



Neurología

La falta de sueño en niños de 8 a 9 años podría causar TDAH en preadolescentes

Una investigación liderada por la Universidad de Valencia revela la relación entre problemas de sueño y síntomas de trastorno de hiperactividad

LO



Los niños que duermen mal tienen más riesgo de desarrollar TDAH.

REBECA GIL

Según los datos de la Sociedad Española de Neurología, la mitad de los españoles sufrimos algún tipo de los 100 trastornos del sueño que existen. Dormir mal deteriora la calidad de vida, el rendimiento laboral y escolar, e impacta negativamente en el bienestar social y económico. Pero si de niños hablamos, los problemas de sueño pueden tener más consecuencias. Así se desprende de una investigación liderada por Llúcia González-Safont, investigadora del área de Epidemiología y Salud Pública del CIBER (CIBERESP), de la Universitat de València y la Fundación FISABIO, que muestra la estrecha relación entre los problemas del sueño en niños y el desarrollo de síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la preadolescencia.

El estudio, que ha sido publicado recientemente en la prestigiosa *European Journal of Pediatrics*, representa un avance importante en la comprensión de las causas del TDAH, trastorno de desarrollo neurológico, que afecta a alrededor de un 7,5 % de niños. El sueño es un estado fisiológico complejo, responsable en parte del rendimiento físico y mental y del desarrollo y mantenimiento saludable de los procesos de aprendizaje, memoria declarativa y procedimental, generalización del conocimiento y procesamiento emocional. Cuando el sueño se ve alterado de forma habitual debido a distintos de-

sórdenes, se producen consecuencias inmediatas y de largo alcance, como síntomas de TDAH. Diversos estudios habían mostrado previamente que los problemas de sueño y de TDAH son comunes durante la infancia, con prevalencias del 20 % para problemas de sueño y el 3-7,5 % para TDAH. Es más, en el caso de los problemas de sueño, es mayor en niños con TDAH, hasta afectar a entre el 25 % y el 73,3 %.

Los investigadores establecieron una fuerte relación entre los problemas de sueño a la edad de 8 y 9 años y el desarrollo de síntomas de TDAH a los 10-11 años. Este resultado pone de aumento las evidencias de la fuerte asociación que existe entre los problemas de sueño y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Aunque la doctora Llúcia González aclara que «estos hallazgos deben interpretarse con cautela. Aunque no todos los niños con problemas de sueño vayan a desarrollar síntomas de TDAH, su detección en etapas tempranas, con cuestionarios de fácil aplicación en la consulta pediátrica, podría contribuir a prevenir o mitigar futuros síntomas de problemas de comportamiento, como el TDAH. Por ello, sería interesante incorporar este tipo de herramientas de cribado en programas de atención primaria como el Programa de Salud Infantil».

Las conclusiones del estudio podrían resultar útiles en la implementación de políticas y acciones que favorezcan las condiciones adecuadas para el desarrollo de hábitos de sueño saludables durante la infancia. ■



Neurología

La falta de sueño en niños de 8 a 9 años podría causar TDAH en preadolescentes

Una investigación liderada por la Universidad de Valencia revela la relación entre problemas de sueño y síntomas de trastorno de hiperactividad

LO



Los niños que duermen mal tienen más riesgo de desarrollar TDAH.

REBECA GIL

Según los datos de la Sociedad Española de Neurología, la mitad de los españoles sufrimos algún tipo de los 100 trastornos del sueño que existen. Dormir mal deteriora la calidad de vida, el rendimiento laboral y escolar, e impacta negativamente en el bienestar social y económico. Pero si de niños hablamos, los problemas de sueño pueden tener más consecuencias. Así se desprende de una investigación liderada por Llúcia González-Safont, investigadora del área de Epidemiología y Salud Pública del CIBER (CIBERESP), de la Universitat de València y la Fundación FISABIO, que muestra la estrecha relación entre los problemas del sueño en niños y el desarrollo de síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la preadolescencia.

El estudio, que ha sido publicado recientemente en la prestigiosa *European Journal of Pediatrics*, representa un avance importante en la comprensión de las causas del TDAH, trastorno de desarrollo neurológico, que afecta a alrededor de un 7,5 % de niños. El sueño es un estado fisiológico complejo, responsable en parte del rendimiento físico y mental y del desarrollo y mantenimiento saludable de los procesos de aprendizaje, memoria declarativa y procedimental, generalización del conocimiento y procesamiento emocional. Cuando el sueño se ve alterado de forma habitual debido a distintos de-

sórdenes, se producen consecuencias inmediatas y de largo alcance, como síntomas de TDAH. Diversos estudios habían mostrado previamente que los problemas de sueño y de TDAH son comunes durante la infancia, con prevalencias del 20% para problemas de sueño y el 3-7,5 % para TDAH. Es más, en el caso de los problemas de sueño, es mayor en niños con TDAH, hasta afectar a entre el 25 % y el 73,3 %.

Los investigadores establecieron una fuerte relación entre los problemas de sueño a la edad de 8 y 9 años y el desarrollo de síntomas de TDAH a los 10-11 años. Este resultado pone de aumento las evidencias de la fuerte asociación que existe entre los problemas de sueño y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Aunque la doctora Llúcia González aclara que «estos hallazgos deben interpretarse con cautela. Aunque no todos los niños con problemas de sueño vayan a desarrollar síntomas de TDAH, su detección en etapas tempranas, con cuestionarios de fácil aplicación en la consulta pediátrica, podría contribuir a prevenir o mitigar futuros síntomas de problemas de comportamiento, como el TDAH. Por ello, sería interesante incorporar este tipo de herramientas de cribado en programas de atención primaria como el Programa de Salud Infantil».

Las conclusiones del estudio podrían resultar útiles en la implementación de políticas y acciones que favorezcan las condiciones adecuadas para el desarrollo de hábitos de sueño saludables durante la infancia. ■

23 Febrero, 2026

Las «dolorosas y caras» pruebas que detectan el alzhéimer

Dos expertos explican los inconvenientes de dos técnicas que apenas se utilizan pese a que «los errores de diagnóstico son de hasta el 30%»

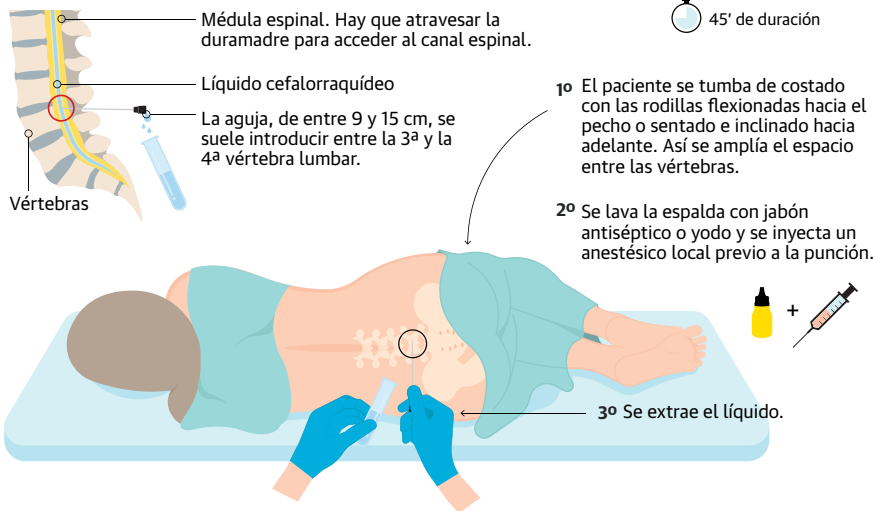
JON GARAY



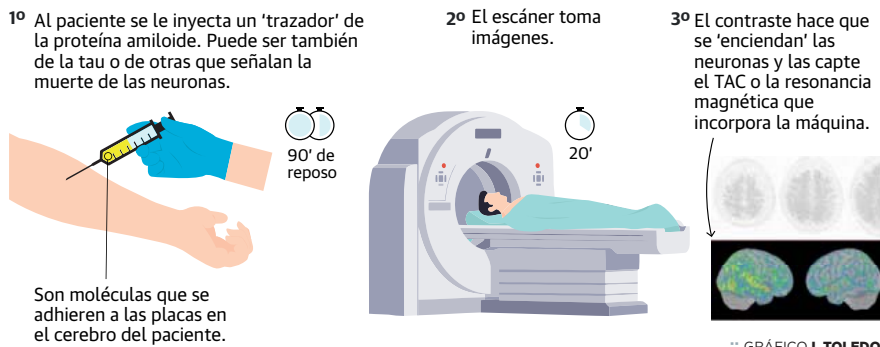
BILBAO. 983.920 personas sufrían el año pasado alzhéimer en nuestro país. Así lo refleja el informe 'Un nuevo escenario en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del alzhéimer: propuestas para preparar el Sistema Nacional de Salud', presentado a principios de este mes en el Congreso de los Diputados. El trabajo apuntaba también que esa cifra sufrirá un incremento casi exponencial hasta los 1.789.000 de afectados en 2050. Con estos datos presentes, el neurólogo Pascual Sánchez-Juan, director de la Fundación Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas (Cien), explicó que «nos equivocamos en el diagnóstico hasta en un 30% de los casos», un porcentaje que calificó de «escandaloso porque hoy en día haciendo una punción lumbar o haciendo un PET seríamos capaces de reducir ese margen de error al mínimo y tener unos diagnósticos mucho más precisos». ¿Entonces?

Alfredo Rodríguez-Antigüedad, jefe de Neurología del hospital de Cruces y especialista en el IMQ, reconoce que «se cometen muchos errores, especialmente al principio, cuando los síntomas son muy variables, puede haber enfermedades concurrentes... Con el tiempo, el diagnóstico se va precisando y se reduce ese porcentaje de imprecisión. Puede ocurrir, por ejemplo, que lo que en principio apunta a alzhéimer acaba siendo demencia de cuerpos de Lewy, una patología que sufren más de 120.000 personas en España y que mezcla la pérdida de memoria característica de la primera con rasgos del párkinson como los temblores. «A efectos prácticos no hay gran diferencia porque no hay tratamientos curativos para ninguna de las dos, solo se pueden tratar los síntomas», reconoce el especialista. «Las punciones y los PET se hacen de forma muy excepcional porque, aunque son muy importantes para la investigación, ahora mismo no tienen utilidad práctica de cara a los enfermos. Son especialmente útiles para el diagnóstico temprano en enfermedades para las que existe tratamien-

LA PUNCIÓN LUMBAR



PET (Tomografía por Emisión de Positrones)



to en las que es clave detectarlo pronto. Pero para el alzhéimer no hay tratamiento».

Claves en investigación

«Solo se hacen cuando se puede modificar el tratamiento entre una u otra enfermedad. Si es el mismo, ¿para qué hacerlas?»,

coincide Nora Bengoa, investigadora Ikerbasque del Achucarro Basque Center of Neuroscience. La neurocientífica considera que si son «pruebas importantísimas a nivel de investigación porque no podemos aspirar a curar estas enfermedades si no las identificamos bien. Actualmente me-

temos todas ellas en un mismo saco». Baste un ejemplo: la rigidez y problemas de movilidad son propios del párkinson, pero también de otras más desconocidas como la mencionada demencia de cuerpos de Lewy o la parálisis supranuclear progresiva (PSP).

El alzhéimer es una enfermedad neurodegenerativa causada por la acumulación en el cerebro de dos proteínas, la amiloide y la tau. Todos nosotros las tenemos porque son fundamentales para el buen funcionamiento del órgano más complejo de nuestro cuerpo. El problema se presenta cuando se acumulan. La primera forma una especie de placas o grumos microscópicos y la segunda, unos ovillos. El resultado es devastador: el cerebro de los enfermos pierde un volumen similar al de una naranja.

La punción lumbar consiste en introducir una aguja entre dos vértebras de la parte baja de la espalda para extraer una muestra de líquido cefalorraquídeo. Lo

que se busca es detectar en esta sustancia señales de la enfermedad. «Pueden ser fragmentos de amiloide, de tau u otras que delatan la muerte neuronal», precisa Bengoa. «Pero no es una prueba agradable. La aguja da miedo y requiere de personal especializado», advierte. Y tiene riesgos, como posibles infecciones y dolores de cabeza, de espalda y en las piernas.

Con la tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) se consigue una imagen del cerebro. Al paciente se le inyecta un trazador ('tracer') de amiloide (puede ser también de tau), «moléculas que se unen a esta proteína anómala. Cuando tienes más de lo normal, se ven más. Además, tienden a concentrarse en ciertas partes del cerebro. Lo que ocurre es que se encienden como luces de Navidad».

Coste de 1.000 euros

El problema de los PET no es tanto su incomodidad, sino su precio y la escasez de equipos a nivel mundial. «Dependiendo de la máquina y la clínica, puede variar entre los 100 y los 500 euros, a los que hay que sumar el coste del trazador. En conjunto puede llegar a 1.000 euros», calcula la neurocientífica vasca, que añade que la prueba requiere también de un gran despliegue logístico. «Si no tuviéramos limitaciones de dinero, lo ideal sería realizar esta prueba cada seis meses para hacer un seguimiento».

La Unión Europea aprobó el año pasado dos medicamentos –lecanemab y donanemab– que han demostrado su capacidad para eliminar en la fase temprana de la enfermedad las placas amiloides. Pero hay varias pegas. La primera es que «ahora mismo no están disponibles, ya que su financiación se está debatiendo. En Francia, por ejemplo, no se van a sufragar el lecanemab y todavía no se han pronunciado sobre el donanemab», asegura el ex presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Además, son muy caros –entre 40.000 y 60.000 dólares–, solo pueden administrarse a un 10% de los pacientes, sus resultados son modestos y su administración recuerda por su complejidad al tratamiento de quimioterapia. «Cuando estén disponibles, la punción y el PET serán muy importantes para detectar estas enfermedades de forma temprana. En el caso del párkinson, por ejemplo, para cuando se hacen evidentes sus síntomas, ya han muerto el 50% de las neuronas», advierte Rodríguez-Antigüedad.

El santo grial para los especialistas sería tener una prueba rápida y sencilla, que no cause los problemas mencionados a los pacientes ni suponga un gasto desmedido. Este santo grial es detectar las huellas de la demencia en un simple análisis de sangre. «Está a la vuelta de la esquina», afirma el médico vasco. «Estamos cerca», coincide Bengoa.

LAS PRUEBAS ACTUALES

'Recuerde estas tres palabras: bicicleta, cuchara, manzana'

Si apenas se realizan las punciones lumbares y las PET, ¿cómo saben los médicos que un paciente sufre alzhéimer? «Lo que se hace es un diagnóstico clínico. Se hace una valoración del deterioro cognitivo y se descartan causas como enfermedades infecciosas o carencia de vitaminas», explica el doctor Rodríguez-Antigüedad.

Una de las pruebas más comunes es el llamado test mini mental. Ideado en 1975, permite medir las capacidades cognitivas a través de una serie de preguntas. Por ejemplo, se le dicen al paciente tres palabras –suelen ser 'bicicleta', 'cuchara' y 'manzana'– y se le pide que las recuerde en varios momentos de la conversación. También se le solicita que enumere los meses del año empezando por diciembre y terminando en enero o que haga un sencillo dibujo geométrico.



23 Febrero, 2026

Las «dolorosas y caras» pruebas que detectan el alzhéimer

Dos expertos explican los inconvenientes de dos técnicas que apenas se utilizan pese a que «los errores de diagnóstico son de hasta el 30%»

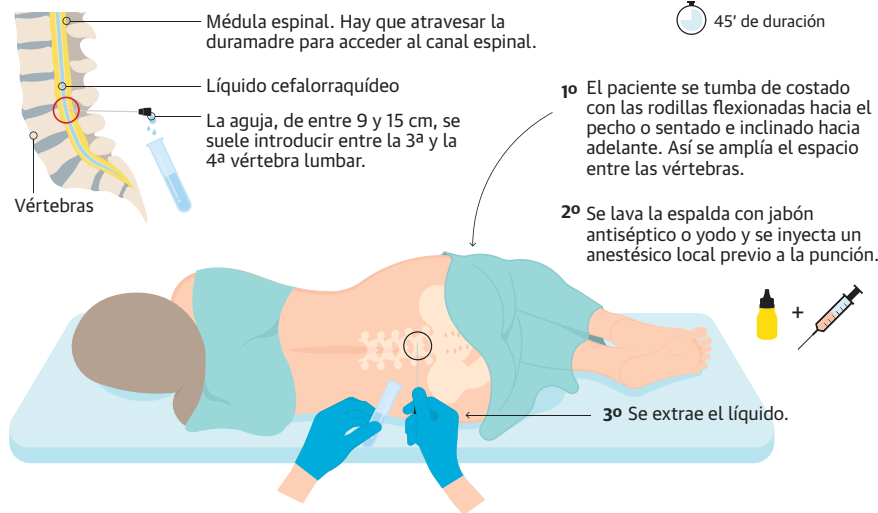
JON GARAY



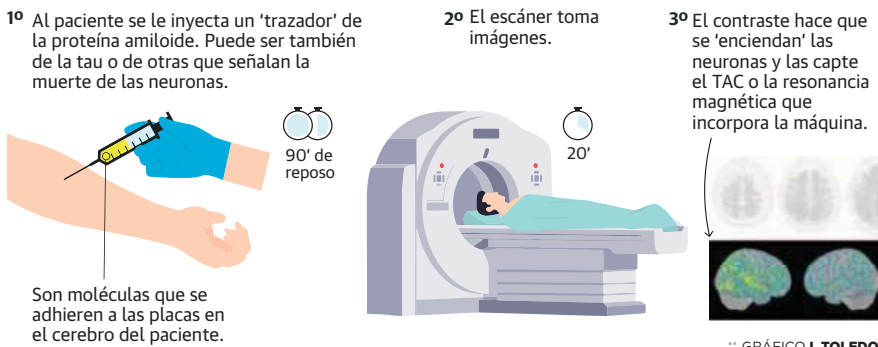
BILBAO. 983.920 personas sufrían el año pasado alzhéimer en nuestro país. Así lo refleja el informe 'Un nuevo escenario en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del alzhéimer: propuestas para preparar el Sistema Nacional de Salud', presentado a principios de este mes en el Congreso de los Diputados. El trabajo apuntaba también que esa cifra sufrirá un incremento casi exponencial hasta los 1.789.000 de afectados en 2050. Con estos datos presentes, el neurólogo Pascual Sánchez-Juan, director de la Fundación Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas (Cien), explicó que «nos equivocamos en el diagnóstico hasta en un 30% de los casos», un porcentaje que calificó de «escandaloso porque hoy en día haciendo una punción lumbar o haciendo un PET seríamos capaces de reducir ese margen de error al mínimo y tener unos diagnósticos mucho más precisos». ¿Entonces?

Alfredo Rodríguez-Antigüedad, jefe de Neurología del hospital de Cruces y especialista en el IMQ, reconoce que «se cometen muchos errores, especialmente al principio, cuando los síntomas son muy variables, puede haber enfermedades concurrentes... Con el tiempo, el diagnóstico se va precisando y se reduce ese porcentaje de imprecisión». Puede ocurrir, por ejemplo, que lo que en principio apunta a alzhéimer acaba siendo demencia de cuerpos de Lewy, una patología que sufren más de 120.000 personas en España y que mezcla la pérdida de memoria característica de la primera con rasgos del párkinson como los temblores. «A efectos prácticos no hay gran diferencia porque no hay tratamientos curativos para ninguna de las dos, solo se pueden tratar los síntomas», reconoce el especialista. «Las punciones y los PET se hacen de forma muy excepcional porque, aunque son muy importantes para la investigación, ahora mismo no tienen utilidad práctica de cara a los enfermos. Son especialmente útiles para el diagnóstico temprano en enfermedades para las que existe tratamien-

LA PUNCIÓN LUMBAR



PET (Tomografía por Emisión de Positrones)



to en las que es clave detectarlo pronto. Pero para el alzhéimer no hay tratamiento».

Claves en investigación

«Solo se hacen cuando se puede modificar el tratamiento entre una u otra enfermedad. Si es el mismo, ¿para qué hacerlas?»,

coincide Nora Bengoa, investigadora Ikerbasque del Achucarro Basque Center of Neuroscience. La neurocientífica considera que si son «pruebas importantísimas a nivel de investigación porque no podemos aspirar a curar estas enfermedades si no las identificamos bien. Actualmente me-

temos todas ellas en un mismo saco». Baste un ejemplo: la rigidez y problemas de movilidad son propios del párkinson, pero también de otras más desconocidas como la mencionada demencia de cuerpos de Lewy o la parálisis supranuclear progresiva (PSP).

El alzhéimer es una enfermedad neurodegenerativa causada por la acumulación en el cerebro de dos proteínas, la amiloide y la tau. Todos nosotros las tenemos porque son fundamentales para el buen funcionamiento del órgano más complejo de nuestro cuerpo. El problema se presenta cuando se acumulan. La primera forma una especie de placas o grumos microscópicos y la segunda, unos ovillos. El resultado es devastador: el cerebro de los enfermos pierde un volumen similar al de una naranja.

La punción lumbar consiste en introducir una aguja entre dos vértebras de la parte baja de la espalda para extraer una muestra de líquido cefalorraquídeo. Lo

que se busca es detectar en esta sustancia señales de la enfermedad. «Pueden ser fragmentos de amiloide, de tau u otras que delatan la muerte neuronal», precisa Bengoa. «Pero no es una prueba agradable. La aguja da miedo y requiere de personal especializado», advierte. Y tiene riesgos, como posibles infecciones y dolores de cabeza, de espalda y en las piernas.

Con la tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) se consigue una imagen del cerebro. Al paciente se le inyecta un trazador ('tracer') de amiloide (puede ser también de tau), «moléculas que se unen a esta proteína anómala. Cuando tienes más de lo normal, se ven más. Además, tienden a concentrarse en ciertas partes del cerebro. Lo que ocurre es que se encienden como luces de Navidad».

Coste de 1.000 euros

El problema de los PET no es tanto su incomodidad, sino su precio y la escasez de equipos a nivel mundial. «Dependiendo de la máquina y la clínica, puede variar entre los 100 y los 500 euros, a los que hay que sumar el coste del trazador. En conjunto puede llegar a 1.000 euros», calcula la neurocientífica vasca, que añade que la prueba requiere también de un gran despliegue logístico. «Si no tuviéramos limitaciones de dinero, lo ideal sería realizar esta prueba cada seis meses para hacer un seguimiento».

La Unión Europea aprobó el año pasado dos medicamentos –lecanemab y donanemab– que han demostrado su capacidad para eliminar en la fase temprana de la enfermedad las placas amiloides. Pero hay varias pegas. La primera es que «ahora mismo no están disponibles, ya que su financiación se está debatiendo. En Francia, por ejemplo, no se van a sufragar el lecanemab y todavía no se han pronunciado sobre el donanemab», asegura el ex presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Además, son muy caros –entre 40.000 y 60.000 dólares–, solo pueden administrarse a un 10% de los pacientes, sus resultados son modestos y su administración recuerda por su complejidad al tratamiento de quimioterapia. «Cuando estén disponibles, la punción y el PET serán muy importantes para detectar estas enfermedades de forma temprana. En el caso del párkinson, por ejemplo, para cuando se hacen evidentes sus síntomas, ya han muerto el 50% de las neuronas», advierte Rodríguez-Antigüedad.

El santo grial para los especialistas sería tener una prueba rápida y sencilla, que no cause los problemas mencionados a los pacientes ni suponga un gasto desmedido. Este santo grial es detectar las huellas de la demencia en un simple análisis de sangre. «Está a la vuelta de la esquina», afirma el médico vasco. «Estamos cerca», coincide Bengoa.

LAS PRUEBAS ACTUALES

'Recuerde estas tres palabras: bicicleta, cuchara, manzana'

Si apenas se realizan las punciones lumbares y las PET, ¿cómo saben los médicos que un paciente sufre alzhéimer? «Lo que se hace es un diagnóstico clínico. Se hace una valoración del deterioro cognitivo y se descartan causas como enfermedades infecciosas o carencia de vitaminas», explica el doctor Rodríguez-Antigüedad.

Una de las pruebas más comunes es el llamado test mini mental. Ideado en 1975, permite medir las capacidades cognitivas a través de una serie de preguntas. Por ejemplo, se le dicen al paciente tres palabras –suelen ser 'bicicleta', 'cuchara' y 'manzana'– y se le pide que las recuerde en varios momentos de la conversación. También se le solicita que enumere los meses del año empezando por diciembre y terminando en enero o que haga un sencillo dibujo geométrico.

23 Febrero, 2026



Las «dolorosas y caras» pruebas que detectan el alzhéimer

Dos expertos explican los inconvenientes de dos técnicas que apenas se utilizan pese a que «los errores de diagnóstico son de hasta el 30%»

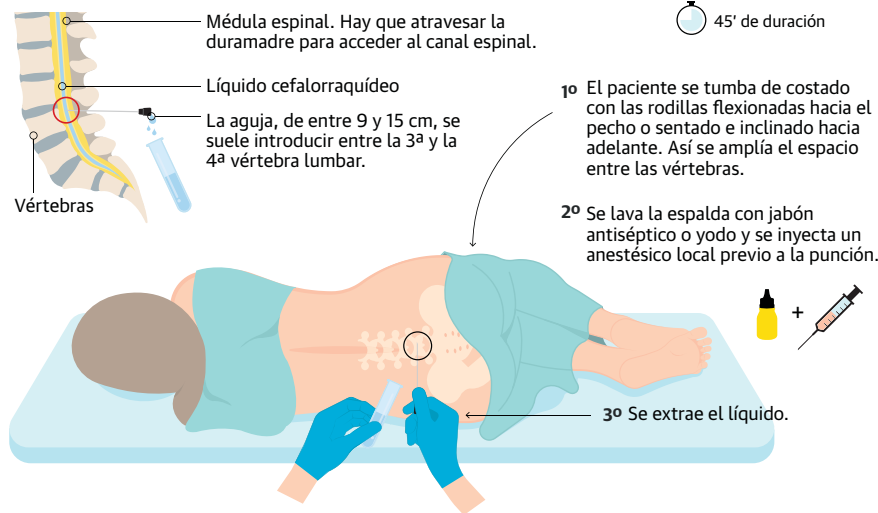
JON GARAY



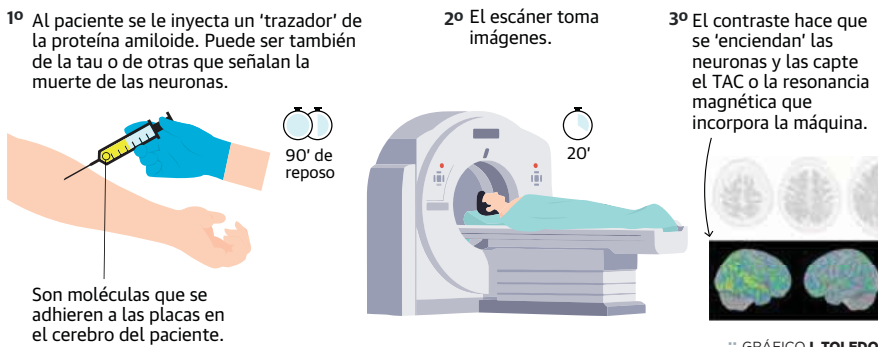
BILBAO. 983.920 personas sufrían el año pasado alzhéimer en nuestro país. Así lo refleja el informe 'Un nuevo escenario en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del alzhéimer: propuestas para preparar el Sistema Nacional de Salud', presentado a principios de este mes en el Congreso de los Diputados. El trabajo apuntaba también que esa cifra sufrirá un incremento casi exponencial hasta los 1.789.000 de afectados en 2050. Con estos datos presentes, el neurólogo Pascual Sánchez-Juan, director de la Fundación Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas (Cien), explicó que «nos equivocamos en el diagnóstico hasta en un 30% de los casos», un porcentaje que calificó de «escandaloso porque hoy en día haciendo una punción lumbar o haciendo un PET seríamos capaces de reducir ese margen de error al mínimo y tener unos diagnósticos mucho más precisos». ¿Entonces?

Alfredo Rodríguez-Antigüedad, jefe de Neurología del hospital de Cruces y especialista en el IMQ, reconoce que «se cometen muchos errores, especialmente al principio, cuando los síntomas son muy variables, puede haber enfermedades concurrentes... Con el tiempo, el diagnóstico se va precisando y se reduce ese porcentaje de imprecisión. Puede ocurrir, por ejemplo, que lo que en principio apunta a alzhéimer acaba siendo demencia de cuerpos de Lewy, una patología que sufren más de 120.000 personas en España y que mezcla la pérdida de memoria característica de la primera con rasgos del párkinson como los temblores. «A efectos prácticos no hay gran diferencia porque no hay tratamientos curativos para ninguna de las dos, solo se pueden tratar los síntomas», reconoce el especialista. «Las punciones y los PET se hacen de forma muy excepcional porque, aunque son muy importantes para la investigación, ahora mismo no tienen utilidad práctica de cara a los enfermos. Son especialmente útiles para el diagnóstico temprano en enfermedades para las que existe tratamiento

LA PUNCIÓN LUMBAR



PET (Tomografía por Emisión de Positrones)



to en las que es clave detectarlo pronto. Pero para el alzhéimer no hay tratamiento».

Claves en investigación

«Solo se hacen cuando se puede modificar el tratamiento entre una u otra enfermedad. Si es el mismo, ¿para qué hacerlas?»,

coincide Nora Bengoa, investigadora Ikerbasque del Achucarro Basque Center of Neuroscience. La neurocientífica considera que si son «pruebas importantísimas a nivel de investigación porque no podemos aspirar a curar estas enfermedades si no las identificamos bien. Actualmente me-

temos todas ellas en un mismo saco». Baste un ejemplo: la rigidez y problemas de movilidad son propios del párkinson, pero también de otras más desconocidas como la mencionada demencia de cuerpos de Lewy o la parálisis supranuclear progresiva (PSP).

El alzhéimer es una enfermedad neurodegenerativa causada por la acumulación en el cerebro de dos proteínas, la amiloide y la tau. Todos nosotros las tenemos porque son fundamentales para el buen funcionamiento del órgano más complejo de nuestro cuerpo. El problema se presenta cuando se acumulan. La primera forma una especie de placas o grumos microscópicos y la segunda, unos ovillos. El resultado es devastador: el cerebro de los enfermos pierde un volumen similar al de una naranja.

La punción lumbar consiste en introducir una aguja entre dos vértebras de la parte baja de la espalda para extraer una muestra de líquido cefalorraquídeo. Lo

que se busca es detectar en esta sustancia señales de la enfermedad. «Pueden ser fragmentos de amiloide, de tau u otras que delatan la muerte neuronal», precisa Bengoa. «Pero no es una prueba agradable. La aguja da miedo y requiere de personal especializado», advierte. Y tiene riesgos, como posibles infecciones y dolores de cabeza, de espalda y en las piernas.

Con la tomografía por emisión de positrones (PET, por sus siglas en inglés) se consigue una imagen del cerebro. Al paciente se le inyecta un trazador ('tracer') de amiloide (puede ser también de tau), «moléculas que se unen a esta proteína anómala. Cuando tienes más de lo normal, se ven más. Además, tienden a concentrarse en ciertas partes del cerebro. Lo que ocurre es que se encienden como luces de Navidad».

Coste de 1.000 euros

El problema de los PET no es tanto su incomodidad, sino su precio y la escasez de equipos a nivel mundial. «Dependiendo de la máquina y la clínica, puede variar entre los 100 y los 500 euros, a los que hay que sumar el coste del trazador. En conjunto puede llegar a 1.000 euros», calcula la neurocientífica vasca, que añade que la prueba requiere también de un gran despliegue logístico. «Si no tuviéramos limitaciones de dinero, lo ideal sería realizar esta prueba cada seis meses para hacer un seguimiento».

La Unión Europea aprobó el año pasado dos medicamentos –lecanemab y donanemab– que han demostrado su capacidad para eliminar en la fase temprana de la enfermedad las placas amiloides. Pero hay varias pegas. La primera es que «ahora mismo no están disponibles, ya que su financiación se está debatiendo. En Francia, por ejemplo, no se van a sufragar el lecanemab y todavía no se han pronunciado sobre el donanemab», asegura el ex presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Además, son muy caros –entre 40.000 y 60.000 dólares–, solo pueden administrarse a un 10% de los pacientes, sus resultados son modestos y su administración recuerda por su complejidad al tratamiento de quimioterapia. «Cuando estén disponibles, la punción y el PET serán muy importantes para detectar estas enfermedades de forma temprana. En el caso del párkinson, por ejemplo, para cuando se hacen evidentes sus síntomas, ya han muerto el 50% de las neuronas», advierte Rodríguez-Antigüedad.

El santo grial para los especialistas sería tener una prueba rápida y sencilla, que no cause los problemas mencionados a los pacientes ni suponga un gasto desmedido. Este santo grial es detectar las huellas de la demencia en un simple análisis de sangre. «Está a la vuelta de la esquina», afirma el médico vasco. «Estamos cerca», coincide Bengoa.

LAS PRUEBAS ACTUALES

'Recuerde estas tres palabras: bicicleta, cuchara, manzana'

Si apenas se realizan las punciones lumbares y las PET, ¿cómo saben los médicos que un paciente sufre alzhéimer? «Lo que se hace es un diagnóstico clínico. Se hace una valoración del deterioro cognitivo y se descartan causas como enfermedades infecciosas o carencia de vitaminas», explica el doctor Rodríguez-Antigüedad.

Una de las pruebas más comunes es el llamado test mini mental. Ideado en 1975, permite medir las capacidades cognitivas a través de una serie de preguntas. Por ejemplo, se le dicen al paciente tres palabras –suelen ser 'bicicleta', 'cuchara' y 'manzana'– y se le pide que las recuerde en varios momentos de la conversación. También se le solicita que enumere los meses del año empezando por diciembre y terminando en enero o que haga un sencillo dibujo geométrico.



El cerebro de un paciente, sometido a una resonancia magnética para su estudio.
ALBERTO DI LOLLI



TRES NUEVOS CASOS DE ENCEFALITIS CADA MINUTO EN EL MUNDO

Neurología. Los virus son el origen más frecuente de este trastorno. Los causantes del sarampión, las paperas, la polio o la rubeola pueden provocar encefalitis muy graves en las personas no vacunadas

Por R. Serrano (Madrid)

Cada minuto se producen tres nuevos casos de encefalitis en el mundo, un trastorno que puede dejar graves secuelas neurológicas y provocar incluso la muerte. En España, se registran alrededor de 1.200 casos al año (2-4 casos por cada 100.000 habitantes al año), según los datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), que recuerda que aunque la enfermedad puede producirse a cualquier edad, es más común en adultos mayores, personas con problemas inmunitarios, y también entre la población infantil y adolescente: 10 de cada 100.000 niños la padecerán este año.

En el ámbito pediátrico, el trastorno puede impactar de forma significativa tanto en el desarrollo neurológico como en la calidad de vida. La Sociedad Española de Neurología Pediátrica (SENEP) alerta de que hasta un 40% de los casos de encefalitis no tiene una causa identificada y, por lo tanto, no pueden recibir un tratamiento específico o dirigido. «Estos casos, de manejo complejo, ponen de manifiesto la necesidad de seguir investigando para comprender mejor los mecanismos implicados, de desarrollar nuevas herramientas diagnósticas y de ampliar las opciones terapéuticas disponibles en la actualidad», destaca Thaïs Armangué, neuropediatra y coordinadora del Grupo

de Trabajo de Neuroinmunología y Neuroinfecciones de la SENEP.

En España, y también según datos de la SEN, la tasa de mortalidad global de la encefalitis ronda entre el 5% y el 20% de los afectados, y puede dejar secuelas en más del 20% de las personas que sobreviven. Dificultades de aprendizaje o de desarrollo (35%), problemas de memoria (18%), cambios en la personalidad (18%) o problemas motores o problemas de audición, habla o de visión (17%) son las secuelas más comunes, pero también otras como fatiga, dolor, cefaleas o epilepsia.

La detección temprana de la encefalitis es crucial. Y en bebés es especialmente relevante estar atentos a síntomas, destaca Saima Bashir, coordinadora del Grupo de Estudio de Neurología Crítica e Intensivista de la SEN. Pero si es importante su detección temprana, «aún lo es más su prevención. Seguir las pautas de vacunación y tener una higiene adecuada, así como tomar medidas para reducir el riesgo de picaduras de mosquitos y garrapatas, sobre todo si se planea viajar a países de alto riesgo, son las mejores herramientas para prevenir esta enfermedad». La encefalitis infecciosa, causada por virus, bacterias, hongos o parásitos, es la tipología más común en todo el mundo. Los virus del sarampión, paperas, polio o rubeola pueden causar encefalitis muy graves en las personas no vacunadas.

25 Febrero, 2026

Nutrición

Comer en compañía: nutre mejor y evita la obesidad

El 98% de las personas se alimentan delante de dispositivos y los adolescentes lo usan como refugio ante el aislamiento

URJC

NIEVES SALINAS

Comer en compañía, charlando, con comida casera y sin pantallas es el escenario óptimo para el cerebro y las emociones. Además, mejora la absorción de nutrientes (se come más despacio) y reduce el riesgo de obesidad al facilitar la saciedad. Importante en una sociedad donde el 98% de las personas se alimentan delante de dispositivos y, en el caso de los adolescentes, utilizan los móviles frente a un plato, como refugio ante el aislamiento.

Son conclusiones del estudio 'La ciencia de lo que se cuece en la cocina' presentado hoy por IKEA, la Sociedad Española de Neurología (SEN), la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) y el Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN) del Instituto de Salud Carlos III. El estudio es fruto de dos investigaciones complementarias que se han realizado de manera simultánea entre agosto y diciembre de 2025.

Uno de los trabajos, titulado, *Identificando las emociones en los hábitos culinarios con IA y equipos biométricos*, elaborado por la SEN y la URJC, indica que cocinar acompañado triplica la emoción de alegría en nuestro cerebro que au-



Un momento de la investigación en la Universidad Rey Juan Carlos.

menta en un 232%, con respecto a hacerlo solo. Por otra parte, según esta investigación, comer acompañado reduce el sentimiento de rechazo en un 23,5%. La compañía rompe «la neutralidad funcional de la tarea, que deja de verse como un trámite y la convierte en una experiencia positiva».

En realidad, esta investigación dicen sus autores, demuestra «científicamente» que la calidad emocional de nuestra alimentación depende menos de lo que hay en el plato y mucho más de con quién compartimos la comida, de la desconexión digital y de vivir el momento presente. Estar acompañado mejora la absorción de nutrientes (se come más despacio) y reduce el riesgo de obesidad al fa-

cilitar la saciedad consciente, se señala.

En contraste, según el mismo estudio, el uso del teléfono móvil y otros dispositivos electrónicos durante las comidas ejerce un efecto negativo: no provoca tristeza de manera directa, pero aplanan las emociones positivas, hasta reducir la alegría en un 32%. Los contenidos digitales, al activar un estado de alerta y fragmentar la atención, dificultan la degustación consciente y deterioran la percepción sensorial de los alimentos.

Cómo y con quién comemos son claves según el otro estudio - *Impacto de la Digitalización en los Hábitos Alimentarios* -, elaborado por el CIBEROBN del Instituto de Salud Carlos III. ■

25 Febrero, 2026

Nutrición

Comer en compañía: nutre mejor y evita la obesidad

El 98% de las personas se alimentan delante de dispositivos y los adolescentes lo usan como refugio ante el aislamiento

URJC

NIEVES SALINAS

Comer en compañía, charlando, con comida casera y sin pantallas es el escenario óptimo para el cerebro y las emociones. Además, mejora la absorción de nutrientes (se come más despacio) y reduce el riesgo de obesidad al facilitar la saciedad. Importante en una sociedad donde el 98% de las personas se alimentan delante de dispositivos y, en el caso de los adolescentes, utilizan los móviles frente a un plato, como refugio ante el aislamiento.

Son conclusiones del estudio 'La ciencia de lo que se cuece en la cocina' presentado hoy por IKEA, la Sociedad Española de Neurología (SEN), la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) y el Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN) del Instituto de Salud Carlos III. El estudio es fruto de dos investigaciones complementarias que se han realizado de manera simultánea entre agosto y diciembre de 2025.

Uno de los trabajos, titulado,



Un momento de la investigación en la Universidad Rey Juan Carlos.

Identificando las emociones en los hábitos culinarios con IA y equipos biométricos, elaborado por la SEN y la URJC, indica que cocinar acompañado triplica la emoción de alegría en nuestro cerebro que aumenta en un 232%, con respecto a hacerlo solo. Por otra parte, según esta investigación, comer acompañado reduce el sentimiento de rechazo en un 23,5%. La compañía rompe «la neutralidad funcional de la tarea, que deja de verse como un trámite y la convierte en una experiencia po-

sitiva».

En realidad, esta investigación dicen sus autores, demuestra «científicamente» que la calidad emocional de nuestra alimentación depende menos de lo que hay en el plato y mucho más de con quién compartimos la comida, de la desconexión digital y de vivir el momento presente. Estar acompañado mejora la absorción de nutrientes (se come más despacio) y reduce el riesgo de obesidad al facilitar la saciedad consciente, se señala. ■



LA NEUROLOGÍA ESPAÑOLA SE PREPARA PARA LIDERAR LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO

LA 77ª REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA (SEN), QUE TUVO LUGAR DEL 18 AL 22 DE NOVIEMBRE EN SEVILLA, SE CONSOLIDÓ COMO UN ESCAPARATE PRIVILEGIADO DEL PROFUNDO PROCESO DE TRANSFORMACIÓN QUE ATRAVIESA LA NEUROLOGÍA EN ESPAÑA.

Celebrado en un contexto de cambio acelerado, tanto científico como organizativo, el encuentro puso de manifiesto el papel estratégico que la especialidad está llamada a desempeñar en el sistema sanitario, no solo por el creciente impacto de las enfermedades neurológicas, sino también por su capacidad para integrar innovación, investigación traslacional y nuevos modelos asistenciales.

Tal y como se subrayó durante el congreso, la neurología vive un momento decisivo, marcado por la convergencia de avances diagnósticos, terapéuticos y tecnológicos, así como por la necesidad de responder a retos estructurales como el envejecimiento poblacional, la cronicidad y la complejidad creciente de los pacientes. En este escenario, la SEN reivindica el liderazgo del neurólogo como figura central en la toma de decisiones clínicas y estratégicas.

Un punto de inflexión para la especialidad

Uno de los mensajes transversales de la reunión fue la constatación de que la neurología ya no puede entenderse únicamente como una especialidad diagnóstica, sino como un ámbito clínico con un peso creciente en resultados en salud, consumo de recursos y planificación sanitaria. Las enfermedades neurológicas representan una de las principales causas de discapacidad y dependencia, lo que obliga a repensar tanto la organización de los servicios como la formación de los profesionales.

En este sentido, los expertos reunidos destacaron que los neurólogos deben asumir un rol activo en la transformación del sistema sanitario, liderando procesos de innovación clínica, implantación de nuevas terapias y reorganización asistencial. La Reunión Anual de la SEN sirvió así como foro para debatir cómo adaptar la especialidad a un entorno caracterizado por la medicina de precisión, la digitalización y la multidisciplinariedad.

Innovación clínica y tecnológica como motores del cambio

La transformación de la neurología está estrechamente ligada a la incorporación de nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas. Durante el congreso se puso el foco en el impacto de los biomarcadores, la neuroimagen avanzada y las terapias dirigidas, que están modificando de forma sustancial el abordaje de patologías como las enfermedades neurodegenerativas, los trastornos del movimiento, la epilepsia o las cefaleas.

Estos avances no solo permiten diagnósticos más precoces y precisos, sino que obligan a redefinir los circuitos asistenciales y los modelos de seguimiento de los pacientes.



1 Febrero, 2026

La SEN subrayó que la implementación efectiva de la innovación requiere estructuras organizativas flexibles, así como una estrecha colaboración entre niveles asistenciales y disciplinas profesionales.

Asimismo, la digitalización y el uso de herramientas basadas en datos se perfilan como elementos clave para mejorar la eficiencia y la calidad de la atención neurológica. La capacidad de integrar información clínica, genética y de imagen abre nuevas oportunidades, pero también plantea desafíos relacionados con la formación, la equidad en el acceso y la sostenibilidad del sistema.

El neurólogo como líder clínico y organizativo

Otro de los ejes destacados de la 77ª Reunión Anual fue la necesidad de reforzar el liderazgo del neurólogo, no solo en el ámbito clínico, sino también en la gestión sanitaria y la toma de decisiones estratégicas. Según se puso de relieve, el conocimiento especializado del neurólogo resulta esencial para diseñar modelos asistenciales eficientes y centrados en el paciente.

La SEN defendió que los servicios de neurología deben evolucionar hacia estructuras más integradas, capaces de coordinar la atención a pacientes complejos y crónicos. Este liderazgo implica también una mayor participación en comités multidisciplinares, en la evaluación de tecnologías sanitarias y en la definición de políticas de salud relacionadas con las enfermedades neurológicas.

En este contexto, la preparación de los neurólogos para asumir responsabilidades de liderazgo se presenta como una prioridad formativa y organizativa. El congreso sirvió para reflexionar sobre la necesidad de incorporar competencias en gestión, comunicación y trabajo en equipo en la formación especializada.

Investigación: del laboratorio a la práctica clínica

La investigación ocupó un lugar central en el programa del congreso, reflejando la intensa actividad científica que se desarrolla en los servicios de neurología en España. Uno de los mensajes clave fue la importancia de fortalecer la investigación clínica y traslacional como herramienta para mejorar la práctica asistencial.

Se puso de manifiesto que los servicios de neurología no solo deben ser espacios de atención clínica, sino también entornos activos de generación de conocimiento. La participación en ensayos clínicos, estudios observacionales y proyectos colaborativos permite acelerar la incorporación de innovaciones terapéuticas y mejorar los estándares de atención.

Además, la SEN destacó la necesidad de dotar a los servicios de estructuras y recursos que faciliten la investigación, incluyendo tiempo protegido, apoyo metodológico y colaboración con otras disciplinas y centros. La investigación, según se recalcó, debe entenderse como un componente esencial de la calidad asistencial.

Renovación del liderazgo institucional

En el marco de la reunión anual, se produjo la reelección de Dr. Jesús Porta-Etessam como presidente de la SEN, un hecho que refuerza la continuidad de la estrategia impulsada en los últimos años. Durante su intervención, el presidente subrayó la importancia de consolidar a la SEN como interlocutor científico y sanitario de referencia, tanto para las administraciones como para otros actores del sistema de salud.

La reelección se interpreta como un respaldo a una visión que apuesta por una neurología más visible, influyente y comprometida con los retos sociales y sanitarios. Entre las prioridades señaladas se encuentran el fortalecimiento de la investigación, la mejora de la equidad en el acceso a la atención neurológica y la defensa del papel del neurólogo en un sistema cada vez más complejo.

Nuevos modelos asistenciales y trabajo multidisciplinar

La creciente complejidad de las enfermedades neurológicas obliga a adoptar modelos asistenciales más integrados y multidisciplinarios. Durante la 77ª Reunión Anual se insistió en que la atención neurológica debe articularse en colaboración con otros profesionales

sanitarios, como médicos de Atención Primaria, rehabilitadores, psicólogos, enfermería especializada y trabajadores sociales. Este enfoque resulta especialmente relevante en patologías crónicas y neurodegenerativas, donde el impacto funcional y social de la enfermedad exige una atención continuada y coordinada. La SEN defendió que el neurólogo debe actuar como eje vertebrador de estos equipos, garantizando la coherencia del proceso asistencial y la adecuación de las intervenciones.

Asimismo, se abordó la necesidad de redefinir los circuitos asistenciales para optimizar el uso de recursos y reducir la variabilidad clínica. La estandarización de protocolos y la incorporación de guías basadas en la evidencia se presentan como herramientas clave para avanzar hacia una atención más homogénea y de calidad.

Retos pendientes y visión de futuro

Pese a los avances presentados, la Reunión Anual también sirvió para identificar retos pendientes. Entre ellos, destacan la necesidad de adaptar las estructuras sanitarias al incremento de la demanda neurológica, garantizar la equidad territorial en el acceso a diagnósticos y tratamientos avanzados, y asegurar la sostenibilidad del sistema en un contexto de innovación constante.

La SEN alertó de que la transformación de la neurología requiere una planificación estratégica a largo plazo, que tenga en cuenta tanto los aspectos clínicos como organizativos y económicos. En este sentido, el diálogo con las administraciones y otros agentes del sistema se considera fundamental. +

LEE LA
COBERTURA
COMPLETA



Más del 50 por ciento de las enfermedades raras debutan durante los dos primeros años de vida

EUROPA PRESS / MADRID

Actualizar el cribado neonatal puede marcar a la diferencia a la hora de diagnosticar enfermedades raras con la mayor premura. Carme Fons, neuropediatra y secretaria de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica (Senep) explicó ayer, en el marco del Día Mundial de las Enfermedades Raras que se celebra hoy, que más del 50 por ciento de estas patologías debutan en la infancia, especialmente en los dos primeros años de vida.

La neuropediatra incidió en que

hay que actualizar dichos análisis en España para que no dependa del «código postal» en el que viva el recién nacido. Muchas enfermedades minoritarias son detectadas en la conocida *prueba del talón*, y desde la Senep pidieron incluir la atrofia muscular espinal (AME), la Adrenoleucodistrofia Ligada al X (ALD-X), y la leucodistrofia metacromática, todavía pendientes en algunas comunidades autónomas.

Fons destacó que entre el 80 y el 85 por ciento de estas enfermedades tienen «síntomas neurológicos» a lo largo de su historia natural. Por

ello, resaltó la figura del neuropediatra en el diagnóstico y en el tratamiento de los pacientes y advirtió que la investigación de terapias avanzadas modificadoras y el diagnóstico precoz en las patologías poco frecuentes son los dos grandes focos que hay que abordar.

Su detección es, hoy, «básicamente genética» y orientada según la clínica del paciente. La situación, a su vez, ha mejorado en los últimos años gracias a las «nuevas técnicas de secuenciación masiva», tanto a nivel de precocidad, como de precisión del mismo. «Pacientes que ha-

ce 10 años estaban sin diagnóstico, ahora lo tienen, y también en un periodo menor de tiempo. No obstante, aunque todo ha mejorado, el diagnóstico en muchos pacientes sigue siendo un gran reto. El tiempo medio de diagnóstico varía, pero se sitúa aproximadamente entre los cuatro y cinco años», apuntó.

Entre las que más se diagnostican y tratan se encuentran las enfermedades neurometabólicas, las epilepsias genéticas, las encefalopatías epilépticas y del desarrollo, las enfermedades inmunológicas, y la patología vascular.