



NEUROLOGÍA

- 6 |** La salud cerebral empieza incluso antes del nacimiento
- 12 |** El mercado para el sistema nervioso pierde la calma
- 18 |** Jesús Porta-Etessam: "Necesitamos un quinto año de formación en neurología para responder al crecimiento de la especialidad"
- 20 |** A pie de consulta
- 26 |** Gemma Salvadó: "En el futuro, podríamos abordar el Alzheimer con la misma precisión con la que hoy tratamos algunos tipos de cáncer"
- 28 |** Elena Cortés: "Nos encontramos en un momento estimulante para el tratamiento de la miastenia gravis"
- 30 |** Helena Bascuñana y Jacobo Formigo: Compromiso con la calidad de los servicios de rehabilitación
- 32 |** Mercedes Romera: "En esclerosis múltiple, cuando se decide una terapia, hay que tener en cuenta al paciente en conjunto"
- 34 |** Gerardo Gutiérrez, Guillermín García y María José Morales: La era del complemento en la miastenia gravis generalizada: control sostenido y menor carga para el paciente
- 36 |** El estudio OverTTure evidencia la dificultad de diagnosticar la ATTR

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

- 38 |** El 80 % de las muertes prematuras por enfermedad cardiovascular se podrían prevenir
- 42 |** Bradicardia para las ventas de fármacos cardiovasculares
- 48 |** José María Mostaza: Tres de cada cuatro pacientes con alto riesgo cardiovascular no alcanzan los objetivos de colesterol LDL
- 50 |** La sonda VeriSight Pro 3D ofrece una visión precisa del interior del corazón

TERAPIAS AVANZADAS

- 52 |** Las terapias avanzadas no se frenan

HEMATOLOGÍA

- 58 |** ▼Omijara (Momelotinib): un avance en el tratamiento integral de la mielofibrosis con anemia



62 | Esther González: "El mieloma múltiple ha experimentado una auténtica revolución terapéutica en los últimos años"

ENFERMEDADES MINORITARIAS

66 | Enfermedades minoritarias: innovación creciente frente a barreras persistentes

72 | José Luis Poveda: Del acceso limitado a la innovación constante: la transformación del abordaje de las enfermedades raras en España

74 | 'Friedreich and I': una mirada humana para comprender la realidad de la ataxia de Friedreich

76 | Desenmascarar las enfermedades raras para dar voz a quienes viven en silencio



52

78 | Juan Naya: "Los dermatólogos han sido un aliado clave en estos 50 años de historia"

EVENTOS Y CONGRESOS

80 | La neurología de precisión protagonizará la LXXVII Reunión Anual de la SEN

82 | El 47º Congreso Nacional de SEMERGEN da voz al médico de familia

84 | Revolución terapéutica, equidad y unión: las claves del congreso SEHH-SETH 2025

86 | La obesidad y la diabetes son los grandes retos de la endocrinología

88 | La farmacia hospitalaria traza su hoja de ruta ante los nuevos retos del sistema sanitario

90 | La nefrología española refuerza su compromiso con la prevención, la innovación y la sostenibilidad

92 | La otorrinolaringología rediseña su futuro con ciencia, desarrollo y tecnología



66

94 | Galicia, Asturias y Cantabria refuerzan la inversión en sanidad



94

98 | FARMACOLOGÍA



EL MERCADO PARA EL SISTEMA NERVIOSO PIERDE LA CALMA

TRAS UN BIENIO EN EL QUE EL CONSUMO DE FÁRMACOS PARA LA NEUROLOGÍA HABÍA MANTENIDO CIERTA TRANQUILIDAD POSITIVA EN VENTAS, LAS CIFRAS APORTADAS POR LA FIRMA IQVIA DETECTAN UN INÉDITO RETROCESO EN UNIDADES. QUIZÁS ANTECIPÓ DE SU POSIBLE DESCENSO TAMBIÉN EN VALOR AL QUE LAS COMPAÑÍAS PODRÍAN OPOSICIÓN NUEVAS ESTRATEGIAS DE INNOVACIÓN.



Con estos cuatro años por delante, incluido lo que queda de 2025, seguirá avanzando el *Plan estatal de Terapias Avanzadas* (2025-2028) también en beneficio de los neurólogos, al contemplarse la inclusión de otros medicamentos de terapias avanzadas (MTA), sin excluir los desarrollados del ámbito académico. De forma que se ven factibles nuevas propuestas para enfermedades neurodegenerativas y raras, susceptibles de mejorar con estrategias basadas en oligonucleótidos o mediante terapias génicas, entre otras posibilidades, al disponer de un marco mejor estructurado para su coordinación, financiación y acceso regulado. Con el ejemplo de *Qalsody* (tofersen) para la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) cuando se observa mutación en el gen SOD-1, ya que se ha revelado como primer avance significativo para esta cruel enfermedad desde 1996, al haber permitido hasta ahora la mejora de la funcionalidad de parte de los pacientes. Algo de lo que sin duda se hablará durante el próximo congreso de la Sociedad Española de Neurología (SEN), que se celebrará en Sevilla del 18 al 22 de noviembre como su 77º cita anual. En un encuentro en el que, sin duda, se analizarán a fondo las posibilidades clínicas de la inteligencia artificial, los análisis de datos y las nuevas tecnologías puestas al servicio de los residentes y adjuntos de neurología, en sesiones guiadas por un comité específico de la sociedad científica. A la par que se compartirán hallazgos para adelantar diagnósticos en enfermedad de Parkinson y demencia, además de otras patologías, con el uso de biomarcadores, modelos predictivos y dispositivos de neuroimagen avanzada.

Más SEN que nunca

Epilepsia, enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, tumores cerebrales, migrañas, accidentes cerebrovasculares, esclerosis lateral amiotrófica, ataxias, parálisis cerebrales, parálisis de Bell, demencias, síndromes del túnel carpiano, síndromes de Guillain-Barré, enfermedad de la motoneurona, neuropatías periféricas, lesiones medulares, deformidades de la columna vertebral, lesiones cerebrales traumáticas, aneurisma, lesiones del plexo braquial o espinas bifidas son muchas de las afecciones, incidencias y condiciones de salud que atañen directamente al neurólogo. Y de buena parte de ellas se hablará en Sevilla.

Concretamente, se disertará sobre cuidados neuropaliativos a distintos niveles, terapias de segunda línea en Parkinson, toxina botulínica, trastornos del movimiento, dolor neuropático, cefaleas y terapias semi-invasivas en las mismas, neurogenética y enfermedades raras, terapias avanzadas, electrodiagnósticos neurológicos, gestión clínica, neurogeriatría, neutróterapia ocupacional, neurofisiología, enfermedad neuromuscular, disfunciones sexuales en enfermedad neurológica, neurointervencionismo, valoración cognitiva, neurosonología y electromiografía.

Más cuestiones palpitantes en mente

Además de su gran cita, la SEN se sumó recientemente a la postura de la Academia Americana de Neurología y la Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) para descartar que exista evidencia que relacione causalmente el uso de paracetamol durante el embarazo con el autismo en niños. En ese sentido, la sociedad científica local fundamenta sus recomendaciones de salud basándose exclusivamente en evidencias científicas consistentes obtenidas a partir de una metodología de investigación rigurosa, sin que exista por tanto razón para dejar de tomar paracetamol cuando esté indicado por razones de salud.

La SEN comunicó igualmente el pasado mes de septiembre que su página web ha sido remozada y actualizada con criterios de seguridad, SEO y tiempos de carga, además de incorporar mejoras para la experiencia del usuario, priorización a las secciones más visitadas, con nuevo servidor, base de datos y gestor de contenidos relevantes para los neurólogos. Este otoño también participó la SEN en Cádiz durante el XVII Congreso de Educación Médica, como evento formativo nacional para miembros del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), con stand propio para hacer campaña por una especialidad cuyos protagonistas consideran del mayor interés como, por ejemplo, a través del enfoque intervencionista del neurólogo en la modificación del curso clínico de enfermedades tradicionalmente consideradas incurables.



Por otro lado, la sección de estudio de neurofisioterapia de la SEN presentó hace poco su *Guía de funcionamiento de fisioterapia en unidades de ictus 2025*, planteada como documento de referencia al incluir recomendaciones sobre cómo deben implantarse y desarrollarse las intervenciones de fisioterapia en pacientes con ictus. Esta guía, elaborada a partir de los principales manuales de práctica clínica nacionales e internacionales, ha sido coordinada por los *neurofisioterapeutas Isaac Padrón Afonso, Inés García Bouyssou y David Aso Fuster*. Con la participación de un grupo de trabajo de 18 fisioterapeutas activos en unidades de ictus de distintos hospitales españoles, quienes participaron en el pilotaje de los contenidos con comentarios y sugerencias. El trabajo se divide en seis capítulos, incluye propuestas de circuitos de actuación, ratios recomendados de terapeuta y paciente, y procedimientos de valoración e intervención, así como actividades no asistenciales necesarias, entre otros aspectos.

Serenidad en cifras

En esta nueva entrega se dan argumentos principalmente a favor de un mercado en estabilidad para los fármacos del sistema nervioso y la neurología. A la vista de los datos aportados por la firma IQVIA y su metodología *Flexview* con las ventas mensuales, registradas a través de la red estatal de farmacias. Con objeto de conocer al detalle las cifras de negocio alcanzado en euros a Precio de Venta al Público (PVP) durante los últimos tres años móviles totales (MAT) que discurren de septiembre al mes de agosto del año siguiente. Con mención también de las cifras alcanzadas, tanto en euros como en unidades, así como sus porcentajes de crecimiento o bajada, %PPG. Según estos parámetros, al completar el año móvil total 08/2025, de septiembre de 2022 hasta agosto de 2023, MAT 08/2023, este mercado experimentó un incremento del 2 % de su valor, en el camino a haber registrado 3.940 millones de euros a PVP. Algo posible después de haber confirmado más de 415 millones de dispensaciones porque su volumen experimentó una subida del 1,14 %. Mientras que, doce meses después, y ya

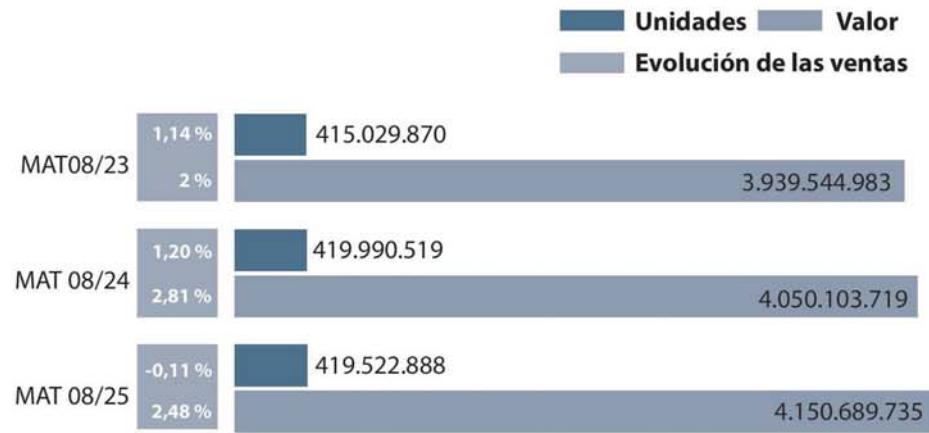
al ultimar el MAT 08/2024, estos fármacos superaron los 4.050 millones de euros en ventas porque su valor aumentó el 2,81 %. En paralelo a sus cerca de 420 millones de unidades vendidas al haber crecido en volumen el 1,2 %.

Finalmente, al coronar el pasado mes de agosto, dando término al MAT 08/2025, la cifra total en ventas de este mercado se elevó significativamente por encima de los 4.150,6 millones de euros a PVP, a pesar de haber visto contenido su crecimiento al 2,48 %. Pero con la nota discordante de que su volumen cayó el -0,11 %, sin perjuicio, sin embargo, de haber logrado más de 419,5 millones de envases dispensados. De forma que, entre el periodo más lejano y el más reciente se anotaron comparativamente unas ventas que aumentaron en 211,2 millones de euros, por valor de 4,5 millones de unidades vendidas más hacia el presente.

Patología por patología

En repaso interanual no se observaron nuevas aprobaciones en esclerosis múltiple, aunque se encuentran en fase avanzada inhibidores de BTK como *tolebrutinib* de Sanofi o *fenebrutinib* de Roche, entre otros, pero aun todavía lejos de la aprobación para España de estos fármacos que bloquean la actividad de la proteína BTK, esencial para el desarrollo de los linfocitos B y la señalización celular. Siendo dichos inhibidores terapias orales para la inhibición de la tirosina quinasa de Bruton. El primero de ellos mostró eficacia en el retraso de la enfermedad, mientras que el segundo se encuentra en fase III. De la que se espera que pueda ser alternativa o complemento a fármacos ya en uso como los anticuerpos anti-CD20, los moduladores orales, los anti-S1P y otros. En migraña, con la llegada de los gepantes (*gepants*) y anticuerpos anti-CGRP como *Vydura (rimegepant)*, *atogepant*, *ubrogepant*, *zavegepant*, y los anticuerpos monoclonales anti-CGRP, si bien ya autorizados y administrados, con desplazamiento en sus condiciones de posicionamiento y reembolso, en función de estudios post-autorización, como informa la Agencia Europea del Medicamento (EMA). Los gepantes son una clase de medicamentos utilizados para tratar y prevenir las migrañas al bloquear la proteína relacionada con el gen de la calcitonina (CGRP). Funcionan como antagonistas del receptor CGRP, impidiendo que esta proteína cause inflamación y dilatación de los vasos sanguíneos que llevan a dolor, como síntomas clave de la migraña que precisa tratamiento agudo ya sea durante el ataque de la migraña o para su prevención. Para la trombólisis cabe reseñar la aprobación en Europa de *Metalysé (tenecteplase)* en ictus isquémico agudo con desembarco en los hospitales españoles ya con condiciones de precio y financiación. Principalmente porque este fármaco muestra importantes ventajas, por ejemplo, en la ventana aguda que surge en la urgencia.

MERCADO SISTEMA NERVIOSO



*Mercado estudiado: ATC N SISTEMA NERVIOSO, según ventas en € PVP a MAT 08/23, MAT 08/24 y MAT 08/25
Fuente: IQVIA, National Sell Out Monthly, FLEXVIEW. Elaboración: IM Médico*



PRINCIPALES NEUROTRANSMISORES

- *Acetilcolina*. Clave para la memoria, el aprendizaje y la contracción muscular.
- *Dopamina*. Asociada con la motivación, la recompensa y el placer.
- *Serotonina*. Regula el estado de ánimo, el sueño y el apetito.
- *GABA (ácido gamma-aminobutírico)*. Inhibe o reduce la actividad neuronal, con un efecto calmante.
- *Glutamato*. Principal neurotransmisor excitatorio en el sistema nervioso central.
- *Adrenalina (epinefrina)*. Regula la respuesta de "lucha o huida" y el metabolismo.
- *Noradrenalina (norepinefrina)*. Aumenta el estado de alerta y la respuesta al estrés.
- *Endorfinas*. Actúan como analgésicos naturales y generan sensaciones de bienestar.
- Otros neurotransmisores:
 - *Histamina*. Involucrada en la respuesta inflamatoria y en la regulación del sueño y la vigilia.
 - *Ácido aspártico*. Otro aminoácido excitatorio.
 - *Anandamida*. Un endocannabinoide que participa en la modulación del dolor y el estado de ánimo.
 - *Péptidos*. Como el péptido intestinal vasoactivo (PIV), el péptido relacionado con el gen de la calcitonina (PRGC) y la bombesina.

RETROCESOS EN VOLUMEN TAMBIÉN PUEDEN ANTICIPAR BAJADAS EN EUROS

En lo tocante a la enfermedad de Alzheimer, apunta maneras *Leqembi* (*Lecanemab*) medicamento para etapas tempranas para reducir las acumulaciones de proteína beta-amiloide en el cerebro con el objetivo de ralentizar el deterioro cognitivo. Aprobado en Estados Unidos, se administra mediante infusión intravenosa. Su aprobación para Europa está en proceso, con indicación restringida a pacientes con o sin copia del gen APOE4, para mitigar los efectos secundarios. Aunque este tratamiento no revierte la pérdida de memoria, sí ataca la causa subyacente de la enfermedad. Mientras que *Souvenaid* es un suplemento dietético especial para el manejo dietético del deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer en fase inicial. Busca proteger la memoria y las sinapsis en el cerebro. Algunos estudios le atribuyen mejora de la memoria verbal y otros aspectos cognitivos en casos todavía leve de la enfermedad, pero sin respaldo de evidencia detrás.

Cercos a la miastenia gravis

A pesar de ser una enfermedad rara, no es extraño que la miastenia gravis esté dando tanto que hablar en los últimos tiempos. Para hacer frente a esta patología autoinmune y crónica en la que anticuerpos IgG distorsionan la comunicación entre los nervios y músculos para generar un importante cansancio que puede llevar a forma generalizada y afectación de todo el cuerpo en menos de dos años. A lo que se puede oponer desde octubre *Vyvgart* (*Efgartigimod*) de Argentx, en jeringas precargadas para pacientes adultos con anticuerpos positivos frente a receptores de acetilcolina, que ahora pueden administrarse ellos mismos el tratamiento en casa en apenas medio minuto. A una dosis estándar, modificable por peso, de 1.000 mg en vía subcutánea a razón de una administración semanal durante cuatro semanas.

Ampliando el alcance de los ensayos

También se abrirán opciones en la gran cita de la SEN sobre la posibilidad de incluir mujeres embarazadas y lactantes en los ensayos clínicos neurológicos, según evaluaciones específicas de riesgo-beneficio, en función de la directriz ICH E21. Lo que podrá llevar a sopesar los criterios de seguridad vigentes, además de las metodologías en los estudios que llevan a fármacos neurológicos.

De estos progresos en investigación y de su propensión hacia una mayor equidad en el acceso a los ensayos se tratará en Sevilla, donde la SEN espera a 3.200 congresistas para compartir con 600 ponentes 120 actividades científicas.



LA SALUD CEREBRAL EMPIEZA INCLUSO ANTES DEL NACIMIENTO

ESTAMOS ASISTIENDO A AVANCES RELEVANTES EN EL CAMPO DE LA NEUROLOGÍA. EL RESULTADO SE TRADUCE, POCO A POCO, EN MÁS EVIDENCIA Y DESARROLLO CLÍNICO EN ALZHEIMER Y PÁRKINSON. SE HAN PRESENTADO NUEVAS GUÍAS PARA LA REHABILITACIÓN DEL ICTUS, MIENTRAS QUE LAS CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN REFUERZAN LA CONCIENCIACIÓN SOCIAL SOBRE LA SALUD CEREBRAL. EL GRAN RETO CONTINÚA SIENDO EL ACCESO REAL A LAS PRUEBAS Y TERAPIAS, TODAVÍA EL PRINCIPAL CUELLO DE BOTELLA. NUESTRO CEREBRO SIGUE EXIGIENDO RESPUESTAS.



Aunque existen más de 500 enfermedades neurológicas, son el ictus, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, la enfermedad de Parkinson, las enfermedades neuromusculares (como la ELA), la esclerosis múltiple, la epilepsia y las cefaleas (como la migraña) las que tienen un mayor impacto epidemiológico. Aparte, el ictus, la migraña y las demencias (sobre todo la enfermedad de Alzheimer) lideran de forma constante los tres primeros puestos en términos de tasas mundiales de discapacidad, mientras que el Alzheimer o el ictus suelen encabezar la tabla de las principales causas de defunción en España.

En Alzheimer, que afecta a aproximadamente 6,9 millones de personas en Europa, unas 800.000 en nuestro país, dos vectores han marcado los últimos meses. Nos referimos al diagnóstico biológico y a los nuevos anticuerpos. Por un lado, el acceso a biomarcadores sigue siendo muy limitado en España. Solo el 16,1 % de los pacientes llega a estas pruebas pese a que más del 80 % de especialistas las consideran esenciales. Según el programa internacional *Adelphi Real World Dementia Disease Specific Programme* (Adelphi DSP), el retraso medio hasta el diagnóstico supera los seis meses. En ese sentido, los expertos advierten de que el Alzheimer y las demencias siguen siendo enfermedades infradiagnosticadas, lo que impide a los pacientes acceder a opciones de tratamiento y cuidados. *"Nos encontramos en un momento crítico en el que las decisiones que tomemos ahora marcarán el futuro de la atención a la enfermedad de Alzheimer en Europa"*, señaló el profesor **Lutz Frölich**, jefe del Departamento de Psiquiatría Geriátrica del Central Institute of Mental Health y catedrático de la Facultad de Medicina de Mannheim en la Universidad de Heidelberg (Alemania), en la reciente *Alzheimer Europe Conference 2025*.

Allí sostuvo que *"la ciencia ya nos ha proporcionado soluciones para manejar la enfermedad de Alzheimer de forma más eficaz en sus fases iniciales, con el potencial de reducir la carga de la enfermedad"*. Aseveró que esto solo será posible si se logra agilizar el diagnóstico y garantizar un acceso oportuno y equitativo a la atención para todas las personas que padecen esta enfermedad.

Cuando es posible que el diagnóstico lo realice el médico de Atención Primaria, el proceso es más ágil, lo que refuerza el papel clave de este nivel asistencial en la detección, evaluación y manejo del deterioro cognitivo leve y la demencia por enfermedad de Alzheimer. No obstante, la derivación a neurología es lenta. En España, no se remite con la suficiente rapidez al 30,8 % de los pacientes con demencia leve y al 34,6 % de quienes presentan deterioro cognitivo leve.

El 61 % de los especialistas encuestados en Adelphi DSP apunta que la principal barrera para identificar pacientes en fases tempranas de enfermedad de Alzheimer es el retraso en la búsqueda de ayuda por parte de los propios pacientes debido al estigma asociado a la enfermedad, y el 43 % afirma que los pacientes tardan en ir a consulta porque no distinguen entre el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo causado por esta patología. En nuestro país, dicha percepción alcanza el 44 % en demencia leve y el 26,2 % en deterioro cognitivo leve.

Los síntomas más comunes que motivan una consulta diagnóstica son pérdida de memoria a corto plazo, las dificultades de concentración/atención y los problemas para recordar nombres o palabras. Aunque suelen ser detectados en primera instancia por un familiar, el estigma y la falta de conocimiento contribuyen al retraso en la búsqueda de ayuda.

Avanzando

"Las terapias emergentes dirigidas a la patología de la enfermedad de Alzheimer ofrecen esperanza para frenar su progresión y retrasar la necesidad de servicios de cuidados. Pero esta posibilidad depende de la detección temprana, ya que aproximadamente un tercio de los individuos en fases sintomáticas iniciales de la enfermedad avanzará a etapas clínicas más graves en el plazo de un año", puntualizó el Dr. **Stéphane Epelbaum**, vicepresidente asociado de Asuntos Médicos Internacionales en Eli Lilly, en la *Alzheimer Europe Conference 2025*. Defendió que el diagnóstico preciso y a tiempo es esencial para que los pacientes puedan acceder a la próxima generación de cuidados en la enfermedad de Alzheimer.

1 Diciembre, 2025



La buena noticia es que la investigación y el desarrollo no se detienen. Por ejemplo, Roche confirmó en la *Conferencia Internacional de las enfermedades de Alzheimer y Parkinson (AD/PD) 2025* en Viena (Austria) el potencial terapéutico de *trontinemab*. El estudio fase Ib/Ila Brainshuttle en enfermedad de Alzheimer viene a evidenciar, según sus resultados preliminares, una eliminación rápida y dosis-dependiente del amiloide cerebral, así como la utilidad de la prueba plasmática Elecsys pTau181 para descartar la patología amiloide. “Estamos satisfechos con los progresos realizados en nuestra cartera de productos frente al Alzheimer, a medida que avanzamos con un programa con ‘trontinemab’ fase III y seguimos ampliando nuestras soluciones diagnósticas. Hasta tres de cada cuatro personas con síntomas permanecen sin diagnosticar. Esta creciente población necesita métodos de diagnóstico más precisos y menos invasivos, junto con tratamientos eficaces que modifiquen la enfermedad para frenar la neurodegeneración lo antes posible”, declaró el Dr. **Levi Garraway**, director médico y jefe de Desarrollo Global de Productos de Roche, en el citado encuentro médico.

Además, crece el interés por marcadores no cognitivos, como son los déficits olfativos, que se consolidan como posible señal de alerta precoz. Hay que insistir en que el éxito terapéutico dependa críticamente del diagnóstico más temprano posible, lo que garantiza una comprensión detallada de los mecanismos antes de la aparición de los primeros indicios de la patología. Una investigación realizada por científicos del Centro Alemán de Enfermedades Neurodegenerativas (DZNE) y la Universidad Ludwig-Maximilians de Múnich (LMU), en Alemania, ha encontrado un papel importante de la respuesta inmunitaria cerebral, que parece atacar de forma letal las fibras neuronales cruciales para la percepción de olores.

El Dr. **Lars Paeger**, científico del DZNE y la LMU, ha aclarado que, en las primeras fases de la enfermedad de Alzheimer, “se producen cambios en las fibras nerviosas que conectan el locus cerúleo con el bulbo olfatorio”. Estas alteraciones indican a la microglía que las fibras afectadas son defectuosas o superfluas. En consecuencia, la microglía las descompone. La integridad del locus coeruleus establece como un biomarcador temprano que predice el declive cognitivo en el envejecimiento y las enfermedades neurodegenerativas.

Enfermedad de Parkinson

En enfermedad de Parkinson, el *pipeline* también pisa el acelerador. Roche avanza en el desarrollo fase III de *prasinezumab*, un anticuerpo experimental contra la alfa-sinucleína, en etapas tempranas de la enfermedad de Parkinson. Esta decisión está avalada por los datos del estudio fase IIb PADOVA y la fase de extensión abierta en

marcha (OLEs, por sus siglas en inglés) de los estudios PADOVA y del estudio fase II PASADENA. El Dr. Garraway se ha mostrado esperanzado por las señales de eficacia observadas en los dos ensayos fase II y sus fases de extensión abierta, combinadas con el perfil de seguridad y tolerabilidad favorable de *prasinezumab*. “Reconocemos la necesidad sustancial de contar con nuevas opciones de tratamiento, y la totalidad de los datos sugieren que ‘prasinezumab’ puede tener el potencial de convertirse en el primer tratamiento modificador de la enfermedad para las personas con enfermedad de Parkinson”, ha manifestado al respecto. Al reducir la acumulación de la proteína alfa-sinucleína en el cerebro, *prasinezumab* puede prevenir potencialmente una mayor acumulación y propagación entre las células, lo que puede ralentizar la progresión de la enfermedad.

Más allá del desarrollo farmacológico, la evidencia respalda el papel del ejercicio regular para frenar la neurodegeneración y la importancia de detectar y tratar los trastornos del sueño, muy prevalentes y con impacto en calidad de vida. Un estudio del Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS) abre la puerta, en esa dirección, a revisar las estrategias terapéuticas actuales e incorporar el ejercicio físico como una herramienta esencial para ralentizar la progresión de esta enfermedad neurodegenerativa.

La enfermedad de Parkinson afecta a más de diez millones de personas en todo el mundo y es la segunda patología neurodegenerativa más prevalente, solo por detrás del Alzheimer. Hasta ahora, las estrategias terapéuticas se habían centrado principalmente en tratamientos paliativos orientados a aliviar los síntomas motores. En los últimos años, la actividad física ha emergido como una intervención prometedora, con potencial no solo para mejorar la función motora, sino también para influir en la progresión de la enfermedad.

Ictus

El ictus es la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda en la población general en España. Cada año, más de 120.000 personas sufren un ictus en nuestro país y más de 24.000 fallecen por

TASAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA · 2023

Por 100.000 habitantes



Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso	254	268	240
Enfermedad de Alzheimer	8	6	9
Esclerosis múltiple	3	2	4
Epilepsia	47	52	43
Isquemia cerebral transitoria	31	33	29
Otras enfermedades del sistema nervioso	165	175	155

Fuente: INE. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2023. Elaboración: IM Médico

1 Diciembre, 2025



esta causa. Asimismo, es una de las principales causas de discapacidad adquirida en el adulto. La buena noticia es que el 90 % de los casos de ictus pueden prevenirse mediante hábitos de vida saludables y el control de los factores de riesgo. La rápida identificación de los síntomas y la activación inmediata del protocolo *Código Ictus* marcan la diferencia en el pronóstico del paciente.

Por otro lado, el ictus mantiene su doble agenda de prevención y rehabilitación. El objetivo de la *Guía de funcionamiento de fisioterapia en unidades de ictus 2025*, de la Sección de Estudio de Neurofisioterapia de la Sociedad Española de Neurología (SEN), es establecer un documento de referencia con recomendaciones sobre cómo deben implantarse y desarrollarse las intervenciones de fisioterapia en pacientes con ictus.

"Tras un ictus, cuando se produce una pérdida de capacidades físicas, cognitivas, sensoriales, emocionales, conductuales y/o funcionales, la fisioterapia es fundamental para la rehabilitación y debe iniciarse lo antes posible", sostiene el Dr. Isaac Padrón, miembro de la Sección de Estudio de Neurofisioterapia de la SEN. Su aplicación temprana y de alta frecuencia, varias veces al día, *"permite obtener mejores resultados funcionales en los pacientes, reducir los tiempos de recuperación y los costes médicos, disminuir los requerimientos terapéuticos tras el alta, hasta el punto de no ser necesarios en muchos casos, y contribuir a reducir las listas de espera para los tratamientos ambulatorios posteriores"*.

La mayoría de las Unidades de Ictus de los hospitales españoles dispone de servicio de fisioterapia, generalmente integrado en equipos multidisciplinares. Si bien, este servicio suele prestarse a tiempo parcial y de forma compartida con otros, no exclusivamente para neurología o neurocirugía, pese a que la recomendación general es que las Unidades de Ictus cuenten con un fisioterapeuta a tiempo completo por cada cinco pacientes, en turnos de mañana y tarde. La Dra. Selma Peláez, coordinadora de la Sección de Estudio de Neurofisioterapia de la SEN, pone en valor *"los beneficios que aporta la neurofisioterapia en pacientes"*. Por ello, determina que no solo es imprescindible consolidar la figura del fisioterapeuta en

'DECÁLOGO PARA MANTENER UN CEREBRO SALUDABLE'

Del 29 de septiembre al 3 de octubre, la Sociedad Española de Neurología (SEN) volvió a impulsar la celebración de la Semana del Cerebro, recorriendo la geografía española con un autobús, que visitó cinco ciudades, para tratar de inculcar a la población la importancia de prevenir las enfermedades neurológicas. Los ciudadanos podían informarse en él sobre el estado de su salud cerebral y realizar distintas pruebas para determinar su salud cerebrovascular, así como su agilidad mental. *"Las enfermedades neurológicas no solo son la principal causa de discapacidad en el mundo, sino que también son la segunda causa de muerte. Además, en los últimos 30 años, el número de muertes por trastornos neurológicos ha aumentado un 40 %. Asimismo, se espera que estas cifras continúen en aumento debido al crecimiento y envejecimiento de la población. Por esa razón, en todo el mundo se están tratando de impulsar medidas que permitan mitigar el impacto de las enfermedades neurológicas"*, recordó.

Algunas de las principales recomendaciones del Decálogo para mantener un cerebro saludable son:

- Realizar actividades que estimulen la actividad cerebral y mantengan cognitivamente activo como leer, escribir, participar en juegos de mesa, realizar actividades manuales, completar crucigramas, aprender y practicar un nuevo idioma, etcétera.
- Evitar el sobrepeso y realiza algún tipo de actividad física de forma regular, bien mediante la práctica de algún deporte o realizando uno o dos paseos diarios de al menos 30 minutos.
- Evitar los tóxicos como el alcohol, el tabaco, la contaminación ambiental y cualquier tipo de drogas.
- Controlar otros factores de riesgo vascular, como la tensión arterial, la diabetes o la hiperglucemia. La hipertensión es el principal factor de riesgo de algunas enfermedades neurológicas.
- Potencia tus relaciones sociales y afectivas evitando la incomunicación y el aislamiento social, pues son factores de riesgo para desarrollar deterioro cognitivo en el futuro.
- Seguir una dieta equilibrada evitando el exceso de grasas animales, azúcar, sal y alimentos procesados y ultraprocesados: optar por alimentos naturales y potenciar el consumo de frutas, legumbres y verduras. La dieta mediterránea es la mejor aliada.
- Un sueño de calidad es fundamental para la salud del cerebro. Tratar de dormir unas ocho horas diarias.
- Tener moderación en el uso de Internet, pantallas digitales y redes sociales. Su uso excesivo reduce la capacidad de concentración, atención y aprendizaje y, su uso nocturno, genera mayor dificultad para mantener y conciliar el sueño.
- Proteger el cerebro contra las agresiones físicas del exterior mediante la utilización sistemática del cinturón de seguridad en vehículos y del casco en cualquier actividad que lo requiera (moto, bicicleta, patinete eléctrico, actividades laborales, etcétera).
- Eliminar el estrés en todos los ámbitos de la vida que sea posible y tener una actitud positiva. El buen humor y la risa fortalecen el cerebro.

EL EJERCICIO FÍSICO REGULAR EMERGE COMO UNA HERRAMIENTA ESENCIAL PARA RALENTIZAR LA PROGRESIÓN DEL PÁRKINSON



HOMBRES, JÓVENES Y PERSONAS MAYORES, LOS GRANDES OLVIDADOS DE LA MIGRAÑA

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), la migraña es una enfermedad que afecta a más de cinco millones de personas en España, entre las cuales un 80 % son mujeres en edades comprendidas entre los 20 y los 40 años. La enfermedad afecta al 18 % de las mujeres y al 9 % de los hombres. Si tenemos en cuenta al porcentaje total de la población, la migraña es tres veces más frecuente en mujeres que en hombres. Es decir, el perfil típico de un paciente con migraña es una mujer joven.

Esta enfermedad impacta de manera directa a los pacientes en su edad más funcional y productiva, siendo la primera causa de discapacidad entre las mujeres de menos de 50 años. A pesar de esta realidad sobre la prevalencia de la enfermedad, es muy importante poner el foco no solo en este perfil de paciente, sino también en los niños o jóvenes, los hombres y las personas mayores. Hasta ahora los estudios y la visibilización de la enfermedad se habían centrado en el perfil de mujer joven, dejando de lado estos otros perfiles, lo que puede dar lugar a un doble estigma de género y edad en los pacientes que la padecen.

"Existe una falsa idea de que la migraña se cura con la menopausia, pero no es la realidad. Hay un grupo importante de pacientes que persiste con el dolor de cabeza después de esta etapa, pero, debido a la edad, muchas veces no se les diagnostica correctamente, lo que dificulta también el que se les prescriba los tratamientos adecuados", razonó el Dr. Jesús Porta-Etessam, presidente de la SEN, en el contexto del Día Internacional de Acción contra la Migraña, celebrado en septiembre. *"Cada vez vemos a más pacientes jóvenes con esta enfermedad. Esto se debe, por un lado, al factor positivo de que hay más concienciación de la migraña en la sociedad y por tanto se diagnostica más; y, por otro, al aumento de las crisis de migraña entre esta población, debido al estrés al que están sometidos hoy en día los niños y adolescentes con el número de actividades extraescolares y estímulos visuales que experimentan día a día"*, informó.

Por todo esto, es importante abordar la migraña desde los pacientes más jóvenes para así evitar o disminuir el número de comorbilidades asociadas a la patología, muchas de ellas genéticas y otras causadas por la propia enfermedad. Entre las principales comorbilidades de los pacientes con migraña destacan los trastornos psiquiátricos y psicológicos, los cuales pueden empeorar las crisis en términos de duración, frecuencia o intensidad del dolor. En cuanto a los retos futuros de la patología, las nuevas tecnologías y la inteligencia artificial (IA) jugarán un papel clave en el diagnóstico de la enfermedad.

las Unidades de ictus, sino también que todo el colectivo disponga de una guía consensuada y homogénea para el abordaje de estos pacientes, así como de herramientas que faciliten su coordinación con el resto de los profesionales. Esta es precisamente la idea de la mencionada Guía. Se recomienda que el paciente sea valorado y tratado por un fisioterapeuta en las primeras 24-48 horas tras el ictus, aunque las movilizaciones en las primeras 24 horas solo deben realizarse en pacientes que requieran poca o ninguna asistencia para moverse.

Enfermedades neurológicas

A escala de salud pública, los mensajes insisten en que buena parte de la carga neurológica es prevenible con control de factores de riesgo y estilos de vida saludables. Las enfermedades neurológicas afectan a más de 23 millones de personas en España y representan el 44 % de la discapacidad por enfermedad crónica. La SEN reclama políticas para prevención, diagnóstico precoz y acceso equitativo a la atención neurológica. El pasado 22 de julio se celebró el Día Mundial del Cerebro, una fecha promovida por la Federación Mundial de Neurología, bajo el lema *Salud cerebral para todas las edades*. De esta manera, se hacía un llamamiento global para priorizar el cuidado del cerebro desde la preconcepción hasta la vejez.

"La salud cerebral de cada persona empieza incluso antes del nacimiento. Porque cada etapa de la vida es una oportunidad para cuidar y fortalecer nuestro cerebro", certificó entonces el Dr. Jesús Porta-Etessam, presidente de la SEN. Alegó que para ello, *"es imprescindible implantar políticas de prevención y educación en salud cerebral para toda la población, y especialmente en contextos con menos recursos, donde la brecha en atención neurológica aún es alarmante"*.

Las enfermedades neurológicas constituyen actualmente una de las principales causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial. En base a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), afectan a más de 3.000 millones de personas en todo el mundo. Del mismo modo, representan una de cada seis muertes y constituyen la principal causa

DEFUNCIONES SEGÚN LA CAUSA DE LA MUERTE · 2023



Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	25.982	10.522	15.460
Meningitis	117	58	59
Enfermedad de Alzheimer	13.095	3.788	9.307
Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	12.770	6.676	6.094



ALAS HOSPITALARIAS Y ESTANCIAS CAUSADAS • 2023

	ALTAS HOSPITALARIAS			ESTANCIAS CAUSADAS		
						
Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso	122.649	63.547	59.102	1.235.943	636.322	599.621
Enfermedad de Alzheimer	3.719	1.479	2.240	167.295	67.777	99.517
Esclerosis múltiple	1.572	544	1.028	19.538	6.695	12.842
Epilepsia	22.800	12.216	10.584	150.355	83.786	66.569
Isquemia cerebral transitoria	14.963	7.898	7.065	74.459	40.277	34.182
Otras enfermedades del sistema nervioso	79.594	41.410	38.184	824.296	437.786	386.510

Fuente: INE. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2023. Elaboración: IM Médico

de años vividos con discapacidad a nivel mundial. Unas cifras que van en aumento debido al envejecimiento de la población. En los últimos 35 años el volumen total de discapacidad y muertes prematuras causadas por las enfermedades neurológicas ha aumentado más de un 18 %.

Enfermedades como el ictus, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson, la esclerosis múltiple, la ELA o las cefaleas suponen no solo un enorme coste personal y familiar, sino también un importante reto para el sistema sanitario y la sociedad en general.

La carga socioeconómica de las enfermedades neurológicas es muy significativa. Los costes directos en Europa son mayores que los del cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes juntos. "A medida que la población siga envejeciendo, como es el caso de la población española, la carga de las enfermedades neurológicas no hará más que aumentar, lo que representa un desafío considerable para los sistemas de salud, para las

economías y para la sociedad en general", avisó en Porta-Etessam. Se estima que, en menos de 15 años, el número de casos de ictus aumentará un 35 % y que, en 25 años, se triplicará el número de casos de Alzheimer y de Parkinson.

Remarcó que al menos el 80 % de los casos de ictus son prevenibles y que igualmente lo son alrededor del 40 % de los casos de demencia y el 30 % de los casos de epilepsia. Por tanto, "aumentar la prevención de las enfermedades neurológicas podría ayudar a mitigar muchísimo estas cifras". +



ELENA CORTÉS VICENTE

ADJUNTA DE LA UNIDAD DE ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES DEL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU (BARCELONA)
(MÉDICO ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA,
COM BARCELONA, N° COLEGIADA: 080847146)

“NOS ENCONTRAMOS EN UN MOMENTO ESTIMULANTE PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIASTENIA GRAVIS”

LA DOCTORA ELENA CORTÉS VICENTE CONSIDERA QUE EL DESARROLLO DE FÁRMACOS COMO NIPOCALIMAB, EVALUADO EN EL ESTUDIO VIVACITY-MG3, ABRE UNA NUEVA ETAPA EN EL ABORDAJE PERSONALIZADO DE LA MIASTENIA GRAVIS GENERALIZADA. LOS RESULTADOS CONFIRMAN UNA MEJORA SIGNIFICATIVA EN LA CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES, CON UN PERfil DE SEGURIDAD FAVORABLE.

En el manejo de la miastenia gravis generalizada (MGg), los avances terapéuticos de los últimos años han permitido mejorar de forma notable el control de los síntomas. Sin embargo, la doctora **Elena Cortés Vicente**, adjunta de la Unidad de Enfermedades Neuromusculares del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona), recuerda que sigue siendo una

enfermedad crónica, autoinmune y mediada por anticuerpos IgG que provocan debilidad y fatigabilidad muscular. En la práctica clínica, explica, “la primera línea terapéutica se basa en los corticoides, como la prednisona, a los que se añaden inmunosupresores”. Aun así, reconoce que no todos los pacientes alcanzan una respuesta adecuada. “Algunos no responden a corticoides ni a otros dos inmunosupresores; son los pacientes refractarios, que mantienen síntomas persistentes a pesar del tratamiento y cuya calidad de vida se ve profundamente afectada”, señala.

En este contexto, el ensayo fase 3 Vivacity-MG3 evalúa la eficacia y tolerabilidad de nipo- calimab, un anticuerpo monoclonal humanizado que se une con alta afinidad al receptor

1 Diciembre, 2025



neonatal del Fc (FcRn), encargado del reciclaje de las inmunoglobulinas G. "Su inhibición reduce las IgG circulantes, entre ellas las implicadas en la fisiopatología de la miastenia gravis", detalla Cortés Vicente, primera firmante del estudio *Evaluación de los resultados reportados por los pacientes del estudio fase 3 Vivacity-MG3 de Nipocalimab en MGg*, cuyos resultados se presentarán en el marco de la LXXVII Reunión de la Sociedad Española de Neurología (SEN), que tendrá lugar del 18 al 22 de noviembre en Sevilla.

El estudio incluyó pacientes adultos con miastenia gravis generalizada, clasificados entre los grados II y IVB de la escala MGFA, y con puntuaciones iguales o superiores a 6 en la escala MG-ADL. Una de las particularidades del ensayo es la administración continua de nipocalimab cada dos semanas, a diferencia de otros inhibidores del FcRn que se aplican en ciclos. "El objetivo primario fue analizar el cambio en la puntuación MG-ADL al final del estudio entre los brazos de tratamiento y placebo", añade la especialista.

Los resultados reportados por los pacientes, una nueva perspectiva clínica

Más allá de los parámetros clásicos de eficacia, Vivacity-MG3 destaca por su enfoque centrado en los resultados reportados por los propios pacientes (PROs), que permiten evaluar no solo los síntomas neuromusculares, sino también la calidad de vida y la percepción global de la salud. "Las escalas tradicionales como MG-ADL, QMG o MGC se centran en la presencia y gravedad de los síntomas o en los hallazgos neurológicos; los PROs, en cambio, incorporan la perspectiva del paciente y su experiencia con la enfermedad", explica. Esta aproximación, según la doctora, "amplía la comprensión del beneficio clínico y del impacto funcional del tratamiento".

Entre los resultados más relevantes, el estudio mostró mejorías significativas en la escala EQ-5D-5L VAS en el grupo tratado con nipocalimab más tratamiento estándar frente al grupo placebo. "Esta herramienta evalúa cinco dimensiones -movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión- y permite que el paciente valore su estado general de salud de 0 a 100. Los datos de Vivacity-MG3 reflejan una mejoría objetiva en la salud general percibida por los pacientes tratados con nipocalimab", puntualiza. De hecho, los resultados recogidos en el póster del estudio muestran que a la semana 24 los pacientes del grupo nipocalimab + SOC presentaron una diferencia de 8,1 puntos frente al grupo placebo en la escala EQ-5D-5L VAS, una mejora clínicamente significativa. "Esto demuestra no solo un alivio sintomático, sino una repercusión directa sobre la calidad de vida", resume Cortés Vicente.

El ensayo también incluyó otras escalas complementarias, como PGIS, PGIC y TSQM-9, que ofrecen una visión más integral del impacto terapéutico. "La PGIS mide la gravedad percibida de la enfermedad, la PGIC evalúa la evolución del paciente respecto a su estado inicial y el TSQM-9 valora su satisfacción con el tratamiento", explica la neuróloga. A su juicio, "estas herramientas permiten comprender mejor cómo perciben los pacientes la eficacia y tolerabilidad del fármaco, algo que los médicos no siempre podemos captar solo a través de las exploraciones neurológicas".

En el estudio, las puntuaciones de satisfacción global con el tratamiento (TSQM-9) fueron significativamente más altas en los pacientes tratados con nipocalimab + SOC que en el grupo placebo. Además, estas mejorías se mantuvieron de forma sostenida hasta la semana 24. "La miastenia gravis es una enfermedad muy fluctuante por naturaleza; hay días en los que el paciente se encuentra bien y otros en los que los síntomas reaparecen con fuerza. Mantener la estabilidad clínica a lo largo del tiempo tiene un enorme valor, porque les permite planificar su día a día con mayor seguridad", subraya Cortés Vicente.

Seguridad, estabilidad clínica y perfil de paciente candidato

Otro de los aspectos destacados de Vivacity-MG3 fue la buena tolerabilidad y perfil de seguridad de nipocalimab. "El número y tipo de efectos adversos observados fueron muy similares entre el grupo tratado con nipocalimab y el grupo placebo", destaca la especialista. Este dato, afirma, "refuerza la confianza en el fármaco como una opción terapéutica segura y bien tolerada".

La administración continuada de nipocalimab, frente al uso en ciclos, podría representar un cambio de paradigma en el manejo de estos pacientes. "Aquellos con mayor fluctuación de

"EL TRATAMIENTO CON NIPOCALIMAB PERMITE MANTENER UNA ESTABILIDAD CLÍNICA SOSTENIDA, ALGO FUNDAMENTAL PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES"

síntomas podrían beneficiarse especialmente de una terapia continuada, al mantener un control más estable de la enfermedad", considera Cortés Vicente.

Respecto al perfil de paciente que más podría beneficiarse de esta terapia, la neuróloga señala que "apriori cualquier persona con miastenia gravis podría ser candidata, si bien los pacientes refractarios o aquellos con efectos adversos significativos a los inmunosupresores tradicionales probablemente serán los primeros en beneficiarse".

Los datos del Vivacity-MG3 consolidan, según la especialista, la relevancia de incorporar medidas de calidad de vida y satisfacción del paciente en los ensayos clínicos. "La perspectiva del paciente debe ser una parte fundamental de la evaluación terapéutica. No basta con saber si mejora una puntuación clínica; hay que entender cómo percibe esa mejora el propio paciente y cómo cambia su vida cotidiana", reflexiona.

Con todo, concluye que los resultados obtenidos con nipocalimab "respaldan su potencial para ofrecer una mejora sostenida del estado de salud, con un impacto positivo en la calidad de vida y una satisfacción global elevada". En definitiva, en su opinión, "vivimos un momento muy estimulante en el abordaje de la miastenia gravis, con nuevas opciones que nos permiten personalizar más el tratamiento y acercarnos, cada vez más, a las necesidades reales de los pacientes". 



“NECESITAMOS UN QUINTO AÑO DE FORMACIÓN EN NEUROLOGÍA PARA RESPONDER AL CRECIMIENTO DE LA ESPECIALIDAD”

CALENTANDO MOTORES ANTES DE LA LXXVII REUNIÓN ANUAL, EL PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA (SEN) HACE BALANCE DE UN AÑO 'MUY SATISFACTORIO' PARA LA SOCIEDAD. EL PRINCIPAL RETO PENDIENTE TODAVÍA ES CONSEGUIR INCORPORAR UN QUINTO AÑO A LA ESPECIALIZACIÓN DE NEUROLOGÍA.

El doctor **Jesús Porta-Etessam** continúa cumpliendo objetivos al frente de la Sociedad Española de Neurología (SEN). El jefe de Servicio de Neurología de la Fundación Jiménez Díaz asegura que ha sido un año "muy satisfactorio" en su mandato en el que han conseguido muchos aspectos que tenían en mente. Por ejemplo, en relación a la

divulgación y la difusión en las enfermedades neurológicas. "Llegamos a un acuerdo con RTVE para, durante seis años, promocionar la salud cerebral en la población general. Además, tenemos un convenio con el Museo Thyssen donde, desde la neurología, realizamos formación con los jóvenes para que entiendan las emociones a través del arte y las neurociencias".

En la misma línea, la SEN se ha aliado con la Fundación Pasqual Maragall para trabajar de la mano en la investigación en neurología. Y otro punto que destaca el presidente de la sociedad es la puesta en marcha de la carrera popular por el ictus impulsada por el Grupo de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN.



La lista de propósitos logrados por Porta-Etessam desde que asumiera el cargo en enero de 2024 es extensa, pero todavía le quedan algunos importantes por conseguir. Entre ellos, el más apremiante es la inclusión de un quinto año dentro de la especialización de neurología. *"Nos parece muy importante porque, con el crecimiento que hemos tenido en los últimos 20 años, cuatro años de formación se quedan realmente muy escasos"*, esgrime el neurólogo. Actualmente se encuentran en negociaciones con la ministra de Sanidad, pero todavía queda camino por recorrer para que se haga realidad. No obstante, el experto apunta que han mantenido ya tres reuniones con Mónica García y siempre ha mostrado su predisposición a incorporarlo. *"Lo que hay es que cerrarlo ya, porque el plan de formación ya está hecho"*, insiste.

"SE HA COMPROBADO QUE PODEMOS PREVENIR CASI EL 80-90 % DE LOS ICTUS, Y ENTRE EL 30 Y EL 40 % DE LAS DEMENCIAS"

Educando en la prevención

En este sentido, las enfermedades neurológicas no solo son la principal causa de discapacidad en el mundo, sino también constituyen la segunda causa de muerte. Además, en los últimos 30 años, el número de fallecimientos por trastornos neurológicos ha aumentado un 40 %. Y esta tendencia, *"sin duda"*, va a ir a más, como advierte el especialista. *"Va a ir más lento de lo que pensábamos, afortunadamente, porque las estimaciones que hicimos hace 30 años para la enfermedad de Alzheimer no se han cumplido en nuestro país y han sido mucho menores. Esto se debe a la educación y a la sanidad"* esclarece el presidente de la SEN. Sin embargo, en países con menos recursos económicos sí se han triplicado. *"Por lo tanto, el envejecimiento de la población seguirá creciendo, va a haber un aumento de casos de ictus, de demencias y de otras enfermedades neurodegenerativas. Pero se ha comprobado que podemos prevenir casi el 80-90 % de los ictus, y entre el 30 y el 40% de las demencias, por eso debemos luchar por conseguirlo. No solo para que el sistema sea sostenible, sino para lograr una población mucho más sana en el futuro"*.

La pregunta es, ¿cómo concienciar a la población sobre la importancia de prevenir las enfermedades neurológicas? A esta cuestión, Porta-Etessam responde con un contundente *"creando hábitos"*: *"Vamos a empezar desde los pequeños, que muchas veces nos miran y nos dicen 'oye, eso no está bien'. Entonces, uno de los aspectos importantes sería que desde el colegio hubiera una asignatura de salud donde la salud cerebral fuera una de las partes de más peso. Creemos que alrededor de los 14 años tenemos que concienciar ya a los jóvenes sobre cómo se cuida el cerebro y, por ejemplo, evitar los tóxicos, pues desgraciadamente cada vez están entrando en contacto con alcohol o drogas a edades más tempranas"*, desarrolla. Lo siguiente es llegar a acuerdos. *"Nos hemos dado cuenta, después de muchos estudios realizados desde la SEN, que decir a la gente que haga ejercicio conciencia, pero no tanto. Y, sin embargo, llegar a acuerdos con los ayuntamientos para que en los gimnasios se creen programas específicos para las personas mayores sería absolutamente fundamental"*, recalca el experto.

También considera que se deben modificar los centros de día, *"porque la población va cambiando, hay personas con un nivel cultural bajo y otros más alto"*. Así pues, aboga por *"planejar para ellos actividades específicas, como puede ser una visita guiada a una de nuestras maravillosas pinacotecas españolas, o planes mucho más específicos y estructurados para cada uno"*.

En cuanto a la alimentación, bajo su punto de vista, *"tenemos mucha suerte con los productos maravillosos a un precio razonable de los que disponemos en nuestro país"*. No obstante, también apuestan por la necesidad de inculcar desde el colegio unos hábitos alimenticios cerebrosaludables, así como *"bajar los impuestos en estos elementos que son buenos, y subirlos, como se está planeando, en los que son más perjudiciales"*.

Con respecto al traumatismo craneoencefálico, *"prohibir o limitar, por ejemplo, los remates de cabeza o los golpes en la cabeza en todos los niños menores de 14 o 16 años. Y lo mismo con el uso de las pantallas, también hay que restringirlas"*, comenta el presidente de la SEN. En definitiva, opina que se disponen de recursos suficientes en España. *"Si nos ponemos todos de acuerdo, los políticos, los neurólogos, los docentes y la sociedad en general, podemos mejorar a corto y largo plazo la salud. Y no solo de los mayores, sino de los futuros mayores. Porque todos, en el fondo, esperamos alguna vez ser un adulto mayor y estar lo mejor posible neurológicamente"*.

La hoja de ruta de la SEN

Uno de los eventos más importantes de la hoja de ruta de la SEN es la LXXVII Reunión Anual, que se celebra del 18 al 22 de noviembre en Sevilla. Pero la sociedad científica se encuentra a pleno rendimiento los próximos meses. *"Estamos llevando a cabo un estudio poblacional para ver en qué grado se cumplen las medidas cerebrosaludables en la población general. Nos parece muy importante. De hecho, en España, por ejemplo, en aspectos de alimentación siempre salimos muy bien puntuados, pero en sueño y descanso siempre suspendemos"*, comenta. El objetivo de la SEN es intentar mejorar estos aspectos en conjunto con las estructuras administrativas o llevando a cabo algunas campañas de concienciación.

Otra prioridad es reglar el uso de las pantallas. Para ello tienen en marcha un estudio sobre el impacto que tienen, sobre todo en los jóvenes, *"pues es la etapa donde el cerebro de una persona es más plástico y más hay que cuidarlo"*.

Y por último, pero no menos importante, van a poner el foco *"en los brutales avances que está experimentando la neurología en los últimos años"*. *"No solamente con los dos fármacos que vienen para el Alzheimer, el lecanemab y el donanemab, sino los ensayos clínicos en desarrollo para muchísimas enfermedades neurodegenerativas como atrofia multisistémica, la parálisis supranuclear progresiva, o algunos fármacos para la ELA"*, sostiene.

A su modo de ver, concluye, *"estamos en un momento realmente único en la historia de la neurología y, en cierta manera, debemos darnos cuenta de que hay que modificar el sistema para poder dar respuesta a todos los pacientes que tienen estas enfermedades y que tengan la opción de acceder a unos tratamientos que pueden modificar la evolución natural de su patología"*. +



DR. GERARDO GUTIÉRREZ
NEURÓLOGO DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO INFANTA SOFÍA
EN MADRID



DRA. GUILLERMINA GARCÍA
NEURÓLOGA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO REGIONAL
DE MÁLAGA



DRA. MARÍA JOSÉ MORALES
FARMACÉUTICA HOSPITALARIA DEL
HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL
DE MÁLAGA

LA ERA DEL COMPLEMENTO EN LA MIASTENIA GRAVIS GENERALIZADA: CONTROL SOSTENIDO Y MENOR CARGA PARA EL PACIENTE¹

LA MIASTENIA GRAVIS GENERALIZADA (MGG) CONTINÚA SIENDO UN DESAFÍO CLÍNICO POR SU CURSO FLUCTUANTE Y SU IMPACTO FUNCIONAL.^{2,3} LA LLEGADA DE TERAPIAS DIRIGIDAS AL SISTEMA DEL COMPLEMENTO COMO RAVULIZUMAB ESTÁ REDEFINIENDO EL MANEJO: RESPUESTA RÁPIDA Y SOSTENIDA, REDUCCIÓN DE EXACERBACIONES Y UNA PAUTA CADA OCHO SEMANAS QUE ALIGERA LA CARGA DEL TRATAMIENTO Y PUEDE MEJORAR LA EXPERIENCIA DEL PACIENTE.^{1,4}

En España, alrededor de 15.000 personas padecen miastenia gravis, y hasta un 80 % de ellas presentan formas generalizadas.^{2,3} La patología se caracteriza por debilidad muscular impredecible que afecta funciones esenciales como hablar, masticar, tragar o respirar, con un gran impacto en la autonomía y el bienestar emocional.^{3,5} "Es una enfermedad imprevisible, con fluctuaciones graves que pueden poner en riesgo la vida del paciente si no se recibe atención médica rápida",^{2,3} explica el Dr. **Gerardo Gutiérrez**, neurólogo del Hospital Universitario Infanta Sofía en Madrid. "Hay muy pocas enfermedades que dificulten respirar con normalidad hasta el punto de ser potencialmente mortales".

Durante años, el tratamiento de la miastenia se ha basado en corticoides e inmunosupresores, fármacos eficaces pero con efectos adversos significativos y con respuesta limitada en una parte de los pacientes.⁶ "A pesar de contar con tratamientos adecuados desde hace décadas, aproximadamente un 20 % de los pacientes son refractarios, es decir, no responden adecuadamente a la medicación convencional",⁷ comenta el Dr. Gutiérrez. "Estos pacientes constituyen el principal desafío en el manejo de la enfermedad".

Una nueva era terapéutica: el papel del sistema del complemento

El desarrollo de terapias innovadoras ha cambiado la práctica clínica. "Ahora contamos con fármacos que son específicos y que permiten un control efectivo de los síntomas de una manera rápida",¹ explica el Dr. Gutiérrez. Entre ellos destaca ravulizumab, primer inhibidor del complemento C5 de acción prolongada financiado en España para MGg.^{1,4} El sistema del complemento desempeña un papel central en la fisiopatología de la miastenia gravis. En los pacientes que son positivos frente a anticuerpos anti-AChR, la activación del complemento terminal daña la unión neuromuscular, lo que causa inflamación y pérdida de comunicación entre el nervio y el músculo.⁶ El bloqueo profundo y sostenido de C5 con ravulizumab interrumpe esa cascada, preserva la función muscular y permite mantener la estabilidad clínica a largo plazo.^{1,8}

1 Diciembre, 2025



Uno de los factores diferenciales de ravulizumab es su pauta de administración cada ocho semanas durante la fase de mantenimiento, lo que puede reducir de forma sustancial la carga del tratamiento.³ “Poder espaciar la administración devuelve control al paciente”,⁹ apunta el doctor. Esta prolongación del intervalo entre dosis supone también una menor dependencia hospitalaria, una mejor adherencia y posiblemente una mayor satisfacción con el tratamiento.¹

“El objetivo es conseguir que el paciente mejore lo antes posible, con la mínima toxicidad y a un coste sostenible”, subraya la Dra. Guillermín García, neuróloga del Hospital Universitario Regional de Málaga. “La estabilidad cambia la perspectiva del paciente: recupera seguridad y confianza, y puede volver a planificar su vida”.

Los datos de los estudios CHAMPION-MG y su extensión abierta demuestran que ravulizumab ofrece una mejoría clínica rápida, sostenida y con un perfil de seguridad favorable.^{1,8} Esta evidencia consolida su papel como una opción terapéutica de referencia en la miastenia gravis generalizada, al combinar eficacia prolongada, buena tolerabilidad y posiblemente una pauta que puede reducir la carga del tratamiento y mejorar la experiencia del paciente.^{1,8} “Estamos viviendo un momento único en la historia de la miastenia”, concluye la Dra. García. “Contar con fármacos que actúan sobre la causa de la enfermedad y que pueden permitir a los pacientes recuperar su vida cotidiana marca un antes y un después en nuestra práctica clínica”.

Hacia un manejo más personalizado

La experiencia clínica muestra también que la estratificación de los pacientes es esencial para optimizar los resultados.¹⁰ “La clave está en que podamos identificar desde el principio qué pacientes se pueden beneficiar de las terapias innovadoras”, señala la doctora. “De esa forma, evitamos que pasen por tratamientos que no les pueden aportar beneficio y retrasen el acceso a la medicación que sí puede cambiar el curso de su enfermedad”.

Esta diferenciación de pacientes incluye perfiles como los pacientes con anticuerpos anti-MuSK, los que presentan timoma o los mayores de 60 años, que pueden

requerir estrategias específicas.¹⁰ La investigación en biomarcadores de respuesta y la recogida de resultados reportados por los propios pacientes se perfilan como herramientas clave para avanzar hacia una medicina verdaderamente personalizada.^{10,11} “El reto es poder hacerlo más rápido y mejor, antes de que la miastenia haya mermado la vida o la salud del paciente”, explica la Dra. García.

Corresponsabilidad y equidad en el acceso

La colaboración entre las diferentes especialidades implicadas permite optimizar la introducción de terapias innovadoras, evaluar su impacto clínico-económico y garantizar la equidad en el acceso. En este sentido, la Dra. María José Morales, farmacéutica hospitalaria del Hospital Universitario Regional de Málaga, destaca la importancia de una comunicación constante entre servicios: “El paciente tiene que estar en el centro de todo”, explica, y añade: “La clave está en fomentar un enfoque multidisciplinar, que al final se traduce en una mejor atención y mayor calidad de vida para el paciente”. Sin embargo, todavía quedan muchos retos por delante. Alrededor del 20 % de los pacientes con miastenia gravis presentan refractariedad al tratamiento convencional, con persistencia de síntomas y necesidad de terapias avanzadas.⁷ “Más allá de aspirar a la cura, que sería el objetivo último, lo más importante ahora es ofrecer al paciente la mejor calidad de vida lo antes posible”, afirma el Dr. Gutiérrez. “Tenemos que garantizar la equidad: que los pacientes puedan acceder a los tratamientos innovadores sin importar su edad, su situación o el hospital donde sean atendidos”, añade la Dra. García. En este contexto, la innovación terapéutica, junto con un abordaje multidisciplinar y equitativo, resulta esencial para avanzar hacia un manejo más eficaz y sostenible de la MGg, centrado en las necesidades reales de los pacientes. +

Con la colaboración de Alexion

Referencias

- Vu T, et al. Efficacy and safety of ravulizumab in adults with anti-acetylcholine receptor antibody-positive generalized myasthenia gravis. NEJM Evidence. 2022;1(6):EVIDoA2100066. | 2. Sociedad Española de Neurología. SEN. 2 de junio: Día Nacional contra la Miastenia Gravis. Junio 2023. Disponible en <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link405.pdf> | 3. Dresser L, Włodarski R, Rezania K, Soliven B. Myasthenia Gravis: Epidemiology, pathophysiology and clinical manifestations. J Clin Med. 2021;10(11):2235. | 4. Alexion Europe SAS. Ficha técnica de Ultomiris® (ravulizumab). Versión septiembre 2025. | 5. Braz NFT, et al. Muscle strength and psychiatric symptoms influence health-related quality of life in patients with myasthenia gravis. J Clin Neurosci. 2018;50:41–44. | 6. Conti-Fine BM, Milani M, Kaminski HJ. Myasthenia gravis: past, present, and future. J Clin Invest. 2006;116(11):2843–2854. | 7. Engel-Nitz NM, et al. Burden of illness in patients with treatment-refractory myasthenia gravis. Muscle & Nerve. 2018;58(6):901–909. | 8. Meisel A, Annane D, Vu T, et al. Long-term efficacy and safety of ravulizumab in adults with anti-acetylcholine receptor antibody-positive generalized myasthenia gravis: results from the phase 3 CHAMPION MG open-label extension. J Neurol. 2023;270(8):3862–3875. | 9. Howard JF Jr, Vu T, Nowak RJ, Wolfe GI, Mazia C, O’Brien F, et al. Ravulizumab in generalized myasthenia gravis: a review of the current evidence. Expert Opin Pharmacother. 2023;24(6):629–638. doi:10.1080/14712598.2023.2185131. | 10. Gilhus NE, Verschueren JJ. Myasthenia gravis: subgroup classification and therapeutic strategies. Lancet Neurol. 2015;14(10):1023–1036. | 11. Law N, Toscano R, et al. The lived experience of myasthenia gravis: a patient-led analysis. Neurol Ther. 2021;10(2):1103–1125.

VER FICHA TÉCNICA COMPLETA

Ultomiris está indicado como tratamiento para pacientes adultos con Miastenia gravis generalizada (MGg) y con anticuerpos positivos frente a receptores de la acetilcolina (AChR) de forma complementaria al tratamiento convencional. PRESENTACIÓN Y PRECIO. Ultomiris 300 mg/3 ml concentrado para solución para perfusión, 1 vial de 3 ml. C.N: 731120. PVL notificado: 5.018 €. Ultomiris 1100 mg/11 ml concentrado para solución para perfusión, 1 vial de 11 ml. C.N: 731121. PVL notificado: 18.399,33 €. Financiación por el S.N.S para determinadas indicaciones/condiciones. La indicación de Trastorno del espectro de neuromielitis óptica (TENMO) no está incluida en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. RÉGIMEN DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSIACIÓN. Medicamento sujeto a prescripción médica. Uso hospitalario. Consulte la Ficha Técnica completa antes de prescribir este medicamento. ES/ULT-g/0190 Octubre 2025



ALEXION

ULTOMIRIS
ravulizumab



A PIE DE CONSULTA



ROBERTO BELVÍS
 COORDINADOR DEL GRUPO DE
 ESTUDIO DE CEFALEAS DE LA SEN
 (Nº COLEGIADO: 080825946)

"APROXIMADAMENTE UN 70 % DE LA POBLACIÓN TIENE CADA AÑO COMO MÍNIMO UN EPISODIO DE CEFALEA TENSINAL"

Las cefaleas son uno de los síntomas más frecuentes que existen. Así lo afirma **Roberto Belvís**, director de la Unidad de Cefaleas y Neuralgias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN), quien distingue además dos modalidades: "Puede ser un síntoma de otra enfermedad o puede ser ella misma la enfermedad; por eso hablamos de cefaleas primarias y secundarias".

"Las primarias son aquellas en las que la enfermedad es la propia entidad, es el propio problema, mientras que las secundarias son un síntoma de otra enfermedad. Por ejemplo, una persona con fiebre tiene cefalea secundaria. O también un paciente con una hipertensión arterial muy alta al que le duele la cabeza", expone Belvís. En el caso de las primarias, la más frecuente es la cefalea tensional. "Aproximadamente el 70 % de la población tiene cada año como mínimo un episodio de este tipo de dolor de cabeza", apunta el neurólogo. Asimismo, explica que suele responder a analgésicos graves y, por lo general, no es discapacitante, aunque se pueda cronificar. "El principal problema desde el punto de vista poblacional es la migraña", subraya. "Afecta al 12 % de la población y consiste en episodios de dolor de cabeza con un dolor peculiar, pues aqueja media cabeza, en la parte derecha o en la parte izquierda, y va acompañada de náuseas, vómitos, etc. Algunos pacientes tienen el aura y dejan de ver correctamente durante 30 o 40 minutos", desarrolla. Otra característica es que, si bien habitualmente se manifiesta de forma episódica, "un 30 % de los pacientes los sufren de manera frecuente, pudiendo derivar en migraña crónica, con más de 15 días de dolor al mes".

A ello se suma el problema del infradiagnóstico. "En España, según datos recientes, existe entre seis y siete años de demora diagnóstica".

De acuerdo con Belvís, la asistencia de las cefaleas ha mejorado mucho en nuestro país, pero matiza que "aún estamos lejos de los niveles óptimos de otros países europeos". Por ese motivo, sobre todo respecto a la cefalea más incapacitante que es la migraña, llevan años reclamando un Plan Estratégico Nacional contra la Migraña. El Ministerio de Sanidad se comprometió en 2023 a impulsarlo para mejorar el abordaje de esta enfermedad, pero todavía no se ha promovido. "Ya lo hizo con el ictus hace muchos años y es un gran modelo de éxito. España pasó de estar en un nivel pésimo en el tratamiento de los accidentes cerebro-vasculares a liderar asistencialmente el tratamiento de los mismos, ahora a nivel mundial", esgrime el doctor.

A su modo de ver, es el principal reto actualmente en lo que a las cefaleas se refiere. "Deseamos que, además de la preocupación que suele mostrar el Ministerio por los precios de los medicamentos que han salido nuevos para la migraña, también muestre interés en elaborar un plan estratégico para que estos medicamentos lleguen a todos los pacientes en todos los rincones de España". En este sentido, Belvís denuncia una gran inequidad: "Hay pacientes que, aunque no lo sepan, son afortunados porque están unidades de cefaleas. Pero todavía faltan muchas unidades y expertos de cefaleas en la geografía española". La mayoría se concentran en las áreas metropolitanas. Con lo cual, concluye, "hace falta crear circuitos, más plazas de neurólogos y enfermeras que se dediquen a las cefaleas en las unidades para atender mejor, así como a todos los pacientes".



EN A PIE DE CONSULTA NOS ACERCAMOS A LOS CENTROS DE TRABAJO DE LOS MÉDICOS PARA SABER MÁS DE SU DÍA A DÍA. CONVERSAMOS CON ELLOS PARA CONOCER CÓMO DESARROLLAN SU TRABAJO, CUÁLES SON SUS INQUIETUDES Y DEMANDAS EN UNA ÉPOCA COMO LA ACTUAL.

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más conocidas, sin embargo, cabe diferenciar que "realmente puede ser el síntoma o la manifestación de diferentes enfermedades", explica **Manuel Toledo Argany**, coordinador del Grupo de Estudio de Epilepsia de la Sociedad Española de Neurología (SEN). El también coordinador de la Unidad de Epilepsia del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona añade, en este sentido, "que puede haber daño a nivel del cerebro a cualquier edad, incluso durante la vida prenatal, que favorece la aparición de crisis epilépticas más tarde". Y, asimismo, "puede haber otras causas que puedan producir en el cuerpo alteraciones en el cerebro, como son las enfermedades inflamatorias o las infecciones que pueden conducir a dar crisis epilépticas". Pero en su opinión, "la causa más frecuente de epilepsia en nuestro entorno actualmente, quizás, sean los ictus". En general, "la gran mayoría de las epilepsias, dos tercios, se controlan con los fármacos anticrisis que tenemos a nuestra disposición en el mercado", destaca el neurólogo acerca del pronóstico de los pacientes.

Sin embargo, todavía existe el desafío "de evitar los efectos adversos de estos medicamentos, para que las personas con epilepsia puedan integrarse con normalidad a una vida rutinaria". "La gran mayoría de pacientes puede tener una vida igual que las personas sanas, con algunas restricciones en lo que se refiere a la toma de medicamentos o a horarios de sueño, pero que a día de hoy, y con la concienciación, incluso teniendo crisis epilépticas pueden integrarse con bastante normalidad a la vida cotidiana", subraya Toledo Argany.

Actualmente, además, hay más de una veintena de medicamentos anticrisis disponibles en el mercado, "con los cuales tenemos controlados más de dos tercios de los pacientes". "Otras alternativas no medicamentosas pueden llegar a ser curativas, pero están reservadas para aquellos casos que no responden al tratamiento médico; este debe ser un tratamiento, eso sí, crónico y de larga duración", agrega.

La tecnología, por otro lado, también está jugando un papel principal en el abordaje de la epilepsia, como comenta el neurólogo: "Indudablemente avanza a pasos agigantados. Cada día tenemos novedades y las intentamos integrar, sobre todo en la terapia de los pacientes con epilepsia. Sabiendo cuáles son los comportamientos de estas personas y de las manifestaciones de la epilepsia, la inteligencia artificial nos está ayudando a intentar buscar qué 'gaps' existen de tratamientos para poder aplicarlos".

Por el contrario, señala que los principales retos en el abordaje de la epilepsia están relacionados "con la plena integración de las personas afectadas, de modo que deje de ser una enfermedad estigmatizada y se garantice su acceso a cargos y empleos de responsabilidad, así como su participación en la vida laboral y social en igualdad de condiciones".

En segundo lugar, subraya "la necesidad de avanzar en tratamientos eficaces para ese tercio de pacientes cuyas crisis no mejoran y que requieren terapias crónicas, con las consecuentes cargas y efectos secundarios que ello conlleva".

Por último, Toledo Argany destaca la importancia de "impulsar las nuevas terapias y estrategias disponibles para modular la epilepsia y evitar que los pacientes, más allá de controlar las crisis, sufran las secuelas a largo plazo de una enfermedad crónica". Según explica, "en todo el mundo se están desarrollando alternativas prometedoras basadas en nuevas moléculas y en la biotecnología, que podrían conducir a verdaderas terapias modificadoras de la enfermedad".



MANUEL TOLEDO ARGANY
COORDINADOR DEL GRUPO DE
ESTUDIO DE EPILEPSIA DE LA SEN
(Nº COLEGIADO: 37016)

"DOS TERCIOS DE LAS EPILEPSIAS SE CONTROLAN CON LOS FÁRMACOS ANTICRISIS QUE TENEMOS EN EL MERCADO"



ANA DOMÍNGUEZ MAYORAL
COORDINADORA DEL GRUPO
DE ESTUDIO DE NEUROGENÉTICA
DE LA SEN
(Nº COLEGIADA: 414117416)

**"LOS AVANCES EN
 NEUROGENÉTICA HAN
 PERMITIDO QUE SE HAYAN
 DESCUBIERTO NUEVOS
 TRATAMIENTOS PARA
 PATOLOGÍAS ANTES
 INCURABLES"**

La neurogenética aborda todas las patologías minoritarias de base genética, pero como apunta **Ana Domínguez Mayoral**, coordinadora del Grupo de Estudio de Neurogenética de la Sociedad Española de Neurología (SEN), "se trata de una disciplina a la que todavía no se dedican los neurólogos de forma completa, sino que es una materia transversal en todas las subespecialidades, especialmente en las patologías neuromusculares, vasculares y del trastorno del movimiento".

Según la especialista en neurología por el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla cada vez más se están describiendo nuevas bases genéticas en muchas patologías. "Pero hay que diferenciar las enfermedades en las que la causa es puramente genética y heredable, como pueden ser algunas enfermedades neuromusculares y neurovasculares", especifica Domínguez Mayoral. Algunos ejemplos pueden ser las distrofias musculares, las polineuropatías genéticas o la enfermedad de Huntington o de CADASIL. También expone que "existen algunos tipos de parkinsonismos o síndromes epilépticos genéricos, aunque suponen un porcentaje pequeño del total de pacientes que sufren estas patologías". "En todas ellas se conoce la variación exacta de unos determinados genes y el riesgo de transmisión a la descendencia. Se habla entonces de enfermedades genéticas de herencia mendeliana", agrega. Por otro lado, hay patologías en las que "aún no se conoce con exactitud su origen, aunque se sospecha que en su desarrollo intervienen múltiples factores", explica la experta. "Entre ellos, se ha descrito una posible predisposición genética, de modo que ciertas variaciones en los genes pueden aumentar el riesgo de padecer la enfermedad, aunque no resultan determinantes. Un ejemplo de ello serían las variantes genéticas asociadas a la enfermedad de Parkinson". Cabe subrayar, asimismo, que gracias a la genética se avanza hacia tratamientos médicos más efectivos y hacia una medicina mucho más personalizada. Domínguez Mayoral pone en valor que "la secuenciación del genoma humano ha supuesto una revolución en la medicina, porque ha permitido conocer las causas de muchas enfermedades". Posteriormente, "la mejora de las pruebas genéticas con la introducción de la secuenciación masiva ha sido el siguiente hito, puesto que hecho que tengamos un diagnóstico más rápido y preciso de las enfermedades genéticas". "Al conocer la causa genética de las enfermedades, es más fácil comenzar con los estudios de investigación para buscar nuevos tratamientos. El principal problema es que se precisa más financiación pública para la investigación en enfermedades raras porque los estudios son más costosos", lamenta.

Con las mismas, "los avances en neurogenética han permitido que en los últimos años se hayan descubierto nuevos tratamientos que ya pueden prescribirse en nuestro país para patologías antes incurables, como la atrofia muscular espinal o la ELA de base genética". Otro ejemplo que aporta la especialista son el everolimus para la esclerosis tuberosa o las terapias disponibles para enfermedades como Fabry, Pompe o amiloidosis. Igualmente, comenta que "existen otras terapias que todavía están en fase de investigación, como los polifenoles para las patologías neurovasculares". "Si tuviéramos más apoyo público y privado para continuar con estos proyectos de investigación, podríamos continuar con los avances terapéuticos en el futuro", denuncia.

Esto, junto a "continuar con el desarrollo de las pruebas genéticas como la secuenciación completa de genoma para que sea accesible en todos los centros; desarrollar la farmacogenética para que sea más aplicable en todas las patologías; y contar con una planificación sanitaria estatal para crear la especialidad de genética clínica para que los estudios genéticos sean más accesibles y rápidos" son, a su juicio, los principales desafíos.

De hecho, concluye proclamando la necesidad "de crear un plan nacional de enfermedades raras como en otros países europeos como Francia, para poder llevar a cabo todas esas medidas comentadas".

1 Diciembre, 2025



El envejecimiento conlleva un aumento inevitable de las enfermedades asociadas a la edad, especialmente las neurodegenerativas, señala **Carmen Terrón Cuadrado**, coordinadora del Grupo de Estudio de Neurogeriatría de la Sociedad Española de Neurología (SEN). La especialista destaca la enfermedad de Alzheimer, cuya frecuencia "se duplica cada cinco años después de los 65, pasando del 1 % a los 40-50 % en mayores de 85 años". También advierte que la prevalencia del Parkinson "podría duplicarse en 2040" y que otras patologías neurodegenerativas, cerebrovasculares y la epilepsia aumentan igualmente con la edad.

Esta realidad ha impulsado una profunda transformación en la especialidad. Según la experta, "la neurogeriatría siempre ha estado presente en la neurología, pero el envejecimiento poblacional y el aumento de estas patologías exigen una mayor especialización". Gracias a ello, "hoy contamos con un conocimiento más preciso del diagnóstico y tratamiento". En los últimos años, añade, "se han desarrollado nuevas estrategias diagnósticas con criterios clínicos mejorados y biomarcadores integrados, que permiten una atención más especializada e individualizada". Al tratarse de patologías asociadas inevitablemente a la edad, la gran pregunta es: ¿se pueden prevenir? "El concepto de prevención en neurología ha tomado una notable relevancia en los últimos años, impulsado, entre otras cosas, por cambios conceptuales en la patogenia de diversas enfermedades neurológicas, especialmente neurodegenerativas", expone. Por ejemplo, el mayor conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer, "nos ha permitido establecer la existencia de (hasta el momento) 14 factores de riesgo asociados al desarrollo de la enfermedad". "A estos factores de riesgo podríamos atribuir un 45 % de los casos; dicho de otra manera, si interviniéramos en el control de estos 14 factores de riesgo, podríamos evitar el 45 % de casos de demencia", asegura.

Por lo tanto, destaca que "el conocimiento actual nos indica que los cambios neuropatológicos, tan frecuentes con el envejecimiento y, en muchos casos múltiples, no determinan necesariamente el desarrollo de deterioro cognitivo". "La posibilidad de fomentar la denominada reserva cognitiva es crucial para comprender que existe la posibilidad de afrontar el daño neuronal", añade. Este concepto es también conocido como *resiliencia cerebral*, indicador de un rendimiento cognitivo mejor de lo esperado en relación con el grado de neuropatología. "Sabemos ahora que el desarrollo de patología o daño cerebral con el envejecimiento es real, pero nuestra labor consistirá en potenciar la capacidad cerebral para afrontar ese daño y evitar o retrasar el desarrollo de deterioro cognitivo", explica la especialista.

En cuanto a los avances, destaca que "son numerosos", especialmente los relacionados con el desarrollo de biomarcadores "que mejoran la precisión diagnóstica y permiten iniciar tratamientos más específicos". También considera fundamental "el impulso de las terapias no farmacológicas, cada vez con mayor respaldo científico, y el progreso en prevención". Subraya la importancia de "prevenir enfermedades neurológicas en el adulto mayor mediante el control de factores de riesgo modificables a lo largo de la vida", una estrategia que, afirma, "tendrá un impacto directo en la reducción de patologías tan frecuentes como las cerebrovasculares o las neurodegenerativas".

Tampoco pasa por alto los avances en el tratamiento del ictus, de la mano del desarrollo de unidades especializadas. "La monitorización continua y los cuidados médicos y de enfermería llevados a cabo en las unidades de ictus son la principal medida terapéutica para disminuir la probabilidad de desarrollo de secuelas incapacitantes y de mortalidad en la patología cerebro-vascular", específica.

Terrón Cuadrado subraya que "los próximos años traerán numerosos y apasionantes retos para la medicina en general y la neurogeriatría en particular". Entre ellos, destaca "el desarrollo de la inteligencia artificial y su correcta aplicación en medicina", así como el avance en el conocimiento de la senescencia celular y la fragilidad cognitiva. Todo ello, apunta, "nos llevará hacia una medicina centrada en la persona, en su individualidad y diversidad, sin poner el foco tanto en la edad como una cifra, sino en el individuo".

Por último, recuerda que la neurogeriatría sigue siendo una rama poco conocida, "aunque atiende a un número creciente de personas con patologías que provocan gran discapacidad e impacto social". Advierte sobre el riesgo del edadismo y del nihilismo terapéutico, y reivindica "diagnosticar y tratar a todos los pacientes, independientemente de su edad, teniendo en cuenta sus particularidades". "Siempre hay margen para actuar y siempre podemos ayudar", concluye.



CARMEN TERRÓN CUADRADO

COORDINADORA DEL GRUPO DE ESTUDIO DE NEUROGERIATRÍA DE LA SEN

(Nº COLEGIADA: 282851247)

"SI INTERVINIÉRAMOS EN EL CONTROL DE LOS (HASTA EL MOMENTO) 14 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DEL ALZHEIMER PODRÍAMOS EVITAR EL 45 % DE CASOS"

**SAIMA BASHIR VITURRO**

COORDINADORA DEL GRUPO DE ESTUDIO DE NEUROLOGÍA CRÍTICA E INTENSIVISTA DE LA SEN
(Nº COLEGIADA: 171706599)

"EN LOS ÚLTIMOS AÑOS HA HABIDO UN IMPORTANTE SALTO CUALITATIVO EN CUANTO AL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LOS CUIDADOS CRÍTICOS EN NEUROLOGÍA"

Las enfermedades neurológicas agudas suponen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. En concreto, las patologías que suelen necesitar cuidados críticos con mayor frecuencia "son los ictus (tanto isquémicos como hemorrágicos, entre los que se encuentra la hemorragia subaracnoidea), los traumatismos craneoencefálicos y el estado epiléptico", indica **Saima Bashir Viturro**, coordinadora del Grupo de Estudio de Neurología Crítica e Intensivista de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y especialista del Hospital Universitario Doctor Josep Trueta de Girona. Sin embargo, también requieren cuidados intensivos con frecuencia otras patologías neurológicas, "como las enfermedades neuromusculares (como el Síndrome de Guillain-Barré o la crisis miasténica), las enfermedades infecciosas (las meningitis o encefalitis), y las enfermedades neurooncológicas".

"Por suerte, en los últimos años ha habido un importante salto cualitativo en el manejo diagnóstico y terapéutico de los cuidados críticos en neurología, lo que ha permitido mejorar el pronóstico de estos pacientes", resalta. En cuanto al diagnóstico, entre las más relevantes introducidas en los últimos años destaca "las técnicas de neurofisiológicas como el EEG continuo, que permite optimizar el manejo de los pacientes con estado epiléptico, especialmente en casos de crisis subclínicas; las técnicas de imagen como la ecografía transcraneal, que ha resultado ser una herramienta fundamental en la detección precoz de complicaciones como el vasoespasmo o la hipertensión intracraneal; el TAC multimodal, herramienta clave para el diagnóstico y selección de pacientes con ictus candidatos a tratamiento de reperfusión; y el uso creciente de biomarcadores, como marcadores de daño neuronal y anticuerpos específicos implicados en encefalitis autoinmunes".

Acerca del manejo terapéutico, Bashir Viturro pone de relieve no solo los avances técnicos y farmacológicos que hoy permiten mejorar el pronóstico de complicaciones graves, "como las técnicas endovasculares en el caso del vasoespasmo, o las terapias inmunomoduladoras en complicaciones inmunomedidas". También recalca el papel central que desempeña la rehabilitación precoz de los pacientes. A su juicio, "ha supuesto un cambio de paradigma de los cuidados críticos en neurología, porque sabemos que influye de forma decisiva en la recuperación funcional y en la calidad de vida de nuestros pacientes a largo plazo".

Por esa razón, desde el Grupo de Estudio de Neurología Crítica e Intensivista de la SEN reclaman la implicación de los neurólogos en las unidades de neurocríticos. "El abordaje multidisciplinar es vital a la hora de mejorar el pronóstico de estos pacientes", subraya, y añade: "El paciente neurocrítico es un paciente de alta complejidad que precisa la actuación coordinada de múltiples especialistas: neurólogos, intensivistas, neurocirujanos, neurorradiólogos, anestesiólogos, enfermería especializada, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, logopedas, psicólogos, etc."

Así las cosas, "el diagnóstico y el tratamiento precoz son los factores que más claramente han demostrado mejorar tanto el pronóstico vital como funcional de estos pacientes". Y esto, afirma, "solo es posible gracias a una comunicación fluida y a un engranaje perfectamente coordinado entre todas las disciplinas implicadas en su cuidado".

Aún queda camino por recorrer para mejorar algunos aspectos de las enfermedades neurológicas agudas. Según la doctora, "las desigualdades en el acceso a unidades especializadas, monitorización avanzada o tratamientos como la trombectomía mecánica disponible las 24 horas, la necesidad de formación específica en neurocríticos para profesionales de todas las especialidades implicadas y la necesidad de programas de rehabilitación temprana e intensiva". En definitiva, "la inversión en formación, investigación, recursos humanos y tiempo", apostilla. Como conclusión, refuerza varios mensajes: "En neurología crítica el tiempo es fundamental, por lo que un buen trabajo en equipo de manera coordinada es clave. Además, los avances tecnológicos y formativos han permitido una mejoría significativa en el pronóstico vital y funcional en patologías que son muy graves, de manera que debemos seguir en esa línea. Y, por último, la rehabilitación precoz e intensiva es un pilar en el tratamiento de los pacientes neurocríticos". +



A PIE DE CONSULTA



ROBERTO BELVÍS
 COORDINADOR DEL GRUPO DE
 ESTUDIO DE CEFALEAS DE LA SEN
 (Nº COLEGIADO: 080825946)

"APROXIMADAMENTE UN 70 % DE LA POBLACIÓN TIENE CADA AÑO COMO MÍNIMO UN EPISODIO DE CEFALEA TENSINAL"

Las cefaleas son uno de los síntomas más frecuentes que existen. Así lo afirma **Roberto Belvís**, director de la Unidad de Cefaleas y Neuralgias del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau y coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN), quien distingue además dos modalidades: "Puede ser un síntoma de otra enfermedad o puede ser ella misma la enfermedad; por eso hablamos de cefaleas primarias y secundarias".

"Las primarias son aquellas en las que la enfermedad es la propia entidad, es el propio problema, mientras que las secundarias son un síntoma de otra enfermedad. Por ejemplo, una persona con fiebre tiene cefalea secundaria. O también un paciente con una hipertensión arterial muy alta al que le duele la cabeza", expone Belvís. En el caso de las primarias, la más frecuente es la cefalea tensional. "Aproximadamente el 70 % de la población tiene cada año como mínimo un episodio de este tipo de dolor de cabeza", apunta el neurólogo. Asimismo, explica que suele responder a analgésicos graves y, por lo general, no es discapacitante, aunque se pueda cronificar. "El principal problema desde el punto de vista poblacional es la migraña", subraya. "Afecta al 12 % de la población y consiste en episodios de dolor de cabeza con un dolor peculiar, pues aqueja media cabeza, en la parte derecha o en la parte izquierda, y va acompañada de náuseas, vómitos, etc. Algunos pacientes tienen el aura y dejan de ver correctamente durante 30 o 40 minutos", desarrolla. Otra característica es que, si bien habitualmente se manifiesta de forma episódica, "un 30 % de los pacientes los sufren de manera frecuente, pudiendo derivar en migraña crónica, con más de 15 días de dolor al mes".

A ello se suma el problema del infradiagnóstico. "En España, según datos recientes, existe entre seis y siete años de demora diagnóstica".

De acuerdo con Belvís, la asistencia de las cefaleas ha mejorado mucho en nuestro país, pero matiza que "aún estamos lejos de los niveles óptimos de otros países europeos". Por ese motivo, sobre todo respecto a la cefalea más incapacitante que es la migraña, llevan años reclamando un Plan Estratégico Nacional contra la Migraña. El Ministerio de Sanidad se comprometió en 2023 a impulsarlo para mejorar el abordaje de esta enfermedad, pero todavía no se ha promovido. "Ya lo hizo con el ictus hace muchos años y es un gran modelo de éxito. España pasó de estar en un nivel pésimo en el tratamiento de los accidentes cerebro-vasculares a liderar asistencialmente el tratamiento de los mismos, ahora a nivel mundial", esgrime el doctor.

A su modo de ver, es el principal reto actualmente en lo que a las cefaleas se refiere. "Deseamos que, además de la preocupación que suele mostrar el Ministerio por los precios de los medicamentos que han salido nuevos para la migraña, también muestre interés en elaborar un plan estratégico para que estos medicamentos lleguen a todos los pacientes en todos los rincones de España". En este sentido, Belvís denuncia una gran inequidad: "Hay pacientes que, aunque no lo sepan, son afortunados porque están unidades de cefaleas. Pero todavía faltan muchas unidades y expertos de cefaleas en la geografía española". La mayoría se concentran en las áreas metropolitanas. Con lo cual, concluye, "hace falta crear circuitos, más plazas de neurólogos y enfermeras que se dediquen a las cefaleas en las unidades para atender mejor, así como a todos los pacientes".



EN A PIE DE CONSULTA NOS ACERCAMOS A LOS CENTROS DE TRABAJO DE LOS MÉDICOS PARA SABER MÁS DE SU DÍA A DÍA. CONVERSAMOS CON ELLOS PARA CONOCER CÓMO DESARROLLAN SU TRABAJO, CUÁLES SON SUS INQUIETUDES Y DEMANDAS EN UNA ÉPOCA COMO LA ACTUAL.

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más conocidas, sin embargo, cabe diferenciar que "realmente puede ser el síntoma o la manifestación de diferentes enfermedades", explica **Manuel Toledo Argany**, coordinador del Grupo de Estudio de Epilepsia de la Sociedad Española de Neurología (SEN). El también coordinador de la Unidad de Epilepsia del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona añade, en este sentido, "que puede haber daño a nivel del cerebro a cualquier edad, incluso durante la vida prenatal, que favorece la aparición de crisis epilépticas más tarde". Y, asimismo, "puede haber otras causas que puedan producir en el cuerpo alteraciones en el cerebro, como son las enfermedades inflamatorias o las infecciones que pueden conducir a dar crisis epilépticas". Pero en su opinión, "la causa más frecuente de epilepsia en nuestro entorno actualmente, quizás, sean los ictus". En general, "la gran mayoría de las epilepsias, dos tercios, se controlan con los fármacos anticrisis que tenemos a nuestra disposición en el mercado", destaca el neurólogo acerca del pronóstico de los pacientes.

Sin embargo, todavía existe el desafío "de evitar los efectos adversos de estos medicamentos, para que las personas con epilepsia puedan integrarse con normalidad a una vida rutinaria". "La gran mayoría de pacientes puede tener una vida igual que las personas sanas, con algunas restricciones en lo que se refiere a la toma de medicamentos o a horarios de sueño, pero que a día de hoy, y con la concienciación, incluso teniendo crisis epilépticas pueden integrarse con bastante normalidad a la vida cotidiana", subraya Toledo Argany.

Actualmente, además, hay más de una veintena de medicamentos anticrisis disponibles en el mercado, "con los cuales tenemos controlados más de dos tercios de los pacientes". "Otras alternativas no medicamentosas pueden llegar a ser curativas, pero están reservadas para aquellos casos que no responden al tratamiento médico; este debe ser un tratamiento, eso sí, crónico y de larga duración", agrega.

La tecnología, por otro lado, también está jugando un papel principal en el abordaje de la epilepsia, como comenta el neurólogo: "Indudablemente avanza a pasos agigantados. Cada día tenemos novedades y las intentamos integrar, sobre todo en la terapia de los pacientes con epilepsia. Sabiendo cuáles son los comportamientos de estas personas y de las manifestaciones de la epilepsia, la inteligencia artificial nos está ayudando a intentar buscar qué 'gaps' existen de tratamientos para poder aplicarlos".

Por el contrario, señala que los principales retos en el abordaje de la epilepsia están relacionados "con la plena integración de las personas afectadas, de modo que deje de ser una enfermedad estigmatizada y se garantice su acceso a cargos y empleos de responsabilidad, así como su participación en la vida laboral y social en igualdad de condiciones".

En segundo lugar, subraya "la necesidad de avanzar en tratamientos eficaces para ese tercio de pacientes cuyas crisis no mejoran y que requieren terapias crónicas, con las consecuentes cargas y efectos secundarios que ello conlleva".

Por último, Toledo Argany destaca la importancia de "impulsar las nuevas terapias y estrategias disponibles para modular la epilepsia y evitar que los pacientes, más allá de controlar las crisis, sufran las secuelas a largo plazo de una enfermedad crónica". Según explica, "en todo el mundo se están desarrollando alternativas prometedoras basadas en nuevas moléculas y en la biotecnología, que podrían conducir a verdaderas terapias modificadoras de la enfermedad".



MANUEL TOLEDO ARGANY
COORDINADOR DEL GRUPO DE ESTUDIO DE EPILEPSIA DE LA SEN
(Nº COLEGIADO: 37016)

"DOS TERCIOS DE LAS EPILEPSIAS SE CONTROLAN CON LOS FÁRMACOS ANTICRISIS QUE TENEMOS EN EL MERCADO"



ANA DOMÍNGUEZ MAYORAL
COORDINADORA DEL GRUPO
DE ESTUDIO DE NEUROGENÉTICA
DE LA SEN
(Nº COLEGIADA: 414117416)

**"LOS AVANCES EN
 NEUROGENÉTICA HAN
 PERMITIDO QUE SE HAYAN
 DESCUBIERTO NUEVOS
 TRATAMIENTOS PARA
 PATOLOGÍAS ANTES
 INCURABLES"**

La neurogenética aborda todas las patologías minoritarias de base genética, pero como apunta **Ana Domínguez Mayoral**, coordinadora del Grupo de Estudio de Neurogenética de la Sociedad Española de Neurología (SEN), "se trata de una disciplina a la que todavía no se dedican los neurólogos de forma completa, sino que es una materia transversal en todas las subespecialidades, especialmente en las patologías neuromusculares, vasculares y del trastorno del movimiento".

Según la especialista en neurología por el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla cada vez más se están describiendo nuevas bases genéticas en muchas patologías. "Pero hay que diferenciar las enfermedades en las que la causa es puramente genética y heredable, como pueden ser algunas enfermedades neuromusculares y neurovasculares", especifica Domínguez Mayoral. Algunos ejemplos pueden ser las distrofias musculares, las polineuropatías genéticas o la enfermedad de Huntington o de CADASIL. También expone que "existen algunos tipos de parkinsonismos o síndromes epilépticos genéricos, aunque suponen un porcentaje pequeño del total de pacientes que sufren estas patologías". "En todas ellas se conoce la variación exacta de unos determinados genes y el riesgo de transmisión a la descendencia. Se habla entonces de enfermedades genéticas de herencia mendeliana", agrega. Por otro lado, hay patologías en las que "aún no se conoce con exactitud su origen, aunque se sospecha que en su desarrollo intervienen múltiples factores", explica la experta. "Entre ellos, se ha descrito una posible predisposición genética, de modo que ciertas variaciones en los genes pueden aumentar el riesgo de padecer la enfermedad, aunque no resultan determinantes. Un ejemplo de ello serían las variantes genéticas asociadas a la enfermedad de Parkinson". Cabe subrayar, asimismo, que gracias a la genética se avanza hacia tratamientos médicos más efectivos y hacia una medicina mucho más personalizada. Domínguez Mayoral pone en valor que "la secuenciación del genoma humano ha supuesto una revolución en la medicina, porque ha permitido conocer las causas de muchas enfermedades". Posteriormente, "la mejora de las pruebas genéticas con la introducción de la secuenciación masiva ha sido el siguiente hito, puesto que hecho que tengamos un diagnóstico más rápido y preciso de las enfermedades genéticas". "Al conocer la causa genética de las enfermedades, es más fácil comenzar con los estudios de investigación para buscar nuevos tratamientos. El principal problema es que se precisa más financiación pública para la investigación en enfermedades raras porque los estudios son más costosos", lamenta.

Con las mismas, "los avances en neurogenética han permitido que en los últimos años se hayan descubierto nuevos tratamientos que ya pueden prescribirse en nuestro país para patologías antes incurables, como la atrofia muscular espinal o la ELA de base genética". Otro ejemplo que aporta la especialista son el everolimus para la esclerosis tuberosa o las terapias disponibles para enfermedades como Fabry, Pompe o amiloidosis. Igualmente, comenta que "existen otras terapias que todavía están en fase de investigación, como los polifenoles para las patologías neurovasculares". "Si tuviéramos más apoyo público y privado para continuar con estos proyectos de investigación, podríamos continuar con los avances terapéuticos en el futuro", denuncia.

Esto, junto a "continuar con el desarrollo de las pruebas genéticas como la secuenciación completa de genoma para que sea accesible en todos los centros; desarrollar la farmacogenética para que sea más aplicable en todas las patologías; y contar con una planificación sanitaria estatal para crear la especialidad de genética clínica para que los estudios genéticos sean más accesibles y rápidos" son, a su juicio, los principales desafíos.

De hecho, concluye proclamando la necesidad "de crear un plan nacional de enfermedades raras como en otros países europeos como Francia, para poder llevar a cabo todas esas medidas comentadas".

1 Diciembre, 2025



El envejecimiento conlleva un aumento inevitable de las enfermedades asociadas a la edad, especialmente las neurodegenerativas, señala **Carmen Terrón Cuadrado**, coordinadora del Grupo de Estudio de Neurogeriatría de la Sociedad Española de Neurología (SEN). La especialista destaca la enfermedad de Alzheimer, cuya frecuencia "se duplica cada cinco años después de los 65, pasando del 1 % a los 40-50 % en mayores de 85 años". También advierte que la prevalencia del Parkinson "podría duplicarse en 2040" y que otras patologías neurodegenerativas, cerebrovasculares y la epilepsia aumentan igualmente con la edad.

Esta realidad ha impulsado una profunda transformación en la especialidad. Según la experta, "la neurogeriatría siempre ha estado presente en la neurología, pero el envejecimiento poblacional y el aumento de estas patologías exigen una mayor especialización". Gracias a ello, "hoy contamos con un conocimiento más preciso del diagnóstico y tratamiento". En los últimos años, añade, "se han desarrollado nuevas estrategias diagnósticas con criterios clínicos mejorados y biomarcadores integrados, que permiten una atención más especializada e individualizada". Al tratarse de patologías asociadas inevitablemente a la edad, la gran pregunta es: ¿se pueden prevenir? "El concepto de prevención en neurología ha tomado una notable relevancia en los últimos años, impulsado, entre otras cosas, por cambios conceptuales en la patogenia de diversas enfermedades neurológicas, especialmente neurodegenerativas", expone. Por ejemplo, el mayor conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer, "nos ha permitido establecer la existencia de (hasta el momento) 14 factores de riesgo asociados al desarrollo de la enfermedad". "A estos factores de riesgo podríamos atribuir un 45 % de los casos; dicho de otra manera, si interviniéramos en el control de estos 14 factores de riesgo, podríamos evitar el 45 % de casos de demencia", asegura.

Por lo tanto, destaca que "el conocimiento actual nos indica que los cambios neuropatológicos, tan frecuentes con el envejecimiento y, en muchos casos múltiples, no determinan necesariamente el desarrollo de deterioro cognitivo". "La posibilidad de fomentar la denominada reserva cognitiva es crucial para comprender que existe la posibilidad de afrontar el daño neuronal", añade. Este concepto es también conocido como *resiliencia cerebral*, indicador de un rendimiento cognitivo mejor de lo esperado en relación con el grado de neuropatología. "Sabemos ahora que el desarrollo de patología o daño cerebral con el envejecimiento es real, pero nuestra labor consistirá en potenciar la capacidad cerebral para afrontar ese daño y evitar o retrasar el desarrollo de deterioro cognitivo", explica la especialista.

En cuanto a los avances, destaca que "son numerosos", especialmente los relacionados con el desarrollo de biomarcadores "que mejoran la precisión diagnóstica y permiten iniciar tratamientos más específicos". También considera fundamental "el impulso de las terapias no farmacológicas, cada vez con mayor respaldo científico, y el progreso en prevención". Subraya la importancia de "prevenir enfermedades neurológicas en el adulto mayor mediante el control de factores de riesgo modificables a lo largo de la vida", una estrategia que, afirma, "tendrá un impacto directo en la reducción de patologías tan frecuentes como las cerebrovasculares o las neurodegenerativas".

Tampoco pasa por alto los avances en el tratamiento del ictus, de la mano del desarrollo de unidades especializadas. "La monitorización continua y los cuidados médicos y de enfermería llevados a cabo en las unidades de ictus son la principal medida terapéutica para disminuir la probabilidad de desarrollo de secuelas incapacitantes y de mortalidad en la patología cerebro-vascular", especifica.

Terrón Cuadrado subraya que "los próximos años traerán numerosos y apasionantes retos para la medicina en general y la neurogeriatría en particular". Entre ellos, destaca "el desarrollo de la inteligencia artificial y su correcta aplicación en medicina", así como el avance en el conocimiento de la senescencia celular y la fragilidad cognitiva. Todo ello, apunta, "nos llevará hacia una medicina centrada en la persona, en su individualidad y diversidad, sin poner el foco tanto en la edad como una cifra, sino en el individuo".

Por último, recuerda que la neurogeriatría sigue siendo una rama poco conocida, "aunque atiende a un número creciente de personas con patologías que provocan gran discapacidad e impacto social". Advierte sobre el riesgo del edadismo y del nihilismo terapéutico, y reivindica "diagnosticar y tratar a todos los pacientes, independientemente de su edad, teniendo en cuenta sus particularidades". "Siempre hay margen para actuar y siempre podemos ayudar", concluye.



CARMEN TERRÓN CUADRADO
COORDINADORA DEL GRUPO DE
ESTUDIO DE NEUROGERIATRÍA
DE LA SEN
(Nº COLEGIADA: 282851247)

**"SI INTERVINIÉRAMOS
EN EL CONTROL DE LOS
(HASTA EL MOMENTO)
14 FACTORES DE
RIESGO ASOCIADOS
AL DESARROLLO DEL
ALZHEIMER PODRÍAMOS
EVITAR EL 45 % DE CASOS"**

**SAIMA BASHIR VITURRO**

COORDINADORA DEL GRUPO DE ESTUDIO DE NEUROLOGÍA CRÍTICA E INTENSIVISTA DE LA SEN
(Nº COLEGIADA: 171706599)

"EN LOS ÚLTIMOS AÑOS HA HABIDO UN IMPORTANTE SALTO CUALITATIVO EN CUANTO AL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LOS CUIDADOS CRÍTICOS EN NEUROLOGÍA"

Las enfermedades neurológicas agudas suponen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. En concreto, las patologías que suelen necesitar cuidados críticos con mayor frecuencia "son los ictus (tanto isquémicos como hemorrágicos, entre los que se encuentra la hemorragia subaracnoidea), los traumatismos craneoencefálicos y el estado epiléptico", indica **Saima Bashir Viturro**, coordinadora del Grupo de Estudio de Neurología Crítica e Intensivista de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y especialista del Hospital Universitario Doctor Josep Trueta de Girona. Sin embargo, también requieren cuidados intensivos con frecuencia otras patologías neurológicas, "como las enfermedades neuromusculares (como el Síndrome de Guillain-Barré o la crisis miasténica), las enfermedades infecciosas (las meningitis o encefalitis), y las enfermedades neurooncológicas".

"Por suerte, en los últimos años ha habido un importante salto cualitativo en el manejo diagnóstico y terapéutico de los cuidados críticos en neurología, lo que ha permitido mejorar el pronóstico de estos pacientes", resalta. En cuanto al diagnóstico, entre las más relevantes introducidas en los últimos años destaca "las técnicas de neurofisiológicas como el EEG continuo, que permite optimizar el manejo de los pacientes con estado epiléptico, especialmente en casos de crisis subclínicas; las técnicas de imagen como la ecografía transcraneal, que ha resultado ser una herramienta fundamental en la detección precoz de complicaciones como el vasoespasmo o la hipertensión intracraneal; el TAC multimodal, herramienta clave para el diagnóstico y selección de pacientes con ictus candidatos a tratamiento de reperfusión; y el uso creciente de biomarcadores, como marcadores de daño neuronal y anticuerpos específicos implicados en encefalitis autoinmunes".

Acerca del manejo terapéutico, Bashir Viturro pone de relieve no solo los avances técnicos y farmacológicos que hoy permiten mejorar el pronóstico de complicaciones graves, "como las técnicas endovasculares en el caso del vasoespasmo, o las terapias inmunomoduladoras en complicaciones inmunomedidas". También recalca el papel central que desempeña la rehabilitación precoz de los pacientes. A su juicio, "ha supuesto un cambio de paradigma de los cuidados críticos en neurología, porque sabemos que influye de forma decisiva en la recuperación funcional y en la calidad de vida de nuestros pacientes a largo plazo".

Por esa razón, desde el Grupo de Estudio de Neurología Crítica e Intensivista de la SEN reclaman la implicación de los neurólogos en las unidades de neurocríticos. "El abordaje multidisciplinar es vital a la hora de mejorar el pronóstico de estos pacientes", subraya, y añade: "El paciente neurocrítico es un paciente de alta complejidad que precisa la actuación coordinada de múltiples especialistas: neurólogos, intensivistas, neurocirujanos, neurorradiólogos, anestesiólogos, enfermería especializada, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, logopedas, psicólogos, etc."

Así las cosas, "el diagnóstico y el tratamiento precoz son los factores que más claramente han demostrado mejorar tanto el pronóstico vital como funcional de estos pacientes". Y esto, afirma, "solo es posible gracias a una comunicación fluida y a un engranaje perfectamente coordinado entre todas las disciplinas implicadas en su cuidado".

Aún queda camino por recorrer para mejorar algunos aspectos de las enfermedades neurológicas agudas. Según la doctora, "las desigualdades en el acceso a unidades especializadas, monitorización avanzada o tratamientos como la trombectomía mecánica disponible las 24 horas, la necesidad de formación específica en neurocríticos para profesionales de todas las especialidades implicadas y la necesidad de programas de rehabilitación temprana e intensiva". En definitiva, "la inversión en formación, investigación, recursos humanos y tiempo", apostilla. Como conclusión, refuerza varios mensajes: "En neurología crítica el tiempo es fundamental, por lo que un buen trabajo en equipo de manera coordinada es clave. Además, los avances tecnológicos y formativos han permitido una mejoría significativa en el pronóstico vital y funcional en patologías que son muy graves, de manera que debemos seguir en esa línea. Y, por último, la rehabilitación precoz e intensiva es un pilar en el tratamiento de los pacientes neurocríticos". +



POR PRIMERA VEZ EXISTEN DOS medicamentos capaces de modificar el curso del alzhéimer. Los anticuerpos monoclonales lecanemab (Leqembi, de Biogen y Eisai) y donanemab (Kisunla, de Lilly), disponibles en Estados Unidos desde 2023 y aprobados desde hace unos meses en Europa, suponen un hito científico y una esperanza para los pacientes, después de décadas de fracasos frente a esta enfermedad devastadora.

Tras la aprobación de lecanemab en abril y donanemab en septiembre, el proceso de negociación de precio y reembolso entre compañías y Ministerio suele prolongarse entre uno y dos años. Raquel Sánchez del Valle, coordinadora del Grupo de Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y directora médica del Hospital Clínico de Barcelona, declara el apoyo de los neurólogos a la incorporación de los tratamientos en el Sistema Nacional de Salud y reclama agilidad en los trámites. "A diferencia de otros medicamentos, no se puede esperar sin consecuencias", advierte.

La principal limitación de estos biológicos es el riesgo de ARIA (anomalías en la imagen relacionadas con el amiloide), que pueden cursar con inflamación y hemorragia cerebral. Para reducirlo, Lilly ha ajustado la pauta dosis/día de donanemab, lo que habría mejorado su seguridad. Además, la experiencia clínica en Estados Unidos muestra que su perfil de seguridad sigue siendo aceptable, sin aumento de complicaciones.

En cuanto a la eficacia, los datos de seguimiento de pacientes que participaron en los ensayos sugieren que el efecto terapéutico podría aumentar con el tiempo, por lo que la ralentización del deterioro cognitivo no sería un efecto transitorio.

EXPECTACIÓN. Ambos medicamentos están autorizados en Europa para pacientes con deterioro cognitivo o demencia leve debido a Alzhéimer con patología amiloide confirmada. Se excluye a los pacientes con genotipo APOE4/4 (homocigotos de APOE4), debido al mayor riesgo de ARIA. En Europa, a diferencia de Estados Unidos, ambos tratamientos deben suspenderse si el paciente progresiona a demencia moderada.

Además, los candidatos



Neurona afectada por el alzhéimer. La degeneración neuronal se asocia a la acumulación de tau (rosa) entre las células, así como a la acumulación de beta amiloide fuera de las células, lo que provoca placas amiloides (el grupo superior derecho).

Lecanemab se administra cada dos semanas de forma indefinida, mientras que donanemab se aplica mensualmente y no debe prolongarse más de 18 meses.

En Estados Unidos también está disponible la versión subcutánea de lecanemab para la fase de mantenimiento. Hay más nuevas terapias antiamiloide en desarrollo clínico que se administrarían con este tipo de inyecciones, lo que facilitará la logística.

NIHILISMO. Ambos anticuerpos fueron inicialmente rechazados por la agencia EMA, que finalmente los aprobó tras nuevas revisiones. Sánchez del Valle califica el proceso regulatorio europeo de "tortuoso", y critica

LA SEN RECLAMA A SANIDAD AGILIDAD EN LA APROBACIÓN: "EN ALZHÉIMER NO SE PUEDE ESPERAR SIN CONSECUENCIAS"

LA SEGURIDAD ES LA PRINCIPAL LIMITACIÓN, PERO LOS DATOS CLÍNICOS NO MUESTRAN UN AUMENTO DE EFECTOS ADVERSOS

BIOLÓGICOS PARA EL ALZHÉIMER ENTRE LA EXPECTACIÓN Y EL NIHILISMO

La Sociedad Española de Neurología pide su financiación y recursos para incorporar lecanemab y donanemab, las primeras terapias modificadoras de la enfermedad. Su llegada al sistema público requiere una alta inversión en infraestructuras para el diagnóstico por biomarcadores, las infusions intravenosas frecuentes y el seguimiento por resonancia magnética

TEXTO NAIARA BROCAL ILUSTRACIÓN: ALAMY / CORDON PRESS

deben presentar un buen estado de salud general y cerebral. La SEN estima que en España entre 11 y 25 pacientes por cada 100.000 habitantes podrían ser candidatos. En Estados Unidos, los datos de los centros que infunden esos tratamientos apuntan a que apenas un 6% de pacientes reciben estos fármacos. Mientras, en Europa, solo están disponibles en Alemania y Austria, donde los servicios de Neurología ya se están adaptando

para su administración, informa la especialista.

Una de las principales barreras para el acceso es la alta inversión en infraestructura y personal que requieren los centros para el diagnóstico de la patología beta amiloide, la administración intravenosa y el seguimiento por neuroimagen. Aunque el 90% de los neurólogos españoles si que tienen acceso a estudios de biomarcadores en líquido cefalorraquídeo, en muchos

hospitales este diagnóstico se realiza en menos del 20% de los pacientes.

El análisis del líquido cefalorraquídeo requiere una punción lumbar, hospital de día y la intervención de un neurólogo y personal de enfermería, por lo que no se practica de forma sistemática.

"Ningún hospital está preparado para asumir el volumen de infusiones y resonancias magnéticas que estos tratamientos requieren", comprende la experta.

La SEN trabaja en la definición de los requisitos necesarios en los centros. De obtener el visto bueno del Ministerio, Sánchez del Valle considera previsible que la implantación sea progresiva pero también desigual entre comunidades autónomas, extendiéndose "como una gota de aceite".

Lecanemab y donanemab comparten la misma diana y la vía de administración intravenosa, aunque presentan diferencias relevantes.

que la EMA haya elevado "el dintel de exigencia" en el alzhéimer respecto a otras patologías graves y sin tratamientos modificadores.

"Nos preocupa que los criterios de aprobación no se basen solo en los fármacos, sino en un componente de nihilismo respecto al alzhéimer", señala. A su entender, esta mentalidad se refleja en las críticas que se han vertido respecto a la magnitud del efecto de los tratamientos ("cuando un 30% en muchos otros campos se considera adecuada").

"Desde la SEN reconocemos que estos fármacos no alcanzan los niveles de eficacia y seguridad deseables, lo que es poco habitual con los primeros de una nueva familia, pero son el primer paso para mejoras posteriores", expone la portavoz de la sociedad científica.



Las pipas de girasol, un snack para recargar energía

El cansancio y la falta de energía son quejas frecuentes entre los adultos. Tal como señala la Sociedad Española de Neurología (SEN), entre un 20% y un 48% de la población tiene dificultades para iniciar o mantener el sueño, una falta de descanso que puede afectar a la concentración, el rendimiento o la capacidad de recuperación física. En este contexto, las pipas de girasol son un alimento perfecto para recargar energía, ya que aportan valiosos nutrientes relacionados con el funcionamiento del sistema nervioso.

Según la National Sunflower Association, conocida en España como Pipas USA, las pipas de girasol cuentan con un perfil nutricional equilibrado y fácil de incorporar a la dieta habitual. Este snack es una buena opción para quienes buscan mantener niveles estables de energía y apoyar el rendimiento diario, gracias a su combinación de nutrientes.

Una ración de 30 gramos de pipas de girasol puede aportar entre el 20% y el 25% de la ingesta diaria recomendada de magnesio, un mineral que interviene en la producción de energía celular y en el funcionamiento del sistema nervioso y muscular. También son ricas en vitamina B1 (tiamina), que facilita la transformación de los alimentos en energía y en ácidos grasos insaturados, proporcionando una liberación de energía lenta y constante que mantiene los niveles estables de actividad sin altibajos.

