



2 Marzo, 2024

Cuatro claves para practicar el ayuno

¿Por qué adelgaza? ¿Qué como después? ¿Aumenta mi esperanza de vida? Esto dice la ciencia...

JULIA FERNÁNDEZ

La moda del ayuno no pasa de moda. Hace ya unos años que la rescataron gurús del fitness y de la nutrición como técnica infalible para mantenernos saludables y esculpir nuestra figura. Luego, fue copiada por actores, cantantes, influencers... Y no hay gimnasio donde no haya un grupo de fanáticos predicando sus bonanzas a pecho descubierto (y sí, hablamos de forma literal). Ante esta avalancha, muchos profesionales de la salud han decidido tomar cartas en el asunto para intentar poner sensatez a una práctica que nos parece muy moderna, pero que forma parte de las tradiciones desde la prehistoria.

1 ¿Por dónde empiezo?

El ayuno va de abstenerse total o parcialmente de comer y beber durante un periodo de tiempo. Pero hay varias modalidades: hacerlo durante paréntesis prolongados; por ejemplo, durante tres días; o de modo intermitente, un día sí y otro no.

También hay una tercera vía, la más sencilla y fácil de llevar con nuestro ritmo de vida: "Es lo que llamamos ingesta restringida en el tiempo", explica Lidia Daimiel, investigadora senior en el Instituto IMDEA Alimentación. Y es la que más conocemos: ni comida ni bebida (salvo agua o infusiones) durante unas horas cada día. Pueden ser entre 8, que es casi lo que hacemos todos si cenamos pronto, y 16, si somos muy estrictos. Lo más fácil "y recomendable" es elegir el periodo de ayuno por la noche, porque al incluir el periodo de dormir cuesta, obviamente, menos. "Y mejor adelantar la cena que retrasar el desayuno", prosigue la también docente en la Universidad CEU San Pablo.

2 ¿De verdad adelgaza?

El ayuno en la sociedad actual se hace por varios motivos. El más famoso es porque dicen que ayuda a perder peso. "Es una estrategia más para ello". La explicación la da la ciencia: "El periodo de ayuno deja a las células sin su principal fuente de energía", detalla Daimiel. Se ponen "al ralentí" y, además de reducir algunas funciones, tiran de las reservas que tenemos para seguir con su trabajo. Son "como un fábrica" que paraliza unas funciones, se centra en otras y busca recursos en lo almacenado. Y es por esto mismo que se desaconseja en niños, porque ellos y sus células están "en crecimiento" y tienen necesidades constantes. "No se puede aplicar lo de si es bueno para mí que soy su padre, también para él", avisa.

3 ¿Puedo comer lo que quiera el resto del tiempo?

El ayuno no nos da vía libre para comer de todo cuando nos toca volver a ingerir alimentos. La clave es que durante este tiempo comamos saludable y equilibrado. En la primera ingesta tras la restricción "habría que evitar, por ejemplo, los hidratos de liberación rápida (dulces, pan blanco...)", dice Daimiel. Porque, siguiendo con el símil del motor de un coche al ralentí, "sería como pegarle un acelerón".

"Un buen desayuno sería una tostada de pan integral con humus" porque metemos



FELIP ARIZA

al cuerpo "carbohidratos de liberación lenta, fibra y proteína". Pese a todo, también conviene estar atento a nuestras sensaciones, porque ayunar presenta dificultades que pueden llevarnos al fracaso: nos puede dar más sensación de hambre (esto habría que tenerlo regulado de antes, saber cómo

funciona, aconseja la experta); y puede resultar "difícil de mantener en el tiempo" por nuestro ritmo de vida.

4 ¿Mejora mi salud?

Reducir nuestra ingesta calórica en gene-

ral sí mejora la salud... y lo que es mejor, también tiene efectos positivos en la forma en que envejecemos. Una reducción de entre un 20 y un 30% estira la esperanza de vida y mejora el estado físico cuando ya tenemos cierta edad. Así lo demostraron en un estudio con ratones los investigadores Iñaki Milton Laskibar y María Puy Portillo, del grupo de Nutrición y Obesidad de la Universidad del País Vasco hace un par de años.

Sin embargo, los expertos piden ser cautos. Una de ellas es Idoia Labayen, profesora de la Universidad Pública de Navarra e investigadora en el Instituto de Innovación y Sostenibilidad de la Cadena Agroalimentaria. Los estudios que han demostrado los beneficios del ayuno intermitente en el metabolismo de la glucosa se han hecho "con animales; si hablamos de personas, solo encontramos resultados muy preliminares". Por eso, ahora ya hay varios en marcha, entre ellos el que comparten el centro navarro y la Universidad Pública de Granada. Para conocer sus resultados todavía habrá que esperar.

Quién puede ayunar... y quién no

Ayunar no es algo que pueda hacer todo el mundo. Y no tiene que ver con su fortaleza mental para no asaltar la nevera, sino por su características fisiológicas. Si estás embarazada o en periodo de lactancia está desaconsejado. Y lo mismo ocurre con niños y adolescentes: en este caso, se ha demostrado con estudios que quien no desayuna bien, por ejemplo, rinde menos en clase. Las personas que sufren migrañas tampoco deberían pasar largos periodos de tiempo sin comer porque aumenta el riesgo de sufrir un episodio, explica la Sociedad Española de Neurología. Y tampoco deben ayunar personas con trastornos alimentarios, con bajo peso o problemas hormonales. En todo caso, lo recomendable es siempre consultar con un nutricionista. Asimismo, un estudio de la Universidad de Illinois publicado en 2021 en la "Annual Review of Nutrition" añadía que tampoco debían someterse a esta práctica "trabajadores por turnos (por sus horarios cambiantes) ni quienes deben tomar medicaciones con alimento cuando les toca ayunar".



2 Marzo, 2024

Tecnología

El tiempo es oro en el tratamiento del ictus y la inteligencia artificial, el joyero

El ictus, también conocido como accidente cerebrovascular, es un problema grave de salud que se da cuando el flujo sanguíneo cerebral se interrumpe, ya sea debido a una oclusión de un vaso sanguíneo o a una hemorragia. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), unas 120.000 personas sufren un ictus cada año en nuestro país, de las cuales un 50% quedan con secuelas discapacitantes o fallecen. Un tratamiento rápido y eficaz es vital para limitar el daño cerebral y mejorar la recuperación del paciente. Es por ello que diferentes proyectos alrededor del mundo se centran en mejorar el flujo clínico del paciente.

La Inteligencia Artificial (IA) ofrece una oportunidad singular en el diagnóstico del ictus

Hace pocos meses el Hospital Universitario Vall d'Hebron presentaba el Programa One Step Ictus, que tiene el objetivo de transformar el flujo del paciente con ictus haciéndolo más ágil y personalizado. Mediante la creación de la sala One Step Ictus se minimizan los traslados intrahospitalarios al integrar en una misma sala el TAC para hacer el diagnóstico y un equipamiento para realizar la trombectomía mecánica. Este proceso aún puede ser mejorado, dado que la identificación del tipo de ictus la hace actualmente un radiólogo. Este es el papel que deberá ocupar la Inteligencia Artificial (IA); ofrecer

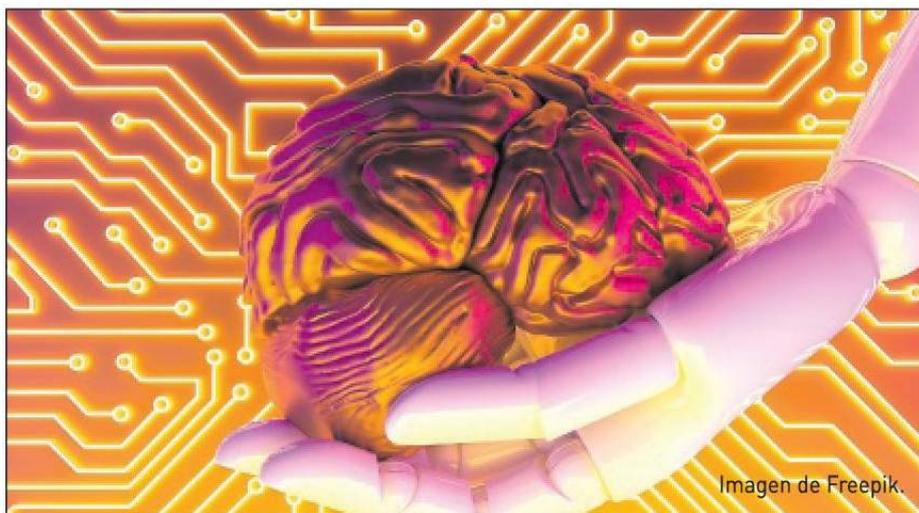


Imagen de Freepik.

información amplia, rápida e integrada del paciente de forma directa y continua. Durante los últimos días del mes de noviembre, se celebró en Chicago el mayor congreso mundial de radiología (RNSA). En él se evidenció que la IA ofrece una oportunidad única en el diagnóstico del ictus. Hoy ya existen algoritmos basados en IA que son capaces de detectar un episodio de ictus e identificarlo en un TC tradicional (¡sin contraste!). Al automatizar este proceso para identificar la zona infartada, se podrá eliminar el TC angiográfico (con contraste), con el ahorro de coste y tiempo que esto conlleva. En un futuro, se podrá automatizar todo el proceso de intervención a un paciente con ictus, permitiendo que la trombectomía sea realizada por una máquina que, supervisada por un humano, realice este procedimiento teniendo en cuenta los atributos del paciente y su patología.

Los futuros sistemas de IA para la evaluación de accidentes cerebrovasculares incorporarán grandes modelos conjuntos de IA que evaluarán predicciones y sugerirán decisiones de forma continua, como la de realizar o evitar una prueba específica. Para ello, integrarán datos de diferentes modalidades, fuentes y momentos del evento, dando como resultado una acción mucho más personalizada, precisa y rápida. Las alertas para el radiólogo y el intervencionista llegarán simultáneamente a medida que el radiólogo verifique los hallazgos mientras el paciente no se ha movido del punto de llegada al hospital.

MANEL ESCOBAR

Director Clínico de Diagnóstico por la Imagen del Hospital Vall d'Hebron





Los neurólogos alertan de la falta de evidencia de 'la cirugía' contra la migraña

«Periódicamente salen anuncios de clínicas que aseguran que te la quitan para siempre, pero lo cierto es que no hay cura», advierte la SEN

FERMÍN APEZTEGUIA

BILBAO. La medicina también es un negocio y la publicidad de los centros privados roza en ocasiones con los límites de la ética profesional. Los últimos en llamar la atención del riesgo para la salud y el bolsillo que conllevan este tipo de prácticas han sido los neurólogos. «Ante el aumento de campañas publicitarias sobre el denominado 'tratamiento quirúrgico de la migraña', la Sociedad Española de Neurología (SEN) se ha visto obligada a salir al paso y advertir de que «no hay evidencia científica suficiente para respaldar el uso de técnicas quirúrgicas en la migraña ni se conoce una explicación fisiopatológica que justifique ese procedimiento». Dicho de otro modo, «la migraña no se opera ni mucho menos pueden garantizarse resultados quirúrgicos de por vida», afirma tajante el portavoz de la sociedad científica, Pablo Irimia.

El número de anuncios de centros sanitarios que lo prometen todo frente a la migraña crece año a año, favorecido por la amplísima incidencia que este problema de salud tiene en la población. Un 18% de las mujeres y un 8% de los varones (nada menos que un 14% de la población) sufren dolores de cabeza intensos y de origen desconocido, que con mucha frecuencia se acompañan de náuseas, debilidad y un enorme malestar ante la presencia de luz o el mínimo ruido.

En cifras contantes y sonantes, son más de cinco millones los españoles que padecen esta complicación, que limita seriamente la vida de las personas. El dolor resulta tan incapacitante



Una mujer se lleva las manos a la cabeza y cierra los ojos para amortiguar el impacto del dolor. EL CORREO

que, como recuerda la SEN, parece lógico que muchísimos pacientes busquen paliarlo «con todo tipo de tratamientos alternativos».

En situación desesperada

Sin embargo, no hay ni una sola institución pública ni organismo regulador en el mundo que ampare la denominada cirugía contra la migraña. «¿Por qué? Porque a día de hoy simplemente no existe», concluye el especialista, neurologo de la Clínica Universidad de Navarra.

La presunta cirugía contra la migraña es, en realidad, un tratamiento paliativo que determi-

LA CLAVE

SENTIDO COMÚN Y PREVENCIÓN

Los especialistas llaman a consultar con el médico de cabecera antes de tomar decisiones equivocadas

nados centros vienen usando desde hace más de diez años para los casos más rebeldes, en pacientes en una situación desesperada. Pero no cura, ni de lejos, porque a pesar de los «grandes avances» que se han dado en los últimos años en su abordaje, esta es una enferme-

dad de momento incurable. En realidad, lo que llaman cirugía son simples inyecciones de bótox, de la famosa toxina botulínica que utilizan los famosos para rejuvenecer su rostro.

El fármaco que desfiguró la belleza natural de Nicole Kidman y Meg Ryan, entre otros, se administra con inyecciones intramusculares en distintos puntos de la cabeza y permiten mitigar los efectos de la enfermedad durante tres meses como mucho. La toxina bloquea los impulsos nerviosos y reduce los ataques. Pero pasado ese tiempo, los dolores vuelven y hay que volver a inyectarse bótox, «ge-

EN SU CONTEXTO

5

millones de españoles están afectados por la migraña, el 14% de la población. Está considerada como una de las patologías más incapacitantes y estigmatizadas.

El 50% de los pacientes se automedica

Más de la mitad de los pacientes afectados se toma el primer fármaco que encuentre por casa para paliar su dolor de cabeza. Se arriesga así a convertir su problema en crónico.

Una enfermedad con nombre de mujer

No son exclusivos de las mujeres, pero cuatro de cada cinco pacientes tienen nombre femenino. En su aparición intervienen razones genéticas y ambientales, y se cree que también existen factores hormonales que inciden en las mujeres.

Los niños tampoco están libres de riesgo

Las cefaleas se desatan en pacientes con edades comprendidas entre los 20 y 50 años, pero los críos tampoco están exentos de riesgo. La enfermedad aquí también hace distinciones. Predominan los casos entre la población femenina. Un 9% de las niñas europeas la padece frente al 5% de los niños.

neralmente a un precio elevado». Tanto la SEN como la Sociedad Internacional de Cefaleas, que aglutina a expertos en migraña de todo el mundo, advierten de que este tipo de técnicas quirúrgicas «no disponen de la evidencia científica necesaria y suficiente como para respaldarlas en el tratamiento de la migraña».

El efecto placebo

Un 15% de las migrañas se manifiestan con señales muy molestas e irritantes. Son el caldo de cultivo para los centros que prometen curarlas. Los pacientes llegan a sentir que se les queda dormido medio cuerpo e incluso pierden el habla durante media hora, lo que genera muchísima angustia porque uno llega a creer que, en realidad, está sufriendo un ictus.

En ocasiones estas cefaleas rebeldes se presentan con lo que los especialistas denominan un aura, un fenómeno luminoso que distorsiona la visión y aumenta el riesgo de un accidente cardíaco o un ataque epiléptico. «Puede que la intervención genere en algunos pacientes un efecto placebo y sientan que se han curado, pero con el tiempo esa sensación también desaparece», advierte el neurólogo Pablo Irimia.



2 Marzo, 2024

El uso de la **cirugía** como tratamiento no tiene «evidencias científicas»

Las técnicas que se publicitan no están aprobadas por ningún organismo, alerta la SEN

N.SALINAS

■ Los neurólogos insisten en advertir sobre el llamado «tratamiento quirúrgico de la migraña» que, con cada vez más fuerza, se está publicitando en España como una nueva técnica para el tratamiento de esta enfermedad.

El Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y la Sociedad Internacional de Cefaleas -que aglutina expertos en migraña en todo el mundo- llevan años informando que no se dispone «de la evidencia científica necesaria y suficiente para respaldar este tipo de técnicas quirúrgicas en el tratamiento de la migraña». La sociedad científica muestra su inquietud ante el aumento de campañas publicitarias en España sobre estas cirugías. La advertencia no es nueva.

En 2015, cuando este tipo de tratamiento empezó a divulgarse en nuestro país como una

nueva técnica prometedora, el mismo Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN ya revisaba la evidencia publicada al respecto y concluía, al igual que lo hacían los editores de la principal revista científica especializada en cefaleas Cephalalgia (publicación oficial de la Sociedad Internacional de Cefaleas), que no existía evidencia científica al respecto.

Casi una década después, la SEN vuelve a lanzar una alerta y a insistir en un mensaje repetido estos años. No solo se trata de evidencia científica, sino que las técnicas «que proponen tratar quirúrgicamente a los pacientes para eliminar supuestos puntos desencadenantes de la migraña no están aprobadas como opción terapéutica por ningún organismo regulador en los diferentes países del mundo».

La SEN señalaba hace unos días que, precisamente, por ese alto porcentaje de españoles que padecen migraña, que limita significativamente la vida de las personas, «son muchos los pacientes que buscan todo tipo de tratamientos alternativos para intentar minimizar su incapacidad y secundariamente el dolor».



Eva Ponte

La incidencia de ictus en Benavente es el doble que la media hallada en España, donde según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), cada año entre 110.000 y 120.000 personas sufren un ictus en este país, de los cuales un 50% quedan con secuelas discapacitantes o fallecen. En Castilla y León la cifra de incidencia es de 17 ictus al día y la de Benavente es de las más altas. Son ocho las zonas básicas de salud que abarca el Hospital de Benavente (45.482 habitantes de 102 municipios), según los datos recogidos por Angels, una iniciativa mundial, no promocional, cuyo objetivo es la mejora del circuito del paciente con ictus en los hospitales públicos de la región, mediante un proceso de consultoría en el que se realiza un acompañamiento y asesoramiento a los profesionales sanitarios.

A través de esta iniciativa, un total de setenta profesionales sanitarios del hospital de Benavente y del de Zamora, Atención Primaria y Emergencias Sanitarias de Sacyl, así como dos neurólogos de León han participado en Benavente en una jornada sobre el procedimiento de actuación e intervención coordinada para la atención del paciente con código ictus, en la fase de atención urgente hiperaguda, es decir, la parte más inmediata, desde que al paciente le da el ictus, pasando por la parte prehospitalaria y las urgencias médicas.

“Esa fase define el pronóstico de esa primera hora de que ese accidente se quede para toda la vida. Cómo actúa el equipo médico en esa primera hora en contacto con el paciente influye mucho en las consecuencias”, explica Esther Redondo, consultora de Angels.

El contexto de Benavente es particular. Por un lado, porque la incidencia dobla la media nacional «fundamentalmente por la población envejecida»; y, por otro, porque el hospital de Benavente «comarcal» atiende el mismo número de ictus que hospitales como el de Segovia y lo hace con recursos muy limitados. Además, el entorno asistencial es «más complicado» puesto que los pacientes se derivan para trombectomía mecánica a León por cercanía pero pertenecen al Hospital Virgen de la Concha. «Es una patología que ha de abordarse de manera multidisciplinar, lo cual aumenta la probabilidad de que uno de los eslabones de la cadena falle, y por tanto, el pronóstico del paciente. Ayuda poco, también, que por parte de la población se desconozca cómo identificarla, de modo que muchos pacientes llegan al hospital demasiado tarde».

A pesar de este contexto, en Benavente «se está brindando calidad asistencial a los pacientes con ictus». Algo que está haciendo el Hospital de Benavente es inscribirse en un registro de la Organización Mundial del Ictus para medir la calidad asistencial. «Es de reconocer porque la automonitorización y saber si lo estás haciendo bien o mal para saber en qué áreas mejorar, no todo el mundo está dispuesto a hacerlo. En esta plataforma se suelen registrar hospitales

La incidencia de los procesos de ictus en Benavente duplica la media nacional

El Hospital Comarcal «tiene limitados recursos humanos, pero dispone de una organización tan buena, que reduce el tiempo de atención»



Ponentes que han participado en la jornada sobre el ictus, celebrada en el Hospital de Benavente. | Cedida



Una de las ponentes durante la jornada celebrada en Benavente. | Cedida

El centro hospitalario mide la asistencia para atender posibles mejoras

Setenta sanitarios en una jornada multidisciplinar de la iniciativa Angels

con muchos más recursos, pero también el Hospital de Benavente tiene el mismo espíritu de mejora de la calidad asistencial».

Atendiendo a la posibles mejoras de los indicadores de calidad asistencial, la principal es reducir el tiempo. «Todos esos tiempos de atender al paciente requieren no tanto de recursos materiales sino humanos y organizativos. El hospital de Benavente tiene limitados recursos humanos, pero dispone de una organización tan buena que permite que esos tiempos de atender al paciente sean buenos», asegura la consultora. No obstante en

momentos como horarios nocturnos esa falta de personal «es determinante. Pero con los pocos recursos de los que dispone están brindado una calidad asistencial».

La jornada ha permitido a los participantes compartir experiencias. «Entre los objetivos está la motivación, la conciencia de urgencia y han podido ver casos clínicos y participar en una sesión interactiva con un caso clínico real en el que han podido señalar cómo hubieran actuado. Ha sido una sesión multidisciplinar muy enriquecedora», añadió la consultora de Angels.



El uso de la **cirugía** como tratamiento no tiene «evidencias científicas»

Las técnicas que se publicitan no están aprobadas por ningún organismo, alerta la SEN

N.SALINAS

■ Los neurólogos insisten en advertir sobre el llamado «tratamiento quirúrgico de la migraña» que, con cada vez más fuerza, se está publicitando en España como una nueva técnica para el tratamiento de esta enfermedad.

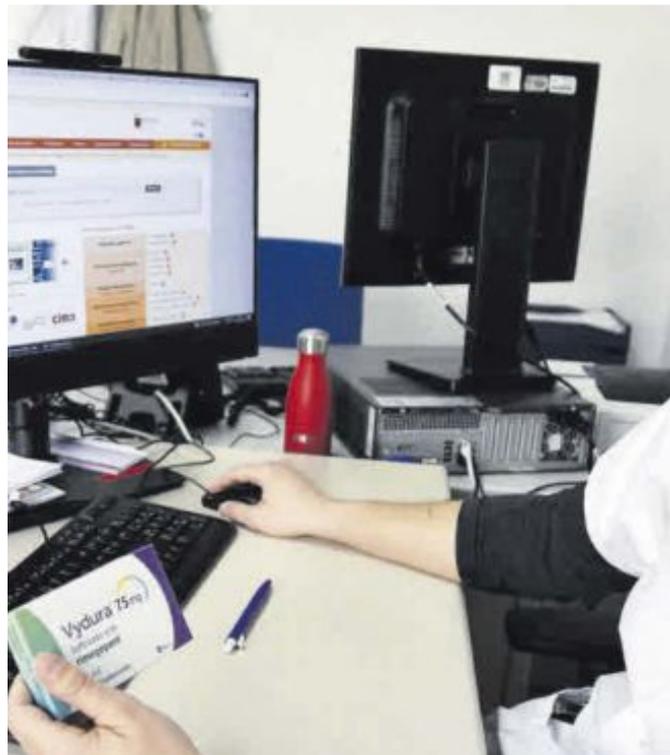
El Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y la Sociedad Internacional de Cefaleas -que aglutina expertos en migraña en todo el mundo- llevan años informando que no se dispone «de la evidencia científica necesaria y suficiente para respaldar este tipo de técnicas quirúrgicas en el tratamiento de la migraña». La sociedad científica muestra su inquietud ante el aumento de campañas publicitarias en España sobre estas cirugías. La advertencia no es nueva.

En 2015, cuando este tipo de tratamiento empezó a divulgarse en nuestro país como una

nueva técnica prometedor, el mismo Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN ya revisaba la evidencia publicada al respecto y concluía, al igual que lo hacían los editores de la principal revista científica especializada en cefaleas Cephalalgia (publicación oficial de la Sociedad Internacional de Cefaleas), que no existía evidencia científica al respecto.

Casi una década después, la SEN vuelve a lanzar una alerta y a insistir en un mensaje repetido estos años. No solo se trata de evidencia científica, sino que las técnicas «que proponen tratar quirúrgicamente a los pacientes para eliminar supuestos puntos desencadenantes de la migraña no están aprobadas como opción terapéutica por ningún organismo regulador en los diferentes países del mundo».

La SEN señalaba hace unos días que, precisamente, por ese alto porcentaje de españoles que padecen migraña, que limita significativamente la vida de las personas, «son muchos los pacientes que buscan todo tipo de tratamientos alternativos para intentar minimizar su incapacidad y secundariamente el dolor».





A menos ingresos, más posible un problema neurológico

►El nivel de educación y el acceso a salud preventiva, las claves principales

E. C. MADRID

Las enfermedades neurológicas son la principal causa de discapacidad y la segunda de muerte en todo el mundo. Son, por lo tanto, un desafío significativo para la salud porque afectan enormemente a la calidad de vida de las personas, pero también generan importantes cargas económicas tanto para los sistemas de salud y como para las economías familiares: según los últimos datos disponibles, relativos a 2020, el coste total de los trastornos neurológicos en Europa superó el billón de euros, una cifra que equivale al coste total de lo que supusieron todas las enfermedades cardíacas, cáncer y diabetes.

«Se hace, por lo tanto, imprescindible tratar de mitigar la carga de los trastornos neurológicos y para ello se requiere de estrategias integrales centradas en la prevención, detección temprana, acceso al tratamiento y seguimiento de los pacientes. Además, es crucial realizar esfuerzos para mejorar la infraestructura y los recursos de atención médica. Pero en todo esto también depende, en gran medida, de los determinantes sociales de la salud (DSS), es decir, de las circunstancias socioeconómicas en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud al que tienen acceso», señala el doctor Jesús Porta-Etessam, Presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN). «Es ya conocido que el nivel socioeconómico es un factor que condiciona el comportamiento individual ante la salud y las condiciones de salud de la población y esto no es ajeno a las enfermedades neurológicas. Aproximadamente el 70% de la carga global de trastornos neurológicos se concentra en países de bajos y medianos ingresos y, de forma aná-

loga, en países más favorecidos económicamente, como es el caso del nuestro, el peso de una gran mayoría de las principales enfermedades neurológicas recae en personas con bajos ingresos».

Los DSS impactan en la prevención, el diagnóstico temprano, el tratamiento y el manejo de las enfermedades neurológicas, pero también en la salud cerebral en general. Muestra de ello es que, en los últimos años, se han publicado diversos estudios que han tratado de cuantificar este impacto en enfermedades como el Alzheimer y otras demencias, ictus, esclerosis múltiple, Parkinson, epilepsia, migrañas y otro tipo de cefaleas, enfermedades neuromusculares o neuropatías.

El coste total del tratamiento de estas enfermedades en Europa supera el billón de euros

El 70% de estos gastos se concentra en países con bajos o medianos ingresos por habitante

En el caso del Alzheimer y otras demencias, factores sociales como el nivel de educación, el acceso a cuidados de salud preventivos y el apoyo social pueden influir en su incidencia y manejo. Las personas de entornos socioeconómicos más bajos tienen tres veces más probabilidades de desarrollar demencia de aparición temprana. Y si esas mismas personas llevan un estilo de vida poco saludable, el riesgo es un 440% mayor en comparación con aquellas de un nivel socioeconómico más alto que llevan un estilo saludable.

Aspectos como la dieta, el acceso a la atención médica preventiva, el tabaquismo y el consumo de alcohol también influyen en el riesgo de padecer un ictus o algún tipo de neuropatía periférica.



5 Marzo, 2024

Problemas de sueño, problema de salud

LOS DESÓRDENES del sueño se han convertido en un relevante problema sanitario. Un 10% de los españoles —más de cuatro millones de personas— sufren algún trastorno de sueño crónico y grave, según la Sociedad Española de Neurología. Los datos coinciden con los recogidos por una encuesta de 40dB. para EL PAÍS y la SER según la cual el 47,5% de la población duerme mal o regular. Esos desajustes producen cambios emocionales inmediatos, en especial mayor ansiedad y caída del estado de ánimo. Crecen además las evidencias que vinculan dormir mal con un mayor riesgo de obesidad, diabetes, enfermedades cerebrovasculares y neurodegenerativas y mortalidad prematura, así como una peor salud mental a largo plazo. Como en otros ámbitos, la pandemia de covid no hizo más que empeorar la situación.

No es casual el mal dormir de los ciudadanos en un país con largas jornadas laborales que priman la presencialidad, ritmos de trabajo muchas veces extenuantes, precariedad o —no es baladí— horarios televisivos vespertinos muy poco razonables. Al igual que ha ido ocurriendo con la adicción al tabaco o la obesidad, los problemas de sueño no deben concebirse como afecciones estrictamente individuales, sino que necesitan un abordaje integral por parte del sistema sanitario y una consideración global en términos sociales y de igualdad.

Dado que las mujeres tienen mayores dificultades de

conciliación laboral y familiar y asumen en mayor medida las tareas de cuidado, no es tampoco casual que protagonicen los peores indicadores en la mayoría de las ratios. Se trata de un preocupante sesgo de género también presente en el consumo de hipnosedantes, que en 2022 registró el máximo de la serie histórica entre la población de 15 a 64 años. En todos los rangos de prevalencia de consumo, las mujeres registran porcentajes entre cuatro y nueve puntos superiores a los hombres.

Por otro lado, aunque los desequilibrios en el descanso son más frecuentes entre las personas de mayor edad, conviene estar alerta a su relación con el aumento de problemas de salud mental entre los jóvenes: una de cada tres personas de 15 a 29 años ha tomado alguna vez psicofármacos, según el último barómetro de Fad Juventud.

Expertos y sociedades médicas llevan tiempo alertando de la necesidad de formar a profesionales sanitarios especializados en la atención a los trastornos del sueño al tiempo que se incentivan los hábitos saludables en todas las edades y con perspectiva de género. El Congreso de los Diputados aprobó en noviembre de 2022, a iniciativa del PSOE, una proposición no de ley en ese sentido, pero su recorrido ha sido nulo. Es hora de dar prioridad a un problema de salud que afecta a la calidad de vida de millones de ciudadanos.



«Casi la mitad de la población adulta no tiene un sueño de calidad»

CARMEN BELLIDO Coordinadora del Grupo de Economía, Empresa y Sostenibilidad de la Alianza por el Sueño

C. TOMÁS
ctomas@mediterraneo.elperiodico.com
CASTELLÓN

Carmen Bellido es médico especialista en Medicina del Trabajo. Coordina el grupo de Economía, Empresa y Sostenibilidad de la Alianza por el Sueño. También coordina el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Departamento de Salud de Castellón. Recientemente intervino en la jornada *España tiene sueño: un problema a resolver por la sociedad española*. Según explica, casi la mitad de la población española no tiene un sueño de calidad. Lo que tiene distintas repercusiones tanto en la salud física como en la mental. Además, en el último con respecto al siglo pasado, hemos perdido entre 1,5 y 2 horas de sueño al día.

– Recientemente intervino en una ponencia en la que se abordó la problemática de la falta de sueño en nuestra sociedad, me gustaría preguntarle qué transmitió en ella.

– La jornada *España tiene sueño: un problema a resolver por la sociedad española* fue organizada por el Foro Español de Paciente Crónico y por la Alianza por el Sueño, una plataforma, a la que pertenezco, integrada por los principales actores (sociedades científicas, profesionales sanitarios, gestores, investigadores, asociaciones de pacientes y empresas en torno a la salud del sueño. Estuve debatiendo junto al doctor Gonzalo Pin, pediatra experto en sueño infantil; el doctor Manuel Armayones, psicólogo experto en salud digital; y Ana Jiménez, presidenta de la Asociación de Síndrome de Piernas Inquietas. Entre todos, intentamos concienciar a la población de la importancia del dormir.

El sueño es uno de los tres pilares de nuestra salud y, sin embargo, es el más olvidado y descuidado. Dormir bien es vivir mejor, con más energía, felicidad, creatividad y empatía. Las alteraciones del sueño tienen un alto impacto en la calidad de vida, con una tendencia clara al consumo de fármacos y con afectación de nuestra funcionalidad laboral, personal y social.

Yo, concretamente, expuse la relación bidireccional que existe entre trabajo y sueño. Un trabajador que duerma poco y/o mal será menos productivo, tendrá más absentismo, peor salud física y mental, no querrá socializar, le costará trabajar en equipo y tendrá más conflictos y accidentes de trabajo. En el sentido contrario, el estrés, los conflictos laborales y las prolongaciones de la jornada, indudablemente nos quitan muchas horas de sueño y terminan afectando



Carmen Bellido intervino en una jornada del Foro Español de Paciente Crónico y por la Alianza por el Sueño.

tando a nuestra salud y a nuestro bienestar laboral.

– ¿Cuáles son los efectos a corto y largo plazo de la privación de sueño de forma continuada?

– El sueño es vida. Dormir mal de manera habitual es un factor de riesgo para nuestra salud. La evidencia científica ha identificado la falta de sueño habitual como un factor de riesgo de morbimortalidad por todas las causas, y debemos formar y sensibilizar a la población.

La privación de sueño por cualquier causa genera agotamiento físico y mental, disminuye el nivel de atención y concentración, genera lentitud de ideación, dificulta la coordinación compleja y la realización de tareas de precisión, mayor riesgo de accidentes... Existe evidencia científica de que una mala calidad de sueño, que se mantiene en el tiempo, incrementa el riesgo de padecer problemas cardiovasculares, como la hipertensión o el riesgo de enfermedades coronarias, trastornos metabólicos o endocrinos, como la diabetes u obesidad, así como alteraciones inmunológicas, que pueden provocar procesos inflamatorios o cáncer. También afectando



«Con respecto al siglo pasado hemos perdido entre 1,5 y 2 horas de sueño al día»

ta a la salud mental, a la memoria, a los procesos cognitivos y al envejecimiento.

– Realmente, ¿se duerme menos en la sociedad actual y a qué es debido?

– Es el mundo en el que vivimos. Con respecto al siglo pasado, hemos perdido entre 1,5 y 2 horas de sueño al día. El ritmo de vida que llevamos, la luz artificial, los horarios laborales, el consumo de series y los móviles contribuyen a la hiperestimulación del cerebro, y tenemos que comprender que el fenómeno del sueño es un proceso, no funciona con un mecanismo on/off.

– ¿Cómo podemos mejorar nuestro sueño?

– La respuesta es sencilla: Debemos llevar una vida ordenada y equilibrada, tener unos buenos hábitos y una adecuada gestión emocional.

– Las personas que trabajan por turnos, ¿lo tienen peor? ¿Puede dar alguna recomendación en ese sentido?

– Cada vez es mayor el número de empleados que trabaja a turnos o durante la noche. Se calcula que suponen ya un 20% del total, en los países industrializados. La prevalencia supera el 30% en las áreas de manufacturación, transporte, salud, comunicaciones y hostelería. Indudablemente, lo tienen peor.

Estos trabajadores pueden sufrir alteraciones de sus ritmos biológicos, del sueño y de su vida familiar y social. Los efectos son directos en su salud física y mental, en su estado emocional y su rendimiento, en su seguridad y eficacia, así como en estrategias de adaptación que van a desarrollar. Invertir en la salud de los empleados es rentable para las empresas. Los trabajadores nocturnos deben saber que practicar ejercicio de manera regular, en este grupo en

concreto, se posiciona como factor protector. Ante el trabajo a turnos es necesario considerar dos cuestiones básicas: si es realmente necesario y en caso afirmativo, cómo estructurarlo para mitigar sus efectos.

– ¿Es el consumo de fármacos la solución a los problemas relacionados con la falta de sueño?

– Los fármacos hipnóticos no son ni buenos ni malos: sencillamente son necesarios o innecesarios, y se han de utilizar siempre bajo control médico y en la forma correcta. Y es que ni siquiera existe el hipnótico ideal, que sería el que ayudase a dormir sin ningún tipo de efecto secundario.

Sólo debemos recurrir a la medicación cuando las medidas no farmacológicas hayan fracasado. La sociedad actual quiere ese mecanismo on/off, que intenta conseguir a golpe de pastilla. Los profesionales sanitarios tampoco disponen del tiempo necesario para explicar a sus pacientes la correcta higiene del sueño. Vivimos en la inmediatez y eso no funciona con el sueño. El mejor tratamiento del insomnio requiere de un abordaje integral, para estudiar las posibles causas, modificar conductas y cambios en el estilo de vida de las personas afectadas.

Debemos vivir el presente y bajar la velocidad del día a día, evitar la multitarea y aprender a ser selectivos, evitar las pantallas 2 horas antes de ir a dormir, tener horarios regulares y una habitación ventilada, a 18° y ordenada, necesitamos dos horas de luz al día y oscuridad total por la noche, y tener actividad física regular. Llegar a la cama con el cuerpo y la mente en calma.

– ¿Alrededor de qué porcentaje de población sufre insomnio en la actualidad y en qué colectivos es mayor el porcentaje?

– Nuestra sociedad sufre una privación crónica de sueño que aumenta década tras década. Las alteraciones de sueño afectan actualmente a niños, adolescentes, adultos y ancianos.

En el caso de España, según la Sociedad Española de Neurología, en 2022, más de 12 millones de personas tuvieron un sueño no reparador y, además, más de 4 millones padecieron algún tipo de trastorno de sueño crónico y grave. El 48% de la población adulta española y el 25% de la población infantil no tiene un sueño de calidad. La World Sleep Society calcula que al menos un 45% de la población mundial padecerá en algún momento algún trastorno del sueño grave. ≡



4 Marzo, 2024

Los neurólogos alertan de la falta de evidencia de 'la cirugía' contra la migraña

«Periódicamente salen anuncios de clínicas que aseguran que te la quitan para siempre, pero lo cierto es que no hay cura», advierte la SEN

FERMÍN APEZTEGUIA

MADRID. La medicina también es un negocio y la publicidad de los centros privados roza en ocasiones con los límites de la ética profesional. Los últimos en llamar la atención del riesgo para la salud y el bolsillo que conllevan este tipo de prácticas han sido los neurólogos. «Ante el aumento de campañas publicitarias sobre el denominado 'tratamiento quirúrgico de la migraña', la Sociedad Española de Neurología (SEN) se ha visto obligada a salir al paso y advertir de que «no hay evidencia científica suficiente para respaldar el uso de técnicas quirúrgicas en la migraña ni se conoce una explicación fisiopatológica que justifique ese procedimiento». Dicho de otro modo, «la migraña no se opera ni mucho menos pueden garantizarse resultados quirúrgicos de por vida», afirma tajante el portavoz de la sociedad científica, Pablo Irimia.

El número de anuncios de centros sanitarios que lo prometen todo frente a la migraña crece año a año, favorecido por la amplísima incidencia que este problema de salud tiene en la población. Un 18% de las mujeres y un 8% de los varones (nada menos que un 14% de la población) sufren dolores de cabeza intensos y de origen desconocido, que con mucha frecuencia se acompañan de náuseas, debilidad y un enorme malestar ante la presencia de luz o el mínimo ruido.

En cifras contantes y sonantes, son más de cinco millones los españoles que padecen esta complicación, que limita seriamente la vida de las personas. El dolor resulta tan incapacitante que, como recuerda la SEN, parece lógico que muchísimos pacientes busquen paliarlo «con todo tipo de tratamientos alternativos».

En situación desesperada

Sin embargo, no hay ni una sola institución pública ni organismo regulador en el mundo que ampare la denominada cirugía contra la migraña. «¿Por qué? Porque a día de hoy simplemente no existe», concluye el especialista, neurologo de la Clínica Universidad de Navarra.

La presunta cirugía contra la migraña es, en realidad, un tratamiento paliativo que determinados centros vienen usando desde hace más de diez años para los casos más rebeldes, en pacientes en una situación desesperada. Pero no cura, ni



Un 14% de la población española padece migraña. **DM**

de lejos, porque a pesar de los «grandes avances» que se han dado en los últimos años en su abordaje, esta es una enfermedad de momento incurable. En realidad, lo que llaman cirugía son simples inyecciones de bótox, de la famosa toxina botulínica que utilizan los famosos para rejuvenecer su rostro.

El fármaco se administra con inyecciones intramusculares en distintos puntos de la cabeza y permiten mitigar los efectos de la enfermedad durante tres meses como mucho. La toxina bloquea los impulsos nerviosos y reduce los ataques. Pero pasado ese tiempo, los dolores vuelven y hay que volver a inyectarse bótox. Tanto la SEN como la Sociedad Internacional de Cefaleas, que aglutina a expertos en migraña de todo el mundo, advierten de que este tipo de técnicas quirúr-

gicas «no disponen de la evidencia científica necesaria y suficiente como para respaldarlas en el tratamiento de la migraña».

El efecto placebo

Un 15% de las migrañas se manifiestan con señales muy molestas e irritantes. Son el caldo de cultivo para los centros que prometen curarlas.

En ocasiones estas cefaleas rebeldes se presentan con lo que los especialistas denominan un aura, un fenómeno luminoso que distorsiona la visión y aumenta el riesgo de un accidente cardíaco o un ataque epiléptico. «Puede que la intervención genere en algunos pacientes un efecto placebo y sientan que se han curado, pero con el tiempo esa sensación también desaparece», advierte el neurólogo Pablo Irimia.

Desde paracetamol hasta fármacos de última generación

¿Qué vale contra la migraña? La terapia de primera línea, a la que recurren los especialistas en primer lugar, consiste en el uso de antiinflamatorios, fármacos del tipo paracetamol e ibuprofeno, y de otros que se llaman triptanes, unos medicamentos que aparecieron en 1994 como tratamiento exclusivo para la migraña y que revolucionaron su abordaje. En el último año este arsenal terapéutico 'de choque' se ha reforzado con la aparición de dos nuevas formulaciones, lasmiditan y rimegepant, usados para paliar las crisis de dolor.

En ocasiones, para casos más graves, también se emplean determinados antidepresivos y antiepilépticos que, a pesar de que no saberse exactamente por qué, lo cierto es que alivian el dolor. En los últimos años, además, el abordaje de migrañas y cefaleas ha dado un salto importante al incorporar a los tratamientos una terapia inyectable que mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes. Son los llamados anticuerpos monoclonales. En este caso se trata de un fármaco con capacidad para bloquear la acción del péptido CGRP, una molécula humana que regula la concentración de calcio en la sangre y que está relacionada directamente con las crisis de dolor.