



El Dr. Gómez recibe el Premio SEN. Foto: Sociedad Española de Neurología

Este destacado neurólogo lleva décadas investigando la enfermedad del Parkinson. Sus hallazgos han sido clave para mejorar la vida de miles de pacientes

Javier Alonso
NTM

BILBAO — La Sociedad Española de Neurología ha reconocido la trayectoria del Dr. Juan Carlos Gómez-Esteban con el Premio SEN Trastornos del Movimiento por su trayectoria en el ámbito neurológico. Coordinador del grupo de enfermedades neurodegenerativas en BioBizkaia y miembro del Servicio de Neurología del Hospital de Cruces, ha publicado más de 140 trabajos y ha liderado proyectos internacionales sobre la enfermedad de Parkinson.

¿Qué supone este reconocimiento?
—Estoy muy ilusionado. Para mí es un orgullo que decenas de compañeros hayan decidido por unanimidad que sea yo quien reciba este reconocimiento a una labor científica, docente y profesional de más de 30 años. Es lo más grande que puedes recibir dentro de la profesión.

¿Cómo se puede saber si una persona está desarrollando la enfermedad de Parkinson?

—Afortunadamente la gente está cada vez más informada, también gracias a los medios. Ya saben que hay una serie de síntomas como el temblor, la lentitud o la rigidez que orientan al diagnóstico. Pero noso-

Juan Carlos Gómez-Esteban

NEURÓLOGO

“Empieza a verse algo de luz en la lucha contra el Parkinson”

tros intentamos detectar la enfermedad cuanto antes, porque el día que haya terapias que modifiquen su evolución, tendremos que aplicarlas en fases iniciales. Por eso, síntomas como la depresión, el estreñimiento, la pérdida de olfato o ciertos problemas hemodinámicos pueden ayudarnos a detectar las fases más tempranas.

¿Es posible, por tanto, anticipar la aparición de la enfermedad y actuar precozmente?

—Sí, hay familias que ya están alerta porque tienen antecedentes o mutaciones genéticas, y acuden pronto a la consulta. También existen trastornos del sueño y otros síntomas, como la depresión o el déficit olfativo que, combinados, alertan a los pacientes.

Entonces vienen a la consulta y ahí podemos empezar a indagar si estamos ante el inicio de la enfermedad o no.

¿Cómo afecta el Parkinson a la calidad de vida de los pacientes?

—Es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente tras el Alzheimer. Y según la OMS, su incidencia será muy alta en 2050. Afecta a la función motora: los pacientes están más lentos, sufren caídas, y muchos acaban siendo dependientes. Otros desarrollan problemas cognitivos. Pero la buena noticia es que en los últimos 20 o 30 años la historia natural de la enfermedad ha cambiado mucho. Hoy en día, la mayoría de los pacientes puede llevar una vida independiente durante mucho tiem-

po, gracias a las terapias que aplicamos.

¿A qué se debe el aumento previsto de casos de Parkinson?

—Se debe a factores que conocemos y otros que aún no. El estilo de vida influye. El sedentarismo o la falta de ejercicio aumentan el riesgo. El

“Esperamos que pronto haya tratamientos capaces de enlentecer o detener la enfermedad”

“Ver a un paciente volver a pescar o caminar es el mayor premio posible para un profesional”

envejecimiento de la población también es clave. Y luego está la exposición a tóxicos ambientales, pesticidas, metales pesados, infecciones... La genética también juega su papel. Todo esto hace que la incidencia crezca. Además, ahora diagnosticamos más que hace décadas, porque los pacientes acuden más al médico.

¿Qué avances se han producido en las últimas décadas en la lucha contra el Parkinson?

—Desde los años 60 contamos con medicamentos como la Levodopa, que mejoran los síntomas aunque de forma temporal. A finales del siglo XX empezamos a introducir la cirugía, también en el Hospital Universitario de Cruces, que es referencia en este tratamiento. Y en los últimos años han llegado terapias subcutáneas o intestinales, que permiten una gran estabilidad en fases avanzadas de la enfermedad.

¿Qué perspectivas de futuro hay?

—Estamos en ensayos clínicos para introducir terapias que puedan ralentizar o incluso detener la enfermedad. Ese es el objetivo. Es verdad que con el Alzheimer la experiencia ha sido poco alentadora, y en Parkinson los fármacos contra la proteína alfa-sinucleína tampoco han dado grandes resultados... pero empieza a verse algo de luz. Esperamos que en los próximos años se desarrollen tratamientos capaces de enlentecer o detener la enfermedad.

¿Cómo viven los pacientes esos avances?

—Sobre todo ves la diferencia en pacientes jóvenes, de 30 o 40 años. Para ellos este diagnóstico es devastador, pero cuando podemos ofrecerles cirugía con estimuladores cerebrales que les permiten casi resetear la enfermedad y volver a una vida normal, imagínate su gratitud. Recuerdo también un paciente mayor al que operamos y cuya máxima ilusión era volver a pescar. Había perdido esa capacidad y, tras la intervención, volvió feliz porque pudo recuperar su afición. Son solo dos ejemplos, pero para un profesional, ver ese cambio y ese agradecimiento es el mayor premio posible.

¿Está la sociedad realmente concienciada sobre enfermedades como el Parkinson?

—Cada vez más. Gracias a la información que llega a través de los medios, la docencia y las propias experiencias de los enfermos, los pacientes se han empoderado. Ahora son parte activa en su diagnóstico, tratamiento y seguimiento, y eso es fundamental.

¿Cómo influye la participación de los pacientes en la investigación?

—Es clave. Los pacientes que participan nos permite avanzar en ensayos clínicos que aportan información muy valiosa. Tal vez ellos no vean los beneficios, pero las futuras generaciones sí.

¿Es difícil conseguir apoyo para investigar sobre el Parkinson?

—Se están dando pasos; cada vez se invierte más dinero. La investigación no es una inversión a corto plazo, sino a medio y largo plazo, y es fundamental para obtener resultados que beneficien a los pacientes. ●

15 Junio, 2025



[www.diariodecadiz](http://www.diariodecadiz.com)

JOAN MONTANER VILLALONGA
Neurólogo gaditano

“Cada año tenemos en Andalucía unos 21.000 casos de ictus, y no baja” · 14-15

**Joan Montaner Villalonga.** NEURÓLOGO

El médico gaditano, jefe de servicio en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla, ha sido premiado esta semana por la Sociedad Española de Neurología por su labor frente al accidente cerebrovascular

“El ictus es una epidemia que da pánico y que nos vamos tomando en serio”

JOSÉ ANTONIO LÓPEZ Cádiz

El doctor Joan Montaner Villalonga nació en Cádiz en 1970. De padre catalán y de madre menorquina, pasó su infancia entre Conil y Cádiz hasta que su familia se estableció en la capital, donde cursó los estudios superiores y se licenció en la Facultad de Medicina. Hace solo unos días ha sido premiado con el galardón que otorga la Sociedad Española de Neurología por su trayectoria y labor de investigación ante el ictus. Jefe del Servicio de Neurología del hospital Virgen Macarena de Sevilla, Joan Montaner habla en esta entrevista con pasión de su trabajo, de la incidencia del ictus en la sociedad andaluza, de los logros obtenidos y de los retos del futuro para hacer frente a este accidente cerebrovascular que cambia en unos segundos la vida de tantas personas.

-¿Qué es el Teleictus?

-El centro de Andalucía del ictus es una maravilla, eso es un sueño. La verdad es que en Andalucía, al ser un territorio tan extenso, teníamos un problema con los hospitales comarcas. Cuando una persona iba con un ictus, no le daba tiempo a llegar a los grandes hospitales. Entonces, lo que hicimos fue montar un sistema de forma que en los grandes hospitales está de guardia un neurólogo con especial dedicación al ictus. Así, si en Vejer me da un ictus, pues me voy al centro de allí, al hospital comarcal de allí, y nosotros nos conectamos con una cámara, interrogamos al paciente, lo exploramos, vemos el tac craneal, vemos si hay zonas del cerebro que se puedan salvar, indicamos el tratamiento que hace falta, y decidimos si el enfermo se puede quedar en Vejer o se tiene que trasladar a Puerto Real o al Puerto del Mar. Somos como un controlador aéreo de todo el territorio con 40 hospitales implicados.

-Como si fuera una red de atención telemática



JUAN CARLOS VÁZQUEZ.

El neurólogo gaditano Joan Montaner, premiado esta semana por su dedicación asistencial y científica ante los ictus.

-Sí, es así. Y con esto se consigue, y no es por presumir, que los 15 o 20 mejores neurólogos andaluces que se dedican al ictus puedan ser tus médicos si tienes la desgracia de que tienes una embolia y estás en un pueblo pequeño. Eso antes era impensable, te quedabas allí en el pueblo, no llegabas a tiempo, no te podían hacer nada. Ahora quien se conecta, al cabo de unos minutos, igual es el médico del Virgen del Rocío o del Virgen de las Nieves o de Córdoba; de los mejores que están

en esa guardia. Es cierto que ha funcionado tan bien que, al final, el volumen ha sido enorme, llevamos casi 10.000 enfermos atendidos desde que montamos el Teleictus.

-¿Y hay después un seguimiento del paciente?

-Ahora estamos planteando un poco esa cuestión. Es decir, vale, ya lo he tenido, me habéis curado, pero ¿y esto por qué me ha pasado? Hay que hacer una serie de pruebas para ver de dónde me viene, poner la mejor prevención, y eso sí que lo hacemos en estas unidades de ictus, pero si estás en ese hospital pequeño es más difícil. Entonces, ahora estamos haciendo un proyecto, pero es de investigación, no es todavía asistencial, que consiste en hacer unidades de ictus virtuales, de forma que

desde las grandes unidades de ictus podamos hacer el seguimiento. Tú estás en ese hospital comarcal, pues yo cada día me conecto con tu médico de familia, el internista o el intensivista, y vamos llevando juntos el paciente. Es un modelo muy nuevo, que no existe, y vamos a evaluar si implementarlo tiene sentido, si funciona bien, si conseguimos realmente que la gente salga con más proporción del diagnóstico de la etiología del ictus bien hecha; en fin, va a ser un proyecto muy bonito.

“Con el Teleictus, los mejores neurólogos pueden ser tus médicos en cualquier lugar”

-Si tuviera que resumir el momento actual del ictus, su incidencia...

-A ver, el ictus... Sí, el ictus sigue siendo brutal. Es una epidemia cerebrovascular que da pánico y que yo creo que nos la estamos tomando muy en serio. Andalucía ha hecho muy bien los deberes y ahora la atención al ictus es como en cualquier país europeo de los más avanzados.

Dicho esto, hay que recordar que sigue siendo la primera causa de muerte en mujeres andaluzas. Cada año, y no baja, tenemos 21.000 ictus nuevos en Andalucía. ¿Qué pasa? Que estamos curando muy bien a los pacientes con el centro de Teleictus, con los centros de trombectomía, con las unidades de ictus, y lo que pasa es que más

“Cada año tenemos, y es una cifra que no baja, unos 21.000 casos de ictus en Andalucía”

15 Junio, 2025



gente, que antes se moría, ahorra sobrevive. Son gente que vive, con más o menos secuelas, pero que van viviendo. Se mantiene la incidencia, pero curamos bien a los pacientes, la población se hace más mayor y está creciendo la prevalencia, la gente que vive con la enfermedad.

Ahora mismo en Andalucía, la cifra se acerca a las 150.000 personas; o sea, que todos esos andaluces están viviendo tras sufrir un ictus, y eso va a más. Hemos mejorado mucho la fase aguda, la rehabilitación, pero no estamos haciendo bien la prevención. Ahora mismo sabemos que la mitad de todos los andaluces, de los 8 millones y medio hasta con los niños en el saco, tienen algún factor de riesgo vascular: o son hipertensos o el colesterol alto. Es una locura lo que puede venir en los próximos años.

-Es para preocuparse.

-Las dos enfermedades han pasado del 20%. Hay un 23% de andaluces con hipertensión y un 25% con el colesterol alto. Estamos haciendo mucha investigación en eso, porque estamos trabajando mucho en el tema de la prevención, las dietas... Pero no hay un plan andaluz de hipertensión arterial. Igual que hay un plan andaluz de ictus o un plan andaluz de cardiopatías, pues no hay de hipertensión. La verdad es que es una faceta en la que nos gustaría hacer un gran esfuerzo en los próximos años, porque lo veo muy necesario.

-Además de la alimentación, está el sedentarismo, el tabaco... hay trabajo por delante.

-Claro, de hecho los que has nombrado son muy importantes, pero te has dejado uno que es el más importante, que es el elevado consumo de sal en nuestras dietas. Ese es el *killer number one*, ese es el que está matando ahora a más gente en todo el mundo: el consumo excesivo de sal. El sodio alto se nos cuela en dietas, en la alimentación procesada. Y ahí estamos intentando trabajar con plantas de la bahía de Cádiz, la salicornia. Nos lo estamos pasando super bien con ese proyecto. Tenemos una zona ahí en Puerto Real de salinas y, en colaboración también con Cupimar, estamos plantando estas plantas, y bueno, con estas plantas se produce una sal que no tiene sodio. La gente que tiene hipertensión arterial, cuando la consume, se le normaliza la presión. Hay muchas posibilidades con la dieta de mejorar

estos factores de riesgo.

-Habrá que reeducar también el paladar. Estamos tan acostumbrados a lo salado...

-Exacto. Es verdad que a lo mejor ahí se tienen que mojar también las administraciones, con cambios legislativos. Muchos países han sido bastante agresivos en la reducción del consumo de sal. O, por ejemplo, ¿cuánta sal puede tener el pan? El pan tiene muchísima sal, y ahí, si vas haciendo cambios poquito a poco, nos acostum-

dónde lo tengas porque la atención es idéntica. Es verdad que puede haber alguna laguna porque hay zonas de difícil cobertura, pero en general, desde aquella entrevista a ahora, es el día y la noche. Hemos hecho unidades de ictus en Huelva, Córdoba, Almería, Granada, Jaén... En fin, es que ahora hay 16 unidades de ictus.

Y se puede mejorar porque, por ejemplo, tenemos un problema en Andalucía donde no la tecnología no nos permite

es un tipo de ictus u otro, lo que varía el tratamiento. Y si supieras cuál es, podrías estar haciendo el tratamiento cuando el paciente va en la ambulancia. Hoy en día, hasta que nos llevamos al paciente al hospital y le sometemos a un tac, no podemos darle nada. Si supiéramos que el paciente tiene un ictus hemorrágico, que se le ha roto una arteria, pues bajaríamos la tensión arterial ya en la ambulancia. En eso si que hay una verdadera carrera entre los cen-

man neuroprotectores, y eso iría muy bien. Serían fármacos que protegerían las neuronas que se quedan sin el oxígeno y sin el azúcar cuando se tapa la arteria. Porque lo que hemos visto es que, por desgracia, a pesar de hacerlo todo perfecto, aunque abramos la arteria del paciente, casi la mitad no responde de forma óptima al tratamiento. Es decir, aunque tú hagas todo perfecto, tengo un ictus, me ves en dos minutos, me diagnosticas, me tratas..., aún cabe la posibilidad de que yo no me recupere del todo. Y en esos casos sí que habría que tener este tipo de neuroprotectores.

-Hay que proteger las neuronas.

-Exacto, exacto. Enseguida, a los pocos minutos de que no les llegue el azúcar y el oxígeno, empiezan a morir. Y podrían combinarse las dos cosas que digo. Te hago el diagnóstico en la calle o en la ambulancia, y te empiezo a poner ya tratamientos mientras vas de camino al hospital y con esos neuroprotectores además. Eso es como un poco el Santo Grial, lo que está la gente buscando como loco.

Luego, lo otro que has dicho, la recuperación. Pero entramos en un mundo un poco diferente. Alguien que realmente se ha quedado mal y no puede mover, no puede hablar o no puede mover la mano. Ahí sí que, bueno, se está trabajando mucho más en técnicas de simulación, esos exoesqueletos, la robótica... Este campo yo, personalmente, no lo domino, pero creo que también es muy bonito y apasionante. Y la preventión: para mí es el futuro, y, por lo que sea, no lo estamos sabiendo hacer bien.

-Es necesario bajar las estadísticas.

-Sí, sí, el mejor tratamiento de una enfermedad es no tenerla. Y es una inversión, eso también se lo decimos mucho a la gente mayor. La gente mayor te suele decir que fuma, que está un poco gordita... Pero que ya tiene 70 años y que qué más da. Y les decimos que no, que es una inversión en salud impresionante. ¿Usted sabe lo que es que de los 75 a los 90 pueda vivir andando solo, siendo independiente; o vivir sin mover medio cuerpo y que lo tengan que cuidar? Porque, claro, esa es la otra parte, cómo queda el paciente. El cuidador, el entorno familiar y social... Una de cada cuatro personas en España y en Andalucía va a tener un ictus. Y hay que trabajar mucho.



bramos, no nos damos cuenta de que nos han ido bajando poquito a poco la sal del pan o de otros alimentos, como los quesos y embutidos, que tienen cantidades de sal increíbles.

-Hace algo más de una década explicaba en una entrevista que no daba lo mismo el lugar en el que te diera un ictus a la hora de afrontarlo. ¿Ha mejorado esta situación con el Teleictus?

-A ver, yo soy optimista por naturaleza, y te diría que, ahora mismo, da exactamente igual

visualizar un tac craneal que se realiza a un paciente en un hospital concertado, no somos aún capaces de verlo con nuestro sistema, no se meten sus datos en el Diraya, y ahí tenemos un reto tecnológico. Pero creo que hay voluntad por parte de la Consejería de solucionarlo, y sé que lo están trabajando.

-¿Por dónde debe caminar la investigación? ¿Por ahondar en las causas del ictus, en su prevención, o por mejorar la vida de los pacientes que lo han sufrido?

-Pienso que las grandes necesidades no cubiertas son hacer el diagnóstico muy rápido, con una gotita de sangre. Que, de repente, te quedas sin hablar y se te queda paralizado medio cuerpo y puedes que sea un ictus, pero no sabes si se ha roto una arteria o si se ha tapado, si

tros del mundo que están investigando, buscando el diagnóstico rápido del ictus en la misma ambulancia con distintas técnicas, como se mide el azúcar en la sangre.

Y, luego, otra cosa que se nos resiste en neurología mucho es que todos los tratamientos que tenemos para curar el ictus son muy de fontanería. Se me cierra la arteria del cerebro y ahora yo voy y, con un fármaco, lo disuelvo o con un catéter quito el trombo. Pero no hemos conseguido encontrar lo que se lla-

"Una de cada cuatro personas tiene riesgo de padecer un ictus; hay que trabajar mucho"

"El mejor tratamiento de una enfermedad es no tenerla; la prevención es el futuro"



El Dr. Gómez recibe el Premio SEN. Foto: Sociedad Española de Neurología

Este destacado neurólogo lleva décadas investigando la enfermedad de Parkinson. Sus hallazgos han sido clave para mejorar la vida de miles de pacientes

«Javier Alonso

NTM

BILBAO – La Sociedad Española de Neurología ha reconocido la trayectoria del Dr. Juan Carlos Gómez-Estebaran con el Premio SEN Trastornos del Movimiento por su trayectoria en el ámbito neurológico. Coordinador del grupo de enfermedades neurodegenerativas en BioBizkaia y miembro del Servicio de Neurología del Hospital de Cruces, ha publicado más de 140 trabajos y ha liderado proyectos internacionales sobre la enfermedad de Parkinson.

¿Qué supone este reconocimiento?
–Estoy muy ilusionado. Para mí es un orgullo que decenas de compañeros hayan decidido por unanimidad que sea yo quien reciba este reconocimiento a una labor científica, docente y profesional de más de 30 años. Es lo más grande que puedes recibir dentro de la profesión.

¿Cómo se puede saber si una persona está desarrollando la enfermedad de Parkinson?

–Afortunadamente la gente está cada vez más informada, también gracias a los medios. Ya saben que hay una serie de síntomas como el temblor, la lentitud o la rigidez que orientan al diagnóstico. Pero nosotros intentamos detectar la enferme-

Juan Carlos Gómez-Estebaran

NEUROLOGO

“Empieza a verse algo de luz en la lucha contra el Parkinson”

dad cuanto antes, porque el día que haya terapias que modifiquen su evolución, tendremos que aplicarlas en fases iniciales. Por eso, síntomas como la depresión, el estreñimiento, la pérdida de olfato o ciertos problemas hemodinámicos pueden ayudarnos a detectar las fases más tempranas.

¿Es posible, por tanto, anticipar la aparición de la enfermedad y actuar precozmente?

–Sí, hay familias que ya están alerta porque tienen antecedentes o mutaciones genéticas, y acuden pronto a la consulta. También existen trastornos del sueño y otros síntomas, como la depresión o el déficit olfativo que, combinados, alertan a los pacientes. Entonces vienen a la consulta y ahí podemos empezar a indagar si estamos ante el inicio de la enfermedad o no.

¿Cómo afecta el Parkinson a la calidad de vida de los pacientes?

–Es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente tras el Alzheimer. Y según la OMS, su incidencia será muy alta en 2050. Afecita a la función motora: los pacientes están más lentos, sufren caídas, y muchos acaban siendo dependientes. Otros desarrollan problemas cognitivos. Pero la buena noticia es que en los últimos 20 o 30 años la historia natural de la enfermedad ha cambiado mucho. Hoy en día, la mayoría de los pacientes puede llevar una vida independiente durante mucho tiempo, gracias a las terapias que aplicamos.

¿A qué se debe el aumento previsto de casos de Parkinson?

–Se debe a factores que conocemos y otros que aún no. El estilo de vida influye. El sedentarismo o la falta de

“Esperamos que pronto haya tratamientos capaces de enlentecer o detener la enfermedad”

“Ver a un paciente volver a pescar o caminar es el mayor premio posible para un profesional”

ejercicio aumentan el riesgo. El envejecimiento de la población también es clave. Y luego está la exposición a tóxicos ambientales, pesticidas, metales pesados, infecciones... La genética también juega su papel. Todo esto hace que la incidencia crezca. Además, ahora diagnosticamos más que hace décadas, porque los pacientes acuden más al médico. ¿Qué avances se han producido en las últimas décadas en la lucha contra el Parkinson?

–Desde los años 60 contamos con medicamentos como la Levodopa, que mejoran los síntomas aunque de forma temporal. A finales del siglo XX empezamos a introducir la cirugía, también en el Hospital Universitario de Cruces, que es referencia en este tratamiento. Y en los últimos años han llegado terapias subcutáneas o intestinales, que permiten una gran estabilidad en fases avanzadas de la enfermedad.

¿Qué perspectivas de futuro hay?

–Estamos en ensayos clínicos para introducir terapias que puedan ralentizar o incluso detener la enfermedad. Ese es el objetivo. Es verdad que con el Alzheimer la experiencia ha sido poco alentadora, y en Parkinson los fármacos contra la proteína alfa-sinucleína tampoco han dado grandes resultados... pero empieza a verse algo de luz. Esperamos que en los próximos años se desarrolle tratamientos capaces de enlentecer o detener la enfermedad.

¿Cómo viven los pacientes esos avances?

–Sobre todo ves la diferencia en pacientes jóvenes, de 30 o 40 años. Para ellos este diagnóstico es devastador, pero cuando podemos ofrecerles cirugía con estimuladores cerebrales que les permiten casi resetear la enfermedad y volver a una vida normal, imagínate su gratitud. Recuerdo también un paciente mayor al que operamos y cuya máxima ilusión era volver a pescar. Había perdido esa capacidad y, tras la intervención, volvió feliz porque pudo recuperar su afición. Son solo dos ejemplos, pero para un profesional, ver ese cambio y ese agradecimiento es el mayor premio posible.

¿Está la sociedad realmente conscientizada sobre enfermedades como el Parkinson?

–Cada vez más. Gracias a la información que llega a través de los medios, la docencia y las propias experiencias de los enfermos, los pacientes se han empoderado. Ahora son parte activa en su diagnóstico, tratamiento y seguimiento, y eso es fundamental.

¿Cómo influye la participación de los pacientes en la investigación?

–Es clave. Los pacientes que participan nos permite avanzar en ensayos clínicos que aportan información muy valiosa. Tal vez ellos no vean los beneficios, pero las futuras generaciones sí.

¿Es difícil conseguir apoyo para investigar sobre el Parkinson?

–Se están dando pasos; cada vez se invierte más dinero. La investigación no es una inversión a corto plazo, sino a medio y largo plazo, y es fundamental para obtener resultados que beneficien a los pacientes. ●

**Joan Montaner Villalonga.** NEURÓLOGO

El médico gaditano, jefe de servicio en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla, ha sido premiado esta semana por la Sociedad Española de Neurología por su labor frente al accidente cerebrovascular

“El ictus es una epidemia que da pánico y que nos vamos tomando en serio”

JOSÉ ANTONIO LÓPEZ Cádiz

El doctor Joan Montaner Villalonga nació en Cádiz en 1970. De padre catalán y de madre menorquina, pasó su infancia entre Conil y Cádiz hasta que su familia se estableció en la capital, donde cursó los estudios superiores y se licenció en la Facultad de Medicina. Hace solo unos días ha sido premiado con el galardón que otorga la Sociedad Española de Neurología por su trayectoria y labor de investigación ante el ictus. Jefe del Servicio de Neurología del Hospital Virgen Macarena, Joan Montaner habla en esta entrevista con pasión de su trabajo, de la incidencia del ictus en la sociedad andaluza, de los logros obtenidos y de los retos del futuro para hacer frente a este accidente cerebrovascular que cambia en unos segundos la vida de tantas personas.

-¿Qué es el Teleictus?

-El centro de Andalucía del ictus es una maravilla, eso es un sueño. La verdad es que en Andalucía, al ser un territorio tan extenso, teníamos un problema con los hospitales comarcas. Cuando una persona iba con un ictus, no le daba tiempo a llegar a los grandes hospitales. Entonces, lo que hicimos fue montar un sistema de forma que en los grandes hospitales está de guardia un neurólogo con especial dedicación al ictus. Así, si en Vejer me da un ictus, pues me voy al centro de allí, al hospital comarcal de allí, y nosotros nos conectamos con una cámara, interrogamos al paciente, lo exploramos, vemos el TAC craneal, vemos si hay zonas del cerebro que se puedan salvar, indicamos el tratamiento que hace falta, y decidimos si el enfermo se puede quedar en Vejer o se tiene que trasladar a Puerto Real o al Puerto del Mar. Somos como un controlador aéreo de todo el territorio con 40 hospitales implicados.

-Como si fuera una red de atención telemática...



JUAN CARLOS VÁZQUEZ.

El neurólogo gaditano Joan Montaner, premiado esta semana por su dedicación asistencial y científica ante los ictus.

-Sí, es así. Y con esto se consigue, y no es por presumir, que los 15 ó 20 mejores neurólogos andaluces que se dedican al ictus puedan ser tus médicos si tienes la desgracia de que tienes una embolia y estás en un pueblo pequeño. Eso antes era impensable, te quedabas allí en el pueblo, no llegabas a tiempo, no te podían hacer nada. Ahora quien se conecta, al cabo de unos minutos, igual es el médico del Virgen del Rocío o del Virgen de las Nieves o de Córdoba; de los mejores que están

en esa guardia. Es cierto que ha funcionado tan bien que, al final, el volumen ha sido enorme. Llevamos casi 10.000 enfermos atendidos desde que montamos el Teleictus.

-¿Y hay después un seguimiento del paciente?

-Ahora estamos planteando un poco esa cuestión. Es decir, vale, ya lo he tenido, me habéis curado, pero ¿y esto por qué me ha pasado? Hay que hacer una serie de pruebas para ver de dónde me viene, poner la mejor prevención, y eso sí que lo hacemos en estas unidades de ictus, pero si estás en ese hospital pequeño es más difícil. Entonces, ahora estamos haciendo un proyecto, pero es de investigación, no es todavía asistencial, que consiste en hacer unidades de ictus virtuales, de forma que

desde las grandes unidades de ictus podamos hacer el seguimiento. Tú estás en ese hospital comarcal, pues yo cada día me conecto con tu médico de familia, el internista o el intensivista, y vamos llevando juntos el paciente. Es un modelo muy nuevo, que no existe, y vamos a evaluar si implementarlo tiene sentido, si funciona bien, si conseguimos realmente que la gente salga con más proporción del diagnóstico de la etiología del ictus bien hecha; en fin, va a ser un proyecto muy bonito.

“Con el Teleictus, los mejores neurólogos pueden ser tus médicos en cualquier lugar”

-Si tuviera que resumir el momento actual del ictus, su incidencia...

-A ver, el ictus... Sí, el ictus sigue siendo brutal. Es una epidemia cerebrovascular que da pánico y que yo creo que nos la estamos tomando muy en serio. Andalucía ha hecho muy bien los deberes y ahora la atención al ictus es como en cualquier país europeo de los más avanzados.

Dicho esto, hay que recordar que sigue siendo la primera causa de muerte en mujeres andaluzas. Cada año, y no baja, tenemos 21.000 ictus nuevos en Andalucía. ¿Qué pasa? Que estamos curando muy bien a los pacientes con el centro de Teleictus, con los centros de trombectomía, con las unidades de ictus, y lo que pasa es que más gente,

“Cada año tenemos, y es una cifra que no baja, unos 21.000 casos de ictus en Andalucía”



que antes se moría, ahora sobrevive. Son gente que vive, con más o menos secuelas, pero que van viviendo. Se mantiene la incidencia, pero curamos bien a los pacientes, la población se hace más mayor y está creciendo la prevalencia, la gente que vive con la enfermedad.

Ahora mismo en Andalucía, la cifra se acerca a las 150.000 personas; o sea, que todos esos andaluces están viviendo tras sufrir un ictus, y eso va a más. Hemos mejorado mucho la fase aguda, la rehabilitación, pero no estamos haciendo bien la prevención. Ahora mismo sabemos que la mitad de todos los andaluces, de los 8 millones y medio hasta con los niños en el saco, tienen algún factor de riesgo vascular: o son hipertensos o el colesterol alto. Es una locura lo que puede venir en los próximos años.

-Es para preocuparse.

-Las dos enfermedades han pasado del 20%. Hay un 23% de andaluces con hipertensión y un 25% con el colesterol alto. Estamos haciendo mucha investigación en eso, porque estamos trabajando mucho en el tema de la prevención, las dietas... Pero no hay un plan andaluz de hipertensión arterial. Igual que hay un plan andaluz de ictus o un plan andaluz de cardiopatías, pues no hay de hipertensión. La verdad es que es una faceta en la que nos gustaría hacer un gran esfuerzo en los próximos años, porque lo veo muy necesario.

-Además de la alimentación, está el sedentarismo, el tabaco... Hay trabajo por delante.

-Claro, de hecho los que has nombrado son muy importantes, pero te has dejado uno que es el más importante, que es el elevado consumo de sal en nuestras dietas. Ese es el *killer number one*, ese es el que está matando ahora a más gente en todo el mundo: el consumo excesivo de sal. El sodio alto se nos cuela en dietas, en la alimentación procesada. Y ahí estamos intentando trabajar con plantas de la bahía de Cádiz, la salicornia. Nos lo estamos pasando superbién con ese proyecto. Tenemos una zona ahí en Puerto Real de salinas y, en colaboración también con Cupimar, estamos plantando estas plantas, y bueno, con estas plantas se produce una sal que no tiene sodio. La gente que tiene hipertensión arterial, cuando la consume, se le normaliza la presión. Hay muchas posibilidades con la dieta de mejorar estos factores de riesgo.

-Habrá que reeducar también el paladar. Estamos tan acostumbrados a lo salado...

-Exacto. Es verdad que a lo mejor ahí se tienen que mojar también las administraciones, con cambios legislativos. Muchos países han sido bastante agresivos en la reducción del consumo de sal. O, por ejemplo, ¿cuánta sal puede tener el pan? El pan tiene muchísima sal, y ahí, si vas haciendo cambios poquito a poco, nos acostumbramos, no nos da-

ción es idéntica. Es verdad que puede haber alguna laguna porque hay zonas de difícil cobertura, pero en general, desde aquella entrevista a ahora, es el día y la noche. Hemos hecho unidades de ictus en Huelva, Córdoba, Almería, Granada, Jaén... En fin, es que ahora hay 16 unidades de ictus.

Y se puede mejorar porque, por ejemplo, tenemos un problema en Andalucía donde no la tecnología no nos permite visualizar un tac craneal que se

varía el tratamiento. Y si supieras cuál es, podrías estar haciendo el tratamiento cuando el paciente va en la ambulancia. Hoy en día, hasta que nos llevamos al paciente al hospital y le sometemos a un TAC, no podemos darle nada. Si supiéramos que el paciente tiene un ictus hemorrágico, que se le ha roto una arteria, pues bajaríamos la tensión arterial ya en la ambulancia. En eso sí que hay una verdadera carrera entre los centros del mundo que están

fármacos que protegerían las neuronas que se quedan sin el oxígeno y sin el azúcar cuando se tira la arteria. Porque lo que hemos visto es que, por desgracia, a pesar de hacerlo todo perfecto, aunque abramos la arteria del paciente, casi la mitad no responde de forma óptima al tratamiento. Es decir, aunque tú hagas todo perfecto, tengo un ictus, me ves en dos minutos, me diagnosticas, me tratas..., aún cabe la posibilidad de que yo no me recupere del todo. Y en esos casos sí que habría que tener este tipo de neuroprotectores.

-Hay que proteger las neuronas...

-Exacto, exacto. Enseguida, a los pocos minutos de que no les llegue el azúcar y el oxígeno, empiezan a morir. Y podrían combinarse las dos cosas que digo. Te hago el diagnóstico en la calle o en la ambulancia, y te empiezo a poner ya tratamientos mientras vas de camino al hospital y con esos neuroprotectores además. Eso es como un poco el Santo Grial, lo que está la gente buscando como loco.

Luego, lo otro que has dicho, la recuperación. Pero entramos en un mundo un poco diferente. Alguien que realmente se ha quedado mal y no se puede mover, no puede hablar o no puede mover la mano. Ahí sí que, bueno, se está trabajando mucho más en técnicas de simulación, esos exoesqueletos, la robótica... Este campo yo, personalmente, no lo domino, pero creo que también es muy bonito y apasionante. Y la prevención: para mí es el futuro, y, por lo que sea, no lo estamos sabiendo hacer bien.

-Es necesario bajar las estadísticas...

-Sí, sí, el mejor tratamiento de una enfermedad es no tenerla. Y es una inversión, eso también se lo decimos mucho a la gente mayor. La gente mayor te suele decir que fuma, que está un poco gordita... Pero que ya tiene 70 años y que qué más da. Y les decimos que no, que es una inversión en salud impresionante. ¿Usted sabe lo que es que de los 75 a los 90 pueda vivir andando solo, siendo independiente; o vivir sin mover medio cuerpo y que lo tengan que cuidar? Porque, claro, esa es la otra parte, cómo queda el paciente. El cuidador, el entorno familiar y social... Una de cada cuatro personas en España y en Andalucía va a tener un ictus. Y hay que trabajar mucho.



mos cuenta de que nos han ido bajando poquito a poco la sal del pan o de otros alimentos, como los quesos y embutidos, que tienen cantidades de sal increíbles.

-Hace algo más de una década explicaba en una entrevista que no daba lo mismo el lugar en el que te diera un ictus a la hora de afrontarlo. ¿Ha mejorado esta situación con el Telelectus?

-A ver, yo soy optimista por naturaleza, y te diría que, ahora mismo, da exactamente igual dónde lo tengas porque la aten-

realiza a un paciente en un hospital concertado, no somos aún capaces de verlo con nuestro sistema, no se meten sus datos en el Diraya, y ahí tenemos un reto tecnológico. Pero creo que hay voluntad por parte de la Consejería de solucionarlo, y sé que lo están trabajando.

-¿Por dónde debe caminar la investigación? ¿Por ahondar en las causas del ictus, en su prevención, o por mejorar la vida de los pacientes que lo han sufrido?

-Pienso que las grandes necesidades no cubiertas son hacer el diagnóstico muy rápido, con una gotita de sangre. Que, de repente, te quedas sin hablar y se te queda paralizado medio cuerpo y puedes que sea un ictus, pero no sabes si se ha roto una arteria o si se ha tapado, si es un tipo de ictus u otro, lo que

investigando, buscando el diagnóstico rápido del ictus en la misma ambulancia con distintas técnicas, como se mide el azúcar en la sangre.

Y luego, otra cosa que se nos resiste en neurología mucho es que todos los tratamientos que tenemos para curar el ictus son muy de fontanería. Se me cierra la arteria del cerebro y ahora yo voy y, con un fármaco, lo disuelvo o con un catéter quito el trombo. Pero no hemos conseguido encontrar lo que se llaman neuroprotectores, y eso iría muy bien. Serían

"Una de cuatro personas tiene riesgo de padecer un ictus; hay que trabajar mucho"

"El mejor tratamiento de una enfermedad es no tenerla; la prevención es el futuro"



«En pocos meses vamos a poder detectar el alzhéimer con un análisis de sangre»

Pablo Martínez-Lage Neurólogo y director científico de CITA-alzhéimer

«Menos del 1% de los casos de esta enfermedad es hereditaria», explica el neurólogo, premiado por la SEN esta semana por su labor científica

AITOR ANSA

SAN SEBASTIÁN. Es autor y coautor de más de 100 trabajos sobre el alzhéimer y otras demencias. También ha escrito tres libros y diversos capítulos. El neurólogo Pablo Martínez-Lage (Pamplona, 1964) ha sido galardonado esta semana por la Sociedad Española de Neurología (SEN) con el 'Premio SEN Alzheimer' como reconocimiento a su amplia labor científica y a su dedicación por la investigación en Neurología y las enfermedades neurológicas. Parte de ese trabajo lo ha desarrollado como director científico de la fundación donostiarra CITA-alzhéimer, que desde 2008 trata de abordar la enfermedad en todas sus facetas.

– **He salido de casa sin gafas porque no me acuerdo dónde las he dejado. ¿Tengo síntomas?**

– Mencionas un tipo de despiste que habitualmente a nosotros no nos enciende la señal de alarma en cuanto a lo que es la enfermedad de Alzheimer en sí. El fallo de memoria que nos preocupa y al que debemos de prestar atención se refiere más bien a la dificultad para recordar cosas de un día para otro, lo que los especialistas llaman la memoria esporádica. Si ese fallo de memoria de lo reciente se produce día tras día y varias veces al día, es cuando debo preocuparme.

– **Me deja más tranquilo.**

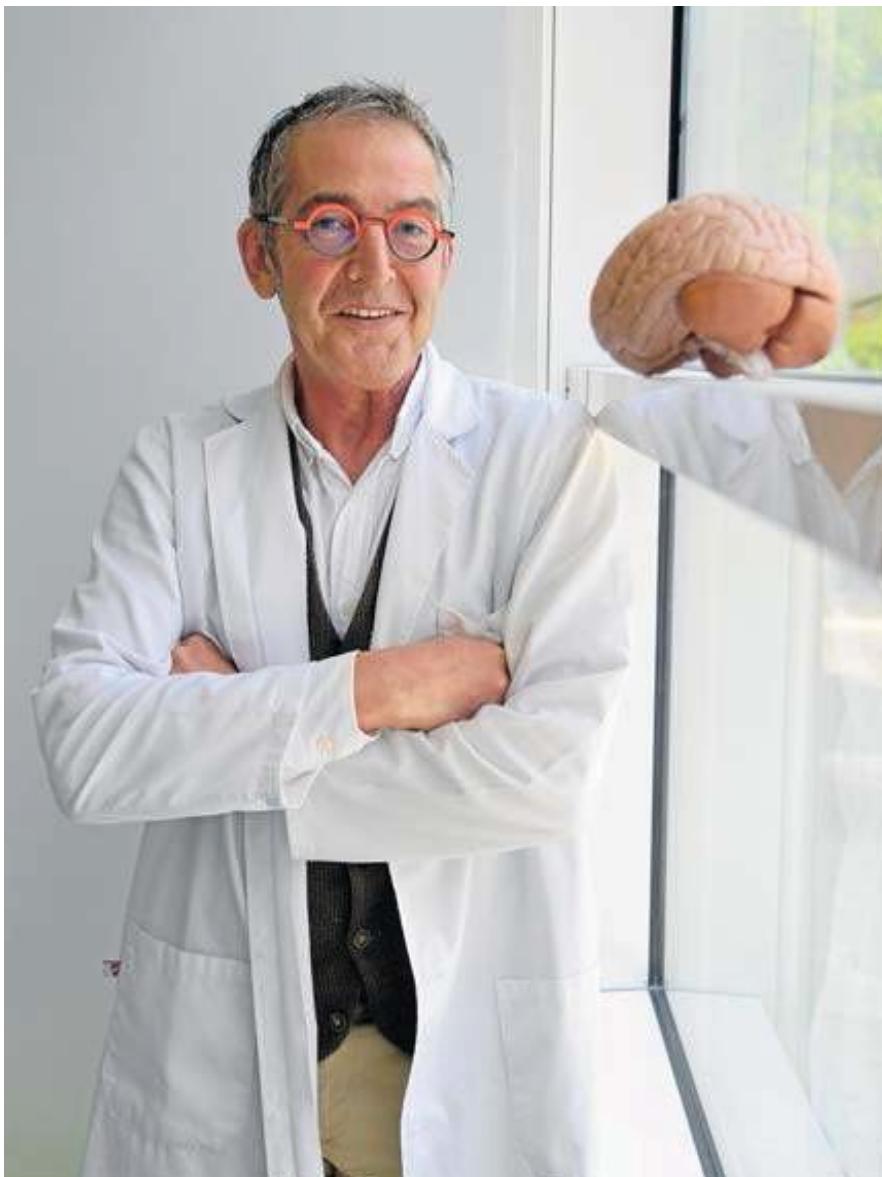
– El despiste de dejarnos las llaves, una luz encendida o ir a la cocina y decir 'por qué venía yo aquí' son más bien síntomas de que andamos muy acelerados por la vida, muy estresados y no podemos estar prestando atención a todo.

– **Siembargo, a veces somos más capaces de recordar algo que hicimos hace años que lo que comimos ayer...**

– En las personas que comienzan a tener síntomas de lo que puede ser una enfermedad de Alzheimer es bastante habitual este fenómeno.

– **¿Por qué?**

– La información de lo que ocurrió hace muchos años es una información que está, primero, muy bien guardada en el cerebro, sobre todo si a lo largo de la vida la hemos ido recordando varias veces. Y segundo, está en zonas del



Pablo Martínez-Lage, neurólogo y director científico de la fundación donostiarra CITA-alzhéimer. FÉLIX MORQUECHO

cerebro que el Alzheimer terminará afectando, pero al cabo de mucho tiempo de evolución de la enfermedad. El Alzheimer afecta fundamentalmente a la entrada de información en el cerebro.

– **¿Cómo se mantiene un cerebro sano?**

– Lo más fácil es hacer la analogía con el corazón o con el músculo. Es decir, para mantener el músculo sano, ¿qué hacemos? Ejercicio físico. Para mantener el cerebro sano, ¿qué se recomienda? El ejercicio mental.

– **¿Hacer crucigramas?**

– Ejercicio mental es ir al cine, ir

al teatro, leer el periódico, comentar las noticias... Si uno quiere complementar eso con hacer sudokus, crucigramas, sopas de letras, adelante. Si a eso añades comer bien, cuidar la salud cardiovascular, tensión, colesterol, obesidad, hacer ejercicio físico, etc. eso es mantener un cerebro en forma.

– **Cada día pasamos más horas delante de una pantalla. ¿Estamos 'atontando' nuestro cerebro?**

– La tecnología es cierto que ayuda, quizás muchas veces en exceso, y todo esto que viene de la Inteligencia Artificial habrá que ver

bien de qué manera nos afecta en nuestros procesos mentales. Tengo la impresión de que la IA nos da todo demasiado cocinado y demasiado adornado. Que está bien en cuanto a la rapidez, aunque tampoco sé muy bien para qué necesitamos tanta rapidez en obtener las cosas, y está bien en cuanto a la exactitud y la ausencia de fallos. Pero ahorra todo ese proceso mental que de alguna manera es inherente a nuestra biología. Si perdemos ahora todo ese proceso de exploración y de investigación y se nos da el resultado ya totalmente cocinado, horneado y

adornado, me pregunto qué perdemos en todo ese proceso.

– **Si tengo un familiar con alzhéimer me recomienda hacerme algún tipo de prueba?**

– Radicalmente no. La enfermedad de Alzheimer, en global, no es hereditaria, solo hay algunas formas raras que lo son. Entendiendo por hereditario que hay una alteración genética, una mutación genética, que quien la tiene y quien la herede tendrá la enfermedad. Pero menos del 1% de las enfermedades de Alzheimer corresponde a estas formas genéticas. Y cuando se producen estas formas genéticas habitualmente hay dos cosas que ocurren. Una, que en la familia hay tres casos o más en dos generaciones distintas. Y dos, que es una enfermedad de Alzheimer que debuta a edades muy tempranas, habitualmente antes de los 60 años.

– **Porque la edad, por ejemplo, es un factor de riesgo.**

– Es el principal factor de riesgo. El alzhéimer es una enfermedad no debida a la edad, pero sí asociada a la edad. Lo que pasa es que ocurre fundamentalmente a partir de los 65 años. Pero no es una progresión de esas que se llaman geométricas; es decir, el riesgo no va aumentando porque cuando se llega a los 95 o 100 años esa curva se aplana.

– **Se ven cada vez más casos en personas jóvenes?**

– Más que verse cada vez más casos, se diagnostican mejor esos casos. Eran casos que igual antes se tildaban durante mucho tiempo de procesos psiquiátricos o de otro tipo de enfermedades, pero ahora los diagnosticamos mejor y parece que hay más.

– **Acertar en el diagnóstico. ¿Es ese uno de los objetivos?**

– Ese es un punto crítico a la hora de avanzar en la enfermedad, el poder diagnosticarlo con certeza y sobre todo el poder diagnosticarlo pronto. Porque hasta hace unos años el diagnóstico de alzhéimer se planteaba solo cuando una persona tenía un deterioro cognitivo importante. Desde que aparecen lo que se llaman los biomarcadores de la enfermedad ya no tenemos que esperar a que una persona sea dependiente. Con los primeros fallos de memoria aplicamos esos biomarcadores y si son positivos decimos que esta persona tiene alzhéimer.

– **Ya no es tan difícil detectar un caso precozmente?**

– A mí no me gusta utilizar la palabra precoz porque habitualmente diagnosticar una enfermedad de manera precoz significa diagnosticarla antes de los primeros síntomas. El ejemplo clarísimo es el del cáncer de mama. En alzhéimer, hoy por hoy, los biomarcadores nos permiten, en una persona que no tiene síntomas, saber si tiene la biología de la enfer-



ALARMAS

«Olvidarse las gafas o las llaves es un despiste habitual, el fallo de memoria que nos preocupa es si ocurre día tras día»

PANTALLAS

«La IA nos da todo demasiado cocinado pero ahorra todo ese proceso mental inherente a nuestra biología»

DIAGNÓSTICO

«A día de hoy es imposible predecir que una persona tendrá alzhéimer en 10 o 20 años, y creo que nunca va a ser posible»

medad o no. Pero eso tiene un problema hoy en día, que es que si hacemos un biomarcador en personas que todavía no tienen síntomas y sale positivo, todo lo que podemos decir es que la biología del alzhéimer está presente. Pero no podemos decir con certeza si esa persona tendrá síntomas o no.

– ¿Es decir, a día de hoy es imposible predecir si una persona va a tener alzhéimer en 10 o 20 años?

– Sí, es imposible. Y creo que nunca va a ser posible. Esto se explica de manera muy sencilla con el tabaco. Ni todos los fumadores van a tener cáncer de pulmón, ni todas las personas que tienen cáncer de pulmón han sido fumadores.

– Esto destierra cualquier posibilidad, por ejemplo, de realizar cribados en personas susceptibles como se hace con el cáncer.

– Yo soy contrario a los cribados generalizados hoy por hoy. Sería levantar muchas liebres que luego no van a ser nada. Por lo que sí abogo es que cuando una persona empieza a tener los primeros síntomas el sistema sanitario esté preparado para dar una respuesta.

– ¿Lo está a día de hoy?

nerlos ya a disposición para utilizarlos en práctica clínica.

– Hace unos meses la EMA autorizó el Lecanemab. ¿Qué va a suponer este medicamento?

– Es un fármaco con una naturaleza de terapia inmunológica, con anticuerpos, que va dirigido contra una de las proteínas que son de las principales protagonistas de los mecanismos del Alzhéimer, el amiloide. Es una proteína que se deposita de manera anómala en el cerebro y es la que empieza a ejercer un efecto tóxico sobre las neuronas. Y ese efecto de eliminar el amiloide se acompaña de un efecto clínico de retraso de la evolución de la enfermedad. Se ha calculado que la pendiente de la enfermedad se estabiliza en un 30-35%, por tanto prolonga la vida autónoma e independiente de las personas.

– ¿Cuándo podrá llegar a las farmacias de Gipuzkoa?

– Ahora está en trámites administrativos en la Agencia Española del Medicamento, luego habrá que ponerle un precio y luego ya cada sistema sanitario de cada comunidad autónoma tendrá que decidir si lo financia o no. Si eso puede tardar 6 o 12 meses, no lo sé.

– Voy a ver si encuentro las gafas...

– El sistema está preparado para estar preparado. Las herramientas están ahí, quizás necesita un poco más de coordinación, de organización.

– Se habla también de detectar el alzhéimer con un simple análisis de sangre. ¿Será posible?

– Será no, es posible. En los últimos dos años se ha producido un avance terrible en medir biomarcadores bioquímicos en sangre en personas con síntomas. Y vamos a tardar muy poquitos meses en te-



NEUROLOGÍA

La SEN premia la labor científica de dos neurólogos gallegos

José M^a Prieto ha sido galardonado por la Sociedad Española de Neurología (SEN) con el Premio SEN Enfermedades Neurológicas y Pablo Irimia Sieira, con el Premio SEN Cefaleas. Aunque ambos son gallegos, Prieto trabaja en Santiago e Irimia lo hace en Navarra.



Su trabajo ha sido distinguido con el Premio SEN Alzheimer, un galardón que reconoce su aportación para lograr una detección más precoz y la búsqueda de soluciones concretas ante uno de los grandes desafíos del siglo XXI

BILBAO – Pablo Martínez-Lage es una de las voces más autorizadas en el campo de la neurología. Desde el Centro de Investigación y Clínica Memoria de la Fundación CITA-Alzheimer en Donostia, lidera investigaciones que buscan avanzar en la lucha contra el alzhéimer. La clave, según apunta, está en actuar mucho antes de que la memoria empiece a fallar.

¿Qué significa para usted este premio que le ha otorgado la Sociedad Española de Neurología?

–Recibir este reconocimiento en un momento en el que en España se está haciendo investigación de mucha calidad tiene un significado muy especial. Más aún cuando te lo otorgan tus propios colegas. Es un premio que, aunque está personalizado en mí, representa el esfuerzo y la trayectoria de todo un equipo: desde el patronato de la fundación hasta todo el equipo de neuropsicólogos, personal de enfermería, neuroimagen... Todos los que estamos en CITA Alzheimer. Es un espaldarazo muy importante.

¿Cómo es enfrentarse cada día a una enfermedad tan dura y compleja como el alzhéimer?

–Desde el punto de vista asistencial, trabajar con personas que acuden a consulta es una experiencia muy gratificante, aunque pueda parecer lo contrario. Aportamos ayuda, alivio, cariño; ofrecemos información sobre los tratamientos que pueden aplicarse y resolvemos dudas que surgen durante el proceso sobre cómo gestionar el día a día de la enfermedad. ¿Qué tipo de avances están impulsando desde CITA Alzheimer?

–Nuestro trabajo se centra especialmente en el diagnóstico temprano. Cuanto antes detectemos la enfermedad, antes podremos intervenir para intentar retrazar su evolución. Queremos que una persona que tiene la enfermedad pero lleva una vida normal o prácticamente normal siga así el mayor tiempo posible. Por eso estamos trabajando en el uso de biomarcadores y también estamos desarrollando estudios sobre prevención.

¿Qué tipo de estudios están realizando?

–Estamos desarrollando un estudio que se llama CITA GO-ON. Hemos reclutado a unas mil personas de entre 60 y 85 años con un perfil de riesgo elevado de desarrollar Alzheimer u otros tipos de deterioro cognitivo. Se ha dividido a los participantes en dos grupos. A uno se le aplica una intervención multimodal muy intensiva: control de factores de riesgo (hipertensión, colesterol, obesidad...), entrenamiento cognitivo, actividad física, intervención socioemocional y cambio en la dieta y nutrición. Al otro grupo le damos recomendaciones de vida saludable, pero sin seguimiento intensivo. Queremos seguir a estas personas durante dos años para com-

Pablo Martínez-Lage

NEURÓLOGO

“Estamos lejos de curar el alzhéimer, pero no tanto de poder detener su progresión”

Una entrevista de **Javier Alonso**
Fotografía **Sociedad Española de Neurología**



probar si, en el grupo con intervención, conseguimos prevenir el deterioro cognitivo.

¿Es posible saber si una persona va a padecer Alzheimer en el futuro?

–Este es un tema delicado. Hoy por hoy, no es posible decir con certeza: “tú vas a tener Alzheimer” o “tú no lo vas a tener”. Eso no se puede hacer ni creo que pueda hacerse nunca de forma rotunda. Lo que sí podemos hacer es definir perfiles de riesgo. Sabemos que hay factores que aumentan claramente la probabilidad de desarrollar deterioro cognitivo: hipertensión, diabetes, colesterol alto, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, mala alimentación... Y a eso se suman otros más recientes como la polución ambiental,

tal, la pérdida auditiva o la depresión. Esos factores y otros factores de riesgo genético pueden medir en una persona.

¿Cómo se mide ese riesgo?

–Utilizamos un índice llamado CAIDE, que se basa en variables como la edad, el género, los años de educación, la presión arterial, el colesterol, el índice de masa corporal y si se practica o no ejercicio físico. Con esos datos podemos establecer un perfil de riesgo y, en función de los resultados, decir que alguien tiene, por ejemplo, un 30% de riesgo de desarrollar deterioro cognitivo. Pero insisto, no podemos asegurar que una persona desarrollará Alzheimer.

¿Qué papel juegan los biomarcado-

res en este diagnóstico anticipado?

–Han supuesto un avance enorme. Hasta ahora se analizaban en el líquido cefalorraquídeo, mediante una punción lumbar o una prueba de imagen llamada PET (tomografía de emisión de positrones). Pero muy pronto

“Si paramos el alzhéimer antes de que aparezcan los primeros síntomas, será un gran avance”

“La financiación sigue siendo el gran obstáculo para avanzar más rápido en la investigación”

vamos a disponer de biomarcadores en sangre, lo cual facilitará mucho su uso para el diagnóstico temprano y a tiempo en personas con deterioro cognitivo. Eso permitirá también algún día detectar la biología de la enfermedad en personas que aún no tienen síntomas. Imagina que alguien se somete a un análisis y aparece que tiene biomarcadores positivos: eso quiere decir que ya tiene en su cerebro las alteraciones típicas del Alzheimer, aunque aún no se hayan manifestado clínicamente.

¿Eso significa que significa que se podría diagnosticar la enfermedad incluso de que empiecen los síntomas?

–Técnicamente sí, pero hay que ser muy prudentes. Detectar biomarcadores positivos en una persona sin síntomas no significa que vaya a desarrollar la enfermedad. Puede que sí o puede de que nunca llegue a hacerlo. No sabemos con precisión ni cuándo ni siquiera si esos cambios acabarán dando lugar a un alzhéimer clínico. Por eso, aplicar estas pruebas a personas sin síntomas solo debería hacerse en el contexto de un estudio de investigación. Hacerlo en una consulta médica de rutina, fuera de un protocolo de investigación, sería una mala práctica. No podemos ofrecer certezas que la ciencia todavía no puede respaldar.

¿Hacia dónde cree que se dirige el futuro de la investigación en Alzheimer?

–La clave está en combinar preventión y diagnóstico precoz. Si conseguimos detectar perfiles de riesgo de forma eficaz y aplicar intervenciones personalizadas, podremos retrazar la aparición de los síntomas. Eso, en una enfermedad sin cura, es un avance enorme. Además, el desarrollo de biomarcadores en sangre abrirá la puerta a diagnósticos más accesibles y menos invasivos. Pero también necesitamos más educación social: que la gente entienda que hay mucho por hacer incluso cuando no hay cura, que prevenir y retrazar es ya una gran victoria. Y que cuidarse a los 60 puede marcar la diferencia a los 80. Ahí está la revolución que viene.

¿Estamos cerca de encontrar una cura al Alzheimer?

–Te diría que estamos lejos de poder afirmar que se cura, pero quizás no estemos tan lejos del momento en el que podamos decir que la enfermedad se para. Y si la paramos antes de que aparezcan los primeros síntomas, o incluso con los primeros síntomas, eso supondrá un gran avance.

¿Se ha encontrado con muchas dificultades para desarrollar tu trabajo como investigador?

–Sí, no es fácil. Nosotros trabajamos en una fundación sin ánimo de lucro impulsada por la familia Aperribay, que quiso hacer algo tras vivir de cerca el Alzheimer. Creamos un área de investigación, pero sin estar integrados ni en la universidad ni en el sistema hospitalario, lo que complica mucho el acceso a la financiación y los recursos.

¿Es la financiación el principal obstáculo?

–Sin duda. También cuesta encontrar profesionales médicos dispuestos a dedicarse a la investigación, lo cual es preocupante. ●



El médico gaditano, jefe de servicio en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla, ha sido premiado esta semana por la Sociedad Española de Neurología por su labor frente al accidente cerebrovascular

“El ictus es una epidemia que da pánico y que nos vamos tomando en serio”

JOSÉ ANTONIO LÓPEZ Cádiz

El doctor Joan Montaner Villalonga nació en Cádiz en 1970. De padre catalán y de madre menorquina, pasó su infancia entre Conil y Cádiz hasta que su familia se estableció en la capital, donde cursó los estudios superiores y se licenció en la Facultad de Medicina. Hace solo unos días ha sido premiado con el galardón que otorga la Sociedad Española de Neurología por su trayectoria y labor de investigación ante el ictus. Jefe del Servicio de Neurología del hospital Virgen Macarena de Sevilla, Joan Montaner habla en esta entrevista con pasión de su trabajo, de la incidencia del ictus en la sociedad andaluza, de los logros obtenidos y de los retos del futuro para hacer frente a este accidente cerebrovascular que cambia en unos segundos la vida de tantas personas.

-¿Qué es el Teleictus?

-El centro de Andalucía del ictus es una maravilla, eso es un sueño. La verdad es que en Andalucía, al ser un territorio tan extenso, teníamos un problema con los hospitales comarcas. Cuando una persona iba con un ictus, no le daba tiempo a llegar a los grandes hospitales. Entonces, lo que hicimos fue montar un sistema de forma que en los grandes hospitales está de guardia un neurólogo con especial dedicación al ictus. Así, si en Vejer me da un ictus, pues me voy al centro de allí, al hospital comarcal de allí, y nosotros nos conectamos con una cámara, interrogamos al paciente, lo exploramos, vemos el tac craneal, vemos si hay zonas del cerebro que se puedan salvar, indicamos el tratamiento que hace falta, y decidimos si el enfermo se puede quedar en Vejer o se tiene que trasladar a Puerto Real o al Puerto del Mar. Somos como un controlador aéreo de todo el territorio con 40 hospitales implicados.

-Como si fuera una red de atención telemática



El neurólogo gaditano Joan Montaner, premiado esta semana por su dedicación asistencial y científica ante los ictus.

JUAN CARLOS VÁZQUEZ.

-Sí, es así. Y con esto se consigue, y no es por presumir, que los 15 o 20 mejores neurólogos andaluces que se dedican al ictus puedan ser tus médicos si tienes la desgracia de que tienes una embolia y estás en un pueblo pequeño. Eso antes era impensable, te quedabas allí en el pueblo, no llegabas a tiempo, no te podían hacer nada. Ahora quien se conecta, al cabo de unos minutos, igual es el médico del Virgen del Rocío o del Virgen de las Nieves o de Córdoba; de los mejores que están

en esa guardia. Es cierto que ha funcionado tan bien que, al final, el volumen ha sido enorme, llevamos casi 10.000 enfermos atendidos desde que montamos el Teleictus.

-¿Y hay después un seguimiento del paciente?

-Ahora estamos planteando un poco esa cuestión. Es decir, vale, ya lo he tenido, me habéis curado, pero ¿y esto por qué me ha pasado? Hay que hacer una serie de pruebas para ver de dónde me viene, poner la mejor prevención, y eso sí que lo hacemos en estas unidades de ictus, pero si estás en ese hospital pequeño es más difícil. Entonces, ahora estamos haciendo un proyecto, pero es de investigación, no es todavía asistencial, que consiste en hacer unidades de ictus virtuales, de forma que

desde las grandes unidades de ictus podamos hacer el seguimiento. Tú estás en ese hospital comarcal, pues yo cada día me conecto con tu médico de familia, el internista o el intensivista, y vamos llevando juntos el paciente. Es un modelo muy nuevo, que no existe, y vamos a evaluar si implementarlo tiene sentido, si funciona bien, si conseguimos realmente que la gente salga con más proporción del diagnóstico de la etiología del ictus bien hecha; en fin, va a ser un proyecto muy bonito.

-Si tuviera que resumir el momento actual del ictus, su incidencia...

-A ver, el ictus... Sí, el ictus sigue siendo brutal. Es una epidemia cerebrovascular que da pánico y que yo creo que nos la estamos tomando muy en serio. Andalucía ha hecho muy bien los deberes y ahora la atención al ictus es como en cualquier país europeo de los más avanzados.

Dicho esto, hay que recordar que sigue siendo la primera causa de muerte en mujeres andaluzas. Cada año, y no baja, tenemos 21.000 ictus nuevos en Andalucía. ¿Qué pasa? Que estamos curando muy bien a los pacientes con el centro de Teleictus, con los centros de trombectomía, con las unidades de ictus, y lo que pasa es que más

“Cada año tenemos, y es una cifra que no baja, unos 21.000 casos de ictus en Andalucía”

“Con el Teleictus, los mejores neurólogos pueden ser tus médicos en cualquier lugar”

16 Junio, 2025

PAÍS: España

PÁGINAS: 22-23

AVE: 4694 €

ÁREA: 2110 CM² - 144%

FRECUENCIA: Diario

DIFUSIÓN: 2349

OTS: 16000

SECCIÓN: PROVINCIA



gente, que antes se moría, ahora sobrevive. Son gente que vive, con más o menos secuelas, pero que van viviendo. Se mantiene la incidencia, pero curamos bien a los pacientes, la población se hace más mayor y está creciendo la prevalencia, la gente que vive con la enfermedad.

Ahora mismo en Andalucía, la cifra se acerca a las 150.000 personas; o sea, que todos esos andaluces están viviendo tras sufrir un ictus, y eso va a más. Hemos mejorado mucho la fase aguda, la rehabilitación, pero no estamos haciendo bien la prevención. Ahora mismo sabemos que la mitad de todos los andaluces, de los 8 millones y medio hasta con los niños en el saco, tienen algún factor de riesgo vascular: o son hipertensos o el colesterol alto. Es una locura lo que puede venir en los próximos años.

-Es para preocuparse.

-Las dos enfermedades han pasado del 20%. Hay un 23% de andaluces con hipertensión y un 25% con el colesterol alto. Estamos haciendo mucha investigación en eso, porque estamos trabajando mucho en el tema de la prevención, las dietas... Pero no hay un plan andaluz de hipertensión arterial. Igual que hay un plan andaluz de ictus o un plan andaluz de cardiopatías, pues no hay de hipertensión. La verdad es que es una faceta en la que nos gustaría hacer un gran esfuerzo en los próximos años, porque lo veo muy necesario.

-Además de la alimentación, está el sedentarismo, el tabaco... hay trabajo por delante.

-Claro, de hecho los que has nombrado son muy importantes, pero te has dejado uno que es el más importante, que es el elevado consumo de sal en nuestras dietas. Ese es el *killer number one*, ese es el que está matando ahora a más gente en todo el mundo: el consumo excesivo de sal. El sodio alto se nos cuela en dietas, en la alimentación procesada. Y ahí estamos intentando trabajar con plantas de la bahía de Cádiz, la salicornia. Nos lo estamos pasando super bien con ese proyecto. Tenemos una zona ahí en Puerto Real de salinas y, en colaboración también con Cupimar, estamos plantando estas plantas, y bueno, con estas plantas se produce una sal que no tiene sodio. La gente que tiene hipertensión arterial, cuando la consume, se le normaliza la presión. Hay muchas posibilidades con la dieta de mejorar

estos factores de riesgo.

-Habrá que reeducar también el paladar. Estamos tan acostumbrados a lo salado...

-Exacto. Es verdad que a lo mejor ahí se tienen que mojar también las administraciones, con cambios legislativos. Muchos países han sido bastante agresivos en la reducción del consumo de sal. O, por ejemplo, ¿cuánta sal puede tener el pan? El pan tiene muchísima sal, y ahí, si vas haciendo cambios poquito a poco, nos acostum-

dónde lo tengas porque la atención es idéntica. Es verdad que puede haber alguna laguna porque hay zonas de difícil cobertura, pero en general, desde aquella entrevista a ahora, es el día y la noche. Hemos hecho unidades de ictus en Huelva, Córdoba, Almería, Granada, Jaén... En fin, es que ahora hay 16 unidades de ictus.

Y se puede mejorar porque, por ejemplo, tenemos un problema en Andalucía donde no la tecnología no nos permite

es un tipo de ictus u otro, lo que varía el tratamiento. Y si supieras cuál es, podrías estar haciendo el tratamiento cuando el paciente va en la ambulancia. Hoy en día, hasta que nos llevamos al paciente al hospital y le sometemos a un tac, no podemos darle nada. Si supiéramos que el paciente tiene un ictus hemorrágico, que se le ha roto una arteria, pues bajaríamos la tensión arterial ya en la ambulancia. En eso si que hay una verdadera carrera entre los cen-

man neuroprotectores, y eso iría muy bien. Serían fármacos que protegerían las neuronas que se quedan sin el oxígeno y sin el azúcar cuando se tapa la arteria. Porque lo que hemos visto es que, por desgracia, a pesar de hacerlo todo perfecto, aunque abramos la arteria del paciente, casi la mitad no responde de forma óptima al tratamiento. Es decir, aunque tú hagas todo perfecto, tengo un ictus, me ves en dos minutos, me diagnosticas, me tratas..., aún cabe la posibilidad de que yo no me recupere del todo. Y en esos casos sí que habría que tener este tipo de neuroprotectores.

-Hay que proteger las neuronas.

-Exacto, exacto. Enseguida, a los pocos minutos de que no les llegue el azúcar y el oxígeno, empiezan a morir. Y podrían combinarse las dos cosas que digo. Te hago el diagnóstico en la calle o en la ambulancia, y te empiezo a poner ya tratamientos mientras vas de camino al hospital y con esos neuroprotectores además. Eso es como un poco el Santo Grial, lo que está la gente buscando como loco.

Luego, lo otro que has dicho, la recuperación. Pero entramos en un mundo un poco diferente. Alguien que realmente se ha quedado mal y no puede mover, no puede hablar o no puede mover la mano. Ahí sí que, bueno, se está trabajando mucho más en técnicas de simulación, esos exoesqueletos, la robótica... Este campo yo, personalmente, no lo domino, pero creo que también es muy bonito y apasionante. Y la preventión: para mí es el futuro, y, por lo que sea, no lo estamos sabiendo hacer bien.

-Es necesario bajar las estadísticas.

-Sí, sí, el mejor tratamiento de una enfermedad es no tenerla. Y es una inversión, eso también se lo decimos mucho a la gente mayor. La gente mayor te suele decir que fuma, que está un poco gordita... Pero que ya tiene 70 años y que qué más da. Y les decimos que no, que es una inversión en salud impresionante. ¿Usted sabe lo que es que de los 75 a los 90 pueda vivir andando solo, siendo independiente; o vivir sin mover medio cuerpo y que lo tengan que cuidar? Porque, claro, esa es la otra parte, cómo queda el paciente. El cuidador, el entorno familiar y social... Una de cada cuatro personas en España y en Andalucía va a tener un ictus. Y hay que trabajar mucho.



bramos, no nos damos cuenta de que nos han ido bajando poquito a poco la sal del pan o de otros alimentos, como los quesos y embutidos, que tienen cantidades de sal increíbles.

-Hace algo más de una década explicaba en una entrevista que no daba lo mismo el lugar en el que te diera un ictus a la hora de afrontarlo. ¿Ha mejorado esta situación con el Teleictus?

-A ver, yo soy optimista por naturaleza, y te diría que, ahora mismo, da exactamente igual

visualizar un tac craneal que se realiza a un paciente en un hospital concertado, no somos aún capaces de verlo con nuestro sistema, no se meten sus datos en el Diraya, y ahí tenemos un reto tecnológico. Pero creo que hay voluntad por parte de la Consejería de solucionarlo, y sé que lo están trabajando.

-¿Por dónde debe caminar la investigación? ¿Por ahondar en las causas del ictus, en su prevención, o por mejorar la vida de los pacientes que lo han sufrido?

-Pienso que las grandes necesidades no cubiertas son hacer el diagnóstico muy rápido, con una gotita de sangre. Que, de repente, te quedas sin hablar y se te queda paralizado medio cuerpo y puedes que sea un ictus, pero no sabes si se ha roto una arteria o si se ha tapado, si

tros del mundo que están investigando, buscando el diagnóstico rápido del ictus en la misma ambulancia con distintas técnicas, como se mide el azúcar en la sangre.

Y, luego, otra cosa que se nos resiste en neurología mucho es que todos los tratamientos que tenemos para curar el ictus son muy de fontanería. Se me cierra la arteria del cerebro y ahora yo voy y, con un fármaco, lo disuelvo o con un catéter quito el trombo. Pero no hemos conseguido encontrar lo que se lla-

"Una de cada cuatro personas tiene riesgo de padecer un ictus; hay que trabajar mucho"

"El mejor tratamiento de una enfermedad es no tenerla; la prevención es el futuro"



Su trabajo ha sido distinguido con el Premio SEN Alzheimer, un galardón que reconoce su aportación para lograr una detección más precoz y la búsqueda de soluciones concretas ante uno de los grandes desafíos del siglo XXI

BILBAO – Pablo Martínez-Lage es una de las voces más autorizadas en el campo de la neurología. Desde el Centro de Investigación y Clínica Memoria de la Fundación CITA-Alzheimer en Donostia, lidera investigaciones que buscan avanzar en la lucha contra el alzhéimer. La clave, según apunta, está en actuar mucho antes de que la memoria empiece a fallar.

¿Qué significa para usted este premio que le ha otorgado la Sociedad Española de Neurología?

–Recibir este reconocimiento en un momento en el que en España se está haciendo investigación de mucha calidad tiene un significado muy especial. Más aún cuando te lo otorgan tus propios colegas. Es un premio que, aunque está personalizado en mí, representa el esfuerzo y la trayectoria de todo un equipo: desde el patronato de la fundación hasta todo el equipo de neuropsicólogos, personal de enfermería, neuroimagen... Todos los que estamos en CITA Alzheimer. Es un espaldarazo muy importante.

¿Cómo es enfrentarse cada día a una enfermedad tan dura y compleja como el alzhéimer?

–Desde el punto de vista asistencial, trabajar con personas que acuden a consulta es una experiencia muy gratificante, aunque pueda parecer lo contrario. Aportamos ayuda, alivio, cariño; ofrecemos información sobre los tratamientos que pueden aplicarse y resolvemos dudas que surgen durante el proceso sobre cómo gestionar el día a día de la enfermedad.

¿Qué tipo de avances están impulsando desde CITA Alzheimer?

–Nuestro trabajo se centra especialmente en el diagnóstico temprano. Cuanto antes detectemos la enfermedad, antes podremos intervenir para intentar retrazar su evolución. Queremos que una persona que tiene la enfermedad pero lleva una vida normal o prácticamente normal siga así el mayor tiempo posible. Por eso estamos trabajando en el uso de biomarcadores y también estamos desarrollando estudios sobre prevención.

¿Qué tipo de estudios están realizando?

–Estamos desarrollando un estudio que se llama CITA GO-ON. Hemos reclutado a unas mil personas de entre 60 y 85 años con un perfil de riesgo elevado de desarrollar alzhéimer u otros tipos de deterioro cognitivo. Se ha dividido a los participantes en dos grupos. A uno se le aplica una intervención multimodal muy intensiva: control de factores de riesgo (hipertensión, colesterol, obesidad...), entrenamiento cognitivo, actividad física, intervención socioemocional y cambio en la dieta y nutrición. Al otro grupo le damos recomendaciones de vida saludable, pero sin seguimiento intensivo. Queremos seguir a estas personas durante dos años para com-

Pablo Martínez-Lage

NEURÓLOGO

“Estamos lejos de curar el alzhéimer, pero no tanto de poder detener su progresión”

▲ Una entrevista de Javier Alonso
 ■ Fotografía Sociedad Española de Neurología



probar si, en el grupo con intervención, conseguimos prevenir el deterioro cognitivo.

¿Es posible saber si una persona va a padecer alzhéimer en el futuro?

–Este es un tema delicado. Hoy por hoy, no es posible decir con certeza: “tú vas a tener alzhéimer” o “tú no lo vas a tener”. Eso no se puede hacer ni creo que pueda hacerse nunca de forma rotunda. Lo que sí podemos hacer es definir perfiles de riesgo. Sabemos que hay factores que aumentan claramente la probabilidad de desarrollar deterioro cognitivo: hipertensión, diabetes, colesterol alto, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, mala alimentación... Y a eso se suman otros más recientes como la polución ambiental,

tal, la pérdida auditiva o la depresión. Esos factores y otros factores de riesgo genético se pueden medir en una persona.

¿Cómo se mide ese riesgo?

–Utilizamos un índice llamado CAIDE, que se basa en variables como la edad, el género, los años de educación, la presión arterial, el colesterol, el índice de masa corporal y si se practica o no ejercicio físico. Con esos datos podemos establecer un perfil de riesgo y, en función de los resultados, decir que alguien tiene, por ejemplo, un 30% de riesgo de desarrollar deterioro cognitivo. Pero insisto, no podemos asegurar que una persona desarrollará alzhéimer.

¿Qué papel juegan los biomarcado-

res en este diagnóstico anticipado?

–Han supuesto un avance enorme. Hasta ahora se analizaban en el líquido cefalorraquídeo, mediante una punción lumbar o una prueba de imagen llamada PET (tomografía de emisión de positrones). Pero muy pronto

“Si paramos el alzhéimer antes de que aparezcan los primeros síntomas, será un gran avance”

“La financiación sigue siendo el gran obstáculo para avanzar más rápido en la investigación”

vamos a disponer de biomarcadores en sangre, lo cual facilitará mucho su uso para el diagnóstico temprano y a tiempo en personas con deterioro cognitivo. Eso permitirá también algún día detectar la biología de la enfermedad en personas que aún no tienen síntomas. Imagina que alguien se somete a un análisis y aparece que tiene biomarcadores positivos: eso quiere decir que ya tiene en su cerebro las alteraciones típicas del alzhéimer, aunque aún no se hayan manifestado clínicamente.

¿Eso significa que significa que se podría diagnosticar la enfermedad antes incluso de que empiecen los síntomas?

–Técnicamente sí, pero hay que ser muy prudentes. Detectar biomarcadores positivos en una persona sin síntomas no significa que vaya a desarrollar la enfermedad. Puede que sí o puede de que nunca llegue a hacerlo. No sabemos con precisión ni cuándo ni siquiera si esos cambios acabarán dando lugar a un alzhéimer clínico. Por eso, aplicar estas pruebas a personas sin síntomas solo debería hacerse en el contexto de un estudio de investigación. Hacerlo en una consulta médica de rutina, fuera de un protocolo de investigación, sería una mala práctica. No podemos ofrecer certezas que la ciencia todavía no puede respaldar.

¿Hacia dónde cree que se dirige el futuro de la investigación en alzhéimer?

–La clave está en combinar preventión y diagnóstico precoz. Si conseguimos detectar perfiles de riesgo de forma eficaz y aplicar intervenciones personalizadas, podremos retrazar la aparición de los síntomas. Eso, en una enfermedad sin cura, es un avance enorme. Además, el desarrollo de biomarcadores en sangre abrirá la puerta a diagnósticos más accesibles y menos invasivos. Pero también necesitamos más educación social: que la gente entienda que hay mucho por hacer incluso cuando no hay cura, que prevenir y retrazar es ya una gran victoria. Y que cuidarse a los 60 puede marcar la diferencia a los 80. Ahí está la revolución que viene.

¿Estamos cerca de encontrar una cura al alzhéimer?

–Te diría que estamos lejos de poder afirmar que se cura, pero quizás no estemos tan lejos del momento en el que podamos decir que la enfermedad se para. Y si la paramos antes de que aparezcan los primeros síntomas, o incluso con los primeros síntomas, eso supondrá un gran avance.

¿Se ha encontrado con muchas dificultades para desarrollar tu trabajo como investigador?

–Sí, no es fácil. Nosotros trabajamos en una fundación sin ánimo de lucro impulsada por la familia Aperribay, que quiso hacer algo tras vivir de cerca el alzhéimer. Creamos un área de investigación, pero sin estar integrados ni en la universidad ni en el sistema hospitalario, lo que complica mucho el acceso a la financiación y los recursos.

¿Es la financiación el principal obstáculo?

–Sí duda. También cuesta encontrar profesionales médicos dispuestos a dedicarse a la investigación, lo cual es preocupante. ●



La pérdida de algunas capacidades con la edad no lleva de forma irremediable hacia la demencia

El laberinto del deterioro cognitivo

ANA BULNES

Madrid

A partir de cierta edad, los despiques, la dificultad para encontrar una palabra determinada o los olvidos pasan de ser una anécdota a algo que quizás encienda una señal de alarma en la persona y en su entorno, por si se trata del primer signo de un deterioro cognitivo que podría derivar en demencia, un camino que a menudo se cree que es inevitable. Pero ¿lo es? Esas personas muy mayores de las que se dice, con cierta sorpresa, “de cabeza está muy bien” son una prueba de que no es siempre así.

El Informe Mundial del Alzheimer 2024 deja claro que la creencia está muy generalizada:

tiempo cambia el cerebro, una pieza todavía no encajada es la de saber cuál es el secreto de los *superancianos* (traducción del inglés *superagers*): personas que cumplen años y se mantienen sin que nada empeore en su rendimiento cognitivo.

La información que se tiene, sin embargo, es todavía poco concluyente. En los últimos años, desde España, con organizaciones como Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía de Madrid al frente, se han publicado un par de estudios en los que se investigaba *superancianos* cuya memoria episódica se mantenía similar a la de personas 30 años más jóvenes. Descubrieron que sus cerebros presentan menos atrofia, más volumen en



Personas mayores en una calle de Sevilla. PACO PUENTES

el 80% de la población (y el 65% de los profesionales de la salud) cree “incorrectamente” que la demencia es una parte normal del envejecimiento. “Es uno más de los estereotipos asociados a la vejez”, señala Gregorio Jiménez Díaz, facultativo especialista en Geriatría. Con la edad, sí se producen cambios cognitivos, pero no todos suponen un empeoramiento y, desde luego, no todos llevan de forma irremediable hacia la demencia.

“El deterioro cognitivo es frecuente, pero no es inexorable. Y hay que distinguir entre los cambios cognitivos que se producen con la edad y los que genera algún tipo de enfermedad”, explica Raquel Sánchez del Valle, coordinadora del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Si bien estas enfermedades son más frecuentes entre personas mayores (“casi un tercio de las personas por encima de 85 años tienen algún tipo de enfermedad que genera deterioro cognitivo”, apunta la experta), ese deterioro no se puede decir que sea algo provocado por los años. En el puzzle de cómo el paso del

regiones clave para la memoria, además de conservar mejor la conectividad entre áreas importantes para la cognición.

“Más allá de los factores genéticos que explican un porcentaje de los casos de demencia degenerativa, un buen número de los factores de riesgo para el desarrollo de demencia podrían ser evitables o controlables a lo largo de nuestra vida, empezando desde edades muy tempranas”, señala Jiménez Díaz. “En los primeros años, alcanzar un más alto nivel educativo sería un factor protector. En la vida adulta sería importante evitar el consumo de alcohol y protegernos de los traumatismos craneoencefálicos, así como asegurar un buen control de la tensión arterial y evitar la obesidad. Más adelante deberíamos continuar manteniendo una buena actividad física, seguir alejados de tóxicos como el tabaco, evitar el aislamiento con una buena red social y diagnosticar a tiempo o controlar enfermedades crónicas como la diabetes, así como conseguir una buena higiene del sueño o detectar la aparición de sintomatología depresiva”, concluye.