



## La prevención en edades tempranas es el futuro

### EDITORIAL

Uno de los grandes problemas en neurología es que, hasta el momento, en muchos casos como las enfermedades neurodegenerativas, no existen tratamientos modificadores de la enfermedad. Además, enfermedades cerebrovasculares como el ictus siguen acumulando una gran incidencia siendo la primera causa de mortalidad en las mujeres, la segunda en los hombres, y la que más discapacidad produce; en este caso, aunque han mejorado mucho las técnicas para su manejo, uno de los principales objetivos pasa por reducir las cifras.

Aunque el mensaje es extrapolable a otras especialidades, en este caso, es claro: la reducción de los casos y la mortalidad asociada a las enfermedades neurológicas pasa por la prevención. De la misma manera que sucede en oncología, como mencionaba César Rodríguez, presidente de la Sociedad Española de Oncología Médica en un encuentro celebrado en el marco del Día Mundial contra el Cáncer que se conmemora cada 4 de febrero, evitar factores de riesgo prevenibles es crucial. También teniendo en cuenta que se estima que la incidencia en diferentes tipos de tumores seguirá incrementándose en los próximos años. Y, apenas unos días más tarde, Jesús Porta-Etessam, presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN) coincidía en esta idea, durante su visita a la redacción de Gaceta Médica. Estos factores están bien identificados: tabaquismo, consumo de alcohol, dietas inadecuadas, sedentarismo y exposición a determinados agentes patógenos. Sin embargo, a pesar de que se sabe su efecto nocivo sobre la salud a varios niveles, parece que no acaba de calar en la sociedad la importancia de adoptar hábitos saludables para evitar el desarrollo de enfermedades de diferente índole.

Para Porta-Etessam, la fórmula está clara: hay que inculcar estos hábitos desde la infancia, que el deporte y la dieta sana formen parte de la rutina de las personas desde la infancia y que se refuercen las medidas políticas y los mensajes sobre el impacto negativo de sustancias como el alcohol y el tabaco -o dispositivos similares que puedan servir de entrada para adquirir el hábito tabáquico-.

Por ello, una vez más, el foco está puesto en la educación para la salud y el papel determinante que puede jugar de cara a lograr una sociedad futura en la que la incidencia de determinadas enfermedades sean prácticamente residuales. Aunque pueda parecer redundante o vacío de significado, los niños son el futuro. Y es responsabilidad de los adultos del ahora actuar en ellos para sembrar estos mensajes y recoger los frutos en las próximas décadas.

**Inculcar hábitos saludables en la infancia contribuirá a reducir la incidencia en áreas como la oncología o la neurología**

5 Febrero, 2024



# 'Resetea' el cerebro

Fomentar desde edades tempranas hábitos de vida saludables demuestra una reducción de la incidencia de enfermedades cerebrovasculares y neurodegenerativas

P. 10-11 y Editorial



JESÚS PORTA-ETESSAM, presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

# “Entre el 50-70% de los ictus se pueden prevenir si cuidamos los factores de riesgo”

GACETA MÉDICA  
 Madrid

Jesús Porta-Etessam, actual jefe de Sección de Neurología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, fue nombrado recientemente presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN). El neurólogo repasa en Gaceta Médica los retos futuros y las lecciones aprendidas.

## Pregunta. ¿Cuáles son los objetivos en esta etapa?

Respuesta. En la parte de la especialidad, hay dos elementos. Por un lado, el quinto año dentro del plan formativo porque en los últimos 20 años hemos vivido un crecimiento brutal de la especialidad. Hemos pasado del gran desconocimiento de la fisiopatología de las enfermedades neurológicas a la creación de nuevas técnicas terapéuticas y diagnósticas. Asimismo, podemos dar respuesta a un porcentaje altísimo de pacientes, pero es fundamental que prácticamente todos los hospitales de tercer y segundo nivel dispongan de unidades monográficas que puedan dar respuesta a los pacientes con patologías neurológicas avanzadas o complejas y que no dependan de la ciudad de nacimiento. Por tanto, necesitamos aumentar las plantillas.

## P. ¿Y respecto a la sociedad?

R. Hemos llegado a la conclusión de que los mensajes que envías a la sociedad cambian más la vida de la gente que lo que sucede en consulta. En otras palabras, difundir a través de los medios de comunicación el mensaje de 'si experimenta debilidad en un lado del cuerpo o se le tuerce la boca, llame inmediatamente al 112 para ser trasladado al hospital con el Código Ictus' tiene repercusiones más significativas a largo plazo en la salud social. Es fundamental realizar un plan de comunicación sobre la prevención de enfermedades neurológicas. Entre el 50-70 por ciento de los ictus se pueden prevenir si cuidamos



**Debería haber unidades de cefalea en todas las provincias; la migraña es una enfermedad muy prevalente y no debería haber inequidades”**

los factores de riesgo cerebrovasculares, al igual que es posible retrasar la aparición del alzhéimer con hábitos saludables.

**P. Aún así el ictus sigue registrando una incidencia muy alta y un gran impacto en aquellas personas que lo sufren. ¿Cómo diría que ha evolucionado su abordaje?**

R. Cuando yo era residente y adjunto joven, los pacientes con ictus 'se quedaban en una esquina', siendo la patología más grave dentro de la medicina, la primera causa de mortalidad

en las mujeres, la segunda en los hombres, y la que más discapacidad produce. No se hacía prácticamente nada con ellos y ahora mismo es una maravilla. Les administramos fibrinolíticos, llevamos a cabo trombectomías, están por llegar fármacos que probablemente ofrezcan neuroprotección y que pueden prevenir que el ictus evolucione... Con esto, hemos conseguido prácticamente que, a más del 50 por ciento de estas personas que llegan de manera aguda al hospital, les cambie la vida.

**P. ¿Es esto una muestra del ritmo al que avanza la investigación y manejo de las enfermedades neurológicas?**

R. Esto es lo que tenemos que hacer con el resto de patologías, y en algunos casos ya son tangibles esos avances. La disponibilidad de recursos como levodopa subcutánea para pacientes con párkinson avanzado, el acceso generalizado a terapias monoclonales, gepantes o ditanes para aquellos que padecen migraña, que los pacientes que presentan neuropatía pueden optar aun un estudio

genético adecuado, así como la posibilidad de un diagnóstico más adecuado con marcadores para pacientes con alzhéimer o que los pacientes de esclerosis múltiple tengan acceso a múltiples tratamientos (EM), son muestra del avance.

**P. ¿Cómo es el manejo del alzhéimer hoy en día?**

R. En las enfermedades neurodegenerativas tenemos una situación que es especial: no contamos con ningún tratamiento modificador de la enfermedad; por ello, es fundamental hacer un diagnóstico precoz de enfermedades como el alzhéimer con marcadores como es el PET de amiloide o determinaciones en el líquido cefalorraquídeo de fosforilación de TAU y beta amiloide. Aunque ahora no podamos cambiar el curso de la enfermedad, es posible que en los próximos años, con la llegada de lecanemab y donanemab, y más adelante con los nuevos tratamientos que se están investigando para TAU o la combinación de ellos, el diagnóstico precoz modifique la evolución.

**P. Sin embargo, la EMA ha**

**postpuesto la revisión del nuevo fármaco contra el alzhéimer (lecanemab) hasta junio. Desde vuestro punto de vista como clínicos, ¿Qué valoración hacéis de este fármaco?**

R. En neurología somos optimistas, pero es muy importante la indicación con la que va a salir. Es decir, son tratamientos que modifican la evolución de la enfermedad en un porcentaje moderado, pero presenta riesgo de hemorragias cerebrales, precisamente porque el amiloide se deposita alrededor de los vasos. Por tanto, creemos que el grupo de expertos tiene que delimitar muy bien el perfil de pacientes a los que va a estar indicado este tratamiento. Es importante poner en balance el beneficio-riesgo. Entonces, no me parece mal que se reflexione si es desde el punto de vista de una selección adecuada del paciente, no desde un punto de vista económico.

**P. En esta y otras enfermedades neurodegenerativas, ¿qué importancia tiene el diagnóstico precoz a diferentes niveles?**

R. Es fundamental y tendremos que seguir con el método clásico del diagnóstico clínico en estas patologías. Para ello, hay que dotar a los servicios de neurología de los recursos adecuados. También, porque para estos pacientes y su entorno, contar con un diagnóstico les puede ayudar a tomar decisiones de futuro relativas a la evolución de la enfermedad.

**P. Hay enfermedades como el párkinson sobre las que todavía hay desconocimiento. ¿Cómo avanza su abordaje?**

R. En el caso concreto del párkinson tenemos que transmitir que, aunque es una enfermedad neurodegenerativa, es principalmente de personas mayores. La edad es uno de los principales factores de riesgo aunque hay personas jóvenes que pueden padecerla. El manejo es muy distinto en función de la edad desde el punto de vista terapéutico. Es crucial tener recursos para hacer un buen diagnóstico



y unidades específicas, que son las Unidades del Movimiento.

**P. ¿Cómo diría que ha evolucionado el abordaje de la esclerosis lateral amiotrófica (ELA)?**

R. Ha cambiado mucho en los últimos años. El problema que teníamos con los ensayos clínicos es que considerábamos la ELA una única enfermedad; con los nuevos descubrimientos genéticos es que aunque el resultado final es una expresión clínica muy similar, el mecanismo fisiopatológico y la etiopatogenia es distinta y presenta diferentes subtipos. Así, no es igual cuando tiene una mutación en la superóxido dismutasa que si hay un TP43. Aunque la presentación clínica es igual, el motivo por el que se produce la degeneración es distinto. Este hallazgo permite que haya ensayos dirigidos a cada grupo y, con todo esto, es crucial que las unidades de neuromuscular tengan una dotación adecuada.

**P. El Ministerio informó a las CC. AA. sobre la Estrategia en enfermedades neurodegenerativas. ¿En qué estado está?**

R. Se hizo ya un Plan Nacional de Alzheimer, que era para cinco años y termina ya este año. No tenía una dotación económica asociada y, con la pandemia de COVID-19, no pudimos ser muy críticos porque esto modificó totalmente los planes del Ministerio. Un Plan nacional de Enfermedades Neurodegenerativas es absolutamente fundamental, teniendo en cuenta, que la esperanza de vida de los países que invierten en recursos socio-sanitarios han aumentado mucho. Esto hace que cada vez tengamos un porcentaje mayor de personas mayores, que tienen como factor de riesgo tener enfermedades neurodegenerativas como alzhéimer o párkinson, otra demencia frontotemporal o la enfermedad con cuerpos de Lewy.

**P. El Gobierno ha publicado un mapa de recursos de ELA que concluye que el 61% de las comunidades autónomas tienen al menos una unidad de referencia, exactamente 10. ¿Debería haber una unidad de este tipo en cada comunidad?**

R. Sin duda tendría que haber una en todas. La ELA es una enfermedad muy especial, tiene una prevalencia baja. Es una enfermedad que puede afectar a gente joven y gente mayor. Hace cuarenta años, mirábamos la

enfermedad de una forma distinta, pero en el siglo XXI no miramos enfermedades, miramos personas. Desde este punto de vista, es absolutamente necesario que haya unidades de ELA en todas las CC. AA. porque son pacientes que tienen unas necesidades muy especiales.

**P. ¿Esperan que en esta legislatura se recupere la Ley ELA?**

R. Igual hay que modificarla, pero tiene que salir hacia delante. Tenemos que dar respuesta a las necesidades de nuestros pacientes; no podemos decir que contamos con los pacientes y luego no tenerles en cuenta. En ocasiones, hay que modificar las leyes, pero creo que tiene que ser tenida en cuenta. Creo que la ministra que tenemos ahora es muy sensible a los temas médicos, así que igual sí que somos capaces de que salga adelante.

**P. ¿Qué novedades hay en el campo de las cefaleas?**

R. En cefaleas, concretamente en migraña, la investigación ha hecho ver que es una enfermedad poligénica, es decir, con un componente hereditario; se han descrito genes y se ha visto que tiene una serie de neuropéptidos. Esto nos permite acercarnos a la medicina de precisión, con fármacos dirigidos. Estos hallazgos han traído cuatro anticuerpos monoclonales dirigidos contra CGRP; yo participé además en un ensayo a principios de este siglo con gepantes también dirigidos a esta diana. En diciembre en EE. UU. se aprobó lasmiditan, que actúa contra un receptor específico de la sero-

tonina (5HT1F) y que presenta como principal ventaja que no tiene riesgo cardiovascular, a diferencia de los triptanes.

**P. ¿Este avance ha llegado también a otras cefaleas?**

R. Hemos crecido mucho en diagnóstico, con grupos españoles involucrados. La cefalea en racimos está un poco abandonada pero ahora hay estudios también con CGRP para buscar tratamientos; se aprobó en EE. UU. galcanezumab para esta indicación y lamentablemente en Europa no está autorizado, pero sí hay estudios en marcha. Otro avance que comenzó hace tiempo es la estimulación cerebral profunda, colocando una diana en el hipotálamo posterior para cefalea en racimos crónica refractaria; esta técnica se dejó de usar porque se registró incluso un fallecimiento pero se están buscando nuevos targets, con el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau como uno de los centros punteros en esta investigación. En estos enfermos que no responden a las opciones disponibles, incluso en cefalea del suicidio, se está probando colocando estimuladores en el tegmento ventral con buenos resultados.

**P. La Unidad de Cefaleas del Clínico San Carlos ha sido ganadora de un Premio BiC y ha quedado finalista en numerosas ocasiones. ¿Qué no debe faltar en estas unidades para alcanzar la excelencia?**

R. La migraña es una enfermedad que debemos vertebrar desde todos los niveles de la asistencia. Es una patología con

una dimensión de género muy importante, ya que afecta a más del 18 por ciento de las mujeres y a un siete por ciento de los hombres. Por ello, tenemos que crear un sistema en el que se sientan adecuadamente tratados dependiendo de la frecuencia que tenga la migraña. Un primer nivel es atención primaria, con profesionales especialmente dedicados a las cefaleas que se conviertan en un punto de referencia para sus compañeros. Asimismo, debe existir un segundo nivel, que es el de la neurología clínica general, que va a atender a estos enfermos como apoyo a primaria para hacer un seguimiento más exhaustivo. Por último, el tercer nivel, son las unidades para el abordaje de la atención de las migrañas crónicas o las migrañas episódicas de alta frecuencia. Si se trata de manera precoz es muy probable que no se cronifique y podamos cambiar su curso.

**P. ¿Qué recursos deben tener?**

R. Tiene que haber unidades en todas las CC. AA. y en casi todas las provincias para dar una atención equitativa. Es tan prevalente la migraña que no es justo que un paciente tenga que hacer grandes desplazamientos, esto supone una demora en el diagnóstico que se puede extender hasta los cinco años. Asimismo, debe de haber al menos un neurólogo con especial dedicación a las cefaleas. En definitiva, una unidad debe contar con un psiquiatra como consultor, una enfermería sólida y formada para que los neurólogos se

centren en las mejores técnicas para mejorar notablemente la calidad de vida de los pacientes.

**P. En los próximos meses la SEN creará un Área de Neurotecnología e Inteligencia Artificial y un programa para la incubación de startups tecnológicas que desarrollen modelos para retos clínicos no cubiertos. ¿En qué consistirán?**

R. Los sistemas nuevos de inteligencia artificial (IA) aplicados a la medicina son uno de los puntos que genera más interés en la SEN. Por ello, hemos creado una vicepresidencia específica. En la actualidad existen neuroprótesis conectadas a los nervios que permiten a una persona que ha perdido las dos piernas volver a andar o prótesis de retina conectadas al lóbulo occipital para que los pacientes ciegos puedan ver. Por otra parte, la razón de la creación de un programa para las startups tecnológicas radica en que en muchas ocasiones las compañías que desarrollan un diseño necesitan el apoyo de los clínicos para saber su utilidad.

**P. ¿Es suficiente la inversión en prevención en neurología?**

R. Hay que 'cambiar' el cerebro a los niños, invertir en ellos para que entiendan que tienen que generar hábitos de vida 'cerebrosaludables'. No es solo hacer ejercicio, es crear el hábito, cambiar el cerebro y conseguir unas sinapsis diferentes. Las predicciones de enfermedades neurodegenerativas en países que invierten realmente en medidas socioeconómicas no se han cumplido, tenemos menos alzhéimer de lo esperado.

**P. ¿Qué factores de riesgo destacarías?**

R. El tabaco es un factor de riesgo y tenemos que luchar contra él, igual que contra el consumo de marihuana o la ingesta excesiva de alcohol, dado que produce alzhéimer y otros tipos de deterioro cognitivo. Además, hay que apostar por la dieta mediterránea, productos propios y no ultraprocesados y alertar de los peligros que esconden las pantallas en la población infantil. Hay que generar planes a diferentes nivel para que se creen programas específicos y se ofrezcan recursos tanto cognitivos como ligados a la actividad física.



El equipode Gaceta Médica con Jesús Porta-Etessam, presidente de la SEN.



10 Febrero, 2024



Cristina Íñiguez, este viernes, en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza. GUILLERMO MESTRE

## EN LA ÚLTIMA CRISTINA ÍÑIGUEZ

JEFA DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE ZARAGOZA

# «Igual que tenemos arrugas en la cara, nos salen en el cerebro»

**Elon Musk afirma que una de sus empresas ha implantado un chip cerebral en un humano para poder controlar un móvil y un ordenador con el pensamiento. ¿Es un loco o un adelantado a su tiempo?** Para hacer un ensayo de este tipo ha tenido que pasar el control de la FDA, que es la agencia reguladora en Estados Unidos. El problema es que la forma de comunicar un avance científico no es una red social. Lo que hay que hacer es mandar el trabajo a una revista de prestigio y publicarlo. Nosotros llevamos más de 20 años poniendo neuroestimuladores en el cerebro. Con eso se mejora la enfermedad de Parkinson. **¿Qué nuevos avances tecnológicos veremos en el futuro?**

Muchísimos. Tanto es así que en la nueva junta directiva de la Sociedad Española de Neurología se ha creado una vocalía dedica-

da a inteligencia artificial y nuevas tecnologías. También es cierto que en los últimos años la Neurología es la especialidad que más ha avanzado, junto con la Oncología. Hemos pasado de no tener tratamiento prácticamente para nada a tenerlo para una gran cantidad de enfermedades.

**¿Qué consecuencias cerebrales tiene abusar de las tecnologías?**

Uno de los consejos que damos es que hay que intentar evitar la multitarea. Hace que baje mucho nuestro rendimiento y que el cerebro reciba demasiados estímulos. Tendríamos que limitar las horas que utilizamos redes sociales, móviles y videojuegos para proteger nuestra salud cerebral. **¿El cerebro envejece?**

Sí, todo envejece. Hay veces que les explico a los pacientes que las mismas arrugas que tenemos en la cara nos salen dentro del cere-

## EL PERSONAJE

• Nacida en Madrid en 1963, ha sido reelegida vicepresidenta de la junta directiva de la Sociedad Española de Neurología y será la nueva responsable del Área de Relaciones Institucionales

bro. Lo que tenemos que hacer es que nuestro cerebro envejezca de forma saludable.

**¿Cuáles son los principales enemigos de nuestro cerebro?**

Los tóxicos. El alcohol, el tabaco y las drogas son los principales. Después, los malos hábitos alimenticios que hacen que tengas la tensión y el colesterol altos, sobrepeso o diabetes. Y también es muy importante utilizar el casco

cuando montas en bicicleta o en patín, porque los golpes en el cerebro tienen consecuencias graves a corto y largo plazo.

**¿Queda mucho por saber de él?** Muchísimo. La experimentación es muy difícil porque nuestro cerebro es único.

**¿Siempre quiso ser médico?**

Sí. Soy médico vocacional. De pequeña jugaba con mi abuela; ella se ponía enferma y yo la curaba.

**¿Por qué se decantó por la especialidad de Neurología?**

Me parece que el cerebro es el órgano más maravilloso que tenemos. Lo controla todo. ¿Cómo no te vas a dedicar a estudiar algo así? Acaban de salir las notas del mir y me gustaría animar a los residentes o a los futuros residentes que tienen que coger especialidad a que se decanten por la Neurología. Tiene un futuro impresionante y es apasionante.

**Empezó a trabajar en el Hospital Clínico de Zaragoza en 1992 y sigue gustándole su trabajo.**

Me gusta el trato cordial con la gente y venir al hospital. Cada año recibimos a dos residentes nuevos. Que vengan dos personas de 25 o 26 años con sus inquietudes, eso se te acaba contagiando y te estimula para no perder el tren.

**¿Cómo ve la sanidad aragonesa?**

Puedo hablar de la Neurología, que es lo que conozco. Tenemos la gran suerte de que Santiago Ramón y Cajal –que es el padre de la Neurología– estudió aquí, con lo cual hay mucha vocación neurológica. Tanto es así que cada año formamos a cuatro residentes (dos en el Hospital Miguel Servet y dos en el Clínico). Pero ahora empezamos a tener déficit de neurólogos, aunque menos que otras comunidades.

**¿Qué logro le gustaría ver?**

Como me dedico a la esclerosis múltiple, desearía que tuviera curación o una prevención total. En los últimos 20 años hemos pasado de no tener tratamiento a tener casi 18, con lo cual está cambiando la historia natural de la enfermedad. Me siento satisfecha de haber participado en esta evolución.

**Por cierto, enhorabuena por su reelección como vicepresidenta de la junta directiva de la Sociedad Española de Neurología.**

Muchas gracias. Una de las cosas que más ilusión me hace como vicepresidenta en Relaciones Institucionales es que me tengo que responsabilizar de poner este año en marcha el autobús del cerebro, con el que se difunde el concepto de cerebro saludable.

MARÍA USÁN



10 Febrero, 2024

# Sin receta y que hagan dormir... ¿qué opciones hay en el mercado?

## Hay tres tipos. ¿Sabes cuál te conviene más?

SOLANGE VÁZQUEZ

**E**N las farmacias españolas se repite la misma escena un sin fin de veces. Entra alguien, cuenta que duerme fatal y que no quiere tomar 'medicamentos' y, tras dar todo tipo de detalles, termina su parlamento con un '¿qué puedo tomar?'. Y el asesoramiento es clave: cada vez existen más productos para dormir que no necesitan receta y hay que elegir el que más se ajusta a nuestro caso. Porque lo de dormir mal es una expresión muy genérica... No es lo mismo que sea algo puntual, que tener dificultades siempre para quedarse dormido o que las complicaciones residan en tener muchos despertares o un sueño tan ligero que no es reparador. El caso es que la Sociedad Española de Neurología estima que, por distintos motivos, el 48% de los adultos y el 25% de los niños no tienen un sueño de calidad.

Raquel Ramos, farmacéutica comunitaria, confirma la alta demanda de las sustancias de venta libre para dormir. "Durante la pandemia, por el nerviosismo, hubo un repunte muy alto que se mantiene", aclara. Ahora mismo hay un colectivo que es el que más se decanta por estas opciones 'de farmacia': las personas de 35 a 60 años, un segmento que, en principio, no es el 'sospecho habitual', porque, como recuerda la farmacéutica, son las personas más mayores las que llevan con resignación el sambenito de dormir fatal y de tomar de todo para solucionarlo... y es verdad. "Muchos de ellos ya no toman remedios sin receta, sino que van al médico a que les den benzodiacepinas", apunta Ramos. Estos fármacos son nuestros viejos conocidos contra el insomnio y la ansiedad: lorazepam (Orfidal), diazepam (Valium), el alprazolam (Trankimazin), clonazepam (Rivotril)...

Lo que pasa con estos medicamentos es que a largo plazo crean dependencia y a mucha gente le dan cierto reparo. Y es lógico: los hipnosedantes son la tercera droga más consumida entre la población española entre 15 y 64 años y, junto con el alcohol, las sustancias que más urgencias hospitalarias generan en España, según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). "Como cada vez hay que incrementar más la dosis para que hagan efecto, a veces la gente se excede", aclara María Barado, profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Internacional de La Rioja (UNIR).

¿Tan mal dormimos? Bueno, a veces exageramos. "Decimos que no hemos pe-

### POCO Y MAL

#### MILLONES DE AFECTADOS

Hay casi 4 millones de españoles que padecen algún tipo de trastorno de sueño crónico y grave y 12 millones que se levantan cada día con sensación de no haber descansado bien, según los datos de la Federación Española de Sociedades de Medicina del Sueño.

#### MENOS TIEMPO DEL NECESARIO

En nuestro país vamos algo escasos de sueño: 7.13 horas al día de media. Lo normal en una persona adulta joven es dormir entre 6 y 10 horas -entre 7 y 9, lo recomendado-. Una duración de sueño mayor o menor de ese rango no es saludable. Y dormir muchas horas puede tener un impacto en la calidad de vida tan negativo como el insomnio, advierten los expertos. Este abanico de horas se refiere a personas entre 24 y 64 años, ya que los niños necesitan más y los mayores, menos (pero con más siestas, que también hay que sumarlas al cómputo total de horas).

#### BÚHOS, ALONDRAS...

Según la duración, hablamos de dormidores largos y dormidores cortos; y, según la hora de acostarse y levantarse, se identifican cronotipos vespertinos -búhos- y matutinos -alondras-. Por ello, hay gente que con 6 horas se levanta despejada y funciona estupendamente todo el día, y otros que necesitan 10.

## ¿Irse a la misma hora a dormir?

Más de la mitad de los adultos que han empezado a dormir separados admiten descansar mejor y hasta más tiempo... 37 minutos más que juntos, según una encuesta realizada por SleepFoundation.org en EE UU. Y una de las causas es que así cada cual se va a dormir a la hora que más se ajusta a sus necesidades y ya no se despierta si el otro lo hace más tarde, algo clave si tenemos en cuenta que la mayor parte del sueño profundo ocurre en el primer tercio de la noche.

gado ojo en toda la noche y luego resulta que hemos dormido 5 horas (tal y como hemos comprobado en estudios con pacientes), así que la percepción del sueño es muy subjetiva y quizá no tengamos un problema. Pero, si estamos preocupados o el problema se alarga, lo que hay que hacer es ir al médico de cabecera", indica Ainhoa Álvarez, coordinadora del grupo de trabajo de Insomnio de la Sociedad Española de Sueño. Si aún no queremos pasarnos por la consulta, las tres expertas explican las opciones de venta libre disponibles en el mercado y para qué casos van mejor.

### Melatonina

Es una neurohormona que sirve para regular el sueño, los llamados ciclos circadianos. España es toda una potencia mundial en el consumo de melatonina, que, según algunos expertos, se disparó tras la pandemia en torno a un 130%. "Antes ya era conocida por gente que la usaba, sobre todo, para reducir los efectos del 'jet lag'", apunta Raquel Ramos. Se comercializa con una concentración del 1,99% (el 2% sería el máximo permitido sin receta, por lo que, si necesitamos dosis más altas, ya tendríamos que acudir al médico). ¿Para quién es aconsejable? En dosis de farmacia es una sustancia muy segura que interacciona poco con otras. "Lo que pasa es que no es tan rápida como tomarse un lorazepam, claro. Hace falta un poco de paciencia y 'jugar' con ella. Por ejemplo, tomar una versión 'retard' para que se libere durante la noche si lo que tenemos son muchos despertares o una de acción rápida si el problema es pillar el sueño. Se pueden combinar", apunta Ramos, quien, no obstante matiza que sería un buen remedio para una temporada. ¿Efectos secundarios? Algunos consumidores se quejan de somnolencia al día siguiente y de dolores de cabeza -aunque no hay estudios concluyentes al respecto- y de tener sueños muy reales e incluso pesadillas. "En niños sí que se han constatado problemas si se toma de forma continuada (dolor de estómago, dificultad para dormir), de ahí que la mayoría de los pediatras solo lo consideren para un periodo no mayor a un mes", añade la profesora María Barado.

### Fitoterapia

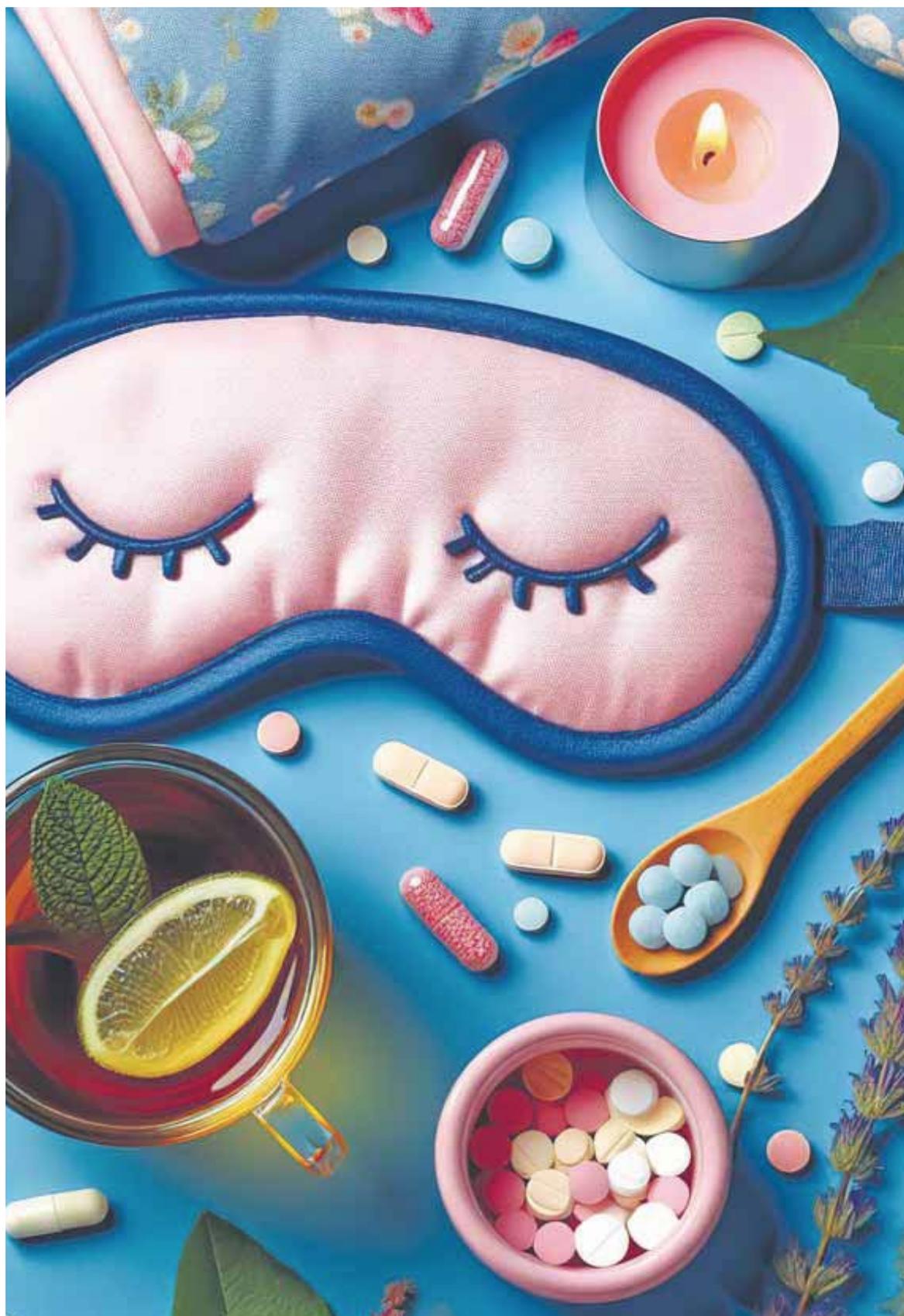
En pastillas, infusiones, extractos... Los preparados 'de hierbas' -de una sola o combinando varias- son una opción muy socorrida. ¿Cuál gusta mucho a los farmacéuticos? La pasiflora, "que tiene una



estructura similar a la de las benzodiacepinas y se puede tomar de seguido, sobre todo cuando es la ansiedad del día a día lo que quita el sueño", apunta Ramos. Valeriana, melisa, magnesio, triptófano... también van bien, según los consumidores (aunque cada cual es un mundo). "Pe-



10 Febrero, 2024



ro, ojo, siempre hay que asegurarse de que no interaccionan con ninguna medicación que tomemos: que sean cosas naturales no quiere decir que sean inocuas", apunta. Álvarez aporta un 'truco' para elegir el mejor producto: optar siempre por el de prospecto más largo.

"Suele indicar que ha pasado más estudios", añade.

### Antihistamínicos

Hay pastillas para dormir de venta libre que son en realidad antihistamínicos (fá-

macos para la alergia). Pero, como tienen como efecto secundario la somnolencia, se usan para casos de insomnio. "Son efectivos pero te dejan cansado. No son para tomar seguido", recomienda Ramos. "Generan sensación de resaca", confirma Álvarez.

## A PIE DE CALLE

### Ojalá la medicina alivie el dolor, pero no a costa de cualquier cosa

La otra noche, la televisión divulgó el comunicado de Elon Musk sobre la implantación de chips en el cerebro de un humano para que controle sus movimientos solo con el pensamiento. Me recordó a 'Un mundo feliz', la novela de Huxley, pero no sabía por qué. Me venía a la memoria esa sociedad en la que se había eliminado la cultura, la ciencia y la familia, en la que se inculcaban consignas durante el sueño, donde los humanos se cultivaban y los bebés recibían pequeños 'electroshocks' para condicionarlos. Y todo ello con el objetivo de que las personas fuesen felices, diseñándolas en clases sociales diferenciadas y adaptándolas desde que nacían.

Pero, hablemos de libertad de elección. Con la implantación de chips en el cerebro -como plantea David Ezpeleta-, ¿dónde quedan los neuro-derechos, es decir, la capacidad de

una persona de tomar decisiones libres o autónomas, de conservar su intimidad y su identidad? Ezpeleta -vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología-, afirma que «esta tecnología coquetea peligrosamente con cuestiones tan importantes como la identidad personal y la privacidad mental». Estoy de acuerdo. Es más, seré alarmista pero, ¿quién nos asegura que esas técnicas curativas nunca estarán en manos de científicos con intención de manipular a grupos de personas? ¿O de gobiernos autoritarios? ¿O de multinacionales que busquen el beneficio a costa de lo que sea?

En 'Un mundo feliz' queda solo un personaje que nació de una madre, al que llaman «El Salvaje», que dice que el dolor y la angustia son parte tan necesaria de la vida como la alegría, y que sin ellos, poniéndolo en perspectiva, la alegría pierde todo significado. Ojalá los avances médicos consigan aliviar el dolor y la discapacidad, pero no a costa de cualquier cosa.

■ ■ P.B. (EP)



12 Febrero, 2024

# Un traumatismo craneoencefálico puede elevar hasta un 11% el peligro de desarrollar epilepsia

- ▶ Los neurólogos llaman a abordar de forma temprana y especializada las secuelas de estos golpes para evitar riesgos
- ▶ Hacen hincapié en los accidentes de tráfico, que concentran un destacado porcentaje de formas graves de esta lesión

AGN

VIGO. Las personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico tienen mayor riesgo de sufrir un episodio de epilepsia en los doce meses siguientes del accidente. Y se incrementa aún más a los cinco años. De hecho, los porcentajes de este aumento del riesgo oscilan entre el 0,7% en los casos más moderados y el 11% en los de mayor gravedad, explica Enrique Noé Sebastián, neurólogo y director de investigación de Ireneia, el Instituto de Rehabilitación Neurológica del Hospital Vithas de Vigo.

Hoy se conmemora el Día Internacional de la Epilepsia, una de las enfermedades neurológicas más frecuentes, con alrededor de 27.000 afectados en la comunidad, según las estadísticas del

grupo de estudio de la Sociedade Galega de Neuroloxía.

Habitualmente, en su origen se encuentra la predisposición genética o algún tipo de anomalía cerebral, pero también pueden causarla los accidentes cerebrovasculares que limitan la llegada de oxígeno al cerebro, infecciones cerebrales, ciertos síndromes genéticos, tumores cerebrales y los traumatismos craneoencefálicos. El doctor Noé Sebastián aporta datos sobre este último aspecto: «La evidencia clínica señala que las personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico moderado enfrentan un riesgo de desarrollar epilepsia del 0,7% en el primer año, aumentando al 1,6% a los cinco años». Además, en el caso de traumatismo craneales

graves, «estos números se elevan significativamente, ya que un 7% de los pacientes acaban padeciendo epilepsia en el primer año y un 11% a los cinco», advierte.

El neurólogo llama la atención sobre estos datos poniéndolos en el contexto de que, el año pasado, más de 4.000 personas en España sufrieron lesiones graves en accidentes de tráfico, una de las principales causas de traumatismo craneoencefálico. Por ello, Vithas destaca la importancia de abordar de manera temprana y especializada las secuelas de este tipo de lesión a fin de minimizar los riesgos asociados, incluido el desarrollo de la epilepsia.

**RECOMENDACIONES.** Aunque la epilepsia afecta a todos los grupos

de edad, su incidencia es mayor en niños, adolescentes y ancianos. Las crisis epilépticas suponen entre el 1% y el 2% de las urgencias médicas y son la segunda causa de asistencia neurológica en emergencias y la tercera de hospitalización en este área, según la Sociedad Española de Neurología. Y, en estas crisis, las convulsivas apenas son entre el 20 y el 30% del total, ya que también se pueden manifestar en forma de ausencias, falta

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes y se estima que hay alrededor de 27.000 afectados en la comunidad

de respuesta a estímulos o movimientos automáticos repetidos, entre otros, lo que puede provocar que una de cada cuatro pasen desapercibidas. De ahí la relevancia de un diagnóstico precoz para un mejor pronóstico a largo plazo y una mejor calidad de vida.

En todo caso, el doctor Noé Sebastián indica que, ante una crisis, se debe tratar de evitar la hiperextensión del cuello del paciente, que podría provocar atragantamientos, forzar su boca para que la mantenga abierta e intentar que no se golpee con elementos del entorno sin interferir en sus posibles movimientos. Una vez pasada, recomienda calmar al afectado y consultar con un neurólogo para evaluar si necesita ajustes en el tratamiento.



12 Febrero, 2024

# Un traumatismo craneoencefálico puede elevar hasta un 11% el peligro de desarrollar epilepsia

- ▶ Los neurólogos llaman a abordar de forma temprana y especializada las secuelas de estos golpes para evitar riesgos
- ▶ Hacen hincapié en los accidentes de tráfico, que concentran un destacado porcentaje de formas graves de esta lesión

AGN

VIGO. Las personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico tienen mayor riesgo de sufrir un episodio de epilepsia en los doce meses siguientes del accidente. Y se incrementa aún más a los cinco años. De hecho, los porcentajes de este aumento del riesgo oscilan entre el 0,7% en los casos más moderados y el 11% en los de mayor gravedad, explica Enrique Noé Sebastián, neurólogo y director de investigación de Ireneia, el Instituto de Rehabilitación Neurológica del Hospital Vithas de Vigo.

Hoy se conmemora el Día Internacional de la Epilepsia, una de las enfermedades neurológicas más frecuentes, con alrededor de 27.000 afectados en la comunidad, según las estadísticas del

grupo de estudio de la Sociedade Galega de Neuroloxía.

Habitualmente, en su origen se encuentra la predisposición genética o algún tipo de anomalía cerebral, pero también pueden causarla los accidentes cerebrovasculares que limitan la llegada de oxígeno al cerebro, infecciones cerebrales, ciertos síndromes genéticos, tumores cerebrales y los traumatismos craneoencefálicos. El doctor Noé Sebastián aporta datos sobre este último aspecto: «La evidencia clínica señala que las personas que han sufrido un traumatismo craneoencefálico moderado enfrentan un riesgo de desarrollar epilepsia del 0,7% en el primer año, aumentando al 1,6% a los cinco años». Además, en el caso de traumatismo craneales

graves, «estos números se elevan significativamente, ya que un 7% de los pacientes acaban padeciendo epilepsia en el primer año y un 11% a los cinco», advierte.

El neurólogo llama la atención sobre estos datos poniéndolos en el contexto de que, el año pasado, más de 4.000 personas en España sufrieron lesiones graves en accidentes de tráfico, una de las principales causas de traumatismo craneoencefálico. Por ello, Vithas destaca la importancia de abordar de manera temprana y especializada las secuelas de este tipo de lesión a fin de minimizar los riesgos asociados, incluido el desarrollo de la epilepsia.

**RECOMENDACIONES.** Aunque la epilepsia afecta a todos los grupos

de edad, su incidencia es mayor en niños, adolescentes y ancianos. Las crisis epilépticas suponen entre el 1% y el 2% de las urgencias médicas y son la segunda causa de asistencia neurológica en emergencias y la tercera de hospitalización en este área, según la Sociedad Española de Neurología. Y, en estas crisis, las convulsivas apenas son entre el 20 y el 30% del total, ya que también se pueden manifestar en forma de ausencias, falta

La epilepsia es una de las enfermedades neurológicas más frecuentes y se estima que hay alrededor de 27.000 afectados en la comunidad

de respuesta a estímulos o movimientos automáticos repetidos, entre otros, lo que puede provocar que una de cada cuatro pasen desapercibidas. De ahí la relevancia de un diagnóstico precoz para un mejor pronóstico a largo plazo y una mejor calidad de vida.

En todo caso, el doctor Noé Sebastián indica que, ante una crisis, se debe tratar de evitar la hiperextensión del cuello del paciente, que podría provocar atragantamientos, forzar su boca para que la mantenga abierta e intentar que no se golpee con elementos del entorno sin interferir en sus posibles movimientos. Una vez pasada, recomienda calmar al afectado y consultar con un neurólogo para evaluar si necesita ajustes en el tratamiento.



11 Febrero, 2024

## LOS SEMÁFOROS

### David Ezpeleta

Neurólogo



David Ezpeleta, vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología, aboga por que los dispositivos neurotecnológicos que se desarrollen sean "pertinentes, seguros y eficaces". / P. 33

### Beltrán Gambier

Jurista



La determinación de este jurista platense con residencia en Madrid ha evitado la desaparición total del mítico Teatro Odeón de Buenos Aires. Ayudó también a salvar el madrileño Albéniz. / P. 57

### Valentí Grau

Jazz Terrassa



Se cumplen este mes treinta años de la apertura de la Nova Jazz Cava de Terrassa, equipamiento que gestiona el club local de jazz, que a su vez organiza el festival que se inicia en marzo. / P. 62

### Katalin Novák

Expresidenta de Hungría



Novák (46), del partido de Orbán y exministra de Familia, dimitió ayer a raíz del escándalo provocado por el indulto que concedió a un encubridor en un caso de abusos sexuales a menores. / P. 10



11 Febrero, 2024

# “Defendamos nuestra privacidad mental; ya hay máquinas que leen el pensamiento”

David Ezpeleta

Neurólogo, responsable de neurotecnología e IA de la Sociedad Española de Neurología

## ENTREVISTA

MAYTE RIUS  
Barcelona

Cascos de estimulación cerebral, sensores manejados por inteligencia artificial (IA), lectores de la actividad eléctrica cerebral que reconstruyen lo que la persona ve, piensa o dice... Cada vez son más las herramientas de *big data* y de IA destinadas a conocer, mejorar o modular el cerebro de las personas. Y también hay más estudios que constatan que el uso de dispositivos afecta a su funcionamiento. La Sociedad Española de Neurología acaba de crear un área de neurotecnología e IA que lidera uno de sus vicepresidentes, David Ezpeleta (Pamplona, 1968).

### ¿Con qué objetivo se crea?

Con el de separar el grano de la paja de lo que se publica sobre neurotecnología, que con la irrupción de la IA generativa va a mucha velocidad. Y con el de vencer la reticencia de los médicos a adoptar herramientas tecnológicas que ponen en riesgo su práctica clínica. Hemos de acompañar esas diferentes velocidades y velar porque los dispositivos neurotecnológicos que se desarrollen sean pertinentes, seguros y eficaces.

### ¿Cómo?

Es imposible analizar todas las aplicaciones que se lanzan, pero sí vamos a denunciar si alguna pone en riesgo los neuroderechos de la persona. Y analizaremos en profundidad las de grandes empresas que puedan llegar a la práctica clínica, porque que una solución tecnológica sea posible no significa que sea buena. Y vamos a promover, a través del programa Incuba-SEN, las soluciones tecnológicas que partan de los neurólogos porque pensamos que es más fácil que los médicos adopten una herramienta que ha surgido de una necesidad detectada por sus colegas.

Ya hay dispositivos a los que se atribuye capacidad de estimular áreas cerebrales para mejorar la memoria, reducir la ansiedad, pa-



DANI DUCH

David Ezpeleta es vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

### liar el Parkinson... ¿No es un riesgo, una forma de manipulación?

El neurobiólogo Rafael Yuste analizó productos tipo diadema de relajación o *mindfulness* que se venden por AliExpress o Amazon y vio que recogían información bioeléctrica del usuario sin su conocimiento, porque la mayoría lo autoriza sin saberlo al dar ok en las pantallas de inicio. Las empresas recogen esa información para entrenar sus modelos o para lo que consideren. Y con la explosión de las IA generativas se ha presentado una cascada de avances que debería ponernos en alerta.

### ¿Por qué?

Porque los grandes modelos de lenguaje ya no son solo de lenguaje, son multimodales, y la integración de esos interfaces de IA con el registro eléctrico cerebral permite avances que hace cinco años eran ciencia ficción, como máquinas que leen el pensamiento. Ya se

demostrado que la IA es capaz de reproducir, analizando la señal de una resonancia magnética, el discurso que está haciendo una persona con un grado de acierto del 60%-70%. Y también de reconstruir lo que ve en imágenes y en vídeo. Eso en principio no debería suponer un riesgo porque nadie va emitiendo señales de resonancia magnética por la calle para que le lean el pensamiento, pero después se ha visto que lo mismo puede conseguirse a partir de la actividad encefalográfica, que si la registran cascos como los que se usan para determinados videojuegos... Así que eso sí nos pone en alerta, porque la integración de estos interfaces no invasivos del registro eléctrico cerebral con la IA generativa abre un gran potencial para el diagnóstico y la neurorehabilitación pero hay que vigilar que las cosas se hagan bien.

### ¿De qué manera?

La forma de garantizar la protección de la privacidad de los datos cerebrales y de que los desarrollos neurotecnológicos sean beneficios tiene varias líneas: desde el juramento tecnocrático que propone Yuste, hasta la criptografía, el establecimiento de bases éticas y de unos neuroderechos que ga-



### Aspecto positivo

La unión del registro eléctrico cerebral con la IA abre un gran potencial en neurorehabilitación

### Derechos a proteger

El libre albedrío y la igualdad en el acceso a herramientas de neuromejora

ranticen la libertad de pensamiento, el libre albedrío, la ausencia de sesgos e igualdad de oportunidades ante las herramientas de neuromejora que se vayan creando, y la privacidad mental.

### ¿Está en juego la privacidad mental?

Cualquier red social, con dos días de interacción, ya es capaz de saber datos sensibles como ideología, identidad sexual, si tienes una confesión religiosa... De eso sacan conclusiones y lanzan mensajes concretos, y así es posible manipular conductualmente a la persona para que compre cierto producto, cambie el voto, apoye determinada opción... Y puesto que hay interfaces que analizan la actividad eléctrica del cerebro pueden reconstruir lo dicho, pensado, visto o escuchado, nuestros secretos mentales pueden ser revelados ya que es previsible que esos aparatos de electrodos se simplifiquen y pronto se comercialicen dispositivos que permitan extraer información del cerebro de las personas. Es un campo complejo en el que nos hemos medido sin darnos cuenta y que hay que ver cómo lo afrontamos.

### Al margen de usos indeseados, el hecho de usar la IA para agilizar tareas o para los trabajos más complejos, ¿afecta al cerebro?

El cerebro es plástico y cuando cambia tu forma de hacer las cosas se adapta. Lo hemos visto con los móviles, las redes sociales y otras tecnologías. Antes de la existencia del GPS se había visto que los taxistas de Londres tenían aumentado el hipocampo porque para acceder al trabajo tenían que memorizar el callejero y saber buscar mentalmente cada ruta; ahora que pueden guiarse por GPS, el tamaño de ese hipocampo está disminuyendo. Así que si delegas pensamiento y tareas en la IA va a afectar a tu cerebro. El cómo o los problemas que pueda suponer están por demostrar, pero todo indica que ocurrirá. La delegación de información que hemos hecho con los móviles ya ha supuesto una ruptura de la atención y de la capacidad de memorización.

### ¿Cómo podemos cuidar nuestro cerebro ante eso?

Las mejores recomendaciones serían hacer ejercicio físico (el mayor factor neurogénico, neuroprotector y neuroprotector que existe), tener una alimentación regular y saludable (dieta mediterránea controlando el peso), socializar en persona, dormir bien, cuidar el estado de ánimo evitando factores de estrés, hacer un uso controlado de la tecnología, leer libros en papel y escribir a mano.●

13 Febrero, 2024

DÍA INTERNACIONAL | UNA ALTERACIÓN QUE AFECTA SOBRE TODO A NIÑOS Y ADULTOS MAYORES

# La medicación permite controlar el 70% de los casos de epilepsia

Acceder al tratamiento correcto resulta esencial en esta enfermedad neurológica, que puede tardar hasta una década en diagnosticarse y que padecen unas 400.000 personas en España

EUROPA PRESS / MADRID

La epilepsia es la primera enfermedad neurológica más frecuente en niños y la tercera más frecuente en adultos mayores. En España afecta a 400.000 personas y a más de 50 millones en el mundo, según concretaba ayer la Sociedad Española de Neurología (SEN) que, coincidiendo con el Día Internacional de esta alteración, apuntaba hacia la necesidad de crear conciencia sobre esta enfermedad y tratar de reducir su estigma, ya que se calcula que al menos un 25 por ciento de la población adulta que padece la alteración sufre discriminación.

«La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica caracterizada por producir, de forma recurrente, convulsiones, comportamientos y sensaciones inusuales o episodios de alteración de la conciencia», explica el coordinador del Grupo de Estudio de Epilepsia de la SEN, el doctor Juan José Poza.

Afirman desde la entidad que, aunque puede afectar a personas de todas las edades, un 10 por ciento de los niños padecen epilepsia y, en adultos, la curva de la incidencia de esta enfermedad aumenta a partir de los 60 años hasta afectar, al menos, a un 30 por ciento de los mayores de 80 años.

En estos dos grupos poblacionales es donde se produce una mayor infradiagnóstico haciendo que, en algunos casos, el retraso en poner nombre a la alteración pueda alcanzar los 10 años, ya que se estima que «hasta un 25 por ciento de las crisis pueden pasar inadvertidas o no ser bien identificadas por pacientes, familiares o incluso por el personal sanitario».

En cualquier caso, con los tratamientos que se disponen actualmente, la SEN señala que hasta un 70 por ciento de las personas que padecen epilepsia pueden conseguir controlarla adecuadamente la enfermedad. En este sentido, subrayan que acceder al tratamiento correcto es fundamental para tratar de evitar no solo la discapacidad que puede provocar esta enfermedad, sino también muchas de las comorbilidades que suelen ir asociadas a la epilepsia.

Poza recalca la existencia de «síntomas de otras enfermedades que pueden tener una apariencia similar a las crisis epilépticas y que pueden llevar a diagnósticos erróneos», elevándose los falsos positivos al 18 por ciento.

Los síncope y eventos de origen psicógeno son confundidos, en muchas ocasiones, con crisis epilépticas, y en menor medida



Cada año se detectan entre 12.400 y 22.000 nuevos afectados en el país.

## EL APUNTE

### Después de dos o más crisis

El neurólogo de HLA Clínica Montpellier, el doctor Javier López del Val, afirma que «para diagnosticar a un paciente epiléptico es necesario que haya dos o más crisis», ya que «una crisis aislada por fiebre en un niño o por un síncope prolongado en un adulto no define a un epiléptico». Indica que «para dar con un diagnóstico se necesita una correcta historia clínica en la que el paciente describa cualquier tipo de crisis y si es necesario, realizar una prueba complementaria».

otros, como ictus, trastornos del sueño, migraña, trastornos del movimiento, etc. No obstante, también puede suceder que las crisis epilépticas sean ignoradas o confundidas con otras patologías.

«Una monitorización vídeo-EEG prolongada debe ser el primer paso para un correcto diagnóstico. Aunque no todos los pacientes pueden acceder con facilidad, ya que por ejemplo, en España, su acceso es desigual en el territorio nacional», comenta el doctor.

**OTROS TIPOS DE TRASTORNOS.** Según la SEN, en un 50 por ciento de los casos que se dan en pacientes adultos, la epilepsia va asociada a trastornos psiquiátricos, neurológicos y/o intelectuales entre los que destaca la depresión, que afec-

ta al 23 por ciento de los pacientes, y/o ansiedad, en un 20 por ciento. Cefálea, problemas cardíacos, digestivos, artritis o demencia también suceden en mayor medida a las personas adultas con epilepsia. Por otra parte, un 30-40 por ciento de los niños con epilepsia ven afectada su capacidad intelectual, donde dolores de cabeza y otras afecciones físicas o del ánimo también son comunes.

«En días como hoy es importante reivindicar la importancia de la investigación de esta enfermedad, no solo por el alto número de afectados para los que aún no disponemos de un tratamiento efectivo porque padecen la alteración farmacoresistente (100.000 en España), sino para seguir investigar las causas que están detrás», concluye Poza.