• ULTIMA HORA s revela el salario de un MIR en Andalucía ◆ La UA inicia curso sobre inteligencia artificial e

Un neurólogo del Hospital público Clínico San Carlos, al frente del comité científico de la Sociedad Internacional de Demencias Frontotemporales

En COMUNIDAD DE MADRID, HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS 19 de octubre de 2026
Óscar López 238 visitas



Este sitio usa cookies para analizar el tráfico. Más información

Solo necesarias Aceptar todo

Óscar López
ADMINISTRATOR
PROFILE

Frontotemporales. Esta sociedad se centra en el estudio de la degeneración lobar frontotemporal y los trastornos cognitivos relacionados, siendo actualmente considerada la segunda causa más común de demencia neurodegenerativa. Con este nombramiento, Matias-Guiu se convierte en el primer español en formar parte de la junta directiva de esta organización, que es la referencia principal a nivel mundial en investigación sobre demencias frontotemporales, además de organizar el International Conference on Frontotemporal Dementias.

Buscar hospitales


La Sudadera de Cache
que Todos los Hombre
Navarro & Castillo

El neurólogo ha destacado que su elección representa un reconocimiento al programa de diagnóstico y tratamiento desarrollado en el Hospital Clínico San Carlos, que se posiciona como un centro de referencia nacional en trastornos cognitivos minoritarios, incluyendo las demencias frontotemporales. «Hemos llevado a cabo estudios y tratamientos innovadores, como la neuromodulación cerebral no invasiva a través de estimulación magnética transcraneal, y hemos desarrollado herramientas de diagnóstico validadas», declaró Matias-Guiu. Además, agregó que esta designación le brinda la oportunidad de liderar las actividades científicas de la sociedad a nivel internacional en los próximos años.

La demencia frontotemporal fue reconocida como una forma de demencia no relacionada con el Alzheimer en el primer congreso internacional celebrado en 1986 en Suecia, que busca dar visibilidad a esta condición. Desde 2006, el congreso se celebra cada dos años en diferentes ciudades de Europa y

Este sitio usa cookies para analizar el tráfico. Más información
Solo necesarias
Aceptar todo

su hospital y el Brain & Mind Centre de la Universidad de Sydney, Australia.



**La Sudadera de Cache
que Todos los Hombre**

Navarro & Castillo

El trabajo, titulado «Medidas de tiempo de habla en afasia progresiva primaria: una investigación española y australiana», fue firmado por Fernández Romero como primera autora. Este estudio pone de manifiesto el reconocimiento de los estudios conjuntos realizados entre el Clínico San Carlos y la Universidad de Sydney, enfocados en las diferencias culturales y lingüísticas en el contexto de la demencia frontotemporal. Actualmente, Fernández Romero se encuentra como investigadora postdoctoral en la Universidad de Texas, Estados Unidos, donde profundiza en la investigación relacionada con la terapia del lenguaje para personas que padecen este tipo de afasia.

Pedir terapia

Matias-Guiu fue elegido en unas elecciones que renovaron el 50% de la junta directiva del comité en el que ingresan otros cuatro miembros. A partir de enero de 2027, el neurólogo formará parte de la nueva junta durante cuatro años, tiempo en el que liderará la creación del programa científico para el International Conference on Frontotemporal Dementias a partir de 2028. Es coordinator de la Unidad de Neurología Cognitiva en el Clínico San Carlos, que cuenta con acreditación como centro de referencia dentro del Sistema Nacional de Salud. Además, es doctor en Ciencias Biomédicas por la Universidad Complutense, donde recibió un premio extraordinario de doctorado, y es profesor asociado en Ciencias de la Salud en la misma universidad.

Este sitio usa cookies para analizar el tráfico. Más información

Solo necesarias Aceptar todo

• ULTIMA HORA s revela el salario de un MIR en Andalucía ◆ La UA inicia curso sobre inteligencia artificial e



**La Sudadera de Cache
que Todos los Hombre**

Navarro & Castillo

Además de su labor docente, ha tenido la experiencia de ser profesor visitante en la IUSS Scuola Universitaria Superiore en Pavía, Italia. Matias-Guiu Antem ha sido reconocido con el premio de la Real Academia Nacional de Medicina y desde 2025 es miembro del Comité Ejecutivo del Grupo de Estudio de Afasia, Demencia y Trastornos Cognitivos de la Federación Mundial de Neurología. También ha recibido el título de Miembro Distinguido en el Center for Cognitive Neuroscience and Aging en la Universidad de Miami, Estados Unidos.

Buscar Médico

El neurólogo es un autor prolífico, con 250 artículos científicos publicados en revistas JCR, de los cuales 154 los ha firmado como primer, último autor o autor de correspondencia. Ha acumulado un sorprendente factor de impacto superior a 1000 y posee un índice H de 48. Desde su posición, también es editor asociado de la revista Neurología, que es la publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología, así como de la revista Journal of Neuropsychology, vinculada a la British Psychological Society.

Etiquetas: Comunidad de Madrid, *Salud Pública*

Foto: @Comunidad de Madrid

PUBLICIDAD

Este sitio usa cookies para analizar el tráfico. Más información

Solo necesarias Aceptar todo

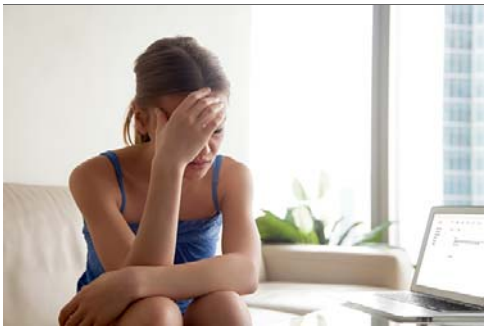
Actualidad (/noticias) Medicamentos (/espana/es/alfa) Principios Activos (/principios-activos-a_1) Monografías ATC (/principios-activos-atc-es-a_1)

Laboratorios (/laboratorios-es-a_1) Indicaciones (/enfermedades-es-a_1) Equivalencias (/alfa) Vademecum (/sobrenosotros)

La migraña genera una carga socioeconómica anual de más de 76.000 millones de euros entre los adultos diagnosticados en España

VADEMECUM - 14/10/2026 TERAPIAS (/busqueda-noticias-categoria_17-1)

MigrAtlas analiza la huella y el impacto integral de la enfermedad y el recorrido asistencial de la migraña en España, con la experiencia de pacientes de la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE) y un comité multidisciplinar de 15 profesionales sanitarios representantes de 13 sociedades científicas colaboradoras.



La migraña genera en España una carga socioeconómica anual de más de 76.000 millones de euros entre los adultos con diagnóstico médico. Esta estimación incluye los costes sanitarios asociados a la enfermedad, las pérdidas de productividad, el impacto sobre la calidad de vida y los gastos asumidos directamente por los pacientes.[1]

Así lo recoge 'MigrAtlas: La huella de la migraña en España', un informe elaborado por Pfizer España en colaboración con la Fundación Weber que ofrece una visión integral de la carga clínica, económica, social y medioambiental de la migraña y analiza el recorrido asistencial de las personas que conviven con esta enfermedad.

Según este documento, en torno al 90 % de esta carga no corresponde al presupuesto sanitario asumido por el Sistema Nacional de Salud (SNS).[1] Las pérdidas de productividad laboral representan cerca del 60 % del total, con 45.441 millones de euros, mientras que los costes intangibles, asociados al deterioro de la calidad de vida y a la pérdida de actividad no laboral, suponen alrededor del 27 %, alcanzando los 20.000 millones de euros.[1] Dentro de las pérdidas de productividad, el presentismo, es decir, trabajar con un rendimiento reducido debido a los síntomas, concentra más de 34.500 millones de euros, alrededor del 45 % de la carga total.[1]

Asimismo, recoge que alrededor de 8 millones de adultos declaran síntomas compatibles con migraña en España. De ellos, cerca de 5 millones cuentan con diagnóstico médico y unos 3 millones no; lo que supone que hay aproximadamente el 40 % de infradiagnóstico.[1] Además, señala que transcurren, de media, alrededor de 6 años hasta obtener un diagnóstico. Al incluir únicamente a las personas con diagnóstico médico, la estimación podría situar la carga socioeconómica de la migraña por debajo de su impacto real.

"La carga de la migraña es elevada, entre otros factores, porque con frecuencia la enfermedad se detecta de forma tardía. Una identificación temprana permite conocer mejor sus características y abordar su evolución de manera adecuada con las herramientas terapéuticas disponibles, lo que puede contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes y a reducir su impacto en el desarrollo personal, académico y profesional", explica el doctor Robert Belvís, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y director de la Unidad de Cefaleas y Neuralgias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona).

El coste aumenta con la frecuencia de la enfermedad

El coste anual por paciente aumenta de forma significativa a medida que lo hace la frecuencia de los ataques. En la migraña episódica de baja frecuencia, con entre 1 y 3 días de cefalea al mes, asciende a 14.570 euros por paciente, frente a los 31.500 euros de la migraña crónica, con 15 o más días al mes. Sin embargo, las personas con menos días de síntomas concentran la mayor parte de la carga total, ya que representan el 89,0 % de los diagnosticados y concentran el 82,6 % de la carga total. [1]

La migraña también tiene un impacto en niños, adolescentes y sus familias. MigrAtlas calcula que más de 652.000 personas de entre 6 y 17 años conviven con esta patología en España, con una carga anual de unos 659 millones de euros. Entre los principales costes destacan el absentismo escolar de los menores y las jornadas laborales perdidas por sus progenitores. Estos últimos datos deben interpretarse como una aproximación, ya que se basa en una evidencia más limitada. [1]

Retos en la atención y el seguimiento

Entre las barreras asistenciales se señala que, el 29,5 % de quienes acuden a urgencias no sería derivado a atención primaria tras el alta y alrededor de un 8% saldría con un tratamiento pautado. MigrAtlas también identifica dificultades de coordinación entre los distintos niveles asistenciales y posibles desigualdades en el acceso a especialistas y unidades de cefalea. [1]

El documento estima que casi un 15% de los adultos con migraña diagnosticada podría estar en riesgo de hacer un uso excesivo de la medicación sintomática. Entre las personas con migraña crónica, 1 de cada 2 supera los umbrales de consumo. Además, la adherencia terapéutica constituye un problema sistemático, los datos citados en el informe sitúan la persistencia de los tratamientos preventivos en el 32% a los 6 meses y en el 30% a los 12.[1]

En este contexto, la doctora María Varela, coordinadora del Grupo de Trabajo de Neurología de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) que ejerce como médica

de Familia en el Centro de Salud de Mayorga (Valladolid), afirma que "la atención primaria está en una posición esencial para favorecer la detección y el abordaje precoz de la migraña, así como para acompañar al paciente a lo largo del tiempo. Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales y facilitar la formación de los profesionales puede ayudar a evitar retrasos y a intervenir antes de que la enfermedad se cronifique".

MIGRATLAS: del análisis a las propuestas de mejora

El proyecto incorpora la experiencia de pacientes, recogida en colaboración con la Asociación Española de Migraña y Cefalea (AEMICE), y la visión de un comité multidisciplinar de 15 profesionales sanitarios, representantes de entidades como la Sociedad Española de Neurología (SEN), la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT), la Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE), la Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FECAP), la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), la Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (SEFAC), la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA).

"Hablar de migraña con rigor significa no solo hablar de salud, sino también de bienestar a nivel personal, de vida familiar, de educación y de productividad laboral; así como de la importancia de concienciar a nivel social sobre esta patología. Visibilizar sus consecuencias permite comprender que no estamos ante un dolor de cabeza menor, sino ante una enfermedad neurológica compleja que merece reconocimiento, atención y planificación", declara José Chaves, director médico de Pfizer España.

A partir de las barreras identificadas, el proyecto propone 26 intervenciones agrupadas en cuatro ámbitos: formación y sensibilización; mejora de la atención en urgencias y en el entorno laboral; seguimiento de los pacientes; y herramientas digitales. [1] El informe presenta estas medidas como una hoja de ruta con el objetivo de continuar promoviendo, entre todos, una mejora en el abordaje integral de la migraña y de la sostenibilidad del SNS.

Referencias:

1. MigrAtlas: La huella de la migraña en España.. Fundación Weber, Pfizer (2026) Disponibles en: https://static.webfiles.pfizer.com/MIGRATLAS2026

Fuente:

Pfizer

Enlaces de Interés

Laboratorios:

PFIZER EUROPE MA EEIG (/laboratorio-medicamento-pfizer+europe+ma+eeig_1930_1)

PFIZER LIMITED (/laboratorio-medicamento-pfizer+limited_1607_1)

PFIZER, S.A. (/laboratorio-medicamento-pfizer%2C+s.a._126_1)

Indicaciones:

Migraña (../../../enfermedad-migrana_2987_1)

anterior (/noticia_1486042) volver al listado (/noticias-generales-1) siguiente (/noticia_1486049)

Noticias relacionadas

- Nuevos resultados de fase 3 muestran una mejora significativa en la repigmentación facial y corporal total en pacientes con vitíligo no segmentario (/noticia-261013-nuevos+resultados+de+fase+3+muestran+una+mejora+significativa+en+la+repigmentaci+oacute+n+facial+y+corporal+total+en+pacientes+con+vit+iacute+ligo+no+segmentario_1486025)
- La salud sexual, la asignatura pendiente en las consultas de cáncer de mama metastásico (/noticia-261007-la+salud+sexual%2C+la+asignatura+pendiente+en+las+consultas+de+c+aacute+ncer+de+mama+metast+aacute+sico_1486022)
- Lorlatinib muestra una eficacia sostenida durante 7 años en el NSCLC ALK-positivo (/noticia-260714-lorlatinib+muestra+una+eficacia+sostenida+durante+7+a+ntilde+os+en+el+nsclc+alk-positivo_1255668)
- Rinitis alérgica como factor de riesgo para la migraña (/noticia-260608-rinitis+al+eacute+rgica+como+factor+de+riesgo+para+la+migra+ntilde+a_1165480)
- Eficacia del cambio de anticuerpos en la migraña refractaria (/noticia-260518-eficacia+del+cambio+de+anticuerpos+en+la+migra+ntilde+a+refractaria_1115360)
- Expertos, autoridades y pacientes debaten sobre los retos y necesidades no cubiertas en el abordaje de la hemofilia (/noticia-260220-expertos%2C+autoridades+y+pacientes+debaten+sobre+los+retos+y+necesidades+no+cubiertas+en+el+abordaje+de+la+hemofilia+++_884930)
- La Universidad Europea de Valencia lidera la investigación de MOVEMI, un proyecto europeo para combatir la migraña con tecnología y fisioterapia (/noticia-260127-la+universidad+europea+de+valencia+lidera+la+investigaci+oacute+n+de+movemi%2C+un+proyecto+europeo+para+combatir+la+migra+ntilde+a+con+tecnolog+iacute+a+y+fisioterapia_814847)
- Experto de Vithas afirma que el frío es un desencadenante común de las migrañas (/noticia-260107-experto+de+vithas+afirma+que+el+fr+iacute+o+es+un+desencadenante+com+uacute+n+de+las+migra+ntilde+as_764705)
- PADCEV™ y KEYTRUDA™, administrados antes y después de la cirugía, reducen en un 60 % el riesgo de recaída, progresión o muerte y en un 50 % el riesgo de muerte en ciertos pacientes con cáncer de vejiga (/noticia-251024-padcev%3Csup%3Etm%3C%2Fsup%3E+y+keytruda%3Csup%3Etm%3C%2Fsup%3E%2C+administrados+antes+y+despu+eacute+s+de+la+cirug+iacute+a%2C+reducen+en+un+60+

YouTube ES
Search
Create

Conexión Salud con Carles Aguilar #70

UP3MEDIA | Estrategias de Comunicación
1.31K subscribers

Subscribe 0 Share Save

13 views 9 hours ago Conexión Salud con Carles Aguilar
En esta edición número 70 de Conexión Salud empezaremos haciendo referencia a las mujeres con cáncer de mama hormonosensible en las que la pérdida de masa ósea puede multiplicarse entre dos y cuatro veces frente a la de las posmenopáusicas sanas. elevando el riesgo de fracturas vertebrales. Además, un 40% de los pacientes con cáncer de próstata

0 Comments

Sort by

Add a comment...

All From UP3MEDIA | Estrategias de C



Guitarricadelafuente: Tiny Desk Concert
NPR Music
▷ 1.5M 9mo ago
Fundraiser



Autumn Chill 2024 • Indie Folk Fall Playlist (50 ...
Indie Folk Central 2...
▷ 1.2M 1y ago



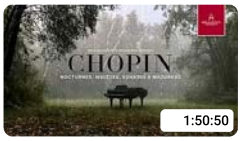
The Most Beautiful 12 Adagios in ...
Academia Classics
▷ 2M 6mo ago



Best of Chopin: that's why Chopin is the BEST ...
ARS Classical Music
▷ 1.2M 4mo ago



Guitarricadelafuente - Primavera Sound Barcelon...
infoguitarrica
▷ 59K 4mo ago



Chopin's Nocturnes, Waltzes, Sonata...
Mercian Institute
▷ 1M 2mo ago



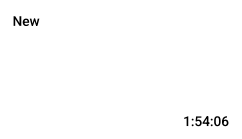
Morning Study Session - Classical Music ...
Essential Classi...
▷ 924K 1mo ago



ALABANZAS DE LA MAÑANA Hermosa ...
Éxitos Cristianos
▷ 560K Streamed...

The Most Beautiful 8 Adagio Pieces f...
Academia Classics
▷ 1.4M 6mo ago

New



Presentación del Libro: La formación del ...
CEFIE
▷ 515 Streamed 1...

4 Hours of Deep Focus Music for Studying - ...
Quiet Quest - St...
▷ 2.9M 4y ago

cozy autumn acoustic • an indie/folk/ch...
alexrainbirdMus...
▷ 255K 4w ago

cozy fall nights - an acoustic/folk/...
alexrainbirdMus...
▷ 479K 1y ago

Opinando sin anestesia.es

ENFERMEDADES

El 60% de las personas con dolor neuropático tarda más de dos años en recibir un diagnóstico

By **Ana Manterias** — 20 de octubre de 2026

El dolor neuropático sigue siendo uno de los grandes retos en el abordaje del dolor crónico. **En España afecta a más de tres millones de personas** y, pese a su impacto sobre la calidad de vida, hasta seis de cada diez pacientes pueden tardar dos años o más en recibir un diagnóstico preciso. A ello se suma que menos del 60% consigue un alivio adecuado con los tratamientos farmacológicos disponibles actualmente.

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), **cada año se diagnostican alrededor de 400.000 nuevos casos de dolor neuropático en España**. Aunque puede aparecer a cualquier edad, es más frecuente a partir de los 55 años y algo más habitual entre las mujeres.

"El dolor neuropático es considerado uno de los peores dolores que existen, tanto por la dificultad de su tratamiento como por su enorme complejidad fisiopatológica y por la intensidad con la que lo experimentan los pacientes", explica Montserrat González Platas, coordinadora del Grupo de Estudio de Dolor Neuropático de la SEN.

Sistema nervioso

El dolor neuropático aparece **cuando existe una lesión o una disfunción del sistema nervioso**. A diferencia del dolor nociceptivo, que actúa como respuesta ante una lesión, infección o enfermedad, el neuropático no cumple una función protectora. "El propio sistema nervioso, al funcionar de forma anómala, interpreta como dolorosos estímulos que no deberían serlo", señala González Platas.

Los pacientes suelen describirlo como un dolor continuo, punzante, acompañado en ocasiones de calambres o descargas eléctricas. **Puede localizarse en una zona concreta o extenderse a diferentes áreas del cuerpo**. La SEN recuerda que más del 60% de las personas con dolor crónico presenta, en mayor o menor medida, algún componente neuropático. Este tipo de dolor puede coexistir con otros mecanismos, lo que dificulta todavía más su identificación.

En términos generales, más del 30% de la población española sufre algún tipo de dolor, mientras que un 18% padece dolor crónico, entendido como aquel que se prolonga durante más de tres meses. Más del 5% de la población refiere dolor a diario.

Limitaciones

Como explican desde la sociedad científica, las consecuencias del dolor neuropático van mucho más allá de la propia sensación dolorosa. Hasta el 85% de las personas afectadas en España considera que condiciona de manera significativa su calidad de vida. **Un 65% se ha visto obligado a restringir actividades cotidianas** y cuatro de cada diez llevan más de cinco años conviviendo con este problema.

También son frecuentes las alteraciones asociadas. **El 60% de los pacientes presenta trastornos del**

su ón
pu es
pu

El de las consultas de atención primaria están motivadas por algún tipo de dolor y hasta un 25% de ellas podrían estar relacionadas con dolor neuropático.

Diagnóstico

El diagnóstico sigue siendo un de los principales problemas en este campo: es clínico y **se basa en la descripción de los síntomas y en la exploración del paciente**. Además, puede coexistir con otros tipos de dolor, lo que favorece confusiones y retrasos. "Muchos pacientes tardan años en recibir un diagnóstico preciso", advierte González Platas.

La especialista insiste en que acortar estos tiempos puede marcar una diferencia importante. "Cuando el dolor neuropático se identifica pronto y se trata de forma adecuada, **no siempre desaparece por completo**, pero sí puede controlarse, y eso puede suponer una diferencia enorme en el día a día de las personas que lo sufren".

El tratamiento sigue siendo otra de las grandes problemáticas: con las opciones farmacológicas actuales, **menos del 60% de los pacientes consigue un alivio adecuado**. Por ello, la SEN considera necesario avanzar en terapias más eficaces y reforzar los equipos multidisciplinares, con la participación de neurología, unidades del dolor, rehabilitación, neurocirugía, fisioterapia, neuropsicología y psicología clínica, entre otras especialidades.

La sociedad científica también reclama una mejor formación de los profesionales para facilitar tanto el diagnóstico temprano del dolor neuropático como la **detección de problemas asociados, especialmente ansiedad y depresión.**

FUENTE: Somos Pacientes

La Crónica del Henares



Orzeyful (oveporexton) se aprobó en China, EE.UU. y Japón entre julio y agosto de 2026 con dos ensayos de 273 pacientes; en la UE aún no está autorizado. | Infografía: La Crónica del Henares, con datos de FDA, Takeda y SEN.

Orzeyful, el fármaco de la narcolepsia: en España, sin fecha

martes, 20 de octubre de 2026

El primer agonista de la orexina se vende ya en Japón y China y llega a EE.UU. en noviembre. En la UE no está autorizado; el TDAH, una promesa.

Alcalá de Henares, 20 de octubre de 2026

El primer medicamento que **sustituye la señal cerebral que les falta a los enfermos de narcolepsia tipo 1** ya se vende en Japón y China y llegará a EE.UU. en noviembre. En España, donde hasta 25.000 personas podrían padecer narcolepsia, **todavía no tiene fecha**.

> **DÓNDE ESTÁ EL FÁRMACO HOY**
>
> - **Aprobado** en China (julio), EE.UU. (5 de agosto) y Japón (24 de agosto de 2026), solo para narcolepsia tipo 1.
> - **En la UE no está autorizado** y no hemos localizado una solicitud presentada ante la Agencia Europea del Medicamento.
> - **El salto al TDAH está en fase temprana**: un ensayo con 50 adultos durante dos semanas; el estudio grande no dará resultados hasta 2027.

Hace casi treinta años, un grupo de investigadores de Dallas bloqueó en roedores la señal de una molécula que creían relacionada con el apetito; de ahí su nombre, del griego *orexis*. Los animales empezaron a **desplomarse de golpe**, sin aviso, como si alguien les apagara los músculos. Aquella escena, idéntica a la cataplejía que sufren muchos enfermos de narcolepsia, abrió la línea de investigación que este año ha desembocado en un medicamento nuevo: **Orzeyful (oveporexton)**, de la farmacéutica japonesa Takeda.

La revista *Nature* dedica un reportaje, publicado en su web este 20 de octubre, a esta familia de fármacos, los **agonistas de la orexina**, y a la pregunta que se hace la industria: si repetirán la trayectoria de los GLP-1 como Ozempic, nacidos para la diabetes y convertidos después en tratamientos para la obesidad y otras enfermedades. Andrew Plump, presidente de investigación y desarrollo de Takeda, lo resume así en la revista: **"La diabetes fue solo la punta del iceberg para los GLP-1, y estoy convencido de que ocurrirá lo mismo con la orexina"**.

Entre el entusiasmo y la farmacia hay, de momento, bastante distancia. Y para los pacientes españoles, también un océano.

70.000 neuronas que sostienen la vigilia

Las orexinas, también llamadas hipocretinas, son dos pequeñas proteínas que fabrica el hipotálamo, una región del tamaño de una almendra en el interior del cerebro. Las describieron casi a la vez, en 1998, dos equipos que trabajaban por separado: el de **Luis de Lecea**, entonces en el Instituto Scripps de San Diego y hoy psiquiatra en la Universidad de Stanford, y el de Masashi Yanagisawa y Takeshi Sakurai en el Centro Médico Southwestern de la Universidad de Texas.

Sakurai, hoy en la Universidad de Tsukuba (Japón), explica en *Nature* que la orexina no se limita a despertarnos: **mantiene la vigilia estable**. Cuando falta, el cerebro salta sin control entre el sueño y el estado de alerta, y fragmentos del sueño REM, como la parálisis muscular, se cuelan en pleno día.

En la narcolepsia tipo 1 eso es exactamente lo que ocurre. Un equipo de la Universidad de California en Los Ángeles comprobó en el año 2000 que el cerebro de estos pacientes ha perdido casi todas las neuronas que producen orexina, una población de apenas **unas 70.000 células**. Hoy se considera un proceso autoinmune: las defensas del propio organismo las destruyen y no se regeneran.

Hasta ahora, los tratamientos (modafinilo, pitolisant, oxibato sódico, antidepresivos para la cataplejía) **atacan los síntomas uno por uno** a través de otros sistemas del cerebro. El oveporexton hace otra cosa: activa directamente el receptor 2 de la orexina, ocupando el lugar de la molécula que falta.

De un único candidato a tres aprobaciones en un mes

El origen del fármaco tiene algo de historia doméstica. Según cuenta Plump a *Nature*, a finales de la década de 2000 un técnico de Takeda con una amiga enferma empezó a buscar en las bibliotecas químicas de la empresa una molécula capaz de encajar en el receptor. Salió un solo candidato, el TAK-925. Ningún químico sensato arranca un programa con un único acierto, admite Plump, pero

funcionó en animales y llegó a personas en 2017.

El camino no fue limpio. Un sucesor por vía oral, el TAK-994, se detuvo por toxicidad en el hígado de algunos pacientes. El neurólogo **Carles Gaig**, del Hospital Clínic de Barcelona, recordó ese precedente en 2025 al valorar el ensayo de fase 2 de oveporexton, en el que participaron la Universidad CEU San Pablo y otros centros españoles, y destacó que el nuevo compuesto no parecía dañar el hígado. Aquella fase 2 tuvo también acento madrileño: como publicamos en junio de 2025, el equipo de Rafael del Río, de los hospitales Vithas Madrid Arturo Soria y La Milagrosa, presentó sus resultados en el campus de Montepríncipe de la Universidad CEU San Pablo. Emmanuel Mignot, especialista en sueño de Stanford que dirigió los ensayos finales, cuenta en *Nature* que los pacientes le dicen que, al tomarlo, "de repente saben lo que es estar despierto".

La Administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA) lo aprobó el 5 de agosto para adultos con narcolepsia tipo 1, como contamos entonces, con designación de terapia innovadora y revisión prioritaria. La decisión se apoya en **dos ensayos de 12 semanas con 273 pacientes** (FirstLight y RadiantLight): con la dosis de 2 mg mejoraron la capacidad de mantenerse despierto, la somnolencia diurna y la cataplejía, además de la parálisis del sueño, las alucinaciones y el sueño nocturno fragmentado. Se toma en **comprimidos dos veces al día**, de 1 y 2 mg.

China lo había autorizado el 22 de julio, también para adolescentes desde los 16 años, y Japón lo hizo el 24 de agosto. Desde el 15 de octubre se vende en ambos países. En EE.UU. falta un trámite: la DEA, la agencia antidroga, debe decidir en qué categoría de sustancia controlada lo incluye. Takeda calcula que podrá lanzarlo allí **el mes que viene**.

Los efectos adversos más frecuentes en los ensayos fueron **insomnio, necesidad urgente y frecuente de orinar** y exceso de saliva. No debe combinarse con inhibidores potentes de la enzima CYP3A, que incluyen algunos antifúngicos y antibióticos, y en EE.UU. y Japón solo está autorizado a partir de los 18 años.

Europa, sin calendario

En el informe anual que Takeda presentó en mayo ante el regulador bursátil estadounidense, la columna de la Unión Europea seguía marcada como **fase 3, no como solicitud presentada**, mientras que EE.UU., Japón y China figuraban ya con sus expedientes registrados entre enero y marzo. El 15 de octubre la compañía se limitó a decir que hay solicitudes "en curso en todo el mundo", sin detallar países. La Agencia Europea del Medicamento sí aprobó en marzo de 2025 el plan de investigación pediátrica del fármaco, un paso previo obligatorio.

Es la misma laguna que ya señalábamos en agosto, y dos meses después sigue sin despejarse. Para los pacientes españoles la cuenta es larga. Aunque Takeda pidiera hoy la autorización europea, la evaluación centralizada suele llevar en torno a un año, y después cada país negocia precio y financiación. En España, ese proceso añade de media varios meses más.

La Sociedad Española de Neurología (SEN) estima que **hasta 25.000 personas podrían tener narcolepsia en España** y que alrededor del 60 % **no está diagnosticada**. El retraso desde los primeros síntomas puede llegar a diez años, porque la somnolencia se confunde con pereza o con cansancio. Hasta un 80 % de los pacientes sufre además cataplejía, según la doctora Ana Fernández Arcos, coordinadora del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la SEN.

El sistema de la orexina ya tiene un fármaco autorizado en Europa, pero en sentido contrario: el daridorexant, un **antagonista** que bloquea la orexina para facilitar el sueño, está aprobado contra el insomnio en la UE desde 2022.

La carrera: Lilly, Alkermes y el TDAH

Los analistas que cita *Nature* calculan que el mercado mundial de fármacos para la narcolepsia podría superar los **6.400 millones de dólares en 2031** (unos 5.500 millones de euros). Al menos cinco compañías desarrollan agonistas

propios. La apuesta más cara es la de Eli Lilly: acordó en marzo y cerró el 24 de junio la compra de la británica Centessa por **6.300 millones de dólares al contado**, más pagos adicionales de hasta 1.500 millones si su candidato, el cleminorexton, logra aprobaciones antes de 2030. Hoy está en fase 2.

La irlandesa Alkermes, con sede en Dublín (Irlanda), tiene en fase 3 el alixorexton para la narcolepsia tipo 1 y tipo 2, la forma más común y en la que las neuronas de orexina no desaparecen. La UE le concedió en mayo la designación de medicamento huérfano, que no equivale a una autorización.

El terreno que dispara las expectativas es el **trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)**. Aquí conviene una precisión: *Nature* atribuye el ensayo de TDAH al alixorexton, pero los datos que Alkermes publicó el 21 de septiembre corresponden a **otra molécula de la misma familia, el ALKS 7290**. El estudio incluyó a 50 adultos tratados durante 14 días en régimen de ingreso; su objetivo principal era medir la seguridad, y la mejora de los síntomas era un dato exploratorio. Con la dosis alta, la puntuación de síntomas bajó una mediana de 19 puntos en una escala de 54, lo que la empresa equipara a pasar de un cuadro moderado o grave a uno leve.

Un estudio publicado este año en *Cell* sugiere que estimulantes como el metilfenidato funcionan más a través de los sistemas de activación y recompensa del cerebro que de las redes de la atención. Barry Lubarsky, vicepresidente de estrategia de asuntos médicos de Alkermes, sostiene en *Nature* que los agonistas de la orexina podrían actuar por esa vía de activación **con menos riesgo de adicción y de síntomas psicóticos**. Es una hipótesis: los efectos secundarios más comunes del ALKS 7290 fueron mareo, estreñimiento y urgencia urinaria, y el ensayo de fase 2, con unos 312 adultos y cuatro semanas de tratamiento, empezó en septiembre.

Alkermes prueba además un tercer compuesto contra la fatiga de la esclerosis múltiple y el párkinson. Y Takeda, sin ensayo específico de TDAH, ha publicado un análisis secundario de su ensayo de fase 2 según el cual el oveporexton mejoró la memoria y las funciones ejecutivas de los pacientes con narcolepsia.

El precedente que nadie quiere repetir

La comparación con los GLP-1 tiene un reverso. Otro fármaco que mantiene despierto, el modafinilo, se usa también fuera de indicación para el TDAH y la depresión y circula como "potenciador cognitivo" entre estudiantes. Que EE.UU. vaya a clasificar el oveporexton como sustancia controlada indica que los reguladores también miran ese riesgo.

Tampoco hay todavía datos de seguridad a largo plazo fuera de los ensayos de extensión, en los que siguen más del 95 % de los participantes de fase 3. El propio Lubarsky reconoce en la revista que hay mucho bombo alrededor de estos fármacos y que serán los próximos años los que muestren lo que dan de sí.

SI TIENES NARCOLEPSIA O LA SOSPECHAS

- **Orzeyful no se puede recetar en España**: no está autorizado en la UE. Fuera de un ensayo clínico, la única vía sería excepcional: la solicitud de un medicamento extranjero o de uso compasivo que el hospital tramita ante la Agencia Española de Medicamentos (AEMPS).
- **Señales de alarma**: somnolencia diurna que no se corrige durmiendo más, caídas o flojera muscular al reír o enfadarse, parálisis al despertar o alucinaciones al dormirse.
- **El diagnóstico** lo hacen las unidades del sueño de los hospitales con una polisomnografía nocturna y una prueba de latencias múltiples al día siguiente. La puerta de entrada es el médico de atención primaria o el neurólogo.
- **No cambies tu tratamiento** por esta noticia: cualquier ajuste debe decidirlo el especialista.

Noviembre, en EE.UU.; 2027, para el TDAH

El siguiente hito verificable es la **decisión de la DEA**, que Takeda esperaba en un plazo de 90 días desde la aprobación del 5 de agosto, es decir, a principios de noviembre, y que abrirá la venta en EE.UU. Alkermes prevé completar en 2027 los ensayos de fase 3 del alixorexton en narcolepsia y tener los resultados de fase 2 del

ALKS 7290 en TDAH.

LO QUE QUEDA POR ACLARAR

- **¿Ha presentado Takeda la solicitud de autorización de Orzeyful ante la Agencia Europea del Medicamento, y con qué calendario?** Su informe de mayo situaba la UE en fase 3 y su nota de octubre habla de solicitudes en curso sin precisar países. Corresponde aclararlo a Takeda España.
- **¿Siguen recibiendo oveporexton pacientes madrileños en los estudios de extensión?** Vithas Madrid y otros centros españoles participaron en la fase 2; ni Takeda ni los hospitales implicados han detallado si mantienen pacientes en tratamiento.
- **¿Cuántos pacientes con narcolepsia tipo 1 atienden las unidades del sueño de la Comunidad de Madrid?** La estimación de la SEN es nacional y no se desglosa por comunidades; el dato serviría para calcular el impacto real cuando llegue el fármaco. Pregunta para la Consejería de Sanidad.
- **¿En qué lista de sustancias controladas incluirá la DEA el oveporexton?** La decisión condiciona cómo se receta en EE.UU. y puede orientar a los reguladores europeos.

Te puede interesar: Narcolepsia: aprobado el primer fármaco que ataca la causa (agosto de 2026) · Nuevos avances farmacológicos para controlar la narcolepsia (junio de 2025)

Más en La Crónica del Henares: Neurociencia · Medicamentos · Salud mental · Salud

FUENTES CONSULTADAS

- Heidt, A. "Will this sleep-disorder drug be the next big blockbuster?". *Nature* 658, 856-857 (número del 22 de octubre de 2026; en línea el 20 de octubre, también en versión española). doi: 10.1038/d41586-026-03310-w. Incluye las referencias de Thannickal et al. (*Neuron*, 2000) y Kay et al. (*Cell*, 2026).
- FDA: nota de aprobación de Orzeyful (5 de agosto de 2026).
- Takeda: notas de prensa de la aprobación en EE.UU., la aprobación en Japón y el lanzamiento en Japón y China; informe anual 20-F (ejercicio 2026) y comunicación 6-K del 5 de agosto ante la SEC.
- Agencia Europea del Medicamento: decisión del plan de investigación pediátrica de oveporexton (marzo de 2025) y designación huérfana del alixorexton EU/3/26/3231 (mayo de 2026).

- Alkermes: resultados de fase 1b del ALKS 7290 en TDAH (21 de septiembre de 2026) y presentación de resultados del segundo trimestre de 2026; cobertura de *Psychiatric Times* y *Fierce Biotech*.
- Centessa Pharmaceuticals: comunicación 8-K de cierre de la compra por Eli Lilly (24 de junio de 2026).
- Sociedad Española de Neurología, estimaciones de prevalencia y diagnóstico de la narcolepsia (vía Europa Press y *Redacción Médica*).
- Hemeroteca de La Crónica del Henares: piezas del 18 de agosto de 2026 y del 19 de junio de 2025 sobre narcolepsia.
- Science Media Centre España: reacciones de expertos al ensayo de fase 2 de oveporexton en *NEJM* (mayo de 2025).

BOLETÍN DIARIO · CORREDOR DEL HENARES

Lo que pasa en el Henares, cada mañana en tu correo

¿Te ha interesado esta información? Cada día seleccionamos las noticias del Corredor del Henares, Comunidad de Madrid, nacionales e internacionales que de verdad te afectan, y te las enviamos por correo al final de tu jornada.

Tu correo electrónico

Recibirlo gratis

Un correo al día. Sin coste y sin publicidad invasiva. Puedes darte de baja con un clic. Política de privacidad

No te enteres tarde de lo que pasa en tu ciudad. Recibe cada día las noticias del Corredor del Henares en tu correo.
Suscribirme, es gratis →

La Crónica del Henares

© 2026 La Crónica del Henares
Todos los derechos reservados.

Designed by Sneeit.Com

Opinando sin anestesia.es

HOSPITALES

Un neurólogo del Hospital público Clínico San Carlos, al frente del comité científico de la Sociedad Internacional de Demencias Frontotemporales

By **Xavi Mascarell** — 20 de octubre de 2026

19 octubre 2026

El neurólogo Jordi Matias-Guiu Antem, especialista del Hospital público Clínico San Carlos de la Comunidad de Madrid, ha sido elegido presidente electo del comité científico de la Sociedad Internacional de Demencias Frontotemporales (*International Society for Frontotemporal Dementias* (*ISFTD*), dedicada a la degeneración lobar frontotemporal y trastornos relacionados, considerada actualmente la segunda causa más frecuente de demencia neurodegenerativa.

Con este nombramiento se convierte en el primer español en formar parte de la junta directiva de esta sociedad científica, el principal referente internacional en el ámbito de la investigación de las demencias frontotemporales, que también organiza el *International Conference on Frontotemporal Dementias.*

Esta designación "supone un reconocimiento al programa de diagnóstico y tratamiento que desarrollamos en el Hospital Clínico San Carlos en este campo, del que somos centro de referencia nacional en trastornos cognitivos minoritarios, entre los que se encuentran las demencias frontotemporales, en donde hemos desarrollado estudios y tratamientos novedosos como la neuromodulación cerebral no invasiva mediante estimulación magnética transcraneal, y se han desarrollado y validado instrumentos de diagnóstico" ha manifestado el neurólogo Jordi Matias-Guiu Antem.

"Y supone, además, –prosigue Matías-Guiu- la posibilidad de liderar la actividad científica de la sociedad a nivel internacional durante los próximos años", añade el neurólogo del hospital público Clínico San Carlos.

Reconocimiento internacional al Clínico San Carlos por una colaboración con la Universidad de Sydney

El primer congreso internacional sobre demencias frontotemporales se celebró en 1986 en Suecia para dar visibilidad a la demencia frontotemporal como forma de demencia no Alzheimer, entonces recién reconocida. Y desde 2006 se celebra bienalmente, alternando como sedes ciudades de Europa y Norteamérica.

En la última edición del congreso internacional sobre demencias frontotemporales, celebrado recientemente en Filadelfia, Estados Unidos –único congreso internacional dedicado íntegramente a este tipo de demencias y trastornos relacionados- ha resultado premiada la neuropsicóloga del hospital público Clínico San Carlos, Lucía Fernández Romero, por una investigación conjunta entre la unidad de Neurología Cognitiva de este hospital público madrileño y el *Brain & Mind Centre,* de la Universidad de

Sy

El ón
es] an
Au un

reconocimiento al os estudios realizados en conjunto entre el hospital público Clínico San Carlos y la Universidad de Sydney con el fin de conocer las diferencias transculturales y translingüísticas en la demencia frontotemporal. Fernández Romero se encuentra actualmente como investigadora postdoctoral en la Universidad de Texas, Estados Unidos, profundizando en el estudio de la terapia del lenguaje para pacientes con afasia progresiva primaria, uno de los subtipos de demencia frontotemporal.

El neurólogo del Clínico San Carlos liderará el programa científico del congreso de referencia mundial en demencias frontotemporales

Matias-Guiu Antem fue elegido presidente electo del comité científico de la citada sociedad en unas elecciones en las que se han incorporado otros cuatro miembros, renovando el 50% de su junta directiva. Al ser miembro electo, pasará a formar parte de la nueva junta a partir de enero de 2027 por un período de cuatro años, donde liderará la confección del programa científico de la International *Conference on Frontotemporal Dementias*, el congreso de referencia mundial en este campo, a partir de 2028.

Es coordinador de la Unidad de Neurología Cognitiva del Hospital Clínico San Carlos -acreditada como centro de referencia del Sistema Nacional de Salud-, doctor en Ciencias Biomédicas por la Universidad Complutense con premio extraordinario de Doctorado y profesor asociado en Ciencias de la Salud en la misma universidad. También ha sido profesor visitante de la IUSS *Scuola Universitaria Superiore* de Pavía, Italia.

Premio de la Real Academia Nacional de Medicina, Matías-Guiu Antem es miembro del *Comité Ejecutivo del Grupo de Estudio de Aphasia, Dementia and Cognitive Disorders de la World Federation of Neurology* desde 2025 y ha sido nombrado *Distinguished Faculty Member del Center for Cognitive Neuroscience and Aging* de la Universidad de Miami, Estados Unidos.

En el ámbito investigador es autor de 250 artículos científicos en revistas JCR (154 como primer, último autor o autor de correspondencia), con un factor de impacto acumulado de >1000 e índice H de 48 y es editor asociado de la revista *Neurología* -publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología- y de la revista *Journal of Neuropsychology* -publicación oficial de la *British Psychological Society*-.

¿Por qué no duermes bien? Nueve consejos finales

Qué es normal a partir de los 45, qué hacer si te despiertas de madrugada y cuán pedir ayuda.



PATXI FONTALBA
HACE 2 HORAS

1 Cor

¡Hola! Soy Patxi Fontalba y todos los miércoles a las 7:30 envío **Metas en la madurez**, la newsletter para quienes quieren hacer de la segunda mitad de vida la mejor etapa de sus vidas.

Con esta newsletter concluyo la serie acera del sueño en la madurez. Han s dos semanas, ocho newsletters y un directo. Como toda serie, se merece s cierre.



Política de cookies

Substack y Metas en la madurez usan cookies para mejorar tu experiencia, realizar análisis y marketing. Puedes aceptarlas, rechazarlas o gestionar tus preferencias. Consulta nuestra política de privacidad.

Gestionar Rechazar Aceptar



Mi padre decía por la mañana que no había dormido nada.

Los hijos, que estábamos en casa, sabíamos a qué hora se había acostado qué hora se levantaba. También sabíamos cuándo roncaba y cuándo se levantaba de madrugada.

Me acuerdo de él cuando reflexiono sobre mi sueño.

Nunca he sido una persona con un buen dormir. Por eso me he dedicado e semanas a este tema.

He asistido a charlas, he hecho cursos, he leído libros, he a especialistas en el sueño. He probado una aplicación deba un reloj que cada mañana me enseñaba un gráfico.

> **Aprender más no siempre me ha ayudado a dormir m**

No soy el único. Según la Sociedad Española de Neurologí adultos en España no tiene un sueño de calidad. Y el insom últimos años.

He escrito sobre el sueño durante estas dos semanas. Sob te esfuerzas por dormir: cuanto más lo intentas, menos du personas que no duermen en los libros y en las películas. S dormir y sobre las empresas que nos venden aparatos para controlar el sue Sobre el reloj del cuerpo, que cambia con los años. Y sobre tres costumbre echar la culpa a la edad, callar lo que ocurre en la menopausia y copiar el remedio de otro.

Encuentra
Claridad y direc
construir. Tu tie
herramientas práct
Ingresa tu correo
Al suscribirte, acepta
su Aviso de recopilac
¿Ya t

Política de cookies

Substack y Metas en la madurez usan cookies para mejorar tu experiencia, realizar análisis y marketing. Puedes aceptarlas, rechazarlas o gestionar tus preferencias. Consulta nuestra política de privacidad.

Gestionar Rechazar Aceptar



14 OCT

Lee la historia completa →

El jueves 15 hablé de todo eso con Elena Urrestarazu. Es neuróloga y dirige Unidad del Sueño de la Clínica Universidad de Navarra.



El sueño en la madurez: mitos y verdades

PATXI FONTALBA Y ELENA URRESTARAZU • 17 OCT

Mira ahora →

Pasados los cuarenta y tantos, es normal dormir un poco menos, tardar má dormirse y despertarse alguna vez. Todo eso es normal si por la mañana te levantas igual de bien que siempre. Hay personas que duermen cinco horas tienen ningún problema. Otras duermen casi ocho y sí lo tienen. **La diferen está en cómo se encuentran al día siguiente.**

Casi todos **nos comparamos con el sueño que nos han vendido como "id** y que tal vez teníamos a los veinticinco años: ocho horas seguidas y levant de un salto. Elena dice que esa meta hace daño. Mucha gente duerme con normalidad y cree que duerme mal, porque se compara con una noche "ide

El sueño no se intenta, el sueño viene.

Elena Urrestarazu

Porque cuando te esfuerzas por dormir, te pones en guardia, y en guardia r

Política de cookies

Substack y Metas en la madurez usan cookies para mejorar tu experiencia, realizar análisis y marketing. Puedes aceptarlas, rechazarlas o gestionar tus preferencias. Consulta nuestra política de privacidad.

Gestionar Rechazar Aceptar

No me sorprende reconocerme en ello.

Nueve consejos para las noches de la segunda mitad de la vida

Hay listas de consejos para dormir por todas partes. Pídele consejo a una inteligencia artificial y te dará una lista interminable.

Esta lista la obtengo de dos lugares: lo que he aprendido y he compartido durante estos días y lo que amplió Elena en el directo desde la medicina y la experiencia clínica.

Una lista deliberadamente corta y específica que no pretende reemplazar a otras. Consejos que no sustituyen una consulta con tu médico. Están pensa para quien duerme “diferente” de como dormía hace solo unos años.

- **Obsérvate cómo estás durante el día:** fíjate en cómo te levantas, sí, p también en cómo te sientes a media tarde. Si te levantas y te sientes descansado, dormir un poco menos o despertarte es normal.
- **Ten horarios fijos y no mires la hora si te despiertas:** acostarte y levantarte a la misma hora ayuda. Vigilar la noche minuto a minuto te p en guardia y te quita el sueño.
- **Mira el reloj o la aplicación del sueño con calma, o incluso déjala:** tu aplicación acierta con el total de horas de sueño, apenas con el tipo de sueño. Es válida para detectar cambios en las tendencias del sueño. Pero esta consulta continua de la calidad de tu sueño te vuelve de nue vigilante. Déjala, puede estar perjudicando tu sueño.
- **Si te despiertas de madrugada, levántate a los quince minutos:** pasa otra habitación con luz suave y haz una actividad tranquila, sin trabajar

Política de cookies

Substack y Metas en la madurez usan cookies para mejorar tu experiencia, realizar análisis y marketing. Puedes aceptarlas, rechazarlas o gestionar tus preferencias. Consulta nuestra política de privacidad.

Gestionar Rechazar Aceptar

puedes. Para los meses de otoño e invierno con menores exposiciones luz natural, existen lámparas que imitan la luz del sol.

- **Cuenta toda la noche, no solo el primer "rato":** en el primer periodo d sueño duermes más profundo, y por eso parece el único que vale. El re también descansa. Si dormiste cuatro horas seguidas, te despertaste y volviste a dormir dos horas más, has dormido seis.
- **Disfruta sin culpa de la noche que se sale de lo normal:** una salida nocturna, una cena larga o una buena conversación merecen la pena, aunque tengas que sacrificar una noche.
- **Usa pastillas solo de forma puntual:** una noche concreta puede ayuda Siempre con control de un especialista. Las benzodiacepinas acostumb al cuerpo y cuesta dejarlas. La melatonina sirve para cambiar la hora a que el cuerpo quiere dormir, y poco para dormir mejor.
- **Pide ayuda si pasan tres meses o si de día te entra mucho sueño:** si duermes mal tres noches por semana durante tres meses, consúltalo c especialista. Lo primero que se recomienda es una terapia para aprend dormir (cognitivo-conductual). Si de día tienes mucho sueño, puede ha pausas al respirar mientras duermes (apnea del sueño). Hay unidades d sueño en casi todo el territorio, también en la sanidad pública.

Te propongo un ejercicio durante siete días.

A las seis de la tarde, hazte una pregunta: ¿cómo me estoy encontrando Respóndela con un número del uno al cinco. Es una pista de cómo ha ido tu sueño. Sin apuntar horas y sin gráficos. Si anotar te quita el sueño, hazlo so tu cabeza.

Política de cookies

Substack y Metas en la madurez usan cookies para mejorar tu experiencia, realizar análisis y marketing. Puedes aceptarlas, rechazarlas o gestionar tus preferencias. Consulta nuestra política de privacidad.

Gestionar Rechazar Aceptar

He intentado que no fuera una lista de comprobación de sí o no.

La personalidad perfeccionista es el más propensa al insomnio. A esa persona, una lista de consejos la vuelve hipervigilante.

Un consejo para dormir, cumplido con excesivo rigor, se convierte e otra forma de vigilar la noche.

Elena contó que hay personas que no pueden dormir solo por tener que rellenar un calendario de sueño. Para esos casos, coge de esta lista unc o dos consejos y deja el resto.

Para terminar

Mi padre decía que no había dormido nada. Elena explicó que a veces el ce duerme y una parte sigue despierta. Esa parte hace que te sientas despiert rato que vives como despierto también suma.

Me queda una pregunta sin resolver: hasta dónde llega aceptar. Una noche se acepta. Varias seguidas reclaman ayuda. Entre una noche suelta y tres n de mal dormir hay un tramo que cada uno de nosotros, a esta edad, tiene q reconocer. Con los años, ese tramo cambia.

Hoy le haría a mi padre una sola pregunta: ¿cómo has llegado a la tarde?

Si esta newsletter te ha resultado útil, suscríbete para recibirla cada miérco si conoces a alguien que esté en esta etapa y pueda necesitarla, compártel él o con ella.

“La noche se juzga por el día que deja.”

Política de cookies

Substack y Metas en la madurez usan cookies para mejorar tu experiencia, realizar análisis y marketing. Puedes aceptarlas, rechazarlas o gestionar tus preferencias. Consulta nuestra política de privacidad.

Gestionar Rechazar Aceptar

(/)

ES

Registrar Acceder

VADEMECUM (/)

ES

Introduzca su búsqueda...

Buscar

Actualidad (/noticias) Medicamentos (/espana/es/alfa) Principios Activos (/principios-activos-a_1) Monografías ATC (/principios-activos-atc-es-a_1)

Laboratorios (/laboratorios-es-a_1) Indicaciones (/enfermedades-es-a_1) Equivalencias (/alfa) Vademecum (/sobrenosotros)

Actualidad (/noticias) Medicamentos (/espana/es/alfa) Principios Activos (/principios-activos-a_1) Monografías ATC (/principios-activos-atc-es-a_1)

Laboratorios (/laboratorios-es-a_1) Indicaciones (/enfermedades-es-a_1) Equivalencias (/alfa) Vademecum (/sobrenosotros)

Seis de cada diez personas que padecen dolor neuropático pueden tardar dos años o más en obtener un diagnóstico

VADEMECUM - 19/10/2026 PATOLOGIAS (/busqueda-noticias-categoria_11-1)

El dolor neuropático afecta en España a más de 3 millones de personas y cada año se diagnostican unos 400.000 nuevos casos. Con los tratamientos actuales, menos del 60% de los pacientes con dolor neuropático logra un alivio adecuado del dolor.



Este sábado, 17 de octubre, se conmemora el Día Mundial contra el Dolor. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), en España más del 30% de la población sufre algún tipo de dolor, principalmente personas de entre 45 y 54 años y, en un 60% de los casos, mujeres. Pero además, un 18% de la población padece dolor crónico, es decir, padece dolor desde hace más de tres meses; y más de un 5% de la población sufre dolor a diario.

Este año, el Día Mundial contra el Dolor tiene un foco muy concreto porque la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) ha declarado el año 2026 como Año Mundial del Dolor Neuropático, con el objetivo de impulsar la investigación, mejorar el diagnóstico y visibilizar el impacto de este tipo de dolor, que se estima afecta a entre el 7% y el 10% de la población mundial y que es el tipo de dolor crónico más incapacitante y que peor responde a los tratamientos convencionales.

“Existen diferentes tipos de dolor: el nociceptivo, como respuesta a una lesión, infección o enfermedad; el de origen nociplástico, por una alteración funcional en las vías de dolor y el neuropático, causado por una lesión o disfunción del propio sistema nervioso”, explica la Dra. Montserrat González Platas, Coordinadora del Grupo de Estudio de Dolor Neuropático de la Sociedad Española de Neurología. “Y de los tres, el neuropático es el que más frecuentemente está presente en los pacientes con dolor crónico: más del 60% de quienes sufren dolor crónico tienen, en mayor o menor medida, un componente neuropático”.

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), más de 3 millones de personas padecen dolor neuropático en España y cada año se diagnostican alrededor de 400.000 nuevos casos. Aunque puede aparecer a cualquier edad, es más frecuente a partir de los 55 años y algo más habitual en mujeres. Se trata, además, de un problema de gran impacto asistencial: alrededor del 50% de las consultas de Atención Primaria en España están motivadas por el dolor y hasta un 25% de ellas pueden estar relacionadas con el dolor neuropático.

“El dolor neuropático es considerado uno de los peores dolores que existen, tanto por la dificultad de su tratamiento como por su enorme complejidad fisiopatológica y por la intensidad con la que lo experimentan los pacientes", señala la Dra. Montserrat González Platas. “A diferencia de otros tipos de dolor, no cumple una función protectora: no avisa de un daño real, sino que es el propio sistema nervioso, al funcionar de forma anómala, el que interpreta como dolorosos estímulos que no deberían serlo. Los pacientes suelen describirlo como un dolor continuo, quemante y punzante, con sensación de calambres o descargas eléctricas, y localizado con frecuencia en una zona concreta del cuerpo, aunque también puede extenderse a varias áreas. Y tiene una particularidad que lo hace especialmente difícil de manejar: una vez que se instaura, tiende a cronificarse y a acompañarse de otros problemas, como ansiedad, depresión, fatiga o alteraciones del sueño, que a su vez dificultan todavía más su tratamiento”.

Con los tratamientos farmacológicos actuales, menos del 60% de los pacientes logra un alivio adecuado del dolor, y hasta un 85% de las personas que lo padecen en España señalan que les condiciona de forma significativa su calidad de vida. El 60% de los pacientes sufre trastornos del sueño, en torno a un 40% fatiga crónica, un 34% depresión y un 25% ansiedad. Además, un 65% se ha visto obligado a restringir sus actividades cotidianas, y para muchos de ellos el dolor se mantiene durante años: hasta un 40% lleva más de cinco años conviviendo con él.

“El otro gran problema del dolor neuropático es su infradiagnóstico. Al coexistir con frecuencia con otros tipos de dolor y que su diagnóstico sea fundamentalmente clínico, basado en los síntomas, muchos pacientes tardan años en recibir un diagnóstico preciso: se estima que hasta seis de cada diez pueden tardar dos años o más”, destaca la Dra. Montserrat González Platas. “Y mejorar su identificación temprana es importante porque cuando el dolor neuropático se identifica pronto y se trata de forma adecuada, no siempre desaparece por completo, pero sí puede controlarse, y eso puede suponer una diferencia enorme en el día a día de las personas que lo sufren”.

Por lo tanto, en el Año Mundial del Dolor Neuropático la SEN quiere incidir en señalar que los principales retos siguen estando en mejorar tanto el diagnóstico como el tratamiento. “Para ello, consideramos necesario avanzar en el desarrollo de tratamientos más eficaces a largo plazo, reforzar los equipos multidisciplinares —con neurólogos, especialistas de las unidades del dolor, rehabilitadores, neurocirujanos, fisioterapeutas, neuropsicólogos y psicólogos clínicos, entre otros— y mejorar la formación de los profesionales para facilitar un diagnóstico más temprano, tanto del dolor neuropático como de las comorbilidades psicológicas que pueden acompañarlo. Porque todo ello resulta clave para reducir el impacto de un dolor que, a día de hoy, continúa condicionando de forma significativa la calidad de vida de millones de personas en España y en el resto del mundo”, concluye la Dra. Montserrat González Platas.

Fuente:

Sociedad Española de Neurología

Enlaces de Interés

Entidades:

Sociedad Española de Neurología (SEN) (/busqueda-noticias-entidad_1445-1)

Indicaciones:

Dolor (../../../enfermedad-dolor_188_1)

Dolor neuropático (../../../enfermedad-dolor+neuropatico_2249_1)

volver al listado (/noticias-generales-1)

galope: crítica, pensamiento y un caballito que se mueve

II Concurso de Pintura Reunión Anual SEN

PREMIOS / DOTACIÓN:

Primer premio SEN 1500 euros
Segundo premio SEN 800 euros

EDICIÓN:
II INSCRIPCIÓN:
Abierta desde 16-09-2026 hasta 08-11-2026

DÓNDE:
Sevilla, España

DIRIGIDO A:
Artistas

ORGANIZADA POR:
Hotel Barceló Sevilla Renacimiento, Sociedad Española de Neurología (SEN)

BASES DE PUBLICACIÓN:
Descargar bases

TELÉFONOS

615515833

CORREO ELECTRÓNICO
sevillarenacimiento.art-hub@barcelo.com

ETIQUETAS
Pintura Pintura en Sevilla

DOCUMENTOS RELACIONADOS
Bases

DESCRIPCIÓN DEL PREMIO

La Sociedad Española de Neurología, junto con el programa Art Hub del Hotel Barceló Sevilla Renacimiento, convocan la segunda edición de su Concurso de Pintura para celebrar su reunión anual 2026 durante el mes de noviembre en el citado Hotel.

Este certamen busca dar visibilidad y apoyo a los artistas con un primer y segundo premio adquisición de 1.500€ y 800€ respectivamente. El certamen tiene un carácter temático y los artistas tendrán que dar su visión particular sobre la neurología.

Deberán entregar sus obras físicamente en el Hotel Barceló Sevilla Renacimiento antes del 8 de noviembre.



Entrada actualizada el el 06 oct de 2026

¿Te gustaría añadir o modificar algo de este perfil?
Infórmanos si has visto algún error en este contenido o eres este artista y quieres actualizarla. O si lo prefieres, también puedes ponerte en contacto con su autor.

ARTEINFORMADO te agradece tu aportación a la comunidad del arte.

art hub Barceló Sevilla Renacimiento

Concurso de Pintura SEN&Barceló

laboral
Centro de Arte y Creación Industrial

PRERRAFAELISMO

ITINERARIOS FEMENINOS 1850-1914

TE PUEDE INTERESAR

Premios de Pintura a los que puedes presentarte en España



25 de octubre | Cambio de hora | Grado en CAFyD | Grado en Psicología | sueño

Cambio de hora de octubre: cómo afecta a tu sueño y cómo adaptarte

19/10/2026

El **cambio de hora** de octubre de 2026 será el **domingo 25 de octubre**: a las 3:00 de la madrugada, los relojes volverán a marcar las 2:00. Ese día tiene 25 horas y con él empieza el **horario de invierno**. Es el más llevadero de los dos cambios del año para tu **sueño**, aunque tu reloj interno necesita varios días para ajustarse.



Llega en pleno curso, cuando más necesitas tu atención y tu energía. En la **Universidad CEU Fernando III (CEU UF3)**, en Bormujos (Sevilla), creemos que dormir bien también forma parte de tu formación, así que te contamos qué le pasa a tu cuerpo, qué dice la ciencia y qué hábitos te ayudan a adaptarte.

¿A qué hora se atrasan los relojes el 25 de octubre?

Según la Orden PCM/186/2022, publicada en el BOE, el horario de verano termina el domingo 25 de octubre de 2026 a las 3:00. En ese momento la hora se atrasa 60 minutos y vuelven a ser las 2:00 . En Canarias, el cambio se hace a las 2:00, que pasan a ser la 1:00.

Ese domingo, por tanto, tiene 25 horas de duración oficial, como establece el Real Decreto 236/2002,

¡Bienvenido! 👋 Soy el Asesor Virtual de la Universidad CEU Fernando III

¿Te ayudo a encontrar tu programa?

Ver Oferta Académica

Preguntas Frecuentes

que regula la hora de verano en España. A partir de ahí rige el horario de invierno, hasta el domingo 28 de marzo de 2027.

Este cambio es el último que recoge el calendario actual del BOE, pero no el último previsto. La Comisión Europea ya ha publicado en el Diario Oficial de la Unión Europea las fechas de los cambios hasta 2031.

Estas son las fechas oficiales del cambio de hora este curso:

Desliza horizontalmente si no visualizas la tabla completa en modo móvil.

Fecha	Cambio
Domingo 29 de marzo de 2026	Empezó el horario de verano: a las 2:00 pasaron a ser las 3:00 (en Canarias, de 1:00 a 2:00)
Domingo 25 de octubre de 2026	Empieza el horario de invierno: a las 3:00 vuelven a ser las 2:00 (en Canarias, de 2:00 a 1:00). El día tiene 25 horas
Domingo 28 de marzo de 2027	Empieza el horario de verano
Domingo 31 de octubre de 2027	Termina el horario de verano

Fuente: BOE, Orden PCM/186/2022, Real Decreto 236/2002 y Comisión Europea, DOUE.

¿Qué le pasa a tu reloj interno con el cambio de hora?

Tu reloj interno, que marca tus ritmos circadianos, necesita varios días para reajustarse , porque se guía por señales como la luz. Según la Sociedad Española de Sueño (SES), ese reloj está situado en el cerebro y depende de factores como la temperatura y la luz. Al mover una hora los relojes, cambia el tiempo de exposición al sol durante el día.

Por eso no es raro que, los primeros días, algunas personas noten irritabilidad, falta de concentración o les cueste más dormir. Son efectos de los primeros días, mientras el reloj interno se adapta al nuevo horario.

¿Por qué el cambio de otoño es el más llevadero?

El cambio de otoño es el más llevadero porque, según la evidencia más reciente, puede incluso favorecer el descanso. Una revisión sistemática publicada en 2026 en el European Journal of Epidemiology analizó 157 estudios de 36 países. Entre sus conclusiones, señala que el cambio de otoño puede aumentar la duración del sueño . La misma revisión no encuentra efectos claros y consistentes sobre la salud mental. Dicho de otro modo, ese domingo de 25 horas es una buena ocasión para poner en orden tu descanso, no un motivo de preocupación.

¡Bienvenido! 👋 Soy el Asesor Virtual de la Universidad CEU Fernando III
¿Te ayudo a encontrar tu programa?
Ver Oferta Académica
Preguntas Frecuentes

Hora 25 Tendencias

Sociedad

Una neuróloga avisa de los problemas que causa la falta de sueño: "Las personas con insomnio tienen mayor tendencia a tener enfermedades"

Un estudio desvela que menos de la mitad de españoles duermen las horas recomendadas y España es el líder en el consumo de benzodiazepinas

España es experta en tener insomnio





LONGEVITY

Mario Riverol, neurólogo: “Los nuevos tratamientos contra el alzhéimer modifican su evolución y funcionan en fases iniciales; por eso, hay que identificar antes los primeros síntomas”

V +

El doctor Riverol valora los resultados iniciales de donanemab, el tratamiento contra el alzhéimer que, por primera vez, actúa sobre la enfermedad y no sobre los síntomas



El doctor Riverol es uno de los especialistas que ha incorporado estos nuevos tratamientos. (Manuel Castells Clemente)



Eva Carnero

22/10/2026 06:00

Síguenos en Google

La llegada de nuevos tratamientos capaces de actuar sobre algunos de los mecanismos implicados en la enfermedad de Alzheimer está abriendo una nueva etapa en su abordaje. Es el caso de donanemab, un anticuerpo dirigido contra la proteína amiloide que ya se está administrando a pacientes con alzhéimer en fases iniciales en la Clínica Universidad de Navarra. Su objetivo no es curar la enfermedad, pero sí ralentizar modestamente su evolución y preservar durante más tiempo las capacidades cognitivas y funcionales.

El doctor Mario Riverol, especialista en Neurología de la Clínica Universidad de Navarra, conoce de primera mano la incorporación de esta terapia a la práctica asistencial. Desde marzo, su equipo ha tratado a pacientes con donanemab y, aunque todavía es pronto para valorar su eficacia en la práctica clínica, la experiencia inicial está mostrando un perfil de seguridad favorable cuando se acompaña de una selección rigurosa y un seguimiento adecuado.



Lee también

Benedetta Bolognesi, biotecnóloga: “En el alzhéimer, las proteínas pueden empezar a acumularse veinte años antes de que aparezcan los síntomas”

EVELYN LÓPEZ

En esta entrevista explica cómo funciona este tratamiento, quién puede beneficiarse de él y cuáles son sus principales riesgos y limitaciones. También aborda la llegada de lecanemab, la importancia de diagnosticar antes la enfermedad y los retos que plantea hacer accesibles estas nuevas terapias. Porque, como señala el especialista, el verdadero cambio no pasa solo por disponer de nuevos fármacos, sino por aprender a detectar antes el alzhéimer y tratarlo de forma cada vez más precisa.

La Clínica Universidad de Navarra ha comenzado a administrar donanemab, un nuevo tratamiento para la enfermedad de Alzheimer.

Así es. La primera paciente fue tratada en marzo de este año; por lo tanto, llevamos seis meses administrando donanemab a pacientes con enfermedad de Alzheimer en nuestro centro.

¿Cómo actúa exactamente este medicamento?

Donanemab es un anticuerpo dirigido hacia una de las proteínas que se acumula en el cerebro de las personas con enfermedad de Alzheimer, la proteína amiloide. El anticuerpo, al unirse al amiloide, activa las células encargadas de la limpieza del cerebro, que consiguen eliminar estas proteínas.

Lee también

Alexandra Pérez Soriano, neuróloga: “El párkinson puede empezar a manifestarse con síntomas no motores, como el estreñimiento o la urgencia urinaria”
CARLA NIETO

Eduardo Tolosa, neurólogo: “Entre un 20% y un 30% de las personas diagnosticadas con párkinson no experimentan temblores”
CRISTINA CANTUDO

Después de estos seis meses, ¿cómo describiría los resultados a día de hoy?

Los ensayos clínicos han demostrado que donanemab reduce de forma muy significativa la carga de amiloide cerebral y que esa reducción se acompaña de una ralentización del deterioro cognitivo y funcional. En los estudios se ha comunicado una reducción del deterioro de aproximadamente un 27 % a un 35 % durante los primeros 18 meses. Lo que podemos decir ya por nuestra experiencia es que el tratamiento es implementable y está mostrando un buen perfil de seguridad cuando se administra en una unidad especializada y con los controles adecuados. Es una cuestión importante, porque trasladar un tratamiento desde los ensayos clínicos a la práctica asistencial plantea siempre retos. Sobre su eficacia en nuestros pacientes, todavía es pronto para pronunciarnos. Necesitamos más tiempo de seguimiento antes de poder valorar ese aspecto con rigor.

Aun así, ¿cómo calificaría hoy la puesta en marcha de esta terapia?

Diría que es un avance muy relevante. Estos fármacos no revierten o paran la enfermedad, pero por primera vez disponemos de tratamientos que no se limitan exclusivamente a tratar los síntomas, sino que actúan sobre un mecanismo biológico de la enfermedad y consiguen modificar modestamente su evolución. El beneficio clínico, considerado individualmente, puede parecer moderado, pero en una enfermedad progresiva y sin tratamiento curativo, ganar tiempo con una mejor conservación de las capacidades cognitivas y funcionales puede tener un valor importante para el paciente y para su familia.

> **“ Estos fármacos no revierten o paran la enfermedad, pero por primera vez consiguen modificar modestamente su evolución**
>
> **Mario Riverol**

¿Cuál es la principal novedad de donanemab respecto a otros medicamentos anteriores?

La diferencia fundamental es que los tratamientos que utilizábamos tradicionalmente eran fundamentalmente sintomáticos. Podían ayudar a controlar durante un tiempo determinados síntomas, pero no habían demostrado modificar de manera clara el proceso biológico subyacente. Donanemab pertenece a una nueva generación de tratamientos que actúan directamente sobre la enfermedad, en este caso eliminando depósitos de amiloide. Ese cambio de concepto probablemente sea tan importante como el propio beneficio clínico que conseguimos hoy: abre la puerta a una nueva etapa en el tratamiento del alzhéimer.

Un paso importante. De eso, no hay duda. Sin embargo, también debe tener sus puntos débiles o mejorables...

Así es. Necesitamos tratamientos más eficaces, más seguros, más sencillos de administrar y accesibles para un mayor número de pacientes. Actualmente, el tratamiento requiere una selección cuidadosa del paciente, confirmación de la presencia de amiloide

cerebral, infusiones intravenosas y seguimiento mediante resonancias magnéticas por el riesgo de determinadas alteraciones radiológicas. El objetivo futuro debería ser detectar la enfermedad todavía antes y disponer de terapias que puedan combinar distintos mecanismos, no únicamente el amiloide.

Lee también

“Inaugura una nueva era de tratamientos biológicos contra el alzheimer que se pueden aplicar de forma sencilla”: el primer fármaco para esta demencia que se puede administrar en casa

ENRICO CASTROFLORI

Uno de los aspectos que más suele preocupar a cualquier paciente son los efectos adversos del medicamento. En este sentido, usted ha comentado que son menos importantes de lo que esperaban. ¿A qué efectos secundarios se refiere?

Principalmente a las denominadas ARIA, alteraciones relacionadas con el amiloide, que podemos observar mediante resonancia magnética y que incluyen fundamentalmente edema cerebral y pequeñas hemorragias. En la mayoría de los casos son asintomáticas, aunque excepcionalmente pueden producir complicaciones importantes, y por eso realizamos un seguimiento radiológico estrecho. Cuando señalamos que estamos observando menos efectos adversos de los esperados, nos referimos a nuestra experiencia inicial, que está siendo favorable, pero todavía tenemos pocos pacientes y poco tiempo de seguimiento, por lo que debemos ser prudentes.

También ha anunciado que en breve comenzarán a administrar otro fármaco, lecanemab. ¿Qué hace este medicamento que no hace donanemab?

Ambos medicamentos pertenecen a la misma familia y tienen un objetivo común: reducir la proteína amiloide del cerebro. Por tanto, no diría que lecanemab hace algo que donanemab no pueda hacer, sino que son dos estrategias diferentes contra una misma diana terapéutica. Existen diferencias en la forma de reconocer el amiloide, en la pauta de administración y en la duración del tratamiento. Donanemab se administra aproximadamente cada cuatro semanas y puede suspenderse una vez conseguida una eliminación suficiente de amiloide, con una duración máxima establecida en Europa de 18 meses. Lecanemab se administra inicialmente cada dos semanas. Disponer de ambas alternativas amplía nuestras herramientas terapéuticas y permite individualizar mejor la decisión para cada paciente.

> **“ Estos tratamientos no están indicados para todos los pacientes con enfermedad de Alzheimer, sino para aquellos en fases iniciales**
>
> **Mario Riverol**

¿Todos los pacientes de alzhéimer son candidatos a este tratamiento?

No. Y este es un mensaje fundamental. Estos tratamientos no están indicados para todos los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Están dirigidos a pacientes en fases iniciales, es decir,

con deterioro cognitivo leve o demencia leve debida a enfermedad de Alzheimer, y hay que demostrar además que existe acumulación cerebral de amiloide. Por tanto, antes del tratamiento es necesario realizar una evaluación neurológica y pruebas específicas para determinar si una persona puede beneficiarse de él y si hacerlo resulta suficientemente seguro.

Para garantizar esa seguridad, se han de tener en cuenta las contraindicaciones. ¿Cuáles son las principales?

Además de encontrarse fuera de la fase de enfermedad para la que está indicado, debemos valorar especialmente aquellas situaciones que puedan incrementar el riesgo de hemorragia cerebral o de ARIA. Por eso, es imprescindible estudiar previamente al paciente mediante resonancia magnética y determinar su genotipo ApoE, una variante genética que puede aumentar el riesgo de ARIAs. Más que una única contraindicación, lo importante es transmitir que la selección debe ser individualizada y rigurosa, valorando conjuntamente el beneficio esperado y los posibles riesgos.

Lee también

¿Podría la menopausia ser la clave del envejecimiento? Los cambios cerebrales durante esta etapa abren nuevas vías para estudiar la longevidad femenina
MÓNICA M. BERNARDO

Mònica Bulló, investigadora: “La salud cerebral y la salud metabólica están conectadas, y actuar sobre estos factores puede reducir el riesgo de demencia”
EVA CARNERO

Volviendo a los pacientes “ideales”. El principal requisito es que presenten un diagnóstico de alzhéimer leve. Sin embargo, ahí radica uno de los problemas de esta enfermedad, que no suele detectarse precozmente.

Exactamente. De hecho, creo que la llegada de estos tratamientos nos obliga a cambiar también la manera en la que

diagnosticamos el alzhéimer. Ahora sabemos que los nuevos tratamientos funcionan precisamente en las fases iniciales. Por eso, necesitamos identificar antes los primeros síntomas, mejorar los circuitos desde Atención Primaria hasta las unidades especializadas y facilitar el acceso a biomarcadores que permitan confirmar el diagnóstico. Cuanto antes consigamos identificar correctamente la enfermedad, mayor será la oportunidad de intervenir sobre ella.

En cuanto a la accesibilidad al tratamiento. ¿Es un fármaco al alcance de la mayoría de los pacientes?

Evidentemente, todavía no es así. Aunque estos fármacos están aprobados por las autoridades europeas, en nuestro país no están financiados. La Sociedad Española de Neurología (SEN) ha defendido los avances que aportan estos medicamentos para una enfermedad tan prevalente y que en España afecta a 800.000 personas. Debemos buscar alternativas que permitan que más población afectada se pueda beneficiar de estos fármacos innovadores y de otros que puedan llegar en el futuro. Además del coste del medicamento, requieren infraestructura diagnóstica, infusiones hospitalarias, resonancias de seguimiento y equipos con experiencia.

Lee también

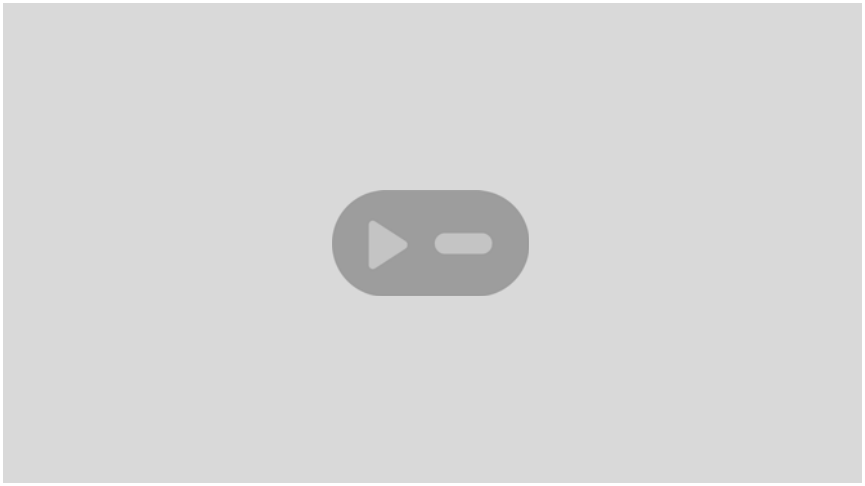
Gonzalo Sánchez Benavides, investigador: “La presión arterial baja entre un 10 y un 20% durante el sueño; la ausencia de bajada se asocia a mayor riesgo de alzhéimer”

CRISTINA CANTUDO

Por último, ¿cuáles serían los retos de esta enfermedad a corto y medio plazo?

Yo señalaría cuatro grandes desafíos. El primero, diagnosticar antes, porque estos tratamientos tienen sentido fundamentalmente en las fases iniciales; el segundo es seguir mejorando la eficacia y seguridad de las terapias modificadoras de la enfermedad; el tercero, será probablemente desarrollar tratamientos combinados. El alzhéimer es una enfermedad

biológicamente muy compleja y es poco probable que actuar sobre una única proteína resuelva por completo el problema. En el futuro tendremos que intervenir sobre distintos mecanismos, entre ellos, amiloide, tau, neuroinflamación u otros procesos relacionados con la neurodegeneración; y el cuarto es conseguir que todos estos avances sean sostenibles y accesibles. El verdadero salto no será únicamente disponer de tratamientos nuevos, sino ser capaces de identificar a las personas que pueden beneficiarse de ellos y ofrecérselos de una manera segura, eficiente y equitativa. En definitiva, no estamos ante la cura del Alzheimer, pero sí ante un cambio de etapa: por primera vez empezamos a disponer de herramientas capaces de modificar el curso de la enfermedad.



Podcast La Belleza es nuestra, E 153: Cómo afectan la IA y el uso de las pantallas a nuestro cerebro, con David Ezpeleta



Paloma Sancho, Vídeo: Eduardo Garrido

Jueves, 22 de octubre de 2026 - **12:02**

Salud

Podcast La Belleza es nuestra, E 153: Cómo afectan la IA y el uso de las pantallas a nuestro cerebro

Según estudios de la Sociedad Española de Neurología, más del 70% de los adultos en España supera el tiempo recomendado de uso de redes sociales a diario. Los menores tampoco se quedan atrás, y niños y adolescentes de 8 a 16 años dedican más de tres horas y media diarias a las pantallas, según el informe de Gasol Foundation. Un tiempo excesivo, sin duda, que tiene un impacto sobre la salud de nuestro cerebro. De todo esto hablamos con el doctor David Ezpeleta Echávarri, vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología y responsable del área de Neurotecnología e IA de dicha sociedad, y jefe de servicio de Neurología del hospital vithas La Milagrosa.

BELLEZA BIENESTAR SALUD

PUBLICIDAD

Tratamiento preventivo

Lucía Galán, pediatra, sobre una enfermedad que afecta a millones de españoles: "La migraña no es un simple dolor de cabeza, es una enfermedad neurológica"

- La experta pone el foco en el estigma que acompaña a quienes padecen la enfermedad: "¿Sabéis que hay personas que incluso llegan a ocultarla?"
- El 50% de las personas con migraña se automedica y un 12% usa opioides para paliar el dolor
- Los neurólogos denuncian el "limitado" acceso de los pacientes españoles a los nuevos (y mejores) fármacos para la migraña: "Aumenta el sufrimiento"



Una mujer con dolor de cabeza. / EUROPA PRESS / REDES SOCIALES (LUCÍA GALÁN)

¿Ya nos sigues? Añádenos en Google

Leer Cerca Jugar

PACIENTES

CEAFA reivindica un acceso equitativo a los tratamientos para pacientes de Alzheimer frente al Defensor del Pueblo

La CEAFA solicita un encuentro con el Defensor del Pueblo tras reclamar la situación actual del acceso de pacientes de Alzheimer a los tratamientos, limitados por una falta de aprobación de medicamentos (excluidos de la financiación pública) que impide combatir la enfermedad desde su etapa temprana

La Sociedad Española de Neurología exige más financiación pública para nuevos fármacos frente al alzhéimer

Fármacos frente al Alzheimer: "Entramos en terreno económico y eso nos plantea un dilema ético"



Hombre mayor con alzhéimer - QUIRÓNSALUD

La Confederación Española de Alzheimer y otras Demencias (CEAFA) ha remitido **una queja** al **Defensor del Pueblo**, **Ángel Gabilondo**, en la que han trasladado la **situación de inequidad** generada por la falta de financiación pública de los únicos **tratamientos autorizados en Europa** capaces de **ralentizar** la progresión del Alzheimer en sus fases iniciales.

La institución ha recordado que los fármacos que ya fueron autorizados por la

Agencia Europea del Medicamento en 2025 para determinados pacientes que padecen Alzheimer en fase temprana, bajo distintos y estrictos criterios clínicos y de seguridad. No obstante, estos no se han podido integrar al sistema (y, por ende, permanecen **fuera de la financiación pública**) ya que la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos (CIPM) **ha rechazado en varias ocasiones** su inclusión en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. El último rechazo se produjo el pasado 15 de julio y, en respuesta, la CEAFA también emitió una Carta Abierta junto a siete sociedades científicas.

Consecuentemente, estos medicamentos se mantienen prescritos en el ámbito privado, accesibles solo para quienes puedes costearlos: "Personas con la misma enfermedad, la misma necesidad sanitaria y la misma indicación clínica reciben así una respuesta diferente en función de sus recursos económicos", han reclamado.

La CEAFA critica una situación que afecta

"directamente al ejercicio de derechos fundamentales"

Además de la desigualdad en el acceso, la CEAFA también ha puesto en valor la **urgencia del tiempo**, ya que el acceso a estos tratamientos **sólo es posible** en las **etapas tempranas** de esta enfermedad. Existen pacientes cuyos criterios clínicos les permitiría recibir estos medicamentos, pero con cada mes de retraso se cimenta la **pérdida definitiva** de acceso a una terapia capaz de ralentizar la progresión del Alzheimer.

Así, la confederación aleja la conversación de la limitada perspectiva de que esto es un "debate sobre política farmacéutica" para reivindicar que esta situación afecta "directamente al ejercicio de derechos fundamentales". Señalan que la falta de acceso equitativo **compromete el derecho a la protección de la salud** (reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española) y debe valorarse según el artículo 9.2, que obliga a los poderes públicos a promover una **igualdad real y efectiva**.

La queja también invoca los principios de equidad e igualdad efectiva recogidos en la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, así como las garantías del artículo 49 de la Constitución en materia de autonomía o personal, dado que muchas personas con Alzheimer se encuentran o llegarán a encontrarse en situación de discapacidad o dependencia.

Dado que entre las funciones constitucionales del Defensor del Pueblo se encuentran la defensa de los derechos reconocidos en la Constitución y la supervisión de la actuación de las administraciones públicas, CEAFA ha solicitado un encuentro con Ángel Gabilondo para trasladarle de primera mano la realidad de los pacientes y sus familias.

*Los contenidos de ConSalud están elaborados por periodistas especializados en salud y avalados por un comité de expertos de primer nivel. No obstante, recomendamos al lector que cualquier duda relacionada con la salud sea consultada con un profesional del ámbito sanitario.



(https://fitecu.es/)

Actualidad (https://www.geriatricarea.com/categorias/actualidad/)

Una guía para el manejo cotidiano de los cambios de conducta en personas con demencia

Octubre, 2026 (https://www.geriatricarea.com/una-guia-para-el-manejo-cotidiano-de-los-cambios-de-conducta-en-personas-con-demencia/)



f/https://www.linkedin.com/shareArticle?mini=true&url=https://www.geriatricarea.com/una-guia-para-el-manejo-cotidiano-de-los-cambios-de-conducta-en-personas-con-demencia/&utm_source=online%20magazine&utm_medium=banner&utm_campaign=laundry-2

¡Newsletter!

026-01-ES&utm_content=customers)



(https://colisee.es/)

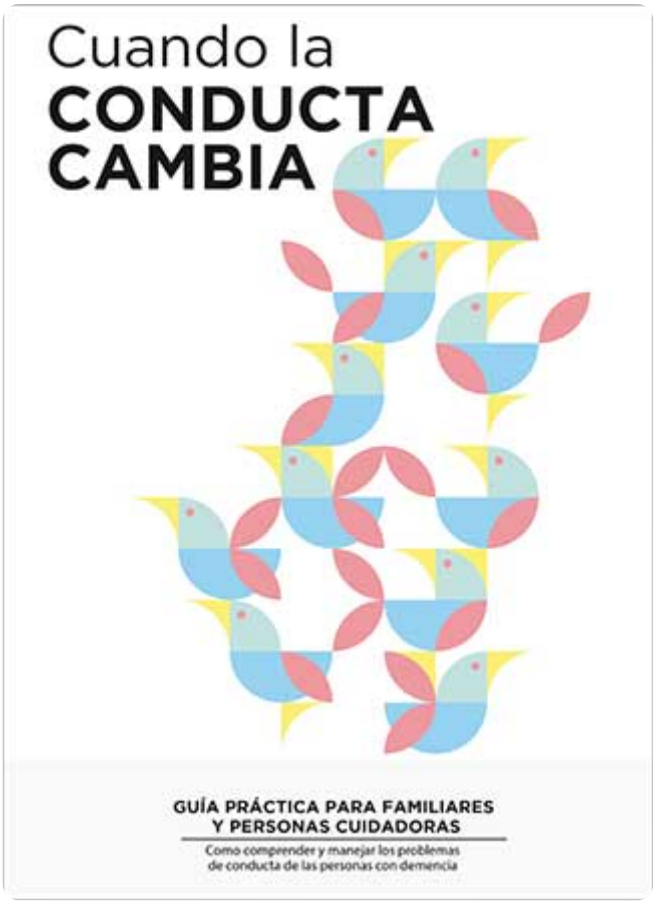
Con el fin de ofrecer orientación y estrategias para el manejo cotidiano de los cambios de conducta que pueden aparecer en las personas con demencia, la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), en colaboración con la Sociedad Española de Neurología (SEN) y la Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG), ha elaborado la guía práctica *"Cuando la conducta cambia. Cómo comprender y manejar los problemas de conducta de las personas con demencia"*.

Los **cambios de conducta** que pueden aparecer en las personas con demencia no aparecen *«sin motivo»*, son manifestaciones de las dificultades que la enfermedad provoca para comprender el entorno, comunicarse, orientarse o o realizar actividades cotidianas.

También pueden estar relacionadas con necesidades básicas no cubiertas, como hambre o sueño, problemas médicos como dolor o infecciones, efectos de determinados medicamentos, cambios de domicilio o de entorno, dificultades para reconocer a familiares o lugares habituales, así como con el propio estrés de quienes ejercen los cuidados.

f(https://www.linkedin.com/shareArticle?mini=true&url=https%3A%2F%2Fwww.geriatricarea.com%2Funa-guia-para-el-manejo-cotidiano-de-los-cambios-de-conducta-en-personas-con-demencia%2F)

¡Newsletter!



Los autores de esta guía destacan que **comprender el significado de estos comportamientos (https://www.geriatricarea.com/la-conducta-como-lenguaje-en-la-demencia/)** y responder de forma adecuada puede contribuir a reducir el malestar, favorecer el bienestar de la persona y facilitar la labor de familiares y personas cuidadoras.

Tal y como se indica en esta publicación, el **deterioro cognitivo (https://www.geriatricarea.com/deterioro-cognitivo-monografico-especial-geriatricarea-2/) y la demencia afectan de forma progresiva** a funciones como la memoria, la atención, el lenguaje o la capacidad de razonamiento, comprometiendo gradualmente la autonomía para realizar las actividades de la vida diaria.

En estas alteraciones cognitivas y funcionales también pueden aparecer **cambios emocionales y conductuales** que constituyen una de las principales fuentes de preocupación para quienes prestan cuidados.

Cuidar es tu talento
LOS NOGALES
Las mejores residencias en Madrid
¡Newsletter!

La guía *"Cuando la conducta cambia. Cómo comprender y manejar los problemas de conducta de las personas con demencia"* recalca que cada persona vive la enfermedad de manera diferente, por lo que **no todas las recomendaciones son igual de eficaces en todos los casos**. No obstante, plantea una serie de **principios generales** que pueden servir de referencia para afrontar estas situaciones desde un enfoque centrado en la persona.

Cuatro pilares para prevenir o reducir las alteraciones conductuales

En esta guía los especialistas de **SEGG (https://www.segg.es/)**, **SEN (https://www.sen.es/)** y **SEPG (https://www.sepg.es/)** establecen cuatro pilares fundamentales que contribuyen a prevenir o reducir las alteraciones conductuales:

- Un **entorno tranquilo, seguro y predecible**, favoreciendo el orden, una iluminación adecuada, un ambiente con pocos ruidos, una temperatura confortable y elementos que faciliten la orientación, como relojes, calendarios o señales visuales. Asimismo, recomienda **eliminar obstáculos** que puedan aumentar el riesgo de caídas y adaptar el espacio para favorecer la seguridad y disminuir la desorientación.

- **Mantener rutinas estables** y adaptar las actividades al ritmo y capacidades de la persona. La guía aconseja realizar las tareas habituales en horarios regulares, anticipar lo que va a ocurrir, dividir las actividades en pequeños pasos, evitar las prisas y reforzar positivamente cada colaboración, favoreciendo así la autonomía y reduciendo el estrés.

- **Comunicación fluida**, destacando la importancia de utilizar frases sencillas, hablar despacio, formular preguntas cerradas, emplear un tono calmado y validar las emociones de la persona sin insistir en que recuerde hechos que ha olvidado. También subraya **el papel de la comunicación no verbal**, recomendando mantener el contacto visual, respetar el ritmo de la persona y utilizar gestos de afecto cuando sean bien aceptados.

- Ofrecer **actividades significativas**, adaptadas tanto a las capacidades

f(https://www.linkedin.com/shareArticle?mini=true&url=https%3A%2F%2Fwww.geriatricarea.com%2Funa-guia-para-el-manejo-cotidiano-de-los-cambios-de-conducta-en-personas-con-demencia%2F)

habilidades y mantener el vínculo con actividades que hayan tenido sentido a lo largo de su vida.

¡Newsletter!

ES

Hora 25

España es experta en tener insomnio

17:23

SER Podcast

ES

evitarlo? Hablamos con Celia García, neuróloga y coordinadora del Grupo de Estudio de los Trastornos de la Vigilia y el Sueño de la Sociedad Española de Neurología.

Más episodios

La polémica visita de Milei a España y la comparación de Feijóo de la okupación con pedir una pizza

Con Raquel Ejerique, Josep Ramoneda y Cristina de la Hoz. Entrevistamos a Franco Delle Donne, experto en ultraderecha, sobre el auge de esta tendencia a nivel global y por la visita de Milei a España. Una visita polémica en la que ha insultado a Pedro Sánchez y a varios periodistas -una de ellas, de la SER-, en la que se ha visto y abrazado con Ayuso y en la que no se ha encontrado con Abascal. Además, el Constitucional no ha levantado el veto del Supremo sobre la ley de nietos, por los que los nacionalizados no podrán votar. Y Feijóo asegura que la okupación es tan sencilla como que alguien vaya a tu casa con el ticket de una pizza.

86:18

Franco Delle Donne, experto en ultraderecha: "Las contradicciones, para ellos, no son un problema"

Franco Delle Donne, uno de los mayores especialistas del avance de la ultraderecha en Europa, ha visitado Hora 25 el día en que Javier Milei ha llegado a Madrid, ha llamado "impresentable dictador" a Pedro Sánchez y ha faltado al respeto a una periodista de la SER. El experto y catedrático ha asegurado que Milei ha hecho de la descalificación pública de cualquier persona, incluso de Sánchez, en este caso, "un método político", un método de construir poder y "un discurso que le permite reforzar la idea de que él representa la ruptura con todo lo establecido".

14:39

Ángel Munárriz: "Milei ha tenido siempre un grupo de admiradores en posiciones antiestado"

El mejor análisis de la actualidad para conocer y comprender lo que sucede en España y el mundo. Con los protagonistas del día y las voces de referencia.

04:32

Ver listado completo

Podcasts

Rechercher

Accueil

Nouveautés

Classements

Se connecter

21 octobre

Tendencias | España es experta en tener insomnio

Hora 25 >

17 min

Esta noche hablamos del gran mal común de España: los problemas para conciliar el sueño. Se estima que 4 millones de españoles padecen insomnio, pero ¿qué podemos hacer para evitarlo? Hablamos con Celia García, neuróloga y coordinadora del Grupo de Estudio de los Trastornos de la Vigilia y el Sueño de la Sociedad Española de Neurología.

Hôtes et personnes invitées



José Luis Sastre
Animation

Informations

Émission
Hora 25

Chaîne
SER Podcast

Fréquence
Tous les jours

×1 15 30

Sélectionnez un autre pays pour afficher le contenu spécifique du lieu où vous vous trouvez

España

Continuer

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA (SEN)

Becas SONES Sociedad Española de Neurología

Becas de investigación | Becas para trabajadores | Becas para médicos | Becas para proyectos | Universitarios

INSCRIPCIONES

Inicio
01/09/2026

Fin
01/10/2026

Finalizada

Esta beca ha finalizado. Regístrate y te avisamos cuando haya nuevas.

Regístrate ¡GRATIS!

Becas Awex

Tu carné con ISIC

Ir a

Becas SONES Sociedad Española de Neurología: solicitud y plazos

Descripción

Las **Becas SONES Sociedad Española de Neurología** que convoca esta sociedad, tienen como principal objetivo el de fomentar la investigación clínica o preclínica en el ámbito de la Neurosonología.

Pueden participar en esta convocatoria aquellos miembros de la SEN y de la SONES que cuenten con el título de especialista en Neurología, y que redacten un proyecto de investigación claro, ordenado y que cuente con los aspectos detallados que se indican en las bases de la convocatoria.

Mediante las Becas SONES Sociedad Española de Neurología se concederá una cuantía económica de 5.000 euros brutos que estarán destinados a financiar la realización del proyecto de investigación que resulte seleccionado y que tendrá una duración de entre 6 a 12 meses de duración.

La Sociedad Española de Neurología (SEN) es una asociación sin ánimo de lucro que centra sus actividades en motivar y facilitar la realización de trabajos de investigación en el ámbito de la Neurología, mediante los que se consiguen avance médicos que pueden ser aplicados a la población.

En esta ocasión, y mediante las Becas SONES Sociedad Española de Neurología, los profesionales médicos neurólogos, tendrán una importante oportunidad mediante la que podrán desarrollar sus proyectos de investigación.

Conoce aquí y ahora toda la información relacionada con estas becas que ofrece la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Datos básicos

Nº de becas	No especificado
Nivel de estudio	Grado

mallorcadiario.com (https://www.mallorcadiario.com/)

la siesta Magazine (https://lasiestamagazine.mallorcadiario.com)

Dolor de cabeza sin pastillas: qué puntos presionar y cuáles son un mito

Una revisión Cochrane con 2.349 adultos midió el efecto de la acupuntura en la cefalea tensional; los ensayos sobre presionar con los dedos son mucho más pequeños. Aquí están los puntos que circulan, lo que sostiene cada uno y las señales que obligan a dejar de improvisar.



Foto: Kaboompics.com / Pexels



Neus Bellver (https://lasiestamagazine.mallorcadiario.com/autor/neus-bellver/)

20 octubre, 2026(https://lasiestamagazine.mallorcadiario.com/2026/10/20/)

ACTUALIZADO 7:13 AM

Usamos cookies en nuestro sitio web para brindarle la experiencia más relevante recordando sus preferencias y visitas repetidas. Al hacer clic en "Aceptar todo", acepta el uso de TODAS las cookies. Sin embargo, puede visitar "Configuración de cookies" para proporcionar un consentimiento controlado.

Cookie Settings Aceptar todo

na revisión Cochrane que reunió 12 ensayos y 2.349 adultos midió qué oc

Los datos de esa revisión (https://www.cochrane.org/es/CD007587/acupuntura-para-la-cefalea-de-tipo-tensional) proceden de agujas insertadas por un profesional. Para los dedos apretando la piel, que es lo que circula en vídeos de un minuto, la evidencia es mucho más fina.

El ensayo más citado sobre acupresión en cefalea crónica siguió a 28 pacientes. **Quienes se presionaban los puntos marcaron 32,9 en una escala de dolor de 100 al mes de empezar, frente a 55,7 de los que tomaban un relajante muscular,** y la diferencia aguantó a los seis meses. Con 28 personas no se construye una recomendación clínica. El Servicio Murciano de Salud revisó la digitopuntura para el dolor leve y moderado y se quedó en que puede tener una función, con investigación insuficiente para ir más allá.

Qué punto se presiona y por qué

Los tres que aparecen siempre son Hegu, en la membrana entre el pulgar y el índice; **Yintang, en el entrecejo; y la base del cráneo, donde el trapecio se inserta en el hueso.** Los dos primeros vienen del mapa de meridianos de la medicina tradicional china. El tercero coincide con la musculatura suboccipital, la que se contractura cuando se pasan horas con la cabeza adelantada frente a una pantalla.

La presión sobre un músculo contracturado del cuello sí tiene mecanismo conocido: amasarlo reduce el dolor que irradia hacia la cabeza. El mito es la explicación energética, y también la promesa de que un punto concreto corta una crisis en marcha. **Quien se presiona Hegu 30 segundos esperando que el dolor desaparezca está probando algo que ningún ensayo serio ha medido.**

Lo que sí reduce las crisis

Las medidas que el servicio público de salud británico recomienda para la cefalea tensional son menos vistosas: dormir mejor, aplicar calor o frío en el cuello cuando duele, usar una almohada baja y firme y bajar la cafeína del té, el café y los refrescos de cola. En el apartado del sueño hay más respaldo del que parece, porque el insomnio crónico responde mejor a la terapia conductual que a una pastilla (https://lasiestamagazine.mallorcadiario.com/salud-y-belleza/emedios-insomnio-sin-farmacos/). Y mantener una buena postura (https://lasiestamagazine.mallorcadiario.com/salud-y-belleza/como-mantener-una-buena-postura-y-prevenir-dolores-de-espalda/) actúa sobre el mismo músculo que se intenta aliviar con los dedos.

Insistir con analgésicos tiene su propia factura, y está cuantificada. Tomar paracetamol, ibuprofeno o aspirina 15 o más días al mes durante más de tres meses define la cefalea por uso excesivo de medicación, según el documento de consenso publicado en la revista *Neurología*. En España afecta al 1,4 % de la población y al 2,6 % de las mujeres.

Hay dolores de cabeza que no admiten ensayo y error. La guía de cefaleas para Atención Primaria de la Sociedad Española de Neurología (https://www.sen.es/pdf/guias/GuiaCefaleaAtencionPrimaria.pdf) manda a urgencias la cefalea de aparición brusca y muy intensa, la que llega con fiebre y rigidez de cuello, la que viene con pérdida de fuerza, alteración del habla o somnolencia, y cualquiera que aparezca después de un golpe en la cabeza o en una persona anticoagulada. Casi el 90 % de las cefaleas que llegan al médico de cabecera son tensionales o migrañas; el 10 % restante

Usamos cookies en nuestro sitio web para brindarle la experiencia más relevante recordando sus preferencias y visitas repetidas. Al hacer clic en "Aceptar todo", acepta el uso de TODAS las cookies. Sin embargo, puede visitar "Configuración de cookies" para proporcionar un consentimiento controlado.
Cookie Settings Aceptar todo

MEDICINA

La nueva especialidad de Genética, clave para acortar la “odisea diagnóstica” de las enfermedades neurológicas

Elena Muiño, secretaria del Grupo de Estudio de Neurogenética y Enfermedades Raras de la Sociedad Española de Neurología (SEN), nos cuenta qué beneficios va a suponer para ellos la creación de la nueva especialidad de Genética

La especialidad de Genética de Laboratorio: ¿el primer paso de los veterinarios hacia la Formación Sanitaria Especializada?

La nueva especialidad de Genética, aliada para los médicos de Primaria: “Van a estar muy interconectados”



Elena Muiño, secretaria del Grupo de Estudio de Neurogenética y Enfermedades Raras de la SEN - STROKEMICS

El diagnóstico de una **enfermedad neurogenética** es difícil, y los programas de gestión y formación no siempre están bien definidos. Según un estudio de la Academia Europea de Neurología (EAN, por sus siglas en inglés), el 10% de los neurólogos del continente no tienen constancia de la disponibilidad de **diagnóstico presintomático y prenatal** en sus países, casi la mitad desconocen los programas de cribado neonatal existentes y prácticamente la totalidad manifiestan la necesidad de **más educación y formación** en neurogenética. En España, estamos cerca de dar un paso

adelante muy importante en este sentido: la creación de las dos nuevas especialidades de Genética Médica y de Genética de Laboratorio está a punto de caramelo.

Y es que el nuestro es, de hecho, el **único país de la Unión Europea** que todavía no cuenta con especialidad en genética, algo que resulta muy llamativo si se tiene en cuenta que actualmente existen alrededor de 7.000 enfermedades raras, el 80% son de origen genético y **la mitad tienen alguna manifestación neurológica.** Además, reconocen desde la Sociedad Española de Neurología (SEN), la **base genética** de las enfermedades neurológicas es un aspecto que muchas veces queda diluido en la práctica asistencial habitual. Por eso, ellos también celebran esta noticia: contar con especialistas en Genética Médica, aseguran, permitirá “complementar y potenciar” la labor que ya realizan los genetistas y asesores genéticos.

Su “**perfil puente**”, indica a ConSalud.es la doctora Elena Muiño, secretaria del Grupo de Estudio de Neurogenética y Enfermedades Raras de la SEN, facilitará precisamente la “**traslación directa**” de los hallazgos genéticos a la práctica clínica. "En realidad, ya existen profesionales que ejercen en la práctica este rol de nexo entre una especialidad médica y la genética. Oficializarla es el **paso lógico y necesario** para estructurar y homogeneizar esta colaboración”, añade la neuróloga del Hospital de la Sata Creu i Sant Pau de Barcelona.

> **"Oficializar la especialidad es el paso lógico y necesario para estructurar y homogeneizar esta colaboración entre neurólogos y genetistas"**

Ante la sospecha de una causa genética al abordar las enfermedades genéticas, el trabajo “codo con codo” entre el neurólogo y el genetista clínico permitirá “optimizar” la orientación diagnóstica e **identificar “de forma mucho más rápida y precisa” la prueba genética más adecuada** para su paciente y su familia. En concreto, su impacto será “transformador” en las enfermedades genéticas minoritarias, tales como encefalopatías epilépticas, parkinsonismos de inicio temprano, demencias hereditarias o de debut precoz, **ataxias** y enfermedades neuromusculares. “En todas ellas, **la correlación fenotipo-genotipo es sumamente compleja** y la alianza con los genetistas es clave”,

insiste la experta de la sociedad científica.

ODISEA DIAGNÓSTICA

Elena Muiño habla incluso de una “**odisea diagnóstica**” que espera que la nuevas especialidades de **Genética Médica y Genética de Laboratorio** puedan acortar: al capacitar a más facultativos y dotar a los hospitales de equipos multidisciplinares, el diagnóstico diferencial se “enriquecerá” y los estudios genéticos se podrán **dirigir de forma mucho más eficiente** desde el primer momento, “evitando pruebas innecesarias y demoras evitables”.

Un estudio publicado en *Orphanet Journal of Rare Diseases*, basado en el Registro Estatal de Enfermedades Raras de España, indica que el **tiempo promedio hasta el diagnóstico** de una enfermedad rara en nuestro país es de **más de seis años**, y que el 64,2% de los pacientes con enfermedades del sistema nervioso sufren retraso diagnóstico. En algunos casos concretos, como el de la paraparesia espástica hereditaria, el porcentaje sube hasta el 88,7%.

“Acortar el tiempo de diagnóstico le cambia la vida al paciente y a su entorno. Ponerle nombre y apellidos a una enfermedad aporta un **enorme alivio emocional** a las familias, que por fin entienden a qué se enfrentan, y permite a los pacientes encontrar su identidad dentro del colectivo, conectarse con asociaciones de pacientes y visibilizar su patología”, subraya Muiño.

> **“Acortar el tiempo de diagnóstico le cambia la vida al paciente y a su entorno"**

Además, apunta la neuróloga, aunque el pronóstico a veces sea variable, el **diagnóstico preciso** permite **diseñar un plan de seguimiento “proactivo y personalizado”**; por ejemplo, monitorizando complicaciones. “También existen cada vez más tratamientos específicos o de precisión para enfermedades genéticas concretas. Contar con el diagnóstico a tiempo es vital para no perder esa oportunidad terapéutica, y el **primer paso indispensable** para que la investigación avance y que los hospitales puedan crear unidades

específicas”.

EQUIDAD TERRITORIAL Y FORMACIÓN

Una de las grandes carencias a la hora de atender a pacientes con enfermedades neurológicas de origen genético es la **inequidad territorial e intrahospitalaria**: no todos los centros disponen de un servicio de genética consolidado ni del personal suficiente para realizar un asesoramiento genético completo o estructurar consultas multidisciplinares. También, la falta de una formación específica y reglada en genética clínica durante la **residencia de Neurología**, lo que “genera dudas” a la hora de seleccionar el test genético óptimo entre la amplia oferta disponible o de interpretar hallazgos complejos, “especialmente las **variantes de significado incierto** o el manejo de herramientas bioinformáticas”. “La nueva especialidad nos dará un aliado directo para resolver estas dudas de forma ágil”, confía Elena Muiño.

La neuróloga espera, en definitiva, que la creación de la especialidad corrija todas estas carencias, promueva una **convivencia estrecha** entre Neurología y Genética Médica y fomente la formación continuada, “repercutiendo directamente en una mejor atención para los pacientes”. “La Genética Médica nos permitirá no solo caracterizar el defecto molecular exacto de cada paciente, sino también **identificar dianas terapéuticas específicas**, predecir la respuesta a fármacos y anticipar la progresión de la enfermedad. Además, será decisiva para la selección adecuada de candidatos a ensayos clínicos de terapias avanzadas, situando a la Neurología a la vanguardia de la medicina de precisión”, sentencia la experta.

ARCHIVADO EN

Neurología *Genética*

Publicidad

ENFERMEDADES

Susana Arias, neuróloga: «Las enfermedades neurológicas son responsables de casi el 19 % de la mortalidad»



CINTHYA MARTÍNEZ
LUGO / LA VOZ



Susana Arias, al lado del autobús del cerebro promovido por la Sociedad Española de Neurología (SEN).

La experta aborda las claves para prevenir las enfermedades neurológicas, que afectan a 23 millones de personas en nuestro país

23 Oct 2026. Actualizado a las 05:00 h.

Comentar

Publicidad

as enfermedades neurológicas tienen un enorme impacto sobre la salud y la ‹

La Susana Arias (Santiago, 1979), vocal de relaciones profesionales de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y neuróloga en el área sanitaria de Santiago de Compostela y Barbanza, aborda su incidencia y prevención.

—¿Cuál es la incidencia de las enfermedades cerebrales en España?

—Los datos de incidencia y prevalencia son asombrosos. Prácticamente casi el 40 % de la población española padece una enfermedad neurológica y son responsables de casi el 19 % de la mortalidad. Por poner un ejemplo, la enfermedad cerebrovascular, el ictus, es la principal causa de muerte en las mujeres en nuestro país y en nuestra comunidad autónoma. Cinco millones de sujetos en España padecen cefalea tipo migraña. Hay alrededor de 700.000 que padecen deterioro cognitivo y estas cifras no tienen una parada, sino que se supone que incluso para el 2050 serán casi dos millones de sujetos los que padecerán deterioro cognitivo en nuestro país.

Publicidad

—¿La incidencia de algunas estas enfermedades neurológicas seguirá en aumento?.

—Sí, porque la edad es el principal factor de riesgo. Además, nosotros sabemos que vivimos en una de las comunidades y en una de las provincias más envejecidas de toda España. Y como digo yo, podemos luchar contra la hipertensión, la diabetes o el colesterol, pero la edad es un factor de riesgo no modificable, el principal para enfermedades cerebrovasculares y para enfermedades neurodegenerativas. Tenemos que llegar con un cerebro lo más saludable posible.

—Ya que menciona factores de riesgo que sí se pueden prevenir, ¿se puede prevenir o reducir el riesgo de diabetes al padecer estas enfermedades?

—Se dice que con un adecuado control de los factores de riesgo, por ejemplo, podríamos prevenir el 90 % de los ictus, una cifra muy elevada. Algo tan sencillo como hacer un chequeo de nuestras limitaciones sensoriales, como la vista o la audición, se sabe que cuidarlos previene el deterioro cognitivo. Creo que hay varios pilares básicos. El control de los factores de riesgo cardiovascular, como la hipertensión, la diabetes y el colesterol. Evitar los hábitos tóxicos, el consumo de tabaco y el alcohol. Realizar actividad física, por supuesto, evitando el sedentarismo. Lo que cada uno pueda tolerar, pero por lo menos conseguir 150 minutos de actividad física a la semana. Tampoco nos podemos olvidar de la alimentación saludable: rica en pescados azules, ácidos omega 3, vegetales y legumbres.

—¿Qué importancia tendría la estimulación cognitiva?

—Es nuestro plan de futuro. Retos mentales, estimulación, lo que cada uno pueda hacer. Jugar a juegos de mesa como el dominó o las cartas, hacer sudokus y, por qué no, tener un plan de jubilación activo: aprender otro idioma, estudiar, cualquiera de estos estímulos es beneficioso para nuestro cerebro. Otro de los pilares básicos también es la socialización. Los humanos somos seres sociables, estamos acostumbrados a vivir en sociedad, salir al teatro, al cine, con nuestros amigos a tomar un café… Salir a pasear con ellos y aprovechar esa ruta para hablar, para orientarse, para ejercer la empatía. Se sabe que restringirse en el domicilio, la soledad, también es uno de los principales factores de riesgo.

Publicidad

Así debes cuidar tu cerebro: «El aceite de oliva tiene un efecto neuroprotector»

Lucía Cancela



—Todo esto que comenta, previene la enfermedad, pero también ayuda a un mejor progreso de la misma, ¿no?

—Exactamente. Muchas veces digo: lo más eficaz hoy en día para evitar el deterioro cognitivo es el taller de memoria. Las propias familias lo ven, que desde que llevan a su paciente o familiar a un taller de memoria donde tienen unas rutinas y están estimulados, ven cómo ese deterioro cognitivo progresa de una forma mucho más lenta. Se estimula la atención, la memoria, las funciones ejecutivas, las funciones visoespaciales, etcétera.

—¿Son las enfermedades neurológicas exclusivas de las personas mayores?

—No es así. En nuestro país hay cinco millones de sujetos que padecen migraña. La mayor parte de ellos, mujeres. La migraña es una enfermedad de gente joven, al igual que lo es la esclerosis múltiple. No podemos pensar solamente en enfermedades neurodegenerativas tipo demencia, trastornos de movimiento, enfermedad de párkinson, ligadas a la edad, sino que también hay un porcentaje amplio de la población que padece otras.

Además, la migraña se considera una enfermedad discapacitante porque mientras tú tienes ese dolor de cabeza probablemente no puedas realizar tu actividad, como ir al trabajo, ir a recoger los niños al colegio o simplemente llevarlos a una actividad extraescolar. De ahí la importancia de solicitar ayuda a un profesional de forma precoz.

Publicidad

—¿Cree que la población sabe más sobre salud cerebral en comparación a hace unos años?

—Teniendo en cuenta mi trayectoria profesional, que se puede decir que son casi ya veinte años, sí. Recuerdo como venían aquellos pacientes que sufrían una enfermedad cerebrovascular, un ictus, hace unos años a urgencias. Sus familiares llegaban diciendo: «A mi familiar se le paró una parte del cuerpo y decidí meterlo en cama a ver si mañana mejoraba». Creo que hubo un punto de inflexión muy importante, gracias a una campaña del Sergas que creo que fue excepcional, a

partir del año 2015. La de las tres «F»: forza, faciana y fala.

El tiempo es cerebro. El tiempo perdido es cerebro perdido. Y creo que desde entonces se ha dado un cambio radical. A día de hoy, los pacientes llegan acompañados de sus familiares y cuando llegan ya dicen: «Lo que tiene es un ictus». Que yo, a veces, digo: «Bueno, eso tendremos que verlo». Y ellos contestan: «Que sí, que sí, que me he dado cuenta perfectamente. Es lo de forza, faciana, fala». (Ríe). Entonces, sí, creo que afortunadamente cada vez tenemos un mejor conocimiento de las enfermedades neurológicas.

Comentar

Leer texto resaltado

Cómo reconocer un ictus y qué hacer en los primeros minutos

Publicado el 23 de octubre de 2026

El jueves 29 de octubre se celebra el Día Mundial del Ictus, y la Sociedad Española de Neurología (SEN) lo marca con una jornada abierta al público que merece un hueco en tu agenda. Antes de hablar de la cita, conviene repasar lo más útil: saber reconocer un ictus y tener claro qué hacer.

El 29 de octubre se habla de ictus en Madrid y por internet

Según la web de la SEN, el Encuentro Científico y Social sobre Ictus lo organizan la propia sociedad y la Fundación Freno al Ictus con motivo del Día Mundial. Se celebra el jueves 29 de octubre de 2026, de 10:00 a 12:00 horas, en el auditorio de Meeting Place GMP, en la calle ense 34 de Madrid, y también se retransmite en directo por ernet. La recepción de asistentes empieza a las 09:15.

La asistencia es gratuita, aunque hay que inscribirse previamente en el formulario que enlaza la página de la SEN. El programa detallado

figura en un documento adjunto a esa misma página. Es una jornada divulgativa: ofrece información y no sustituye a una consulta médica.

Las señales que obligan a llamar al 112 sin esperar

Un ictus ocurre cuando se interrumpe o se reduce el flujo de sangre que llega a una parte del cerebro. Hay dos tipos: el isquémico, que supone en torno al 80 % de los casos y se debe a un coágulo que obstruye el paso de la sangre, y el hemorrágico, que ocurre cuando se rompe un vaso. En ambos casos el tratamiento es urgente.

La SEN recuerda, en su nota con motivo del Día Mundial del año pasado, que ante cualquiera de estas señales hay que llamar de inmediato al 112:

- Pérdida brusca de fuerza o sensibilidad en la cara, un brazo o una pierna, sobre todo en un lado del cuerpo.
- Dificultad repentina para hablar o para entender lo que te dicen.
- Pérdida súbita de visión en uno o en los dos ojos.
- Problemas de coordinación o de equilibrio que aparecen de golpe.
- Dolor de cabeza muy intenso y repentino, distinto al que sueles tener.

Hay un detalle que se pasa por alto con frecuencia: la recomendación es la misma aunque los síntomas desaparezcan al cabo de unos minutos. Que mejoren no significa que el peligro haya pasado. No es momento de esperar ni de pedir cita en el centro de salud: lo indicado es llamar al 112 y explicar lo que ocurre.

da minuto cuenta, y mucho

SEN explica que, por cada minuto que la sangre no llega al cerebro, se pierden casi dos millones de neuronas. Por eso existe el Código Ictus, el protocolo de actuación rápida que se activa cuando se

contacta con el 112. Según la misma nota, actuar en las primeras seis horas reduce las complicaciones en más de un 25 %.

Los datos que maneja la sociedad científica dan una idea de la dimensión del problema. En España se producen unos 90.000 casos nuevos de ictus al año, y uno de cada cuatro españoles sufrirá uno a lo largo de su vida. Más del 30 % de quienes sobreviven queda con alguna secuela que les provoca discapacidad o dependencia. Son cifras de la nota de octubre de 2025 y conviene leerlas como una razón para estar informado, no para vivir con miedo.

La propia SEN señala además que solo la mitad de la población española sabe identificar los síntomas. Ahí está la parte esperanzadora: se trata de un conocimiento que se aprende en unos minutos y que cualquiera puede compartir con su pareja, sus amistades o su familia.

Lo que sí está en tu mano para reducir el riesgo

La noticia más alentadora de la nota de la SEN es que hasta un 90 % de los ictus podrían prevenirse con hábitos de vida saludables y un buen control de los factores de riesgo vascular. Es una estimación sobre el conjunto de la población, no una promesa para nadie en particular.

El factor de riesgo más habitual es la hipertensión arterial, presente en torno al 64 % de los casos según el estudio internacional INTERSTROKE que cita la SEN. Su efecto aumenta cuando se suma a otros factores, como el tabaco, la diabetes, el colesterol alto, la obesidad o la fibrilación auricular, un trastorno del ritmo del corazón.

Por eso el control de la tensión es una de las piedras angulares de la prevención, y sus efectos van más allá del ictus: según la SEN, bajar la tensión también reduce el riesgo de demencia y de deterioro cognitivo.

En la práctica, los hábitos que la sociedad recomienda son sencillos de enunciar: una alimentación equilibrada, no fumar, evitar el consumo excesivo de alcohol y practicar ejercicio con regularidad. Cómo empezar y a qué ritmo depende de cada persona, así que, si llevas tiempo sin moverte o tienes algún problema de salud, lo razonable es comentarlo antes con tu médico. Y si tienes la tensión, el azúcar o el colesterol alterados, es en esa consulta donde se decide qué control te corresponde.

Un buen momento para hablarlo en casa

El Día Mundial del Ictus es una excusa útil para hacer algo muy concreto: comentar con las personas con las que convives cuáles son las señales de alarma y que el número al que se llama es el 112. Ese minuto de conversación puede ahorrar tiempo cuando más cuenta. Si te apetece profundizar, tienes la jornada del 29 de octubre, en persona o por internet.

Fuentes consultadas

- Encuentro Científico y Social sobre Ictus. Sociedad Española de Neurología, octubre de 2026.
- 29 de octubre de 2025: Día Mundial del Ictus. Sociedad Española de Neurología, 28 de octubre de 2025.

Imagen ilustrativa generada con inteligencia artificial.

> Carlos · Cuerpo y mente
>
> Carlos es un asesor virtual del Equipo de Asesores de Canal Sénior, no una persona real. Sus artículos los redacta un sistema de inteligencia artificial a partir de fuentes oficiales, y la Red de Expertos de Canal Sénior, profesionales y voluntariado, los revisa y corrige.
>
> *Carlos orienta, no pauta ejercicio a medida. Antes de empezar un programa, coméntalo con tu médico; si vienes de una lesión, con un fisioterapeuta colegiado.*

LIFESTYLE

Mario Riverol, neurólogo: “Los nuevos tratamientos contra el alzhéimer modifican su evolución y funcionan en fases iniciales; por eso, hay que identificar antes los primeros síntomas”



La llegada de nuevos tratamientos capaces de actuar sobre algunos de los mecanismos implicados en la enfermedad de Alzheimer está abriendo una nueva etapa en su abordaje. Es el caso de donanemab, un anticuerpo dirigido contra la proteína amiloide que ya se está administrando a pacientes con alzhéimer en fases iniciales en la Clínica Universidad de Navarra. Su objetivo no es curar la enfermedad, pero sí ralentizar modestamente su evolución y preservar durante más tiempo las capacidades cognitivas y funcionales.

El doctor Mario Riverol, especialista en Neurología de la Clínica Universidad de Navarra, conoce de primera mano la incorporación de esta terapia a la práctica asistencial. Desde marzo, su equipo ha tratado a pacientes con donanemab y, aunque todavía es pronto para valorar su eficacia en la práctica clínica, la experiencia inicial está mostrando un perfil de seguridad favorable cuando se acompaña de una selección rigurosa y un seguimiento adecuado.

En esta entrevista explica cómo funciona este tratamiento, quién puede beneficiarse de él y cuáles son sus principales riesgos y limitaciones. También aborda la llegada de lecanemab, la importancia de diagnosticar antes la enfermedad y los retos que plantea hacer accesibles estas nuevas terapias. Porque, como señala el especialista, el verdadero cambio no pasa solo por disponer de nuevos fármacos, sino por aprender a detectar antes el alzhéimer y tratarlo de forma cada vez más precisa.

La Clínica Universidad de Navarra ha comenzado a administrar donanemab, un nuevo tratamiento para la enfermedad de Alzheimer.

Así es. La primera paciente fue tratada en marzo de este año; por lo tanto, llevamos seis meses administrando donanemab a pacientes con enfermedad de Alzheimer en nuestro centro.

▲

¿Cómo actúa exactamente este medicamento?

Donanemab es un anticuerpo dirigido hacia una de las proteínas que se acumula en el cerebro de las personas con enfermedad de Alzheimer, la proteína amiloide. El anticuerpo, al unirse al amiloide, activa las células encargadas de la limpieza del cerebro, que consiguen eliminar estas proteínas.

Después de estos seis meses, ¿cómo describiría los resultados a día de hoy?

Los ensayos clínicos han demostrado que donanemab reduce de forma muy significativa la carga de amiloide cerebral y que esa reducción se acompaña de una ralentización del deterioro cognitivo y funcional. En los estudios se ha comunicado una reducción del deterioro de aproximadamente un 27 % a un 35 % durante los primeros 18 meses. Lo que podemos decir ya por nuestra experiencia es que el tratamiento es implementable y está mostrando un buen perfil de seguridad cuando se administra en una unidad especializada y con los controles adecuados. Es una cuestión importante, porque trasladar un tratamiento desde los ensayos clínicos a la práctica asistencial plantea siempre retos. Sobre su eficacia en nuestros pacientes, todavía es pronto para pronunciarnos. Necesitamos más tiempo de seguimiento antes de poder valorar ese aspecto con rigor.

Aun así, ¿cómo calificaría hoy la puesta en marcha de esta terapia?

Diría que es un avance muy relevante. Estos fármacos no revierten o paran la enfermedad, pero por primera vez disponemos de tratamientos que no se limitan exclusivamente a tratar los síntomas, sino que actúan sobre un mecanismo biológico de la enfermedad y consiguen modificar modestamente su evolución. El beneficio clínico, considerado individualmente, puede parecer moderado, pero en una enfermedad progresiva y sin tratamiento curativo, ganar tiempo con una mejor conservación de las capacidades cognitivas y funcionales puede tener un valor importante para el paciente y para su familia.

▲

Estos fármacos no revierten o paran la enfermedad, pero

por primera vez consiguen modificar modestamente su evolución

¿Cuál es la principal novedad de donanemab respecto a otros medicamentos anteriores?

La diferencia fundamental es que los tratamientos que utilizábamos tradicionalmente eran fundamentalmente sintomáticos. Podían ayudar a controlar durante un tiempo determinados síntomas, pero no habían demostrado modificar de manera clara el proceso biológico subyacente. Donanemab pertenece a una nueva generación de tratamientos que actúan directamente sobre la enfermedad, en este caso eliminando depósitos de amiloide. Ese cambio de concepto probablemente sea tan importante como el propio beneficio clínico que conseguimos hoy: abre la puerta a una nueva etapa en el tratamiento del alzhéimer.

Un paso importante. De eso, no hay duda. Sin embargo, también debe tener sus puntos débiles o mejorables…

Anuncio

Mario Riverol, neurólogo: “Los nuevos tratamientos contra el alzhéimer modifican su evolución y funcionan en fases inici

Así es. Necesitamos tratamientos más eficaces, más seguros, más sencillos de administrar y accesibles para un mayor número de pacientes. Actualmente, el tratamiento requiere una selección cuidadosa del paciente, confirmación de la presencia de amiloide cerebral, infusiones intravenosas y seguimiento mediante resonancias magnéticas por el riesgo de determinadas alteraciones radiológicas. El objetivo futuro debería ser detectar la enfermedad todavía antes y disponer de terapias que puedan combinar distintos mecanismos, no únicamente el amiloide.

Uno de los aspectos que más suele preocupar a cualquier paciente son efectos adversos del medicamento. En este sentido, usted ha comentado

secundarios se refiere?

Principalmente a las denominadas ARIA, alteraciones relacionadas con el amiloide, que podemos observar mediante resonancia magnética y que incluyen fundamentalmente edema cerebral y pequeñas hemorragias. En la mayoría de los casos son asintomáticas, aunque excepcionalmente pueden producir complicaciones importantes, y por eso realizamos un seguimiento radiológico estrecho. Cuando señalamos que estamos observando menos efectos adversos de los esperados, nos referimos a nuestra experiencia inicial, que está siendo favorable, pero todavía tenemos pocos pacientes y poco tiempo de seguimiento, por lo que debemos ser prudentes.

También ha anunciado que en breve comenzarán a administrar otro fármaco, lecanemab. ¿Qué hace este medicamento que no hace donanemab?

Ambos medicamentos pertenecen a la misma familia y tienen un objetivo común: reducir la proteína amiloide del cerebro. Por tanto, no diría que lecanemab hace algo que donanemab no pueda hacer, sino que son dos estrategias diferentes contra una misma diana terapéutica. Existen diferencias en la forma de reconocer el amiloide, en la pauta de administración y en la duración del tratamiento. Donanemab se administra aproximadamente cada cuatro semanas y puede suspenderse una vez conseguida una eliminación suficiente de amiloide, con una duración máxima establecida en Europa de 18 meses. Lecanemab se administra inicialmente cada dos semanas. Disponer de ambas alternativas amplía nuestras herramientas terapéuticas y permite individualizar mejor la decisión para cada paciente.

Estos tratamientos no están indicados para todos los pacientes con enfermedad de Alzheimer, sino para aquellos en fases iniciales

¿Todos los pacientes de alzhéimer son candidatos a este tratamiento? ▲

para todos los pacientes con enfermedad de Alzheimer. Están dirigidos a pacientes en fases iniciales, es decir, con deterioro cognitivo leve o demencia leve debida a enfermedad de Alzheimer, y hay que demostrar además que existe acumulación cerebral de amiloide. Por tanto, antes del tratamiento es necesario realizar una evaluación neurológica y pruebas específicas para determinar si una persona puede beneficiarse de él y si hacerlo resulta suficientemente seguro.

Para garantizar esa seguridad, se han de tener en cuenta las contraindicaciones. ¿Cuáles son las principales?

Además de encontrarse fuera de la fase de enfermedad para la que está indicado, debemos valorar especialmente aquellas situaciones que puedan incrementar el riesgo de hemorragia cerebral o de ARIA. Por eso, es imprescindible estudiar previamente al paciente mediante resonancia magnética y determinar su genotipo ApoE, una variante genética que puede aumentar el riesgo de ARIAs. Más que una única contraindicación, lo importante es transmitir que la selección debe ser individualizada y rigurosa, valorando conjuntamente el beneficio esperado y los posibles riesgos.

Volviendo a los pacientes “ideales”. El principal requisito es que presenten un diagnóstico de alzhéimer leve. Sin embargo, ahí radica uno de los problemas de esta enfermedad, que no suele detectarse precozmente.

Exactamente. De hecho, creo que la llegada de estos tratamientos nos obliga a cambiar también la manera en la que diagnosticamos el alzhéimer. Ahora sabemos que los nuevos tratamientos funcionan precisamente en las fases iniciales. Por eso, necesitamos identificar antes los primeros síntomas, mejorar los circuitos desde Atención Primaria hasta las unidades especializadas y facilitar el acceso a biomarcadores que permitan confirmar el diagnóstico. Cuanto antes consigamos identificar correctamente la enfermedad, mayor será la oportunidad de intervenir sobre ella.

mayoría de los pacientes?

Evidentemente, todavía no es así. Aunque estos fármacos están aprobados por las autoridades europeas, en nuestro país no están financiados. La Sociedad Española de Neurología (SEN) ha defendido los avances que aportan estos medicamentos para una enfermedad tan prevalente y que en España afecta a 800.000 personas. Debemos buscar alternativas que permitan que más población afectada se pueda beneficiar de estos fármacos innovadores y de otros que puedan llegar en el futuro. Además del coste del medicamento, requieren infraestructura diagnóstica, infusiones hospitalarias, resonancias de seguimiento y equipos con experiencia.

Por último, ¿cuáles serían los retos de esta enfermedad a corto y medio plazo?

Yo señalaría cuatro grandes desafíos. El primero, diagnosticar antes, porque estos tratamientos tienen sentido fundamentalmente en las fases iniciales; el segundo es seguir mejorando la eficacia y seguridad de las terapias modificadoras de la enfermedad; el tercero, será probablemente desarrollar tratamientos combinados. El alzhéimer es una enfermedad biológicamente muy compleja y es poco probable que actuar sobre una única proteína resuelva por completo el problema. En el futuro tendremos que intervenir sobre distintos mecanismos, entre ellos, amiloide, tau, neuroinflamación u otros procesos relacionados con la neurodegeneración; y el cuarto es conseguir que todos estos avances sean sostenibles y accesibles. El verdadero salto no será únicamente disponer de tratamientos nuevos, sino ser capaces de identificar a las personas que pueden beneficiarse de ellos y ofrecérselos de una manera segura, eficiente y equitativa. En definitiva, no estamos ante la cura del Alzheimer, pero sí ante un cambio de etapa: por primera vez empezamos a disponer de herramientas capaces de modificar el curso de la enfermedad.

Anuncio

YouTube ES Search Create

¿Por qué tengo sueño todo el día aunque duerma 8 horas?

AI

¿Por qué me pasa esto?
9 subscribers

Subscribe 1 Share Save

65 views Oct 22, 2026 #sueno #somnolencia #cansancio

¿Te despiertas cansado aunque hayas pasado ocho horas en la cama? En este vídeo te explicamos por qué acumular horas no es lo mismo que descansar y cómo influyen tu reloj interno y la luz en tu energía diaria. Analizamos los principales motivos de la fatiga constante para que entiendas por fin qué le pasa a tu cuerpo.

⏱ Capítulos
0:00 Gancho
0:26 Lo simple
1:19 Dentro del cuerpo
2:51 Los sospechosos
5:20 Mito vs. realidad
6:09 Qué puedes hacer
7:20 Cuándo ir al médico
8:16 Cierre

📚 Fuentes
• NHS · Tiredness and fatigue: https://www.nhs.uk/conditions/tiredne...
• NHS · Sleep apnoea: https://www.nhs.uk/conditions/sleep-a...
• NHS · Insomnia: https://www.nhs.uk/conditions/insomnia/
• MedlinePlus · Drowsiness (somnolencia): https://medlineplus.gov/ency/article/...
• MedlinePlus · Healthy Sleep: https://medlineplus.gov/healthysleep....
• Cleveland Clinic · Somnolence (Drowsiness): https://my.clevelandclinic.org/health...
• Cleveland Clinic · Sleep Basics (fases y ciclos): https://my.clevelandclinic.org/health...
• NHLBI (NIH) · Circadian Rhythm Disorders: Treatment: https://www.nhlbi.nih.gov/health/circ...
• Mayo Clinic · Obstructive sleep apnea: Symptoms and causes: https://www.mayoclinic.org/diseases-c...
• Benjafield AV et al. Global prevalence of obstructive sleep apnoea. Lancet Respir Med, 2019: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31300...
• Guzzetti JR, Banks S. Dynamics of recovery sleep from chronic sleep restriction. Sleep Advances, 2022: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles...
• CDC · NCHS Data Brief 559: Short Sleep Duration and Sleep Difficulties Among Adults, 2024: https://www.cdc.gov/nchs/products/dat...
• Sociedad Española de Neurología · Día Mundial del Sueño 2026: https://www.sen.es/prensa-sen/3875-di...
• Sociedad Española de Neurología · Los riesgos de imponer rutinas como levantarse a las 5:00 sin base científica: https://www.sen.es/prensa-sen/3908-lo...
• NHS · Narcolepsy – Symptoms: https://www.nhs.uk/conditions/narcole...
• NHS · Iron deficiency anaemia: https://www.nhs.uk/conditions/iron-de...
• NHS · Underactive thyroid (hypothyroidism): https://www.nhs.uk/conditions/underac...
• MedlinePlus · Decreased consciousness: https://medlineplus.gov/ency/article/...
• NHS · Stroke – Symptoms (FAST): https://www.nhs.uk/conditions/stroke/...

⚠ Este vídeo es divulgativo y no sustituye la consulta con un profesional sanitario. Si tienes síntomas que te preocupan, acude a tu médico. Ante una urgencia, llama al 112.

#sueno #somnolencia #cansancio

How this was made

Made with AI
Sounds or visuals were altered or fully generated. Learn more

Chapters

View all

All From ¿Por qué me pasa esto?



13 Expertos en Neurociencia: Así se Cuida (y se ...
Tiene Sentido P...
▷ 356K 2mo ago



Guitarricadelafuente: Tiny Desk Concert
NPR Music
▷ 1.5M 9mo ago
Fundraiser



Roda de Premsa de Quique Álvarez ...
Girona FC
▷ 91 Streamed 35...



¿Por qué te mareas cuando te levantas del ...
¿Por qué me pasa ...
▷ 25 2d ago



The Secret Place: 3 Hour Instrumental ...
DappyTKeys
▷ 1.3M 1y ago



¿Por qué te despiertas de madrugada (y n...
¿Por qué me pasa ...
▷ 118 3d ago



Gemini Notebook de 0 a 100 para profesionales d...
Aula Virtual Sanitaria
▷ 1.3K Streamed ...



Acoustic Chill • Soft Indie Folk Playlist, Vol 3 (5...
Indie Folk Central
▷ 2.4M 2y ago



Niebla mental: el síndrome real detrás de tu ...
AprendemosJu...
▷ 350K 1y ago



Bad Bunny's Apple Music Super Bowl ...
NFL and 2 more
▷ 160M 8mo ago

Ave Maria | Catholic Prayer & Gregorian Chant...
Songs To Mary
▷ 1.3M 1y ago

Rusowsky: Tiny Desk Concert
NPR Music
▷ 4.7M 1y ago
Fundraiser

Bethel Music Worship School - LIVE STATION
Bethel Music
3.6K watching