en base a la información recogida en la consulta por parte del neurólogo y también permite monitorizar la progresión del paciente a lo largo de la evolución de la enfermedad y visualizar de forma rápida qué síntomas son los más relevantes en el paciente y sus cambios evolutivos.

"Ya se está demostrando que el sistema de estadificación MNCD permite indicar la gravedad de la enfermedad, la calidad de vida y la situación funcional en los pacientes con enfermedad de Parkinson mejor que otras escalas mucho más utilizadas. Y también su capacidad predictiva sobre el pronóstico a largo plazo de pacientes con enfermedad de

Parkinson. Pero, además, la clasificación MNCD puede ser útil para monitorizar la respuesta a los tratamientos e incluso podría ser aplicada en ensayos clínicos o estudios de cohortes que analicen los cambios evolutivos de la enfermedad a medio y/o largo plazo", señala el miembro del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la SEN, el doctor Diegos Santos.

Así, el doctor Santos remarca que, en comparación con el referente más utilizado, el estadio de Hoehn & Yahr, la clasificación MNCD es "igualmente sencilla de aplicar pero proporciona una información más completa". "Por esa razón, animamos a los neurólogos a utilizar la clasificación MNCD en su práctica clínica diaria y recalcamos la importancia de que los síntomas clínicos en la enfermedad de Parkinson sean tenidos en cuenta a la hora de plantear una clasificación nueva más basada en aspectos biológicos, tal y como defendemos en la carta publicada en Lancet Neurology", concluye.

Las informaciones publicadas en Redacción Médica contienen afirmaciones, datos y declaraciones procedentes de instituciones oficiales y profesionales sanitarios. No obstante, ante cualquier duda relacionada con su salud, consulte con su especialista sanitario correspondiente.



UNA PUBLICACIÓN DE



Copyright © 2004 - 2024 Sanitaria 2000
[Aviso legal y condiciones de uso](#)

Soporte válido 3-23-WCM Redacción Médica: La información que figura en esta edición digital está dirigida exclusivamente al profesional destinado a prescribir o dispensar medicamentos por lo que se requiere una formación especializada para su correcta interpretación

[QUIÉNES SOMOS](#) [PUBLICIDAD](#) [SUSCRIPCIÓN](#) [POLÍTICA DE PRIVACIDAD](#) [POLÍTICA DE COOKIES](#) [RECURSOS DE SALUD](#) [INSCRIPCIÓN ACTIVIDADES](#)



MEDIACIÓN / NEWS

Nogal apoya el Torneo de Golf de la Asociación Española de ELA

Redacción

13 de junio de 2024

La **Asociación Española de Esclerosis Lateral Amiotrófica** (adELA) celebró este martes la décimo tercera edición del **torneo de golf solidario** en el Campo de Golf del Santander. Un evento que ha reunido a numerosas personas que han querido colaborar para facilitar una vida más digna a quienes sufren esta enfermedad neurodegenerativa irreversible.

El compromiso de Nogal con la asociación

Entre las entidades que han colaborado para llevar a cabo con éxito esta nueva edición se encuentra la **Correduría Seguros Nogal**, que un año más demuestra su compromiso con la Asociación Española de ELA, **patrocinando un evento cuya recaudación se destinará íntegramente a ayudar en sus tratamientos y cuidados a los pacientes y sus familiares**. «Creemos firmemente en la importancia de arropar a la organización en su labor por facilitar la vida de las personas afectadas por esta cruel enfermedad. Y lo hacemos desde el convencimiento de que ayudarnos entre todos hará de esta sociedad una sociedad más solidaria y humana», explica **Manuel Rueda**, presidente de la Correduría Seguros Nogal. Se trata del sexto torneo que la AdELA organiza con el apoyo de Nogal, una colaboración que busca afianzar una relación de largo recorrido. «La ELA no tiene cura, ojalá la investigación avance y pueda cambiarlo, pero sí hay tratamientos para sus síntomas y para mejorar la esperanza y calidad de vida, y lamentablemente no siempre están al alcance de los pacientes por su altísimo coste. Es terrible pensar que el 94% de las familias con un paciente de ELA no los pueden asumir. Y en revertir eso es en lo que tenemos que trabajar y poner nuestro compromiso», manifiesta Rueda.

Solo un 6% de las familias pueden asumir los costes

Según la Sociedad Española de Neurología, entre 4.000 y 4.500 personas padecen ELA en España, una patología neurodegenerativa irreversible, letal y sin cura. Pero existen tratamientos sintomáticos, cuidados y recursos técnicos que pueden aumentar y mejorar la esperanza y calidad de vida de quienes la padecen. **Tratamientos de un elevado coste que el sistema público no financia en su totalidad**. En una fase intermedia de la enfermedad, las personas con ELA pueden tener que hacer frente a unos 35.000 euros al año en asistencia y cuidados, y superar los 60.000 en una fase avanzada. Una enfermedad devastadora y muy costosa, que solo el 6% de las personas afectadas puede asumir, por lo que acciones como esta resultan cruciales para brindar el apoyo que estas familias necesitan.

[SUSCRÍBETE A NUESTRA NEWSLETTER](#)

¿Pensando en tus vacaciones?
Nosotros también



¿QUIERES
EJERCER
como
**CORREDOR
DE
SEGUROS?**

SaludBienestar**Problemas de salud**

Migraña: ¿es la cirugía una opción efectiva?

La Sociedad Española de Neurología advierte de que la cirugía para la migraña no tiene suficiente evidencia científica y no está aprobada por ningún organismo regulador internacional

Por [Sonia Recio](#) | 13 de junio de 2024



Imagen: [ljubaphoto / iStock](#)

[Índice](#)[Recursos relacionados](#)[Compartir](#)

La **migraña** o **jaqueca** es un tipo de cefalea caracterizada por un dolor de cabeza intenso. Por lo general, se manifiesta durante la pubertad y afecta principalmente a personas de entre 35 y 45 años. Es dos veces más frecuente en mujeres, debido a influencias hormonales, y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituye la octava enfermedad más discapacitante laboralmente, y es que, a menudo, persiste toda la vida con episodios frecuentes. **Aunque no tiene cura, existen tratamientos tanto analgésicos como preventivos para su manejo.** Pero en los últimos años, **también ha aumentado la publicidad sobre la cirugía de migraña como una nueva opción de tratamiento.** ¿Lo es? En el siguiente artículo vemos lo que dicen los especialistas.

¿Qué es la migraña?

[La migraña es una cefalea primaria crónica y episódica](#) cuyos **síntomas suelen durar entre 4 y 72 horas**. Se manifiesta con dolor intenso y unilateral, pulsátil, que empeora con el ejercicio y se acompaña de náuseas y sensibilidad a la luz, el ruido y los olores. Puede ser episódica, si el dolor aparece hasta 14 días al mes, o crónica, si se manifiesta 15 o más días en un mes.

En España, la migraña afecta al 12-13 % de la población, es decir, a más de cinco millones de personas; de estas, 1,5 millones sufren migraña crónica. Es más habitual en mujeres, con una proporción de 3:1. Además del dolor intenso, esta enfermedad impacta significativamente la calidad de vida que quien la padece, ya que afecta a la capacidad para trabajar, estudiar y realizar actividades cotidianas. Además, la [Sociedad Española de Neurología](#) (SEN) señala que **más de un 70 % de las personas que padecen migraña crónica en España presentan una discapacidad grave.**



Imagen: [Andrea Piacquadio](#)

¿Cuáles son los síntomas de la migraña?

La migraña puede ser de tres tipos:

◆ Migraña sin aura

Es la forma más frecuente. Provoca un dolor muy fuerte, por lo que interfiere en la actividad habitual. Los síntomas



[Índice](#)



[Recursos relacionados](#)



[Compartir](#)

actividad física. Puede causar fotofobia, fonofobia, osmofobia, náuseas y vómitos.

◆ Migraña con aura

Afecta al 15-30 % de las personas con migraña y se caracteriza por la aparición de **síntomas adicionales antes o durante el dolor de cabeza**.

- El aura visual, el más común, incluye destellos luminosos en el campo de visión.
- El aura sensitiva causa hormigueos que se desplazan desde los dedos hasta la boca.
- También existe el aura del lenguaje, menos frecuente, que provoca dificultad para comprender o articular palabras y suele aparecer junto a otros síntomas de aura.

◆ Migraña crónica

Las cefaleas de este tipo de migraña afectan a la persona más de la mitad de los días del mes durante más de tres meses consecutivos. Al igual que en los otros tipos, el síntoma más característico de la migraña crónica es el dolor de cabeza pulsátil o palpitante, que puede variar de moderado a severo. Es frecuente que incluya un aura.

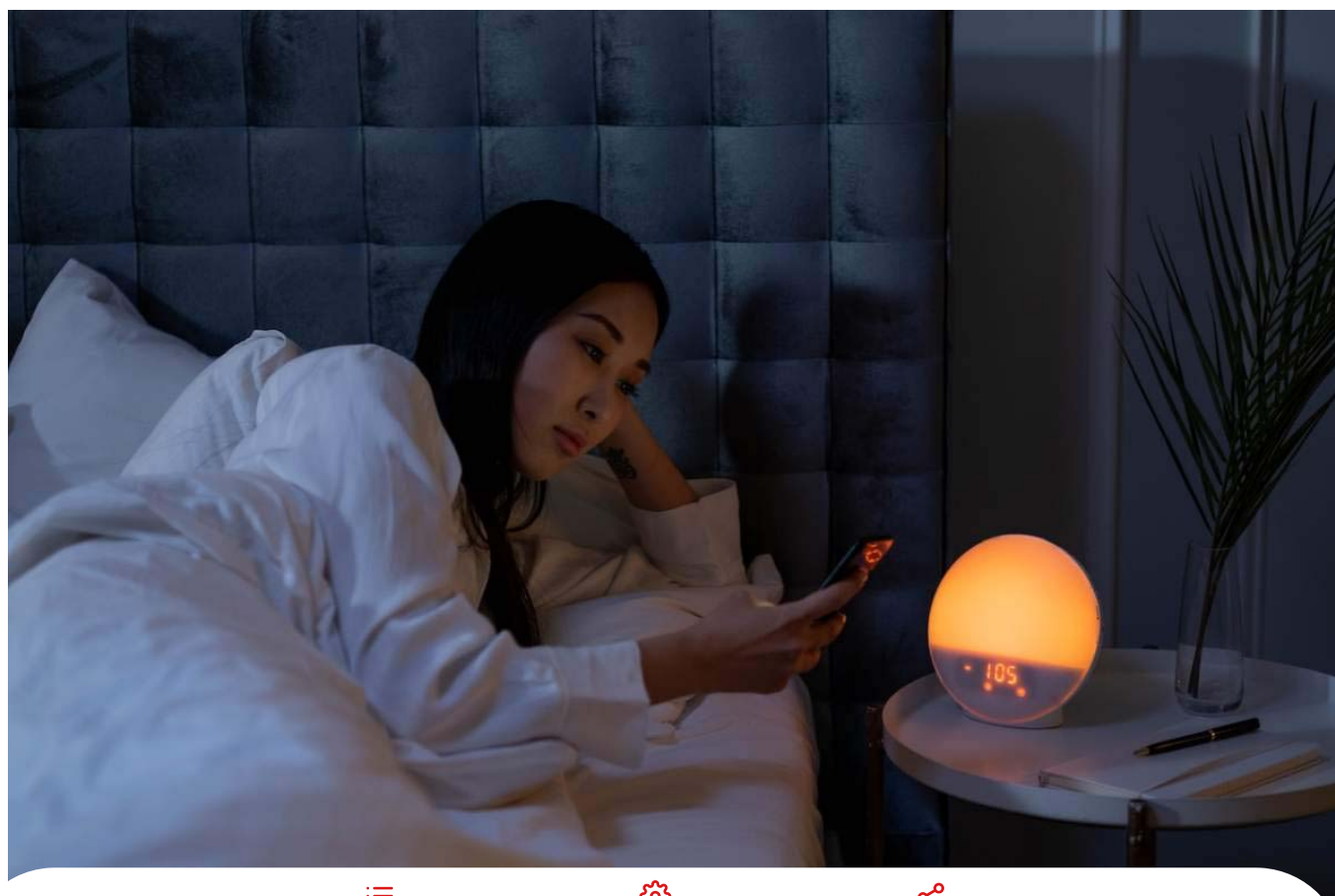
¿Qué causa la migraña?

La migraña se desencadena por la activación de un mecanismo encefálico que libera sustancias inflamatorias que provocan dolor alrededor de los nervios y vasos sanguíneos de la cabeza. Sus causas no se entienden completamente, pero parece que la **genética** y ciertos **factores ambientales** tienen un papel importante.

Hay varios **desencadenantes** que pueden ocasionar episodios de migraña, como el **estrés** y la **depresión**, los **malos hábitos de sueño y alimentación**, el consumo de **alcohol o cafeína**, tomar **analgésicos** y los **cambios de tiempo** o el **aumento de la presión atmosférica**.

- [¿Te afectan los cambios de tiempo? Descubre si eres meteorosensible y cómo controlarlo](#)

Los **estímulos sensoriales**, como la luz solar, las pantallas de ordenador, las luces intensas o intermitentes, los olores fuertes y los ruidos altos y constantes también pueden causar migraña.

[Índice](#)[Recursos relacionados](#)[Compartir](#)

¿Cómo se trata la migraña?

En la actualidad, **no existe una cura definitiva para la migraña**. Pero hay diversas **opciones farmacológicas y no farmacológicas** que ayudan a controlar los factores desencadenantes y reducir la frecuencia e intensidad de los síntomas, lo que mejora de modo significativo la calidad de vida de los pacientes.

✓ Tratamiento sintomático

El tratamiento sintomático busca controlar la cefalea y los síntomas acompañantes. Es crucial iniciarlo de forma precoz, para que funcione de forma adecuada, y hay que adaptarlo a cada paciente.

Los fármacos que se utilizan son **analgésicos**, como antiinflamatorios no esteroideos o triptanes. En casos resistentes, se recurre a **bloqueos anestésicos de los nervios pericraneales**.

✓ Tratamiento preventivo

El tratamiento preventivo se reserva para pacientes con crisis recurrentes y tiene como objetivo reducir su frecuencia e intensidad.

Se emplean **fármacos orales**, **infiltraciones con toxina botulínica** y **anticuerpos monoclonales**. Está indicado especialmente en casos en los que se registren tres o más crisis al mes o crisis prolongadas resistentes al tratamiento sintomático. La eficacia se evalúa por la reducción de días de dolor.

¿Se puede operar la migraña?

La cirugía para la migraña se promociona como una solución para pacientes que no encuentran alivio con tratamientos farmacológicos. Los especialistas que practican el tratamiento quirúrgico de la migraña, cirujanos plásticos, aseguran que funciona en el 90 % de los casos.

¿En qué consiste? Esta técnica se centra en descomprimir microquirúrgicamente ciertos nervios donde los pacientes identifican ciertos puntos gatillo; se pueden localizar en el cuello, cerca de los ojos o frente, en la nariz o en la cara.

Sin embargo, en el Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología y la Sociedad Internacional de las Cefaleas, tienen otra opinión. Advierten que **no hay suficiente evidencia científica** que respalde la eficacia de estas técnicas quirúrgicas y que, además, **no están aprobadas como opción terapéutica por ningún organismo regulador a nivel mundial**.

En la SEN recomiendan consultar con un neurólogo para recibir información sobre la idoneidad de cualquier tratamiento de la migraña. Apuntan que en los últimos años ha habido avances significativos en el tratamiento de la migraña con la introducción de nuevos medicamentos, como los anticuerpos monoclonales anti-CGRP, los gepantes y lasmiditán. “Estos fármacos ofrecen nuevas opciones terapéuticas que pueden mejorar la calidad de vida de aquellos pacientes que aún no han encontrado una solución efectiva para manejar los efectos de esta enfermedad”, explican.

#Migraña

Sigue a Consumer en [Instagram](#), [X](#), [Threads](#), [Facebook](#), [Linkedin](#) o [Youtube](#)

Boletines EROSKI Consumer

Para estar al día y no perderte ninguna novedad en EROSKI Consumer, suscríbete nuestros boletines gratuitos.

Email



Índice



Recursos relacionados



Compartir

- ☐ **Suscríbete al boletín de Lo Mejor de la semana**
- ☐ **Suscríbete al boletín de la revista mensual EROSKI Consumer**

ES 

- ☐ He leído y acepto las [políticas de privacidad](#)

[¡Suscríbete!](#)

Artículos relacionados

**Problemas de salud****Dolor de cabeza infantil: diferencias entre cefalea tensional y migraña**

Por Verónica Palomo

**Bienestar****Cefalea y migraña infantil: así es el dolor de cabeza en los niños**

Por Verónica Palomo

**Problemas de salud** | Entrevista**“La migraña es muy incapacitante y falta mucha comprensión hacia el paciente que la sufre”**

Por Francisco Cañizares de Baya

**Problemas de salud****Este dolor de cabeza, ¿es una migraña?**

Por María Huidobro González

De interés

[Índice](#)[Recursos relacionados](#)[Compartir](#)