



SANIDAD | UN CAMINO DE ESPERANZA ANTE LA PARAPLEJIA

La activación del hipotálamo hace andar a dos lesionados medulares

Un equipo de científicos de Suiza logra restaurar la función motora de los pacientes con un implante en una región cerebral asociada al sistema de recompensa en vez de al movimiento

AGENCIAS / GINEBRA

La ciencia y la innovación son sendos potentes generadores de buenas noticias. La última se publicó ayer en forma de estudio en la revista *Nature* después de que dos personas que sufrieron lesiones medulares parciales que les causaron paraplejia hayan vuelto a caminar sin ayuda e incluso puedan subir y bajar escaleras gracias a la aplicación pionera de la estimulación cerebral profunda (ECP) en una pequeña zona del cerebro cuya influencia en la capacidad motora se desconocía hasta ahora, según la investigación realizada en Suiza.

El uso de la técnica para el tratamiento de trastornos del movimiento (como párkinson) está muy extendida, pero es la primera vez que se aplica al hipotálamo lateral, una zona del cerebro asociada a funciones básicas como el hambre o la sed, pero que ahora ha demostrado tener también un papel clave en la marcha.

Los investigadores, procedentes de la Escuela Politécnica Federal de Lausana (EPFL) y de los Hospitales Universitarios de Lausana, constataron que el uso de la ECP en esa región del cerebro no solo producía resultados inmediatos en la mejora de la marcha de los pa-



Los hombres intervenidos resaltaron que volvieron a sentir las piernas.

cientes durante la rehabilitación, sino también mejoras neurológicas a largo plazo al favorecer la reorganización del tejido nervioso afectado.

Según el neurocientífico y coordinador del proyecto, Grégoire Courtine, estos resultados demuestran que el cerebro desempeña un «papel clave» en el proce-

so de recuperación del movimiento tras una parálisis. Para llegar a esa conclusión, el equipo extrajo imágenes cerebrales en alta resolución de varios individuos y creó mapas detallados de la actividad anatómica y funcional de las neuronas de todo el cerebro, lo que permitió determinar la relevancia del hipotálamo en la capacidad de

andar. Estos resultados fueron aplicados entonces en ensayos preclínicos con roedores, lo que permitió identificar los circuitos precisos implicados en la recuperación de la marcha. Por último, la neurocirujana y codirectora del proyecto, Jocelyne Bloch, extrapoló estos resultados a intervenciones quirúrgicas de dos pacientes que sufrían lesiones medulares parciales y que, tras ser implantados y sometidos a la estimulación, aseguraron «sentir de nuevo las piernas» y tener «ganas inmediatas» de andar.

«En ese momento supe que estábamos ante un gran descubrimiento en la organización anatómica de las funciones cerebrales», comentó Bloch.

Uno de los primeros en recibir este implante fue el paciente Wolfgang Jäger, un austriaco que hace 18 años tuvo un accidente de esquí y quedó parapléjico, pero que ahora puede caminar (aun con andador), y subir y bajar escalones.

Ante el caso exitoso de Jäger y de otro voluntario, el equipo planea combinar la estimulación cerebral con otras tecnologías como los implantes medulares, a fin de seguir abriendo el camino a nuevas aplicaciones terapéuticas para mejorar la recuperación de la marcha.



3 Diciembre, 2024

El alzhéimer puede predecirse 20 años antes de los síntomas midiendo la grasa oculta

La futura demencia se podría detectar a partir de los 40 años, según un estudio presentado en la reunión anual de la Sociedad Radiológica de Estados Unidos

DOMÉNICO CHIAPPE

MADRID. Mucho antes de que aparezcan los primeros síntomas de alzhéimer se podría saber si un individuo padecerá esta demencia, midiendo un tipo específico de grasa corporal que está relacionado con las «proteínas anormales características» de la enfermedad. La grasa asociada a la demencia es la conocida como «visceral», que es la «grasa oculta en las profundidades que rodea los órganos», según un estudio del Instituto Mallinckrodt de Radiología (MIR) de la Universidad de Washington, Estados Unidos.

Los investigadores analizaron varios marcadores, como el índice de masa corporal, la grasa visceral, la grasa subcutánea, la fracción de grasa hepática, la grasa y el músculo del muslo, la resistencia a la insulina y el colesterol bueno (HDL), con la relación que establecían con dos proteínas características del alzhéimer, conocidas como amiloide y tau, aseguró Mahsa Dolatshahi, autora principal del estudio presentado este martes en la reunión anual de la Sociedad Estadounidense de Radiología, celebrada en Chicago.

El «resultado crucial» podría saberse en la edad mediana de las personas, entre los 40 y los 50 años, «cuando la patología de la enfermedad está en sus primeras etapas y las modificaciones potenciales como la pérdida de peso y la reducción de la grasa visceral son más efectivas como medio para prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad». Mientras más grasa visceral, más niveles de las dos proteínas de la demencia.

Con una muestra de 80 individuos con «capacidad cognitiva normal», edad media de 49,4 años, una mayoría de mu-

jeros y más de la mitad obesos, la investigación se centró en el vínculo entre el alzhéimer y los «factores modificables relacionados con el estilo de vida, como la obesidad, la distribución de la grasa corporal y los aspectos metabólicos».

La conclusión fue que había un efecto entre el índice de masa corporal con la acumulación de amiloide, la proteína que identifica el alzhéimer, pero sólo si ese aumento de cintura se debía a la grasa visceral. «Los hallazgos revelaron que los niveles más altos de grasa visceral estaban relacionados con un aumento de amiloide». Al

menos en un 77% de los casos. «Otros tipos de grasa no explicaron el aumento de la patología de Alzheimer relacionada con la obesidad», aseguró la autora.

Insulina y colesterol

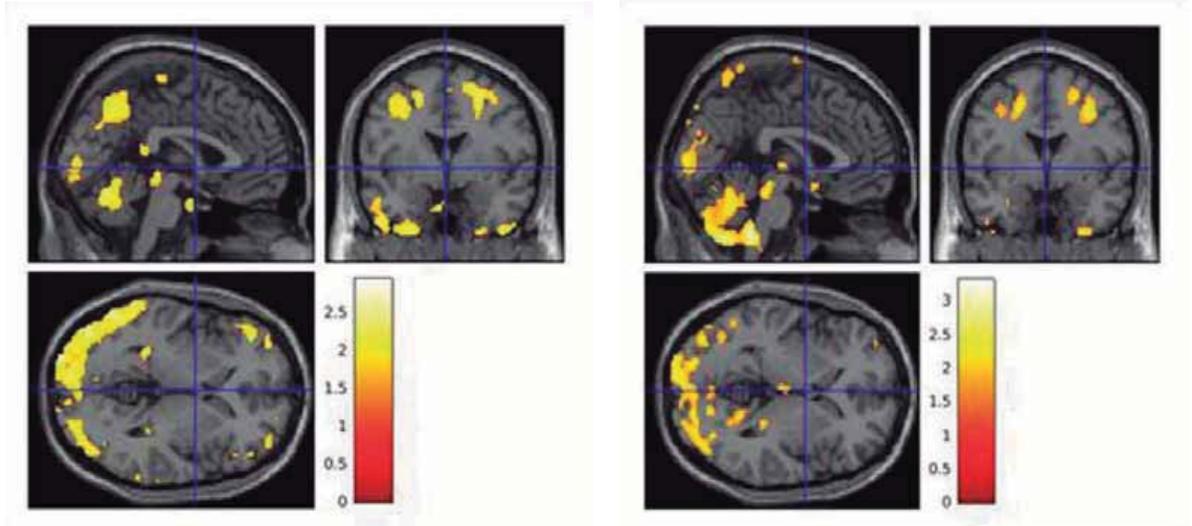
Sin embargo, también son marcadores de comenzar a padecer la enfermedad, aunque aún de manera imperceptible, la resistencia a la insulina y un colesterol bueno más bajo, porque con esos factores el nivel de amiloide en el cerebro aumentaba también. Por lo tanto, los investigadores recomiendan «prestar atención a los problemas metabólicos y lipídicos relacionados que a menudo surgen con un mayor nivel de grasa corporal».

A los participantes se les sometió a tomografías por emisión de positrones (PET) cerebral, resonancias magnéticas corporales y evaluación metabólica, con mediciones de glucosa e insulina, análisis de lípidos para detectar colesterol, resonancias magnéticas del abdomen para

medir el volumen de la grasa subcutánea y la visceral, que está oculta rodeando los órganos.

Los resultados son relevantes, aseguraron. «Hasta donde sabemos, nuestro estudio es el único que demuestra estos hallazgos en la mediana edad, cuando nuestros participantes están a décadas de desarrollar los primeros síntomas de la demencia que resulta de la enfermedad de Alzheimer». Otros trabajos ya habían demostrado que el índice de masa corporal alto estaba vinculado al daño de las células del cerebro, pero éste es el primero que lo hace con la grasa visceral y subcutánea y el perfil metabólico en la mediana edad.

El estudio también comparó el flujo sanguíneo cerebral en individuos con grasa visceral y subcutánea alta con los que la tienen baja. El primer grupo mostró un flujo sanguíneo cerebral más bajo. «Revelamos conocimientos clave sobre por qué la obesidad puede aumentar el riesgo de alzhéimer», sentencian los autores.



Imágenes del flujo sanguíneo cerebral en individuos comparados por su grasa corporal y otros marcadores metabólicos, para relacionarlos con las proteínas características del alzhéimer. INSTITUTO MALLINCKRODT DE RADIOLOGÍA (MIR)



6 SANIDAD

Alertan de los posibles recortes en Neurología en el Hospital

- Según el Sindicato de Enfermería, la reestructuración mermará la plantilla



Alertan de recortes en la Unidad de Neurología del Hospital de Jerez

● Satse sospecha que la reestructuración de unidades implicará un recorte de personal

Redacción JEREZ

El Sindicato de Enfermería, Satse, ha sido informado de una “reestructuración” del Servicio de Neurología que pretende realizar la Dirección Gerencia y de Enfermería del centro, y “que va a suponer el recorte de 2 camas y de un enfermero/a por turno, con respecto a los que componen el Servicio en la actualidad. En total 5 enfermeros/as se verán obligados a salir de la unidad, con las consecuencias que ello conllevará”.

“La unidad, con la dotación actual de medios humanos y estructurales, está consiguiendo los mejores resultados de la provincia, y parece ser que esta dirección no lo ha tenido en cuenta”, explica Satse.

El Sindicato de Enfermería considera que esta decisión supone “un grave error, el cual va a



Hospital de Jerez.

MANUEL ARANDA

provocar una reducción en la calidad asistencial que se presta a los pacientes y en la supervivencia en este tipo de procesos, dado que implica una modificación de la ratio enfermera/paciente que se había mantenido hasta el momento y que venía logrando objetivos rozando el 100% de supervivencia en los pacientes a los que presta servicio”.

Esta merma en número de enfermeros de la unidad “no hace más que sobrecargar y tensionar

a una unidad con unas características muy especiales. Los pacientes de ictus son pacientes críticos, con una gran complejidad, en cuyo cuidado trabaja un gran equipo multidisciplinar, integrado, en mayor número, por enfermeras y enfermeros”. Es por ello que el sindicato sostiene que no debe alterarse el número de profesionales que llevan a cabo sus cuidados y vigilancia.

“De nuevo queda claro que la salud de los jerezanos y jereza-

nas no es una prioridad para esta Gerencia, que está priorizando los números y la economía frente a la calidad en la asistencia, en vez de mantener o mejorar el equipo que actualmente compone el servicio”, lamenta el sindicato.

El sindicato de Enfermería requiere a las direcciones del centro que se “respeten los ratios enfermera/paciente en las unidades, denunciando el recorte paulatino que viene realizando el

SAS durante los últimos tres años, en el que se ha prescindido, solo en el Área de Gestión Sanitaria de Jerez, de 261 enfermeras y enfermeros”. El sindicato sospecha que la reestructuración de unidades que se está llevando “a cabo de manera paulatina y sigilosa implica un recorte de personal que queda patente en el caso de la Unidad de Neurología”.

Satse recuerda que los recortes, entre otros problemas a los que se enfrenta la sanidad pública andaluza, “son factores predisponentes a las agresiones, una lacra que está creciendo de forma exponencial en los últimos meses, con casos como el del Centro de Salud de Rota el pasado miércoles, donde una enfermera y una celadora fueron agredidas mientras realizaban su trabajo”.

El sindicato incide en que la ausencia de ratios mínimos de enfermera/paciente y la falta de personal “deterioran la calidad de los cuidados, situación alarmante que evidencian la estrategia de la Consejería de Salud, orientada hacia la privatización y los recortes, como esta organización lleva años denunciando”.

Desde Satse exigen que se mantengan el 100% de los profesionales y las camas que hasta ahora han venido formando el Servicio de Neurología del Hospital de Jerez, insistiendo en que “la salud no puede ser objeto de recortes presupuestarios”, exigiendo que se priorice la salud y “se garantice una atención digna para todos los ciudadanos”.



7 Diciembre, 2024

La obesidad puede aumentar el riesgo de padecer Alzheimer

Más grasa visceral se asocia a niveles más altos de las proteínas precursoras de la enfermedad

EFE
Madrid

Una investigación ha demostrado que el exceso de grasa visceral en personas de mediana edad (entre los 40 y 50 años) se asocia a niveles más altos de las dos proteínas cuya acumulación se considera precursora del Alzheimer: Beta amiloide y Tau. Así lo pone de manifiesto un estudio presentado este lunes en Estados Unidos durante la reunión anual de la Sociedad Radiológica de Norteamérica (RSNA).

Aunque estudios previos que habían asociado la acumulación de grasa visceral y subcutánea a un mayor daño de las células cerebrales, este es el primero que relaciona obesidad con la enfermedad de Alzheimer. Para llegar a esta conclusión, los investigadores estudiaron a 80 personas de mediana

edad cognitivamente normales.

Los participantes eran ciudadanos estadounidenses con una media de 49,4 años, el 62,5% eran mujeres y el 57,5% eran obesos.

Los investigadores les hicieron resonancias magnéticas del abdomen para medir la grasa subcutánea (bajo la piel) y visceral, evaluación metabólica de la glucosa, del colesterol y escáneres musculares del muslo para medir el volumen de músculo y grasa.

Además, para valorar la enfermedad de Alzheimer, se les hizo un PET cerebral (tomografía de emisión de positrones) para tomar imágenes de la actividad y el metabolismo del cerebro.

Los resultados revelaron que los niveles más altos de grasa visceral estaban relacionados con el aumento de dos proteínas patológicas distintivas de la enfermedad de Alzheimer: Beta amiloide y Tau.



Un estudio sugiere que el bilingüismo atrasa año y medio la aparición del párkinson

Un trabajo liderado por la donostiarra Arrate Barrenetxea concluye que las personas que hablan dos idiomas desarrollan una «reserva cognitiva» que ralentiza la aparición de la enfermedad

AITOR ANSA

SAN SEBASTIÁN. Las lenguas, además de permitirnos comunicarnos con otras personas, son el instrumento que tenemos para vehicular nuestros pensamientos, identidad, conocimiento, la manera de ver y entender el mundo. Dominar más de un idioma no solo es una puerta de entrada a otras culturas, también podría protegernos ante el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento. Un estudio liderado por una investigadora donostiarra en neuropsicología clínica sugiere que hablar dos idiomas de manera activa prolonga la calidad de vida del cerebro y podría retrasar hasta en año y medio la aparición del

párkinson, la segunda enfermedad neurodegenerativa más prevalente a nivel mundial, solo por detrás del alzhéimer.

En Euskadi se diagnostican cada año alrededor de 400 nuevos casos de esta afección crónica caracterizada por la bradicinesia (movimiento lento), la rigidez, el temblor y la pérdida del control postural. El estudio 'Perfil cognitivo y de lenguaje en pacientes bilingües con la enfermedad de Parkinson', que lidera la donostiarra Arrate Barrenetxea junto a su compañera Elena Herrera, estima que las personas bilingües «son diagnosticadas un año, un año y medio más tarde que los monolingües».

Las investigadoras definieron un gradiente de bilingüismo, desde aquellas personas con párkinson que hablan uno y dos idiomas hasta un grupo control con individuos sanos con esas mismas características que comparten edad, mismo nivel educativo y son demográficamente comparables. Para ello reclutaron a un centenar de individuos euskaldunes, además de otro puñado



Usuarios de la asociación de párkinson Aspargi, en un taller. F. MORQUECHO

de asturianos, comunidad autónoma donde en algunos lugares se habla el dialecto bable. «Quisimos ver si el funcionamiento cognitivo de estas personas era diferente y si el bilingüismo, de alguna manera, modulaba la en-

fermedad», explica Barrenetxea.

Estas personas fueron sometidas a una exploración neuropsicológica; es decir, a una serie de pruebas, la mayoría de papel y boli pero también orales, donde estos individuos «tienen que realizar tareas, por ejemplo, de memoria, de velocidad de procesamiento, de lenguaje, visio perceptivos, etc».

Los resultados preliminares del estudio están siendo muy reveladores para entender cómo esta enfermedad neurodegenerativa afecta a los bilingües. «Utilizar más de un idioma a lo largo del tiempo genera redes alternativas a nivel neurológico; es decir, provocan más conectividad cerebral. Hay que tener en cuenta que cuando tú tienes una enfermedad neurológica hay una atrofia de neuronas. Estos bilingües, como tienen redes alternativas, son capaces de compensar mayor daño en comparación a esos que son monolingües. O sea que, de alguna manera, el bilingüismo parece que protege y retrasa la aparición de los síntomas y el diagnóstico», reconoce la donostiarra. Dicho de otra manera, estas personas «tienen un año, año y medio más de calidad de vida» que las que utilizan habitualmente un solo idioma para comunicarse con los demás.

¿Por qué ocurre esto? La respuesta está en el interior de la cabeza de estas personas. «Dependiendo de la localización del cerebro, hay un correlato anatómico con un proceso cognitivo; es decir, que cuando yo ahora estoy hablando se me activa una parte del cerebro y cuando tú estás comprendiendo lo que digo, se te activa otra», relata la experta en conversación con este periódico. «En el bilingüismo se activan unas áreas que se llaman del control

limitorio. Yo que hablo dos idiomas, por ejemplo, para poder estar hablando en castellano, tengo que inhibir la segunda lengua para que no me vengan palabras», añade.

Mayor deterioro cognitivo

Esta «reserva cognitiva» que desarrollan las personas bilingües depende también de la edad a la que adquieren la segunda lengua, más que el idioma en sí. «Está demostrado que cuando se adquiere antes de los seis años, esa adquisición temprana te protege más. Y hay una diferencia sustancial también si lo utilizas de manera constante a lo largo de la vida. No aporta los mismos beneficios a los bilingües intermitentes; es decir, una persona, por ejemplo, que aprende inglés en la adolescencia, viva cinco años en extranjero y luego vuelva y no utilice más ese idioma», ejemplifica.

Las primeras conclusiones del estudio están alertando también de otra realidad. A pesar de que los pacientes bilingües de párkinson pueden ralentizar o retrasar la manifestación clínica durante un tiempo, «en el momento en el que son valorados tienen un poco más de deterioro cognitivo. Dicho de otra manera, están más afectados porque el cerebro ya no es capaz de compensar ese daño por esta reserva cognitiva que te aporta el bilingüismo. Es decir, tienen mayor daño o mayor neuropatología por esa compensación y por ese año y medio que han estado retrasando la enfermedad», relata Barrenetxea.

Ese mayor perjuicio, añade la neuropsicóloga guipuzcoana, afecta en mayor medida en la memoria verbal de estos individuos. «Nosotros tenemos diferentes tipos de memoria, la memoria visual, la verbal... Al parecer, esa compensación de un año y medio que les proporciona más calidad de vida se sustenta en estructuras que se llaman del lóbulo temporal medial; es decir, que son estructuras donde se sustenta la memoria episódica verbal». Esto es, aquellos relacionados con sucesos autobiográficos (momentos, lugares, emociones asociadas y demás conocimientos contextuales) que pueden evocar de forma explícita.

LAS FRASES

Arrate Barrenetxea
 Neuropsicóloga

«Hablar más de un idioma genera redes alternativas a nivel neurológico»

«Está demostrado que la protección cerebral de los bilingües es mayor si el segundo idioma se aprende antes de los seis años»





10 Diciembre, 2024

Descubren trece proteínas relacionadas con el envejecimiento del cerebro, clave para prevenirlo

Efe

Un equipo de investigadores de China ha identificado trece proteínas relacionadas con el envejecimiento cerebral en humanos, un avance que ayudará a prevenir los trastornos neurodegenerativos y a diseñar terapias más avanzadas.

El estudio revela que los cam-

bios en las concentraciones de estas proteínas pueden alcanzar su máximo a los 57, 70 y 78 años, lo que sugiere que estas edades pueden ser importantes para posibles intervenciones en el proceso de envejecimiento cerebral.

Los detalles del estudio, liderado por Yu-Ming Xu, investigador del First Affiliated Hospital of

Zhengzhou University, de Zhengzhou, China, se han publicado este lunes en la revista *Nature Aging*.

Se calcula que en 2050, más de 1.500 millones de personas en el mundo tendrá más de 65 años, lo que pone de relieve la necesidad de comprender mejor el proceso de envejecimiento, en especial en relación con el cerebro.

Se sabe que la prevalencia de trastornos neurodegenerativos, como la demencia, aumenta con el envejecimiento, sin embargo, las terapias eficaces siguen siendo limitadas. Identificar estos trastornos y llevar a cabo terapias de intervención tempranas podrían ayudarnos a prevenirlos.

La edad biológica del cerebro

puede estimarse mediante algoritmos predictivos basados en características de las imágenes cerebrales como el volumen y la superficie, pero también puede ser posible inferir la edad biológica del cerebro y su estado de salud utilizando proteínas de la sangre.

El estudio identifica 13 proteínas muy relacionadas con el envejecimiento biológico del cerebro, en particular Brevican (BCAN, una proteína del sistema nervioso central). Los niveles de BCAN y GDF15 en la sangre también se asociaron con la demencia, el ictus y las funciones del movimiento.

Galicia encabeza la mortalidad por patologías cerebrovasculares

► Sanidad imputa a la gripe y a las olas de calor el repunte del total de muertes registradas en 2022

V.N. (AGN)

SANTIAGO. El Ministerio de Sanidad ha radiografiado los patrones de mortalidad y una de las conclusiones es que Galicia presenta la tercera mayor tasa de mortalidad bruta del Estado, con un total de 1.298,7 defunciones por cada 100.000 habitantes en un 2022 que la comunidad cerró con un total de 34.996 óbitos. La cifra supera en un 6,5% las 32.853 muertes de 2021 y, al contrario que en el conjunto del país, también rebasa las 32.845 de 2020, un año en el que 493.776 vidas se apagaron en el Estado con el covid arreciando.

Si bien el balance fue en España más benévolo que en Galicia en comparación con el primer año de pandemia, pues en 2022 se registraron 464.417 bajas, lo cierto es que si la comparativa se hace con 2021 se extrae un incremento del 3%. Esa diferencia de 13.673 óbitos a nivel estatal, el ministerio se la atribuye a la segunda epidemia de gripe de la temporada 2021-2022 —que se dio entre la segunda semana de marzo y la primera mitad de julio— y también a las tres olas de calor de un verano que fue "el más cálido desde el inicio del siglo XXI". Sanidad incide en que España no fue una isla, pues también en Alemania, Suiza o Italia los mercurios disparados "originaron un exceso de defunciones".

Aunque en términos absolutos Andalucía, con más de 78.900 fallecimientos, encabezó la estadística,

si el análisis se ciñe a la tasa bruta de defunciones se observa que solo otras dos comunidades envejecidas, como son Asturias, con 1.387 bajas por cada 100.000 habitantes, y Castilla y León, con 1.304, marcaron un registro más elevado que el gallego.

Ahondando en las causas de mortalidad se extrae que el cáncer estuvo detrás del 23,2% de las muertes en Galicia, en línea con el promedio estatal (23,8%). Con una tasa de 301,2 fallecimientos por cada 100.000 individuos, la comunidad tuvo, también en este caso, el tercer peor registro. En lo que toca a la segunda causa de fallecimiento, las patologías del corazón, que ocasionaron el 19% con un ratio de 246,2 muertes por cada 100.000 habitantes, Galicia fue la segunda peor posicionada.

Y ocupó el primer puesto en lo que toca a las enfermedades cerebrovasculares —73,9 óbitos por cada 100.000 personas motivados por ictus, embolias y otros males, frente al dato estatal de 51,7—.

Esta también es la posición de Galicia en lo que toca a los accidentes no intencionales (46,6), con 1.256 muertes computadas.

Sanidad sondeó los efectos del consumo del tabaco y el alcohol concluyendo que, en ambos casos, la comunidad es la cuarta con una tasa de fallecimientos achacables a estas causas más alta, con 58,2 óbitos por cada 100.000 habitantes por fumar y de 5 por beber.



Un facultativo estudia unas imágenes del cerebro. EP

La diabetes tipo 1 afecta a cerca de 18.000 gallegos

Con 17.961 pacientes diagnosticados de diabetes tipo 1, Galicia es el cuarto territorio más afectado por esta patología tras Madrid, con 26.124, Cataluña (25.967) y Andalucía (23.825). Así lo constata la fundación DiabetesCero, que llama la atención sobre la

"preocupante tasa de mortalidad prematura", con unos 1.775 óbitos al año debidos a esta causa. El colectivo pide más investigación.

¿Cómo se manifiesta?

La diabetes mellitus tipo 1 es una enfermedad autoinmune por la cual las células pancreáticas que producen insulina son atacadas y destruidas. Se manifiesta con síntomas como el cansancio, la pérdida de peso, la sed intensa y la continua producción de orina.



13 Diciembre, 2024

Solicitudes de eutanasia realizadas y concedidas en 2022

Por comunidades autónomas



Enfermos neurológicos y de cáncer, los que más pidieron la eutanasia

► El año pasado hubo 766 solicitudes para morir, de las que 334 fueron favorables

E. CALVO
MADRID

Desde que en junio de 2021 entró en vigor la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) y hasta diciembre de 2023, España ha recibido un total de 1.515 de solicitudes de eutanasia. La mayor cifra se alcanzó el año pasado, con 766 peticiones, casi 200 más que en 2022 (576). Según el informe publicado ayer por el Ministerio de Sanidad, se llevaron a cabo en 2023 un total de 334 eutanasias, 35 más que el año anterior, cuando fueron 299.

Cataluña fue la comunidad autónoma que más peticiones recibió el año pasado (219), así como la que más eutanasias realizó (94). En Madrid, la segunda en cifra de peticiones, se solicitaron 89 y se autorizaron 35. En Ceuta y Melilla no consta ninguna solicitud. En porcentaje de eutanasias practicadas respecto a la solicitadas, sin embargo, son otras comunidades las que encabezan el listado. En Extremadura y Murcia se practican el 100% de las que se piden, pero el año pasado solo hubo 2 en cada una de las regiones. El porcentaje de las realizadas es del 81 por ciento en País Vasco, donde de las 58 peticiones se llevaron a cabo 47. En Andalucía el porcentaje fue del 56 por ciento, con 43 peticiones y 24 eutanasias que se practicaron.

El 0,07% de las muertes registradas en el país

Las 334 eutanasias que se llevaron a cabo en España en 2023 suponen el 0,0767% del total de fallecimientos que se registraron en el país el año pasado, que fueron 435.331 según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). El informe publicado ayer por el Ministerio de Sanidad resalta que este dato refleja que, «aunque la eutanasia es un derecho recientemente reconocido, sigue siendo una opción minoritaria dentro del contexto de la mortalidad general».

Desde la implementación de la ley que la regula, la tasa de mortalidad por eutanasia ha sido del 0,0166% en 2021, del 0,0622% en 2022 y del 0,0767% en 2023.

torias, 13, cardiológicas y en 105 casos no se especifica la enfermedad.

La mayoría de las eutanasias se llevaron a cabo en hospitales (159) pero las que se practicaron en domicilios suponen también una cifra alta (147). Del resto, 19 fueron en instituciones sociosanitarias y otras 9 en centros no hospitalarios. La inmensa mayoría fueron en centros públicos. En 316 de los casos fue el personal sanitario el que administró los fármacos para ayudar a morir a las personas que así lo solicitaron, pero hubo 18 casos de autoadministración.

Además, de las 766 solicitudes de 2023 hubo 21 revocaciones, es decir, casos en los que las personas solicitantes optaron finalmente por que no se les practicara la eutanasia. Otras 33 personas pidieron aplazar el procedimiento.

La realización de la eutanasia tuvo una espera media de 67 días desde la solicitud. Y hubo 190 personas que murieron esperando la eutanasia, el 24,8 por ciento del total de solicitantes. La media de fallecimientos antes de que se practique la eutanasia se sitúa en 30 días.

Varios informes

El procedimiento para solicitar la eutanasia se inicia con una primera solicitud, presentada por escrito y en presencia de un profesional sanitario, que debe contener la fecha y firma de ambas partes. Durante todo el proceso hay un médico responsable que verifica que se cumplen los requisitos para que el paciente pueda morir por eutanasia, como que tenga una enfermedad grave e incurable y plena capacidad para decidir en el momento de la solicitud. Si no se cumplen, el facultativo emite un informe desfavorable a la Comisión de Garantías y Evaluación (CGyE), ante la que la persona interesada puede reclamar en un plazo de 15 días. Si se cumplen, el médico informa al enfermo sobre su diagnóstico, las alternativas de tratamiento, los cuidados paliativos disponibles y las prestaciones sociales a las que podría tener derecho.

Una vez pasados quince días de esa primera solicitud la persona que pide la eutanasia debe hacer una segunda solicitud y el médico deberá consultar con otro compañero sobre el caso, que emitirá otro informe. Si este es favorable a la eutanasia, deberá realizarse otra valoración con otro sanitario y un jurista que podrán revocarla o autorizarla definitivamente.

La inmensa mayoría de los profesionales que han atendido estos procesos en el tiempo que lleva la ley en vigor han sido médicos de familia, pero también neurólogos, oncólogos o geriatras que han participado en los procesos de solicitudes de eutanasia.

En total, de las 766 solicitudes de 2023, se aceptaron el 76%. Hubo 188 que fueron denegadas, pero tras presentarse 78 reclamaciones 32 se resolvieron favorablemente. Desde que la ley entró en vigor y hasta el pasado 31 de diciembre España ha realizado 697 eutanasias.

7 menores de 30 años

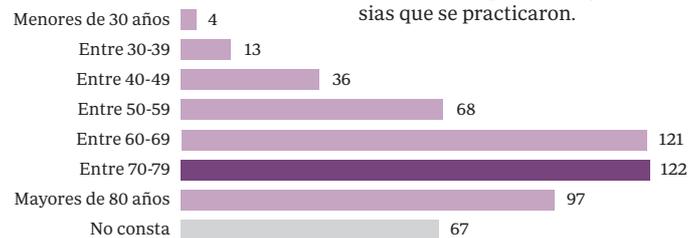
La mayoría de las solicitudes se dieron en las personas de entre 70 y 79 años. La media de edad de los solicitantes de la eutanasia en 2023 fue de 68,78 años y la mediana de 78,46 años. En concreto, 7 personas tenían menos de 30 años, 19 personas tenían entre 30 y 39 años, 57 personas estaban entre los 40 y 49 años, 106 entre los 50 y 59 años, 181 personas entre 60 y 69 años, 215 entre 70 y 79 años y 181 de ellas eran mayores de 80 años. No hay prácticamente diferencias entre sexos, pues las pidieron 389 hombres y 377 mujeres.

El cáncer y las enfermedades neurológicas fueron el año pasado las principales causas por las que se pidió la eutanasia. De las 766 solicitudes, 271 fueron de pacientes oncológicos, 266 de personas con enfermedades neurológicas, 49 con pluripatología orgánica severa, 24 personas tenían enfermedades respira-

Cataluña fue la comunidad autónoma que más peticiones de eutanasia recibió y la que más practicó

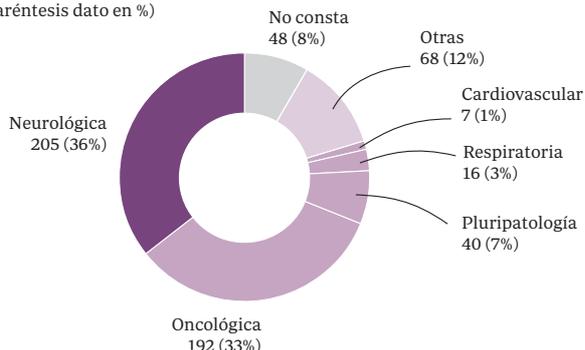
Edad de los solicitantes / 2022

Total solicitudes en 2022



Enfermedad de base de las personas solicitantes / 2022

Total solicitudes en 2022 (entrepáréntesis dato en %)



Fuente: Ministerio de Sanidad

ABC

**24 Diciembre, 2024****NIEVES SALINAS**
Madrid

El Centro Integral de Neurociencias Abarca Campal HM CINAC Madrid, dirigido por el profesor José Obeso y ubicado en el Hospital Universitario HM Puerta del Sur de Móstoles, ha puesto en marcha un ensayo clínico que busca analizar el potencial de la tecnología de ultrasonido focal de alta intensidad (una técnica conocida como HIFU, por su nombre en inglés) en pacientes con enfermedad de

Ensayan una técnica para fulminar los temblores de los enfermos de Parkinson

Parkinson en estadios iniciales. Es decir, a aquellos pacientes cuyos síntomas de la enfermedad tengan menos de 5 años de evolución. La técnica, mínimamente invasiva, evita la cirugía intracraneal y tiene efecto inmediato sobre el temblor, la rigidez muscular y la lentitud de movimientos que provoca la en-

fermedad. A través de este estudio, que se prolongará durante 5 años, se busca determinar si esta técnica, aplicada en estadios tempranos, puede ralentizar la progresión de la enfermedad o mitigar su impacto, explican desde el grupo hospitalario. La subtalantomía (un procedimiento quirúrgico ce-

rebral realizado para aliviar ciertos tipos de enfermedades neurológicas, particularmente los trastornos del movimiento como la enfermedad de Parkinson) mediante HIFU, es una «técnica eficaz y segura para el tratamiento de las manifestaciones motoras de esta patología.

Consiste en la realización de una termoablación (aumento de temperatura en un punto diana de forma progresiva y controlada) focal del núcleo subtalámico en uno de los hemisferios cerebrales, mediante ultrasonidos de alta intensidad, con la guía de imagen de RNM (resonancia magnética nuclear) simultánea durante el procedimiento.

Hasta ahora se había aplicado casi exclusivamente en pacientes en enfermedad de Parkinson en estadios medios o avanzados.

27 Diciembre, 2024

Pau Ricós Director general de UCB Iberia
“Nuestra nueva terapia contra una enfermedad neuromuscular aterrizará al inicio de 2025” PÁG. 17





Pau Ricós Director general de UCB Iberia

“Nuestra nueva terapia contra una enfermedad neuromuscular aterrizará a principios de 2025”

Alicia Sánchez Romero MADRID.

La belga UCB llegó a España hace 50 años y, desde entonces, ha lanzado más de diez fármacos en este país. Sus principales áreas terapéuticas son la Neurología, la Inmunología –distinguiendo entre Dermatología y Reumatología– y las enfermedades raras. De hecho, su nuevo medicamento contra la miastenia gravis, un tipo de enfermedad neuromuscular, va a aterrizar en el mercado a principios de 2025. Asimismo, la biofarmacéutica también investiga ahora sobre Alzheimer, según cuenta su director general en España y Portugal, Pau Ricós.

¿Cuáles son los planes estratégicos de UCB para 2025 en España?

Estamos muy centrados en el área de Inmunología y, dentro de aquí, en el área de Reumatología y Dermatología. Para el año que viene estamos pendientes del lanzamiento de un fármaco para miastenia gravis, que es una enfermedad rara, y que llegará a España en el primer semestre de 2025.

¿Cuánto esperan facturar con este nuevo fármaco?

Aún no se puede dar una cifra. Estamos en el proceso de financiación de precio-reembolso. Y no podemos tener una estimación si no sabemos qué precio se le va a asignar. Pero no funcionamos tanto en base a lo que pueda facturar el fármaco, sino en proveer la solución. A partir de ahí, el objetivo es llegar a un racional que sea justo para el sistema, para UCB y para el paciente.

¿Y cuáles son los planes para los próximos cinco años?

En enfermedades raras estamos muy involucrados. También continuamos con epilepsia, que es nuestra área de siempre. Estamos trabajando en un *device* de respiración no forzada para cortar las crisis en 90 segundos, que vendrá en 2-3 años a nivel global. Por otro lado, estamos muy esperanzados con dapirolizumab, un fármaco para lupus, que es un área que llevamos investigando muchos años y para la que es muy difícil sacar algo.

¿Cuánto invierte UCB en innovación?

A nivel global, el 30% de la facturación total, que el año pasado fue de 5.252 millones de euros, se destina a I+D. Es un porcentaje muy elevado. El círculo es este: invertir para desarrollar estas soluciones terapéuticas y ponerlas a disposi-



ALBERTO MARTÍN

ción de los pacientes. Pero nuestro trabajo también es asegurar que hay un acceso equitativo, que sea socialmente responsable. El sistema no puede soportar la innovación si no ponemos todos de nuestra parte.

¿Y cuál es la inversión en España en ensayos clínicos?

España está presente en 44 de los 60 ensayos que tiene ahora mismo activos UCB a nivel global, lo cual es un porcentaje muy elevado. Estamos hablando de que invertimos casi dos millones de euros, 1,89 millones, y colaboramos con más de 60 centros de investigación.

España es uno de los países europeos que más tarda en incorporar innovación, pero se prevé que el Real Decreto de Evaluación de Tecnología Sanitaria acorte estos plazos, ¿cómo valoran esta medida?

No solo estamos de acuerdo, sino que estamos contribuyendo a generar plataformas colaborativas para visibilizar la necesidad de acor-

tar los plazos. También es necesario encontrar marcos de financiación que permitan acortar los tiempos de decisión. Y, aparte, intentar que ese acceso sea lo más equitativo posible. Es algo que no es responsabilidad ni de la administración ni de la industria farmacéutica ni de los pacientes, es colectivo y todos tenemos que poner de nuestra parte.

¿Y cuáles son esos marcos de financiación?

Nosotros tenemos muchos acuerdos de riesgo compartido clínico puestos en marcha. Tenemos diversos formatos, siempre buscando que lo que se financia sea el valor añadido que tiene ese fármaco y pagar por aquello que realmente está beneficiando al paciente. Esta es la filosofía del acuerdo de riesgo compartido: pagar por algo que verdaderamente está siendo eficaz. También tenemos otros tipos de acuerdo, como los financieros, que establecen que haya un coste máximo por paciente.

También se acaba de aprobar el Plan de la Industria Farmacéutica. ¿Tienen previsto traer una planta de fabricación a España?

Esto es una decisión de UCB global, no nos corresponde solo a nosotros. Pero nuestra idea es seguir fomentando en la medida de lo posible la innovación en España porque, además, es un *hub* en este sentido. Es el país europeo donde más ensayos clínicos se generan.

¿Es rentable económicamente investigar en enfermedades raras?

Si juntas todas las enfermedades raras hay mucha más gente afectada y que merece el mismo soporte a nivel de investigación que cualquier tipo de patología. No hay que mirar solo la rentabilidad, sino que lo importante es proveer una solución en áreas que no estén cubiertas.

Entonces, ¿son necesarios más incentivos en este sentido?

Todo lo que sea apoyar la investigación va a repercutir de manera

Innovación:

“Los estudios de nuestro fármaco para tratar el Alzheimer avanzan según lo esperado”

Ensayos clínicos:

“España está presente en 44 de los 60 ensayos que tiene activos UCB a nivel global”

Financiación:

“Desde UCB tenemos muchos acuerdos de riesgo compartido clínico puestos en marcha”

positiva en la sociedad. Hay que entender que el sistema de salud hay que hacerlo de manera balanceada y trabajando mucho conjuntamente porque va a venir mucha innovación. También van a entrar en juego las terapias génicas, en las que también estamos trabajando. Por eso, tenemos que diseñar un modelo que sea sostenible a largo plazo.

Roche decidió abandonar el desarrollo de su fármaco contra el Alzheimer, en el que se embarcaban en 2020, por razones estratégicas de negocio. ¿Cómo es la situación ahora?

El fármaco que hasta ahora llevábamos con Roche es el bepranemab. De momento, todo va como tiene que ir y los ensayos avanzan con los resultados esperados. Es muy pronto aún para poner fecha, pero hablamos de años. Va en la línea de abrir nuevos mecanismos de acción que den esperanza a esta enfermedad, como ha ocurrido con el lecanemab, aprobado ahora en Europa.

¿Qué balance hace UCB de estos 50 años en España?

UCB entró en el país comprando un pequeño laboratorio que había en una farmacia en Barcelona en 1974. De aquello ha llovido mucho, hasta ser ahora la biofarmacéutica que somos. En este tiempo hemos sacado más de 10 fármacos y llevado a cabo múltiples ensayos.