



El coste directo del párkinson: 14.000 euros por paciente

Un estudio europeo calcula el impacto socioeconómico de una enfermedad que requiere de 1.400 millones de euros anuales en España

DOMÉNICO CHIAPPE
Madrid

Con síntomas como lentitud en la ejecución de los movimientos, rigidez y temblor, los enfermos de párkinson pierden progresivamente su autonomía, incluso para las acciones cotidianas. Con una tasa de prevalencia que se duplica en Europa en los últimos 30 años (pasando de 135 a 247 casos por cada 100.000 habitantes), la enfermedad hace que los pacientes vayan perdiendo independencia y calidad de vida, y que necesiten cada vez más asistencia y cuidados, tanto por parte del sistema sanitario como de sus allegados, lo que «genera considerables costos económicos a través de los gastos médicos, la reducción de la participación en la fuerza laboral y la necesidad de cuidados informales», indica un estudio europeo publicado esta semana en la revista 'Movement Disorders'.

Los autores del trabajo, la mayoría adscritos a centros alemanes de investigación, cuantifican estos costes: en España alcanzan los 1.400 millones de euros anuales. Es el cuarto país de Europa que más invierte en paliar las consecuencias del párkinson, después de Alemania, que destina 4.900 millones; Francia, 4.600 millones e Italia, 1.700 millones. Los países de altos ingresos, entre ellos España, «informaron un coste medio de 40 euros 'per cápita'».

Según sus estimaciones, el coste directo para la región (47 países) llega a 22.800 millones de euros, para tratar unos 2,2 millones de casos prevalentes, equivalente a 315 casos por cada 100.000 adultos, sostiene el artículo 'Costos del párkinson en Europa: resultados de la iniciativa sobre costos de la enfermedad en neurología', basado en el impacto socioeconómico hasta 2019. De ese total, 17.300

millones de euros (76%) corresponden a costos directos, 1.000 millones de euros (5%) a indirectos y 4.400 millones de euros (19%) a la atención informal, resumen. El «costo promedio por paciente» fue de 14.278 euros, aunque con las cifras del Ministerio de Sanidad bajaría a 7.000 en España, donde hay 200.000 casos registrados y unos 10.000 diagnósticos nuevos cada año.

Además, el aumento de pacientes incide en la carga asistencial. Pasó de 1,13 millones en 1990 a 1,84 millones en 2017 y 2,3 millones cuatro años después, «con un incremento igualmente marcado en la carga de enfermedad relacionada con la discapacidad» de 0,78 millones a 1,56 millones, treinta años después. No solamente se trata de adultos mayores, sino de jóvenes que ven mermada su posibilidad de conseguir empleo. «La mayor

carga económica del párkinson refleja su creciente prevalencia, lo que plantea importantes desafíos para los sistemas de salud».

El estudio resalta «la necesidad de terapias modificadoras de la enfermedad y estrategias preventivas. Dada esta creciente carga epidemiológica, así como el avance de las prácticas clínicas y los cambios sociales y laborales, se necesitan estimaciones actualizadas del costo del párkinson. El objetivo de estos datos es ofrecer una base para que los responsables políticos y los profesionales clínicos desarrollen estrategias de atención sanitaria que se adapten mejor a las necesidades asistenciales y financieras de las personas afectadas», justifican sus autores, encabezados por Luisa Welter, investigadora de Medicina Geriátrica de la Universidad de Duisburg-Essen, en Alemania.

Búsqueda de nuevas opciones

Para el cálculo de costes, los autores determinaron la prevalencia a partir de lo determinado por la Carga Global de Enfermedad e hicieron una revisión sistemática de los costos con datos contrastados, divididos en directos, indirectos e informales. «La carga económica relativa por país se estimó dividiendo los costos anuales totales entre el PIB nacional de 2019», explican sobre su metodología. Las cifras eran fiables sólo en los países con mayores recursos, lo que impidió

«La mayor carga económica del párkinson refleja su creciente prevalencia, lo que plantea grandes desafíos para los sistemas de salud»

hacer un mapa completo de aquellos con «ingresos medios-bajos», donde había hasta 17 veces menos prevalencia, quizás por falta de diagnóstico.

El conjunto de los cinco países que más asumen los gastos que implica el párkinson (España, Alemania, Reino Unido, Italia y Francia) «acumularon 13.600 millones de euros, lo que representa el 79% de los costes directos en toda la región», que llega a 17.300 millones de euros. «La mayoría de los costos asociados son directos y representan más de dos tercios de la carga económica total», aseguran los investigadores.

Se deben buscar «opciones de tratamiento eficaces y rentables», en un contexto actual en el que «son casi exclusivamente sintomáticas, sin tratamientos curativos disponibles», prosiguen. «Al igual que en otras enfermedades neurodegenerativas, la inversión sostenida en investigación básica y clínica es fundamental para el desarrollo de intervenciones que aborden y modifiquen la fisiopatología subyacente. Esta inversión tiene el potencial de generar importantes beneficios a largo plazo, tanto económicos como en términos de resultados para los pacientes».



Una asistente ayuda a levantarse de un asiento a una mujer mayor en un centro de día. ESTHER VÁZQUEZ



> 9 de septiembre de 2026 a las 0:00

Investigación

Sant Pau lidera un estudio internacional en personas con la trisomía 21 que arroja luz sobre la relación entre ambas enfermedades

Down y alzhéimer: un 40% desarrolla epilepsia

BEATRIZ PÉREZ

Barcelona

Los adultos con síndrome de Down que además tienen alzhéimer están muy predispuestos a acabar desarrollando epilepsia, lo que empeora su cognición y hace que el curso de la demencia sea peor. Así lo señala un estudio multicéntrico internacional, recién publicado en *The Lancet* y liderado por el grupo de Neurobiología de las Demencias del Instituto de Investigación Sant Pau y la Unidad Alzhéimer-Down del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona). Se trata de la mayor investigación hecha hasta la fecha en personas con síndrome de Down para estudiar, en esta población, la relación entre el alzhéimer y la epilepsia. Pero más allá del síndrome de Down, este hallazgo aporta luz sobre la relación entre el alzhéimer y la epilepsia y abre la puerta a hacer tratamientos preventivos.

El estudio, en el que han participado 4.804 personas con síndrome de Down de diferentes países, muestra que la epilepsia está estrechamente relacionada con la aparición sintomática del alzhéimer en esta población y que su riesgo aumenta progresivamente a medida que avanza la enfermedad. «A lo largo de su vida, hasta el 40% de las personas con síndrome de Down y alzhéimer acaban desarrollando epilepsia», certifica a EL PERIÓDICO, del mismo grupo editorial, la doctora de Sant Pau

María Carmona, una de las líderes de esta investigación. La epilepsia de inicio tardío asociada al síndrome de Down, además de provocar un deterioro cognitivo más rápido, implica un riesgo de mortalidad 2,10 veces superior.

El contexto

Para entender la magnitud de este hallazgo hay que remontarse tiempo atrás. Hace años que se sabe que el síndrome de Down es una forma genéticamente determinada de enfermedad de alzhéimer. Es decir, nacer con la trisomía 21 es, en más del 90% de los casos, sinónimo de desarrollar este tipo de demencia. Esta realidad es algo que se sabe con certeza desde los últimos años y en la que la prestigiosa Unidad de Memoria de Sant Pau ha jugado un papel clave.

Sus investigadores dieron hace dos años otro paso más en la reconceptualización del alzhéimer al descubrir una nueva forma genéticamente determinada de esta enfermedad: aquellas personas que tienen dos copias del gen APOE4 desarrollarán la demencia en un alto porcentaje de casos. Sin los estudios previos que esta unidad hizo antes con el síndrome de Down, no hubiera sido posible llegar a este descubrimiento.

¿Qué indica todo esto? Que la investigación en las personas con síndrome de Down sigue arrojando luz en el campo del alzhéimer. Este nuevo estudio publicado ahora en *'The Lancet'* es un paso más. «Sabemos que en el alzhéimer de



Un hombre con síndrome de Down, en su domicilio.

la población general, la epilepsia es más frecuente que en personas sin alzhéimer. En este estudio vemos que la epilepsia juega un papel muy importante porque empeora el curso de la enfermedad. Esto apoya otros estudios en población general donde se ve que la epilepsia cursa como un factor de peor pronóstico en el alzhéimer», precisa la doctora Carmona.

Hacia la prevención

Ser conscientes de la relación entre alzhéimer y epilepsia facilita el hacer tratamientos antes. «Esto nos plantea la pregunta de si debemos tratar de forma preventiva a estas personas que son tan susceptibles a la epilepsia. Así, a la vez,

mejoraríamos el curso de la enfermedad de alzhéimer», prosigue esta investigadora.

«Hemos visto que las crisis epilépticas no aparecen simplemente porque las personas se hacen mayores, sino que su riesgo aumenta de manera muy clara cuando comienzan los síntomas del alzhéimer y continúa aumentando a medida que avanza la enfermedad», dice por su parte la doctora Lucía Maure-Blesa, neuróloga de la Unidad Alzheimer-Down y otra de las investigadoras del IR que ha liderado el estudio.

Los resultados del estudio, realizado entre el 24 de octubre de 2012 y el 28 de julio de 2025 en personas con síndrome de Down

con una media de edad de 43 años, muestran que la epilepsia es más frecuente a medida que aumenta la edad, pero sobre todo cuando aparecen los síntomas de la enfermedad de alzhéimer.

Pero, además, la incidencia acumulada de epilepsia aumenta de manera lineal después del inicio sintomático del alzhéimer. Aproximadamente una de cada diez personas presenta epilepsia en el momento del diagnóstico de la enfermedad de alzhéimer y, nueve años después, más de la mitad la ha desarrollado. Concretamente, la incidencia acumulada pasa del 9,5% en el momento del diagnóstico al 56,9% al cabo de nueve años. ■



El monóxido de carbono exhalado se asocia con menor riesgo de párkinson

Un estudio apunta al papel protector que puede tener este gas tóxico

C. M. REDACCIÓN / LA VOZ



LA VOZ DE LA SALUD

Las personas fumadoras presentan un menor riesgo de sufrir párkinson. «Por llamativo que parezca, sabemos desde hace años que el consumo de tabaco se asocia con un menor riesgo de padecer la enfermedad de Parkinson. Y, aunque seguimos sin conocer los motivos, distintos estudios señalan a la nicotina como posible responsable. Sin embargo, en pacientes tratados con parches de nicotina no se observaron mejorías, y algunos empeoraron levemente. Esto sugiere que podrían ser otros los factores responsables del *efecto beneficioso* del tabaco en esta enfermedad», avanza Janette Rodríguez Pallares, coin-

vestigadora principal del Grupo de Neurobiología Celular y Molecular de la Enfermedad de Parkinson en el Centro de Investigación en Medicina Molecular y Enfermedades Crónicas (Cimms), en declaraciones a Science Media Centre (SMC) España. Ahora, un estudio publicado en *JAMA Neurology* analiza por primera vez la posible relación entre el consumo de tabaco, los niveles de monóxido de carbono exhalados y el riesgo de desarrollar enfermedades neurodegenerativas, incluida la enfermedad de Parkinson. El equipo de Clara Bueno López ha hecho un seguimiento de doce años a más de medio millón de adultos de China, que incluía personas fumadoras y no fumadoras. Los resultados muestran que el tabaquismo habitual se asoció con un riesgo elevado

de cáncer de pulmón, cardiopatía isquémica, ictus y mortalidad por todas las causas, pero con un menor riesgo de párkinson: concretamente, se reducía en un 30 %.

El monóxido de carbono (CO) es un gas tóxico que se produce durante la combustión del tabaco y el papel del cigarrillo, pasando a la sangre a través de los pulmones. Cuando entra en el torrente sanguíneo, se une a la hemoglobina y ocupa el lugar del oxígeno, provocando que los órganos y los tejidos reciban menos cantidad de este último. Sin embargo, el cuerpo humano también lo produce de forma natural, principalmente en el bazo, hígado y en la médula ósea. Dado que la cantidad generada es minúscula, no interfiere con el transporte de oxígeno a los órganos, a diferencia de lo que ocurre al inha-

lar fuentes externas de contaminación o combustión.

La investigación muestra un hallazgo interesante: entre las personas que nunca habían fumado, aquellas con mayores niveles CO exhalado también presentaban un menor riesgo de párkinson. «Esto sugiere que el monóxido de carbono podría ser responsable de los efectos beneficiosos observados en la población fumadora, actuando como mecanismo de defensa. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para conocer los mecanismos implicados y determinar si los resultados serían extrapolables a otras poblaciones, ya que el estudio se centró en una muestra poblacional en China, con características socioeconómicas, ambientales, culturales y genéticas específicas», considera Rodríguez Pallares.



LA RAZÓN



La narcolepsia hace que estemos despiertos y que no entrenemos en la fase REM

Nuevo tratamiento mejora el control de la narcolepsia

► Un trabajo demuestra que esta terapia logra mejorar la calidad del sueño de los pacientes

Ángela Lara. BARCELONA

Un estudio multicéntrico, en el que ha participado el Hospital Clínic-IDIBAPS, ha confirmado la seguridad y eficacia de un tratamiento para la narcolepsia que mejora significativamente los resultados del abordaje actual.

La narcolepsia es un trastorno neurológico por el que el cerebro del paciente no produce la proteína hipocretina, que regula el ciclo sueño-vigilia. Como indica el doctor Alex Iranzo, jefe de la Unidad del Sueño del Clínic y del Grupo de Neurofisiología Clínica de IDIBAPS, «esta hace que estemos despiertos y que no entrenemos en la fase REM y quienes sufren narcolepsia no tienen las células que la producen, ya sea porque estas

han desaparecido o no se han creado nunca, eso no se sabe». A causa de este trastorno, los pacientes manifiestan tres síntomas principales: por un lado, durante el día, se duermen sin quererlo, comiendo, hablando o conduciendo, por ejemplo; por otro, sufren cataplejía, que se concreta en pérdidas repentinas y temporales del tono muscular tras experimentar emociones como la sorpresa o la risa, sin perder nunca la consciencia; y, por último, recurrentes despertares durante la noche, que, si bien duran poco tiempo, al sucederse de forma repetida se traducen en un sueño superficial y roto.

En definitiva, es un trastorno con un gran impacto en el día a día de los pacientes y en su calidad de vida y el problema es que no existe un abordaje terapéutico curativo. «Solo disponemos de tratamiento sintomático: pastillas para dormir, estimulantes del sistema nervioso central para mantenerse despierto y un fármaco antidepresivo que resulta eficaz a la hora de controlar la cataplejía», explica Iranzo, quien sin embargo matiza que «en algunos pacientes estos resultan eficaces y pueden llevar

una vida normal pero otros siguen con síntomas».

El problema «es que nunca se ha podido sintetizar la hipocretina». El tratamiento más eficaz para abordar la narcolepsia sería cubrir ese déficit de hipocretina que tienen los pacientes, como se hace con la insulina en el caso de los diabéticos, pero «la molécula es muy pesada y no pasa al cerebro». Así las cosas, como alternativa, un laboratorio, Takeda, consiguió un antagonista. «Se trata de una medicación que hace lo mismo que la hipocretina», indica Iranzo, quien al respecto concreta que «se administra de forma oral dos veces al día, a las 8 y a las 11 de la mañana».

Este tratamiento ya fue testado con muy buenos resultados en dos estudios previos, que justificaron su aprobación para uso clínico en

La narcolepsia es un trastorno por el que el cerebro no produce la proteína hipocretina

Japón, China y Estados Unidos este verano, pero la Agencia Europea del Medicamento necesitaba la confirmación de un tercer estudio para hacer lo propio y eso es lo que acaba de suceder con este trabajo multicéntrico cuyos resultados se acaban de publicar. «Se trata de un estudio randomizado, controlado y multicéntrico para el que se reclutó a 273 pacientes, al 75% de los cuales se les administró el medicamento y al 25% restante, placebo», explica el investigador de IDIBAPS. Los resultados del mismo indican que aquellos que recibieron el tratamiento experimentaron grandes mejoras, llegando algunos a poder incluso llevar una vida normal.

En cuanto a la capacidad de mantenerse despiertos, entre el 48% y el 69% de los pacientes tratados alcanzaron valores considerados normales en las pruebas de vigilia, mientras que en el grupo placebo prácticamente ninguno consiguió estos resultados. En cuanto a la somnolencia diurna, «si bien los pacientes se dormían a los 4 minutos, con el medicamento eso sucedía a los 27 minutos de media, cuando lo que se considera normal es hacerlo a partir de los 20 minutos», indica Iranzo. Las puntuaciones del test de sueño se redujeron entre 9,7 y 11,8 puntos con el tratamiento frente a reducciones de solo el 1,5 a 1,7 puntos con placebo.



El alzhéimer eleva el riesgo de epilepsia en adultos con síndrome de Down

► Un estudio liderado por el Hospital Sant Pau analiza casos de más de 4.000 personas

La Razón. BARCELONA

Un estudio liderado por el Hospital de Sant Pau de Barcelona y su instituto de investigación ha revelado que, en adultos con síndrome de Down, la epilepsia aumenta progresivamente a medida que aparece y avanza la enfermedad de alzhéimer.

El trabajo, publicado en la revista «The Lancet», ha analizado la historia natural de la epilepsia en 4.804 adultos con síndrome de Down de distintos países, informó Sant Pau en un comunicado oficial.

La colíder del estudio y neuróloga del Hospital de Sant Pau Lucía Maure-Blesa apuntó que las crisis epilépticas no aparecen simplemente cuando las personas

envejecen, sino que «su riesgo aumenta de forma muy clara cuando comienzan los síntomas de alzhéimer y continúa aumentando a medida que la enfermedad avanza».

Aproximadamente una de cada 10 personas presenta epilepsia en el momento del diagnóstico de la enfermedad de alzhéimer y, nueve años más tarde, más de la mitad la ha desarrollado; concretamente, la incidencia acumulada pasa del 9,5% al 56,9% en ese periodo.

Riesgos

La investigación también muestra que el riesgo de epilepsia aumenta con el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de alzhéimer, independientemente de la edad, y se asocia con un riesgo más elevado en personas con discapaci-

dad intelectual grave o profunda.

Uno de los resultados «más relevantes» del estudio es el impacto de la epilepsia mioclónica de inicio tardío asociada a síndrome de Down, cuya presencia se asocia a una mortalidad más elevada (2,10 veces superior) y un deterioro cognitivo más rápido.

La también colíder del estudio María Carmona-Iragui señaló que los resultados no permiten establecer una relación causal: «No significa necesariamente que las

crisis sean la causa de este empeoramiento.

«Podrían ser una señal de que el alzhéimer es más agresivo o se encuentra en una fase más avanzada. Entender cuál de estas dos cosas está pasando es precisamente una de las grandes preguntas que abre este estudio», añadió. Según el estudio, de los 4.084 participantes incluidos en el estudio, 3.288 (67,4%) se mantenían cognitivamente estables; 267 (5,6%) presentaban deterioro cognitivo no degenerativo; 321 (6,7%), enfermedad de Alzheimer prodrómica, y 978 (20,3%) demencia por enfermedad de Alzheimer.

En cuanto al grado de discapacidad intelectual, 1.020 participantes presentaban discapacidad leve, 2.352 moderada y 779 grave o profunda

Las crisis epilépticas no aparecen solo cuando las personas envejecen, según explica el análisis

IR SANT PAU



En la imagen, una de las líderes del estudio, Lucía Maure-Blesa

> 23 de septiembre de 2026 a las 0:00

SANIDAD

La Junta admite que faltan neurólogos para crear la Unidad de Ictus

El consejero defiende en las Cortes que los pacientes son atendidos de forma telemática desde Salamanca ● Alejandro Vázquez deja claro que las instalaciones y el equipamiento están listos

PÁGINA 3

> 23 de septiembre de 2026 a las 0:00

SALUD

Sanidad reconoce que la Unidad de Ictus está parada por la falta de neurólogos

Alejandro Vázquez asegura que aunque la provincia es la única que no cuenta con esta dotación, los pacientes son atendidos con «teleictus» desde Salamanca

CARLOS GIL ANDRÉS
Zamora

El consejero de Sanidad, Alejandro Vázquez, ha reconocido en las Cortes de Castilla y León que la Unidad de Ictus de Zamora no se puede poner en marcha debido a que no hay suficientes neurólogos. A preguntas de la parlamentaria de Unión del Pueblo Leonés, Rosa María Quintanilla González, durante el Pleno de ayer martes, el consejero aseguró que la Unidad de Ictus está totalmente montada y equipada y que cuenta con personal de Enfermería. Sin embargo, su puesta en marcha no es todavía posible porque necesita asegurar la presencia de un neurólogo las 24 horas del día y los 365 días del año, lo que en estos momentos no se puede hacer con garantías, por la falta de especialistas y, por tanto, no se puede poner en marcha con la calidad y seguridad mínimas exigibles.

Frente a las críticas de la parlamentaria leonesa que acusó a la Junta de incumplir su promesa de



Intervención del consejero de Sanidad en el Pleno de las Cortes.

la puesta en marcha de la Unidad de Ictus, con un plazo máximo de diciembre de 2025, el consejero echó la culpa del problema de falta de neurólogos, como de otros especialistas, a la mala planificación de

recursos humanos llevada a cabo en los últimos años por el Ministerio de Sanidad, que ha llevado a la falta de profesionales, no solo en Castilla y León sino en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

A pesar de ello Vázquez expuso los esfuerzos de su departamento para incrementar los efectivos de neurólogos de Zamora y toda la comunidad, por ejemplo duplicando las plazas anuales de formación

MIR, once en estos momentos en la comunidad, lo que lleva a tener trabajando a 43 residentes, 22 más que en 2022. Además, se ha contratado a 18 neurólogos con el programa de fidelización para los que acaban la residencia. «Hemos desplegado todas las medidas a nuestro alcance para incorporar especialistas en neurología», constató el alto cargo.

Quintanilla recordó al consejero que la Unidad de Ictus es de vital importancia para los zamoranos, a que una rápida respuesta ante esta patología es lo que reduce la mortalidad y las secuelas. Y preguntó por qué se retrasa o se «bloquea» su puesta en marcha. De hecho Zamora es la única área sanitaria de la comunidad que no dispone de esta dotación. Sin embargo, Vázquez indicó que el hecho que estén ya las instalaciones y el equipamiento demuestra que no ha habido por parte de su departamento una falta de inversión o de previsión, sino que el problema para no poder abrir la unidad estriba en la falta de especialistas suficientes.

Eso sí, dijo que los pacientes de Zamora sí tienen acceso al código ictus, el sistema que procura una rápida atención a los pacientes que sufren esta patología, ya que se han reforzado las ambulancias asistenciales, puesto en marcha el helicóptero sanitario de Villaralbo y existe el sistema «teleictus» que permite la valoración experta de cualquier caso de Zamora desde los servicios del hospital de Salamanca durante las 24 horas del día. ■