

**ALEJANDRO RIVERO DE AGUILAR NEURÓLOGO DEL CHOP ESPECIALIZADO EN PÁRKINSON**

«La lentitud es el síntoma motor que causa más problemas a los pacientes»

En la consulta específica atienden a más de 700 personas al año

CRISTINA BARRAL

PONTEVEDRA / LA VOZ

El neurólogo del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra Alejandro Rivero de Aguilar Pensado (Santiago de Compostela, 1990) cuenta que formarse como estudiante con el doctor Ángel Sesar, un referente nacional en parkinson, tuvo mucho ver en lo que después fue su trayectoria como médico. «Me fascinó que se pudiese realizar un diagnóstico de parkinson con solo escuchar y observar al paciente», dice. En el 2023 Alejandro se incorporó a la consulta de trastornos del movimiento del CHOP.

—¿Qué aporta esta consulta y a cuántos pacientes tratan?

—Gracias a la determinación y el esfuerzo constante de la doctora Iria Cabo y de la auxiliar María José González, Pontevedra cuenta con la primera consulta de trastornos del movimiento acreditada por la Sociedad Española de Neurología. Esto nos permite realizar una atención más personalizada a los pacientes con parkinson, de tal manera que tienen su neurólogo de referencia, con un seguimiento más estrecho, menos demora en las revisiones, posibilidad de contacto telefónico en caso de incidencias, acceso precoz a tratamientos que por su complejidad serían difíciles de instaurar en una consulta de neurología general, e incluso pueden participar en estudios de investigación. Es algo bueno para todos. Estamos atendiendo a más de 700 pacientes cada año.

—Dice la Sociedad Española de Neurología que España es el noveno país del mundo con más personas con esta enfermedad, unas 200.000. Algo alarmante...

—La edad es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar parkinson, de manera que tres de cada cuatro diagnósticos que hacemos es en personas de más de 65 años. Teniendo en cuenta la esperanza de vida al nacer en nuestro país (unos 84 años), es esperable que el parkinson sea más prevalente en España que en otras naciones donde, desgraciadamente, las personas tienen menos probabilidades de llegar a esa edad. No obstante, aunque el envejecimiento de la población explica en gran medida estas cifras, es cierto que la incidencia ajustada por edad está aumentando levemente por motivos no del todo claros. Quizás sea porque cada vez se diagnostica mejor. Es difícil de decir.

—Muchos pacientes no tiemblan.



Alejandro, con el equipo de la consulta de trastornos del movimiento y el jefe de servicio. En el Hospital Provincial, y de izquierda a derecha, Iria Cabo, Alejandro Rivero de Aguilar, María José González y el nuevo jefe de servicio de neurología del CHOP, José Ramón Rodríguez. ADRIÁN BAÚLDE

—¿Es el síntoma menos grave o no?

—La enfermedad de Parkinson se caracteriza por tres aspectos relacionados con el movimiento: temblor, rigidez y bradicinesia. El temblor ocurre típicamente en las extremidades y se observa sobre todo cuando la persona se distrae, por ejemplo viendo la televisión o al caminar. Está presente en el 70-80 % de los pacientes al inicio de la enfermedad, aunque no suele ser el síntoma limitante y además se asocia a un mejor pronóstico. Lo más discapacitante es la bradicinesia, que es el término con el que nos referimos a la lentitud o reducción del movimiento. Ese es el síntoma motor que causa más problemas a los pacientes.

—Los pacientes de parkinson no producen dopamina. ¿Qué alternativas de tratamiento hay?

—En la enfermedad de Parkinson, por motivos no del todo conocidos, se produce una muerte de las neuronas que producen dopamina. Nosotros damos fármacos precursores de la dopamina (la levodopa) o que imitan su acción (los agonistas dopamínergicos) para que lleguen al cerebro e intenten compensar la falta del neurotransmisor. Estas medicaciones se suelen dar por vía oral (comprimidos) o cutánea (parches), aunque también están disponibles de forma inhalada o a través de dispositivos de infusión continua que administran el fármaco bajo la piel o directamente al intestino delgado.

«Las mujeres tienen más riesgo de desarrollar fluctuaciones y discinesias con el tratamiento»

Aunque mucha gente lo desconoce, en el parkinson también hay estadios de la enfermedad como en el cáncer. Alejandro Rivero de Aguilar explica cómo es la escala y la incidencia por sexos.

—¿Cómo es la evolución en los pacientes desde el diagnóstico?

—Es cierto que, como toda enfermedad crónica y en la que las necesidades del paciente se incrementan con el tiempo, la enfermedad de Parkinson pasa por varios estadios. En las fases iniciales la respuesta a la levodopa es verdaderamente buena. Con el paso del tiempo debemos incrementar la dosis para lograr el mismo efecto y probar combinaciones de fármacos. Más tarde, es necesario emplear terapias de infusión o la cirugía. La escala de Hoehn y Yahr es un intento de categorizar la extensión y gravedad de los síntomas de la enfermedad. En el estadio I el paciente solo tiene síntomas en un lado del cuerpo (por ejemplo, una mano), mientras que en el estadio V el paciente se desplaza en silla de ruedas a causa de su enfermedad. No obstante, no es una escala perfecta porque una persona en estadio I puede estar muy limitada (por ejemplo, un violinista) y alguien en estadio II (con afectación leve de ambos lados

del cuerpo) puede estar haciendo una vida normal (por ejemplo, un profesor de canto). Es decir, no hay una correlación perfecta. Además, la medicación es capaz revertir el estadio de Hoehn y Yahr porque proporciona mejoría sintomática. Así que tampoco hay una evolución lineal. Los pacientes no deben agobiarse con su estadio en esta escala.

—Hay más hombres con parkinson, pero las mujeres tienen menor esperanza de vida. ¿Es así?

—La enfermedad de Parkinson es algo más frecuente en hombres, de manera que por cada dos mujeres con parkinson hay tres hombres con esta enfermedad. En cambio, otras patologías neurológicas como la migraña o la esclerosis múltiple son más frecuentes en las mujeres. Estas diferencias se suelen atribuir a factores hormonales, genéticos o estilos de vida. En relación a la esperanza de vida, no está del todo claro que existan diferencias entre sexos cuando se compara a personas diagnosticadas a la misma edad. Si que es cierto que las mujeres tienen más riesgo de desarrollar fluctuaciones y discinesias con el tratamiento, mientras que los hombres tienen más propensión a desarrollar deterioro cognitivo y caídas.



Europa da por fin el visto bueno al uso del primer fármaco contra el alzhéimer

La llegada de lecanemab a los hospitales queda en manos de los gobiernos de los diferentes estados; en España, del central y de los autonómicos

FERMÍN APEZTEGUIA

MADRID. Lecanemab llega por fin a los hospitales de Europa. Al menos en teoría. La Comisión Europea ha dado hoy el visto bueno al uso hospitalario del primer fármaco contra el alzhéimer, que permite ralentizar en un 27% y durante varios meses el avance de

la enfermedad. La aprobación abre las puertas a que los distintos países de la Unión puedan, a su vez, autorizar su utilización en su correspondiente ámbito territorial y a que el fármaco llegue de una vez por todas a los pacientes.

La Comisión ha difundido un comunicado en el que se detalla que la autorización concedida se limita al «tratamiento del deterioro cognitivo leve en las primeras etapas de la patología y bajo estrictas condiciones». El producto, según se recuerda en la nota, está destinado a los pacientes «con una o ninguna copia del gen ApoE4 y placas beta amilo-

de en el cerebro», que es en quienes se ha visto su utilidad.

La eficacia del producto resulta, de momento limitada, pero es algo que sucede siempre con todo nuevo medicamento, según vienen recordando organizaciones profesionales como la Sociedad Española de Neurología (SEN).

El producto, que ralentiza un 27% el avance de la enfermedad, se aplica en las primeras etapas de la patología

En un principio, su uso suele circunscribirse a casos muy concretos y, según va habiendo nueva evidencia científica, la utilidad se amplía, al tiempo que nuevas generaciones del fármaco mejoran su presentación, potencialidad y forma de dispensación, por lo general, más sencilla.

El visto bueno dado por la Comisión Europea llega cinco meses después de que la agencia comunitaria del medicamento (la EMA) respaldara definitivamente su aprobación, en contra de su criterio original. Las autoridades sanitarias comunitarias reclaron tras evaluar la aparición de efectos secundarios en un grupo determinado de pacientes y al saber que los ensayos que permitieron su aprobación en EE UU, Reino Unido, Japón, China, Israel y Emiratos Árabes duraron sólo 18 meses.

21 Abril, 2025



'Chips' para reconnectar el cerebro

Tecnología. La inteligencia artificial ha permitido desarrollar unos dispositivos para recuperar el habla, mover brazos robóticos con la mente o que parapléjicos vuelvan a caminar

JON GARAY

El síndrome del encierro es el nombre de una enfermedad de pesadilla. Causada por una lesión en el cerebro, la ELA o un ictus, la persona que lo sufre conserva la conciencia pero no puede moverse ni hablar. En los casos más extremos, ni siquiera puede mover los ojos. Ann, una canadiense de 48 años, padeció este síndrome cuando tenía 30 años. Profesora de matemáticas, una tarde un derrame cerebral la paralizó. «Estás plenamente consciente, tienes plena sensibilidad, los cinco sentidos funcionan, pero estás encerrado en un cuerpo donde no funcionan los músculos», recuerda.

La historia de Ann saltó a la palestra hace un par de semanas, cuando investigadores de las universidades de California, en San Francisco, y de Berkeley lograron que volviera a 'hablar'. Años de fisioterapia habían logrado que los músculos de su cara pudieran moverse lo suficiente para esbozar una sonrisa o llorar. Pero no para hablar. Lo hicieron gracias a un implante en su cerebro. Los expertos llaman a esta tecnología interfaz cerebro-máquina (BCI, por sus siglas en inglés). «Hasta ahora son pruebas de concepto y se necesitan pruebas clínicas. No se pueden dar plazos pero parece que están acortándose. Será más pronto de lo que pensamos. Le veo mucho futuro», explica David Ezpeleta, vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y responsable del área de nanotecnología e inteligencia artificial.

«Todos estos avances se deben a la explosión de la inteligencia artificial (IA)», añade Simona Mancini, investigadora del Basque Center on Cognition, Brain and Language (BCBL) e Ikerbasque, especializada en trastornos

del lenguaje. Porque esta tecnología se utiliza para devolver el habla a Ann, pero también para permitir andar a parapléjicos, mover prótesis robóticas, tratar el parkinson, jugar a videojuegos con la mente o, de creer a Elon Musk, devolver la visión a los ciegos. «El sistema consta de un ordenador, una malla con electrodos y un 'output' (resultado) que puede ser producir lenguaje, mover un exoesqueleto o un brazo robótico...», detalla el especialista.

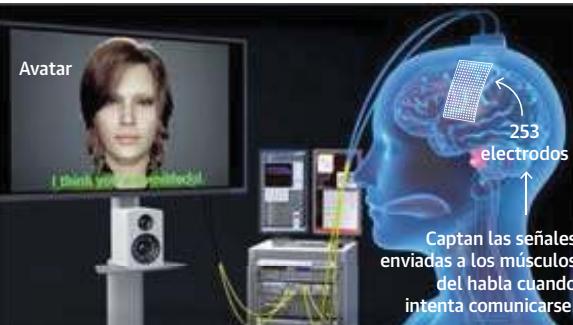
Recuperar el habla

Ann sufría anartria. «Es un trastorno motor a causa del cual una persona no puede producir el habla por no poder controlar los músculos responsables», explica Mancini. Le implantaron una especie de rectángulo fino como una hoja de papel con 253 electrodos dispuestos en las zonas clave para el habla. Esos electrodos captaban las señales que antes del ictus llegaban a sus labios, lengua, mandíbula..., no cuando pensaba una determinada palabra, como se había hecho con anterioridad. Un cable fijado en su cabeza conectado a unos ordenadores y la inteligencia artificial hicieron el resto. Ann volvió a hablar. Su nueva voz recordaba a la que tenía antes de su enfermedad. Los ingenieros la recrearon gracias a una grabación del discurso que dio en su boda.

«La gran novedad es la reducción de la latencia, el tiempo que pasa entre lo que el paciente quiere decir y la reconstrucción en la pantalla o texto. Antes era de ocho o más segundos, lo que no permitía un diálogo fluido. En su caso es de milisegundos», destaca Ezpeleta. «Es casi como una conversación normal», dice la investigadora italiana. Los investigadores desarrollaron también un

RECUPERAR EL HABLA

La paciente y el equipo trabajaron para entrenar a la IA en el reconocimiento de sus señales cerebrales únicas para el habla.



MOVER PRÓTESIS

El paciente, conectado a los sensores, se imaginó durante varias semanas haciendo movimientos con las manos para entrenar a la IA.



VOLVER A CAMINAR



CONTROL TELEPÁTICO DE ELON MUSK

Un implante cerebral permite controlar el ordenador o el teléfono.



:: GRÁFICO I. TOLEDO

avatar de Ann con un software que simula los movimientos de los músculos del rostro. El próximo paso, crear una versión inalámbrica que no requiera que la mujer esté conectada físicamente al dispositivo.

Mover prótesis

El mismo equipo que ayudó a Ann ha detallado a EL CORREO que empleó esta tecnología para que otro paciente en un estado similar manejara un brazo robótico solo con el pensamiento. Pudo abrir un armario, sacar una taza y acercarla a un dispensador de agua. Funcionó durante siete meses cuando lo habitual hasta ahora era que lo hiciera solo durante uno o dos días. En este caso, el sistema de inteligencia artificial fue aprendiendo a identificar los pequeños cambios que se producían en el cerebro cuando la persona imaginaba mover el brazo y fue refinando su ejecución. «Esta combinación de aprendizaje entre humanos e IA es la siguiente fase de estas interfaces cerebro-computadora. Es lo que necesitamos para lograr una función sofisticada y realista», explicaron en marzo de este año al presentar el avance.

Volver a andar

Hace dos años, científicos de la Escuela Politécnica y la Universidad de Lausana lograron que un holandés de 40 años que había quedado parapléjico tras un accidente de bicicleta lograra volver a caminar gracias a un sistema que permitió reconnectar el cerebro y la médula espinal. Dos implantes cerebrales leen sus pensamientos y los envían, sin cables, a un tercer implante que estimula eléctricamente su médula. De esta forma consiguió incluso subir escaleras ayudado de una muleta. La compañía holandesa Onward Medical ha logrado ya el apoyo de la Comisión Europea para desarrollar una versión comercial de este sistema.

Parkinson

«¿Para qué conducir un Tesla con la mente cuando podemos ayudar a un mayor número de gente que sufre parkinson?», se pregunta Carolina Aguilar, CEO y cofundadora de Inbrain, una empresa española fundada en 2020 que trabaja en una interfaz cerebro-máquina para tratar esta enfermedad neurodegenerativa. Su tecnología, que no tiene nada que ver con la estimulación cerebral profunda que se utiliza desde hace 40 años para tratar esta y otras enfermedades, «permite mitigar los temblores, la rigidez y la congelación en la marcha» que sufren estos enfermos. «No solo 'leemos' el cerebro, sino que apli-



LAS CLAVES

INTERFAZ CEREBRO-MÁQUINA

«Son pruebas de concepto, pero les veo mucho futuro», afirman desde la Sociedad Española de Neurología

DESARROLLO ACELERADO

«Todos estos avances se deben a la explosión de la inteligencia artificial», asegura Simona Mancini, del BCBL

mos una terapia», explica Aguilera. Con esta misma tecnología, que emplea grafeno –un material revolucionario que le valió el Premio Nobel de Física en 2010 a sus descubridores y que se lo suministra una empresa vasca llamada Graphenea–, aspiran a tratar también la epilepsia o la artritis reumatoide. «Aspiramos a su comercialización en un plazo de entre dos y seis años», añade. De momento, ha logrado ya el reconocimiento de las autoridades sanitarias norteamericanas (FDA).

Los proyectos de Musk

Buena parte de los titulares que tienen que ver con estas innovaciones se los llevan Elon Musk y Neuralink, su empresa de implantes cerebrales. Sus dos proyectos

estrella se llaman ‘Telepathy’ y ‘Blindsight’. Con el primero, Noland Arbaugh, un joven que quedó tetrapléjico en 2016, consiguió el año pasado navegar por internet y jugar a videojuegos con la mente. Se trata de «permitir que alguien con parálisis use un ‘smartphone’ con la mente más rápido que alguien que usa los pulgares...».

‘Blindsight’ pretende devolver la visión a los ciegos. «Permitirá ver incluso a aquellos que han perdido ambos ojos y el nervio óptico. Si la corteza visual está intacta, permitiría ver por primera vez incluso a quienes han sido ciegos de nacimiento», asegura el magnate. Hace unos meses recibió el impulso de la FDA al catalogarlo como «dispositivo innovador», una designación que concede a ciertos dispositivos médicos que «brindan tratamiento o diagnóstico de afecciones potencialmente mortales». «No sabemos muy bien lo que pasa en Neuralink. Nos enteramos de lo que hacen por tuits», dice Ezpeleta, que reconoce, no obstante, que le consta que «el equipo que está detrás es de primer nivel».



El Hospital atiende más enfermedades degenerativas tras la pandemia

P10

20 Abril, 2025



El envejecimiento y los malos hábitos aumentan las enfermedades neurológicas

Las consultas del Hospital General notan cómo la pandemia agudizó el deterioro de patologías degenerativas

LUIS JAVIER GONZÁLEZ



SEGOVIA. Una enfermedad neurológica no es producto del azar: en torno al 90% pueden evitarse, retrasarse o paliarse considerablemente. La salud del cerebro es la representación de los hábitos diarios, desde la dieta al descanso o la nutrición. Todo suma. El relato del servicio de Neurología del Hospital General de Segovia es que los pacientes han aumentado desde la pandemia del coronavirus, que no fue tanto un punto de inflexión como un contexto complicado para la salud general, una invitación al sedentarismo y el estrés.

La otra causa es el envejecimiento de la población, que ha llevado a las consultas a más enfermos con cuadros degenerativos como la demencia. Son, junto a las cerebrovasculares –como el ictus, pero no solo– las afecciones más frecuentes, hasta el punto de que a nivel nacional se diagnostican ya casi la mitad de casos anuales de alzhéimer con respecto a los de ictus.

Hay más pacientes por una doble causa: la extensión de las enfermedades y la mejora de los métodos diagnósticos, tanto en número como en resultado. «Los criterios hace años eran más laxos y ahora la tendencia es ir añadiendo una serie de datos más específicos», resume Lorena Caballero, neuróloga del Hospital General. «Ahora mismo podemos ver pequeñas lesiones que en años previos no podíamos», afirma al citar la mayor calidad de las resonancias magnéticas. Las pruebas nucleares, claves para detectar problemas degenerativos, también son más accesibles: se trata de una serie de isótopos que permiten trazar ciertos cuadros de demencia. Hay un equipo de Medicina Nuclear específico que las realiza, mientras las resonancias –su funcionamiento es como un imán– son competencia de Radiología.

La edad es un factor de riesgo en sí mismo, tanto en enfermedades vasculares como degenerativas, pero muchas comparten factores de riesgo que los neurólogos señalan como modificables.



La neuróloga del Hospital General de Segovia, Marta Ferrero, examina a una paciente en una imagen de archivo. **EL NORTE**

«La gente siempre asocia el alzhéimer a la edad y no es consciente de la importancia de un tipo de vida saludable, de que no todo es azar». Los principales peligros del ictus son la hipertensión, el colesterol, la diabetes, la obesidad, el sedentarismo o el tabaquismo. La Sociedad Española de Neurología estima que el 90% de los casos podrían evitarse. Pero son hábitos y estados que también están detrás de las demencias. «Las posibilidades de tener un cuadro degenerativo aumentan con la inactividad física o ausencia de estimulación cognitiva».

Según la edad

Atención Primaria es clave para desenmascarar esos factores de riesgo, para llevar a cabo la analítica que avisa de un colesterol alto o que detecta una diabetes. «Si hubiese una prevención primaria un poco exhaustiva, hacer pruebas cada equis tiempo, se podrían intentar controlar; pero es verdad que no tenemos que esperar a que haya una analítica alterada para influir en el estilo de vida», apunta Caballero. Lo mismo ocurre con la predisposición genética, un aspecto a atender antes de que se hagan evidentes los efectos.

La crítica al estilo de vida no



Acceso a la Unidad de Ictus en Valladolid. **CARLOS ESPESO**

viene de la pandemia, pero sí ha empeorado con ella. «Yo no haría una relación tan directa, pero seguramente no ha ayudado. Mi impresión con lo que veo en la consulta es que, por lo menos, ha habido una progresión un poco más rápida de las enfermedades que ya estaban diagnosticadas o en el límite», explica la especialista. Por ejemplo, se han agudizado las pérdidas de memoria. Detrás de ello están «ese aislamiento, esa inactividad física general, la ausencia de estimulación cognitiva,

porque al final estábamos encerrados, ha podido influir». Sobre todo, en las degenerativas, pues el deterioro se ha acelerado respecto a años previos. «Eran pacientes mucho más estables, a pesar de tener ya la patología», añade la neuróloga del complejo asistencial de referencia en la provincia de Segovia.

Según datos de ámbito nacional, en 2024 hubo unos 90.000 ictus y 23.000 fallecimientos secundarios relacionados con este incidente cardiovascular. La ti-

pología distingue a grandes rasgos entre el isquémico, por el que el flujo sanguíneo deja de llegar a una zona del cerebro y queda necrótica –es decir, se pierde–; mientras el hemorrágico, causado por la rotura de los vasos que portan la sangre, lo que causa es un hematoma y el consiguiente sangrado intracranegal. «Luego tienes que ver la causas y todo va a depender de las edades.

En gente mayor tendemos a destacar los factores de riesgo cardiovascular; cualquier patología cardiológica puede dar lugar a arritmias que envíen pequeños trombos al cerebro», expone la doctora. Para poblaciones jóvenes hay estudios más específicos que buscan problemas de coagulación para detectar esa tendencia a formar trombos en la sangre o malformaciones en arterias o venas que tengan por ello un mayor riesgo de rotura.

Dentro de las enfermedades degenerativas hay dos grandes tipos. Por un lado, las demencias, con el alzhéimer –hay ahora mismos unos 800.000 casos en España– como la más habitual. Por otro, los trastornos de movimiento como el parkinson. Las demencias aumentan el riesgo de mortalidad y de discapacidad, algo que no solo influye en el propio



paciente, sino en su entorno. «Acaban siendo dependientes y requieren unos recursos de todo tipo de forma continua. Y eso influye en la salud de los cuidadores. Patologías depresivas, ansiedad...», advierte Caballero. A nivel nacional, se diagnostican unos 40.000 casos al año y el principal factor es la edad. «Si no hay un componente genético, no vas a tener alzhéimer en un paciente de 45 años». Mientras, el ictus afecta a un rango de edades más amplio.

Pese a que el párkinson es la enfermedad neurológica en la que más rápido está aumentando la prevalencia, sigue muy por debajo del alzhéimer, pues sus 160.000 pacientes a nivel nacional no representan siquiera una cuarta parte de la principal demencia. A

diferencia de otras enfermedades, Lorena Caballero apunta a que la causa «no es clara», aunque hay una gran influencia de la predisposición genética y de los factores ambientales como la exposición a pesticidas, disolventes industriales o contaminación atmosférica». Es una enfermedad donde la postpandemia ha ocasionado una degeneración marcada en el aspecto motor. «El único tratamiento que puede ralentizar la progresión de la enfermedad era el deporte. Esa inactividad ha influido considerablemente a los pacientes», especifica la neuróloga.

Algo extensible a otros pacientes. «La pandemia ha favorecido que prestemos menos atención a esos factores que nosotros podríamos controlar», asevera.

Las posibilidades de tener un cuadro degenerativo aumentan con la inactividad física o ausencia de estimulación cognitiva

El párkinson es la enfermedad neurológica en la que más rápido está aumentando la prevalencia

La prevención es la mejor baza para proteger al cerebro, pese a que al especialista del Hospital General de Segovia destaca los «muchísimos avances» de la neurología, capaces de dejar asinto-

máticos los trombos que provocan un ictus. «Puedes curar a pacientes que estaban sin mover medio cuerpo ni hablar; pero no es una curación indefinida. Si esos pacientes continúan sin controlar esos factores de riesgo, la probabilidad de que tengan otro ictus está ahí», alerta.

Muchas de las enfermedades son crónicas, así que el máximo éxito es ralentizar su desarrollo. «No se pueden curar como una neumonía, pero hacemos hincapié en que nosotros ponemos medicaciones, pero la parte más importante la ponen ellos. Si un paciente de párkinson no se mueve y se tira el día en casa sentado, por mucha medicación que le pongamos su enfermedad va a evolución más rápidamente que la de una persona activa».



Neurólogos del CHOP difunden cómo funcionan la consulta de parkinson y los tratamientos

PONTEVEDRA / LA VOZ

Dando continuidad a la programación por el Día Mundial del Párkinson, que se celebró el 11 de abril, la Asociación de Párkinson de la Provincia de Pontevedra (Apropark) organizó este miércoles sus decimocuartas Jornadas sobre la Enfermedad de Párkinson. Fue con una charla ofrecida por los neurólogos del Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra (CHOP) Iria Cabo y Alejandro Rivero de Aguilar, de la consulta de trastornos del movimiento (CTM). Esta consulta fue la primera de Espa-

ña en lograr, en el 2020, la acreditación de la Sociedad Española de Neurología (SEN). En el edificio de la Xunta en Benito Corbal, Alejandro Rivero de Aguilar habló de cómo es la consulta, mientras que Iria Cabo, que dirige la unidad, abordó los tratamientos en la enfermedad y la detección de fluctuaciones. Las fluctuaciones motoras son la alternancia entre períodos de buena movilidad (*on*) y de poca movilidad (*off*), son propias del tratamiento con levodopa y aparecen entre los dos y cinco años posteriores al inicio del mismo.



El salón de actos se quedó pequeño para la charla. ADRIÁN BAÚLDE



PARKINSON: UNA EMERGENCIA SILENCIOSA QUE VA EN AUMENTO

El pasado 11 de abril, se conmemoró el Día Mundial del Parkinson, la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente tras el Alzheimer. En España afecta ya a unas 200.000 personas y cada año se diagnostican 10.000 casos nuevos. "Es una enfermedad crónica y progresiva que provoca síntomas motores, pero también otros menos visibles como la depresión o el deterioro cognitivo", explica el Dr. Álvaro Sánchez Ferro, de la Sociedad Española de Neurología. Los últimos estudios estiman que en 2050 habrá más de 25 millones de pacientes en el mundo. "España será el país con mayor prevalencia por habitante", alerta el experto. La prevención, la detección precoz e investigación son ahora más urgentes que nunca.

24 Abril, 2025



«Necesitamos más neurólogos»

El jefe de Neurología del Caule, Javier Tejada, señala como principal reto la ampliación de plantilla. **4-5**





ANGELOPEZ

ANA GAITERO

LEÓN

Javier Tejada García (Villamán, 1962), neurólogo y jefe del Servicio de Neurología del Caule, repasa en esta entrevista los avances y las necesidades de un servicio que requiere, sobre todo, de más personal especialista para introducir mejoras asistenciales con consultas monográficas o específicas, como se ha hecho con patologías como el ictus, parkinson o esclerosis múltiple.

—¿Qué retos tiene el Servicio de Neurología del Caule tras la evolución de las últimas décadas con logros como la guardia y la Unidad de Ictus, código ictus..?

—El reto principal es conseguir una estructura humana, unos recursos humanos adecuados a las necesidades del área de salud, aunque no es algo que nos incumbe exclusivamente a nosotros, sino que tiene que venir con disponibilidad de la administración autonómica. Tenemos un déficit de plantilla si lo comparamos con hospitales de las mis-

A CORAZÓN ABIERTO

JAVIER TEJADA GARCÍA. Jefe de Neurología del Caule

«Es absolutamente necesario una consulta de demencias en León»

mas características, los centros terciarios. Somos 12 neurólogos en total, y comparativamente con otros equipos de neurología de hospitales similares al nuestro, hay un defecto de plantilla. No podemos atender a la población

con las exigencias que tiene la neurología actual.

—¿En qué revertiría el aumento de personal a nivel asistencial?

—Primero, en una mejor asistencia en las guardias porque

seríamos un número adecuado para el número de guardia, la guardia de neurología es una guardia que atiende aparte de la patología más definida, que es el ictus, ya protocolizado, muchas más llamadas y mucha ma-

yor asistencia sanitaria. Los pacientes son evaluados y quedan ingresados o dirigidos hacia las consultas externas o hacia las pruebas complementarias que son necesarias, evitando ingresos. Es una guardia muy resolutiva y adecuada a las exigencias actuales: ingresa lo que es estrechamente necesario porque aplica criterios muy razonables.

En la parte asistencial disponemos de varias consultas monográficas —Parkinson avanzado, epilepsia, esclerosis múltiple, cefaleas, cerebrovascular— que podrían adquirir una dimensión un poco superior en lo que se llaman unidades con más recursos físicos y humanos. Es absolutamente necesario contar con una unidad o una consulta de demencias porque van a venir tratamientos específicos para demencia tipo Alzheimer. El modelo unidad o consulta monográfica permite atenderlos con criterios de mayor eficacia. También queríamos tener una unidad de patología neuromuscular para enfermedades de músculo y nervio,



TRAYECTORIA

Javier Tejada García nació en Villamanín, en el norte de la provincia donde su padre era veterinario. Seguir la estela familiar alentó su vocación en el ámbito de las ciencias. «Me gusta mucho la biología, es fascinante», asegura. Se inclinó por la medicina porque vio en esta profesión más desarrollo que en la veterinaria. Realizó los estudios de licenciatura en la facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca y la formación de residente en el Hospital La Paz de Madrid, donde estuvo dos años como médico adjunto. Al plantearse una especialidad médica, probó inicialmente en traumatología pero vio que la faceta quirúrgica no era lo suyo y se decantó por neurología porque «tiene mucho contacto con el paciente». Es una especialidad que tiene mucho de hablar y preguntar al paciente, «vive de la sintomatología y el relato del paciente», aunque cada vez se incorporan más pruebas para determinar los diagnósticos. La asignatura de neuroanatomía en la carrera fue decisiva en su elección de esta especialidad médica. Cuando pudo volver a León, en 1992, con plaza en el Hospital de León no lo dudó. «Me gusta mucho León y familiarmente también era la elección, pues mi mujer es muy leonesa», comenta. En 2015 se puso al frente de la Unidad de Ictus, que cumple sus 10 años de andadura, puso en marcha el código ictus y desde 2023 asumió la jefatura del servicio de Neurología tras la jubilación de su anterior titular Félix Fernández.

de una prevalencia menor pero que también son importantes en neurología

Como ejemplo, la consulta de esclerosis múltiple, a mi modo de ver es la consulta más resolutiva, o por lo menos la que ves que estructuralmente está mejor organizada o atiende mejor a sus pacientes, y básicamente es porque dispone de un número mayor de compañeros dedicados a ello, a diferencia de la consulta de epilepsia o la consulta de parkinson.

—¿Qué tipo de nuevos tratamientos se van a aplicar al Alzheimer?

—Ya están con disponibilidad de uso clínico, medicaciones que bloquean la producción de la proteína beta-amiloide que es tóxica y cuyos depósitos se consideran relacionados con la enfermedad de Alzheimer. Son fármacos muy selectivos, que tienen que prescribirse a pacientes con criterios bien definidos de enfermedad, en fases iniciales. Eso conlleva que la metodología de evaluación de esos pacientes

sea más amplia de la que se hace ahora, para que los pacientes estén bien seleccionados y se aplique la medicación a aquellos que cumplen los criterios estrictos. Eso exige un grado mayor de resolución en las consultas. Y un modelo organizativo más ajustado y lo ideal es tener una consulta. Nos pasó con las cefaleas, que cuando existió una medición específica para el tratamiento preventivo de migrañas y eso dio pie a organizar la consulta de cefaleas. Hay que ir organizando según las necesidades.

En Neurología se funciona así. Cuando salió el tratamiento fibrinolítico se organizaron las unidades de ictus para aplicarlo. En otras especialidades, como cardiología con procesos trombóticos, primero se crearon las unidades coronarias y luego vinieron los tratamientos.

—¿Dentro de la consulta de parkinson se ha creado una unidad de movimiento?

—La denominación específica es parkinson avanzado. Atiende a pacientes con enfermedad de parkinson o con síndromes parkinsonianos en una fase evolutiva de la enfermedad más crónica, cuando aparecen problemas que exigen una atención más individualizada y personalizada. En otros hospitales eso es un poco más amplio. En este caso, son pacientes con parkinson y otros procesos que tienen trastornos motores específicos y son atendidos desde fases iniciales. Paralelamente, tenemos la consulta para pacientes con trastornos del movimiento subsidiarios de tratamiento con toxina botulínica. Son pacientes que periódicamente —cada cuatro o seis meses— tienen que recibir el tratamiento y su aplicación exige que haya un día o dos a la semana para atenderlo. Se hacen unas 700 consultas al año.

Hay pacientes con indicaciones terapéuticas específicas, como la aplicación de terapias de segunda línea (con fármacos como Levodopa, que se puede administrar de subcutánea o vía intestinal) o ajuste de los fármacos con unas indicaciones diferentes. Y también indicaciones quirúrgicas para personas que puedan ser candidatos a tratamiento de segunda línea de tipo quirúrgico, como la estimulación cerebral profunda.

—¿Este procedimiento se realiza en León?

—No. Ahora mismo hay dos recursos, uno que es la estimulación cerebral profunda para la que nuestros pacientes son remitidos al Hospital Central de Asturias. Este año se ha puesto en marcha en el Hospital Universitario de Salamanca la aplicación de ultrasonidos de alta frecuencia para pacientes predominantemente con diagnóstico de temblor esencial, que es un tipo de temblor.

—En cuanto al ictus, da abajo la media de los pacientes?

—Epidemiológicamente se sigue manteniendo entre los 65-75 años. También es un proceso vinculado a la edad y al hacer una

evaluación epidemiológica pues siempre sale el mismo rango de edad. Lo que pasa es que hay mayor diagnóstico. En otras épocas pacientes con ictus con menor déficit o lo que llamamos ataques isquémicos transitorios, no eran hospitalizados o se valoraban a nivel de consultas. Existía la sensación de menor número de pacientes porque no se diagnosticaban o no se detectaban.

Ahora mismo pues insiste mucho en que el ictus sea con déficit leve o con déficit transitorio sea evaluado porque realmente es donde más se pueden aplicar los tratamientos. En el ictus la parte fundamental es la prevención secundaria. Si los pacientes son vistos con menos discapacidad pues es más posibilidad de hacer prevención secundaria.

—¿Cuántos pacientes ven al año?

—La Unidad de Ictus atiende el área de salud de León, la del Bierzo y el norte de Zamora. Entre ictus isquémico e ictus hemorrágico tenemos unos 500-550 pacientes al año con ingreso. El número de pacientes puede ser un poco más alto —unos 700— porque algunos ingresan en Neuror cirugía o Medicina Interna.

—¿El tratamiento para el ictus sigue siendo el mismo?

—En medicación endovenosa hay dos fármacos de uso intravenoso, dos fibrinolíticos, y luego están los recursos de tratamiento endovascular, de radiología intervencionista. Según los tiempos de actuación, la información que nos dan las pruebas que evalúan las arterias dentro del cerebro, se aplica un tratamiento u otro o los dos. Uno de forma inicial y otro a continuación.

—¿Se ha notado en una menor afectación y mortalidad de los pacientes?

—Observamos que pacientes que antes asistíamos en una situación clínica inicial sin ningún fármaco y solo podíamos hacer cuidados generales, cuidados de médicos y medidas preventivas. Ahora, con los tratamientos de reperfusión se intenta recanalizar la arteria que está obstruida y mejorar al paciente. Y eso, claro, tiene un efecto visible. Esto se completa también con la parte de rehabilitación, que es importante. Después del tratamiento agudo y el preventivo, es la parte de recuperación funcional más importante. Y aquí también hay un modelo asistencial muy definido, cuyo efecto vemos en nuestros pacientes. Nuestros compañeros los rehabilitadores tienen organización para ello durante el ingreso. Después del ingreso, incluso actualmente, están desarrollando actividad de rehabilitación asistencial a domicilio para pacientes con un perfil determinado, que se ve que está dando buenos resultados.

—¿Hay un aumento de las enfermedades neurodegenerativas que también justifica que se potencie esta especialidad?

—Las enfermedades degenerativas fundamentalmente están en el grupo de trastornos del movimiento, trastornos cognitivos y

alteraciones de equilibrio. Hay procesos degenerativos muy vinculados a la edad, con lo cual hay un incremento. Otros procesos degenerativos, los que llamamos heredodegenerativos o determinados genéticamente. En esos se aprecia una reducción por el consejo genético.

—¿Cuántos residentes entran cada año al servicio?

—Tenemos capacidad docente para dos residentes por año. Durante años era solo un residente por año, últimamente son dos. Se da la paradoja de que ahora mismo hay residentes de fuera de León que desearían quedarse aquí pero el modelo de fidelización de Sacyl (tres años de contrato) es que determinados residentes los compartimos con El Bierzo al 30% y los rechazan. Es difícil de resolver porque además de los 100 kilómetros a Ponferrada, son dos hospitales con diferentes características y necesidades. El Hospital de León les gusta, les parece atractivo laboral y asistencialmente, pero compartirlo con otro hospital alejado desorganiza no solo tu actividad laboral sino tu actividad personal. El Bierzo, aunque es hospital comarcal, atiende un área de salud muy grande. Nuestra provincia tiene estas cosas que son de estudiar.

«La esclerosis múltiple es mucho más controlable a medio y largo plazo y con más recursos»

«Para pacientes de ELA se coordinan consultas, hay un comité mensual y una enfermera gestora»

—¿Pueden realizar investigación?

—La actividad investigadora está dirigida a lo que llaman ensayos clínicos en colaboración con instituciones promotoras de ensayos clínicos, que son laboratorios. Otra parte que es de estos dirigidos por sociedades científicas y luego la parte de actividad investigadora local. Nosotros participamos fundamentalmente en ictus, con el grupo de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología, y en esclerosis múltiple.

—También se consiguió una consulta para la esclerosis múltiple. ¿Cómo está ahora el tratamiento de esta enfermedad?

—La consulta se habilitó a demanda de los pacientes, bueno de la afluencia de pacientes que necesitaban también. La escler-

rosis múltiple desde los años 90 ha tenido un desarrollo intenso el punto de vista terapéutico con uso de nuevos fármacos, ensayos y ensayos clínicos. Ha sido un desarrollo que ha llevado a que la enfermedad tenga un control terapéutico muchísimo más alto que lo tenía antes. Mi experiencia personal de los pacientes de hace 30 años o los pacientes de ahora es que los pacientes antes eran enfermos crónicos con actividad de la enfermedad no controlable y ahora es mucho más controlable a corto y a largo plazo y con mayor número de recursos terapéuticos según las características de la enfermedad. Mi afirmación es que de gusto saludar en la calle a los pacientes con esclerosis múltiple aunque tengan la enfermedad. En la consulta de esclerosis múltiple hay tres compañeros y su modelo de trabajar los recursos que emplean es altamente eficaz.

—Fernando de Castro, investigador del Instituto Cajal, señala que en esclerosis múltiple se ha incidido mucho en la parte immunológica y menos en la neurológica.

—Ahora, todos los ensayos incluyen variables relacionadas con la degeneración. Yo no soy experto en eso pero cualquier ensayo que aplique un fármaco conllevo evaluar la parte neurodegenerativa.

—¿Cómo se aborda la atención asistencial a pacientes con ELA?

—Desde el punto de vista médico coordinamos las consultas de Neurología con Nutrición, Neuropsiquiatría, Rehabilitación, Psicología, Logopedia y Terapia ocupacional. Hay un comité que se reúne mensualmente y que valora las situaciones y las complicaciones de cada paciente. Es una enfermedad tan desafortunada que a nivel terapéutico farmacológico no tenemos recursos para revertirla y se van tratando las complicaciones. Con Endocrinología y Nutrición se intenta que pierdan la menos masa muscular posible con determinada alimentación y con Neumología los temas respiratorios. Además, hay una enfermera gestora de los casos de ELA que está en contacto más directo con los pacientes y los familiares, bien por teléfono bien por whatsapp para ir atendiendo dudas y situaciones que surgen. Los cuidados sociosanitarios son una parte fundamental en el abordaje de esta enfermedad.

—La ELA se ha visibilizado mucho en estos últimos años. ¿Hay más pacientes?

—Las pruebas se hacen en neurofisiología y creo que estamos al mismo nivel que antes. Pero es verdad que es una enfermedad que se ha hecho más visible por las reivindicaciones de los pacientes, que en algunos casos son jóvenes y es una enfermedad muy incapacitantes. El tema de los cuidados es muy importante en esta enfermedad y están a la espera de que la ley que se ha aprobado tenga dotación presupuestaria.

26 Abril, 2025



Qué comer y qué beber para dormir bien.

Antes de buscar soluciones más drásticas, conviene saber qué alimentos podrían ayudarnos a descansar mejor

JULIA FERNÁNDEZ



No hay peor pesadilla que dormir mal noche tras noche. En España, hay más de 12 millones de personas en esta situación, dice la Sociedad Española de Neurología. Y muchos acuden al médico en busca de algún remedio milagroso que les ayude a conciliar o mantener el sueño. Sin embargo, desconocen que hay otras cosas con muchos menos efectos secundarios que podrían hacer antes para ver si consiguen revertir la situación.

Una de ellas tiene que ver con lo que comemos. Se trata de un campo en el que se está investigando mucho en los últimos años y sí, han encontrado evidencia científica en que nuestra dieta influye en cómo dormimos. «Impacta de diferentes maneras. Algunas sustancias, como las metilxantinas, dificultan el sueño y otros nutrientes son vitales para la síntesis de la melatonina. Además, la forma de comer modula la microbiota intestinal y hay investigaciones que sugieren que esto es importante también», señala Ramón de Cangas, dietista-nutricionista de la Academia Española de Nutrición y Biólogo. Es algo que, en parte, ya sabían nuestras abuelas cuando nos daba el vaso de leche tibia antes de irnos a la cama, pero que ahora los investigadores están demostrando. «La relación entre la comida y el sueño es un poco ni contigo ni

si ti», acompaña Ainhoa Álvarez, coordinadora del grupo de trabajo de Insomnio de la Sociedad Española del Sueño (SES). No podemos irnos a la cama con el estómago vacío porque no podremos conciliar el sueño, pero tampoco con él a reventar porque acabaremos con dolores y reflujos que nos despertarán en mitad de la noche, si no es antes.

Eso es lo primero que tenemos que tener claro. ¿Lo segundo? Sin entrar todavía en el menú ideal, «hay que cenar al menos dos ho-

CONSEJO DE EXPERTO

¿Otro biberón al niño porque no duerme?

Cuando nosotros los adultos cenamos de más acabamos con reflujos nocturnos que nos impiden el sueño y no se nos ocurriría ir a la cocina en busca de más alimentos. Entonces, ¿por qué ante un niño que no acaba de dormirse le damos otro biberón? «Nunca caemos en esto, pero también pasa», señala Ainhoa Álvarez, coordinadora del grupo de trabajo de Insomnio de la Sociedad Española del Sueño. «Lo hacemos pensando que funciona pero es un mito. A lo mejor lo que estamos haciendo es empeorar la situación porque acaba con dolor de tripa». Así que pensémoslo dos veces antes de caer en este discutible truco.

ras antes de irnos a acostar», prosigue la doctora. «Son cosas que no suenan a nuevo, pero luego en consulta te encuentras a gente que no lo pone en práctica hasta que tiene problemas y es cuando nota sus beneficios».

Con estas dos cosas bien claras, ahora vamos a ir a lo que tenemos que ponernos en el plato. «Lo más interesante es incorporar ciertos nutrientes que nos ayuden a relajar el organismo y regular el ciclo del sueño, como el triptófano: hay que buscar alimentos ricos en él», señala Elena Rivero, del centro Sarai Alonso Nutricionista. «Se trata de un aminoácido esencial que nosotros no producimos, sino que tenemos que tomarlo con la alimentación y que cuando hay luz se convierte en serotonina y cuando hay oscuridad, en melatonina, la hormona del sueño», continua Álvarez.

Así que si hacemos una cena rica en este nutriente es posible que nuestra calidad del sueño mejore. Veamos, por tanto, dónde encontrarlo. ¿Te acuerdas del vaso de leche de la abuela? Pues sí, ahí lo encuentras porque los lácteos son ricos en él, coinciden los expertos. «Y también en el plátano y las legumbres», precisa la nutricionista. Aunque ojo, porque una cosa es que lo tenga y otro que nos convenga. «Yo, en el caso de las legumbres, me lo pensaría porque nos pueden dar gases y, por tanto, problemas que nos impidan dormir bien», aconseja la coordinadora del grupo de Insomnio de la SES. Y si optas por incluir queso, evita los grasos: «Los



alimentos ricos en grasas hacen que el vaciado gástrico sea más lento y las digestiones más pesadas, lo que dificulta conciliar el sueño», añade Cangas.

Otro nutriente interesante para las cenas es la melatonina. «La encontramos en cantidad suficiente en frutos secos como las nueces y las almendras, otra vez en el plátano y en la avena», enumera Rivero. Esta última, además, forma parte de esos carbohidratos de absorción lenta que también podemos meter en el menú. ¿Y qué hay de las proteínas? Canga recomienda «el pollo, los huevos y el pescado, sobre todo el azul, que es buena fuente de omega 3 de cadena larga». Caballa y sardinas serán nuestros aliados junto al salmón. «También podemos incluir ternera y cerdo, fuentes de zinc, un ele-

mento asociado a la calidad y la duración de sueño, aunque con una evidencia menor que los anteriores».

¿Infusiones? Sí, con medida

Más cosas que podemos hacer a partir de las 18.00, que es la frontera para empezar a eliminar cualquier excitante de la dieta: «Aumentar la ingesta de alimentos ricos en magnesio y en potasio, dos minerales relacionados con la relajación muscular», prosigue Rivero. ¿Y dónde los podemos encontrar?: en frutos secos, en el aguacate, en las semillas de calabaza y



de girasol, en el plátano (sí, el gran aliado del sueño) y en vegetales de hoja verde.

Hasta aquí lo de comer... pero ¿y lo de beber? Vamos a empezar con un mito: el alcohol. «Pese a que da somnolencia no es un buen aliado, fragmenta mucho el sueño y no nos ayuda a descansar» advierte Álvarez desde la SES. Así que va-

mos a ir a por otras bebidas. «Las infusiones con hierbas que tienen propiedades calmantes son muy recomendables. La lavanda porque reduce la ansiedad, la manzanilla porque reduce el estrés y promueve la relajación, la tila y la valeriana también calman al sistema nervioso, incluso la pasiflora», relata Rivero.

Eso sí, ojo con la cantidad, advierte la coordinadora del grupo de Insomnio de la SES. Si abusamos de cualquier líquido nuestra vejiga nos acabará despertando para que la vacíemos.

LAS RECETAS PARA PASAR UNA BUENA NOCHE

Ahora que ya sabemos qué alimentos conviene tener en casa, llega la hora de poner en práctica las recetas. Aquí, algunas ideas de la Fundación Alícia y AdSalutem, Instituto del Sueño de Barcelona, que han elaborado su propia guía: 'Dime qué comes y te diré cómo duermes' (Ed. Cúpula).

Paté de bonito

90 g de bonito en conserva
30 g de queso fresco
200 g de garbanzos cocidos
50 g de agua
Aceite de oliva virgen
Hierbas provenzales
Sal
Pimienta

Lava la legumbre y ponla en un bol. Añade la conserva de bonito también escrurrada y el resto de ingredientes. Lo trituramos todo con la batidora hasta que consigamos una mezcla homogénea.

Tostadas crujientes de semillas

2 cucharadas soperas de semillas de chía
2 de semillas de lino
2 de pipas de calabaza
2 de pipas de girasol
150 g de claras de huevo
Hierbas provenzales

Mezclamos todos los ingredientes en un bol y dejamos reposar en la nevera durante 30 minutos. Cuando la masa adquiera una textura viscosa, la estiramos sobre una bandeja hasta que forme un placa fina. Despues, la horneamos durante unos 30 o 40 minutos a 160º, hasta que esté crujiente. Al cabo de ese tiempo, cuando esté en su punto, la sacamos, dejamos que enfrie y la cortamos o rompemos en trozos grandes que podremos usar para un picoteo.

Coliflor encurtida

1 coliflor
300 ml de vinagre
750 ml de agua
80 gramos de sal
Pimienta
2 hojas de laurel
Media cucharada de azúcar

Mezclamos el vinagre y el agua en un cazo. Lo calentamos junto a la sal, el azúcar y las especias. Dejamos reposar hasta que enfrie para que infuse. Mientras tanto, lavamos y cortamos la coliflor en ramilletes y los ponemos en unos tarros. Los llenamos con la mezcla de vinagre, agua y aromáticos, lo tapamos con papel de horno y su tapa. Se conservan en la nevera entre dos y tres semanas.

Infusión de hibisco fría

2 cucharadas de flores de hibisco secas
4 tazas de agua
1 naranja en rodajas
Endulzante
Hielo

Hervimos el agua y añadimos las flores secas. Dejamos reposar 10 minutos y colamos. Luego añadimos el endulzante, si queremos. Puede ser miel, sirope de ágave, etc. Dejamos enfriar y le añadimos las rodajas de naranja. Lo servimos con hielo

'Golden milk'

2 tazas de bebida vegetal o de leche
1 cucharadita de cúrcuma en polvo
1/2 cucharadita de canela en polvo
1/4 cucharadita de jengibre en polvo
Una pizca de pimienta

Calentamos la leche o la bebida vegetal y le añadimos las especias. Removemos hasta que esté todo bien mezclado. Debemos mantenerlo al fuego, pero sin que hierva. Se sirve caliente y se le puede echar endulzante si se desea.

Sopa de melón y cerezas

Medio melón
100 g de cerezas
Menta fresca al gusto
1 limón

Cortamos el melón en trozos y le quitamos la piel y las pepitas. Lo trituramos junto con el zumo del limón (si queda muy espeso, añadimos agua). Por otro lado, deshuesamos las cerezas y las ensartamos en brochetas. Servimos la sopa de melón, espolvoreamos con la menta y ponemos la brocheta encima.

Boniatos al horno con hierbas y queso fresco

2 boniatos medianos
4 cucharadas de aceite de oliva
2 cucharadas de hierbas frescas (perejil, cilantro o albahaca)
200 g de queso fresco
Sal
Pimienta

Pelamos y cortamos los boniatos en cubos y los ponemos en un recipiente con un poco de aceite de oliva, dos cucharadas de agua, sal y pimienta. Lo tapamos y lo llevamos al microondas 4 o 5 minutos a máxima potencia hasta que estén cocidos (a media cocción para y remueve). Los servimos en un plato y lo aliñamos con las hierbas frescas, más aceite y el queso fresco desmenuzado. También puedes batirlo y aliñarlo para hacer una salsa y mojar los cubos en ella.

Pinchos de pollo con yogur y pimentón

500 g de pechuga de pollo
1 yogur natural
1 cucharada de pimentón
1 cucharada de zumo de limón
Aceite de oliva
Sal
Pimienta

Cortamos el pollo a dados y lo ponemos en un bol con la mezcla de yogur, pimentón, pimienta, sal y zumo de limón. Lo dejamos marinar al menos 30 minutos. Cuanto más tiempo, más sabor cográ. Luego ensartamos la carne en brochetas y las freímos a la plancha o en una sartén. Las giramos para que se hagan por todos lados. Recuerda que la carne tiene que cocinarse completamente antes de consumirla para evitar infecciones como la triquinosis.

26 Abril, 2025



Qué comer y qué beber para dormir bien.

Antes de buscar soluciones más drásticas, conviene saber qué alimentos podrían ayudarnos a descansar mejor

JULIA FERNÁNDEZ



No hay peor pesadilla que dormir mal noche tras noche. En España, hay más de 12 millones de personas en esta situación, dice la Sociedad Española de Neurología. Y muchos acuden al médico en busca de algún remedio milagroso que les ayude a conciliar o mantener el sueño. Sin embargo, desconocen que hay otras cosas con muchos menos efectos secundarios que podrían hacer antes para ver si consiguen revertir la situación.

Una de ellas tiene que ver con lo que comemos. Se trata de un campo en el que se está investigando mucho en los últimos años y sí, han encontrado evidencia científica en que nuestra dieta influye en cómo dormimos. «Impacta de diferentes maneras. Algunas sustancias, como las metilxantinas, dificultan el sueño y otros nutrientes son vitales para la síntesis de la melatonina. Además, la forma de comer modula la microbiota intestinal y hay investigaciones que sugieren que esto es importante también», señala Ramón de Cangas, dietista-nutricionista de la Academia Española de Nutrición y Biólogo. Es algo que, en parte, ya sabían nuestras abuelas cuando nos daba el vaso de leche tibia antes de irnos a la cama, pero que ahora los investigadores están demostrando.

«La relación entre la comida y el sueño es un poco ni contigo ni

si ti», acompaña Ainhoa Álvarez, coordinadora del grupo de trabajo de Insomnio de la Sociedad del Sueño (SES). No podemos irnos a la cama con el estómago vacío porque no podremos conciliar el sueño, pero tampoco con él a reventar porque acabaremos con dolores y reflujos que nos despertarán en mitad de la noche, si no es antes.

Eso es lo primero que tenemos que tener claro. ¿Lo segundo? Sin entrar todavía en el menú ideal, «hay que cenar al menos dos ho-

CONSEJO DE EXPERTO

¿Otro biberón al niño porque no duerme?

Cuando nosotros los adultos cenamos de más acabamos con reflujos nocturnos que nos impiden el sueño y no se nos ocurriría ir a la cocina en busca de más alimentos. Entonces, ¿por qué ante un niño que no acaba de dormirse le damos otro biberón? «Nunca caemos en esto, pero también pasa», señala Ainhoa Álvarez, coordinadora del grupo de trabajo de Insomnio de la Sociedad Española del Sueño. «Lo hacemos pensando que funciona pero es un mito. A lo mejor lo que estamos haciendo es empeorar la situación porque acaba con dolor de tripa». Así que pensémoslo dos veces antes de caer en este discutible truco.

ras antes de irnos a acostar», prosigue la doctora. «Son cosas que no suenan a nuevo, pero luego en consulta te encuentras a gente que no lo pone en práctica hasta que tiene problemas y es cuando nota sus beneficios».

Con estas dos cosas bien claras, ahora vamos a ir a lo que tenemos que ponernos en el plato. «Lo más interesante es incorporar ciertos nutrientes que nos ayuden a relajar el organismo y regular el ciclo del sueño, como el triptófano; hay que buscar alimentos ricos en él», señala Elena Rivero, del centro Sarai Alonso Nutricionista. «Se trata de un aminoácido esencial que nosotros no producimos, sino que tenemos que tomarlo con la alimentación y que cuando hay luz se convierte en serotonina y cuando hay oscuridad, en melatonina, la hormona del sueño», continua Álvarez.

Así que si hacemos una cena rica en este nutriente es posible que nuestra calidad del sueño mejore. Veamos, por tanto, dónde encontrarlo. ¿Te acuerdas del vaso de leche de la abuela? Pues sí, ahí lo encuentras porque los lácteos son ricos en él, coinciden los expertos. «Y también en el plátano y las legumbres», precisa la nutricionista. Aunque ojo, porque una cosa es que lo tenga y otro que nos convenga. «Yo, en el caso de las legumbres, me lo pensaría porque nos pueden dar gases y, por tanto, problemas que nos impidan dormir bien», aconseja la coordinadora del grupo de Insomnio de la SES. Y si optas por incluir queso, evita los grasos: «Los

alimentos ricos en grasas hacen que el vaciado gástrico sea más lento y las digestiones más pesadas, lo que dificulta conciliar el sueño», añade Cangas.

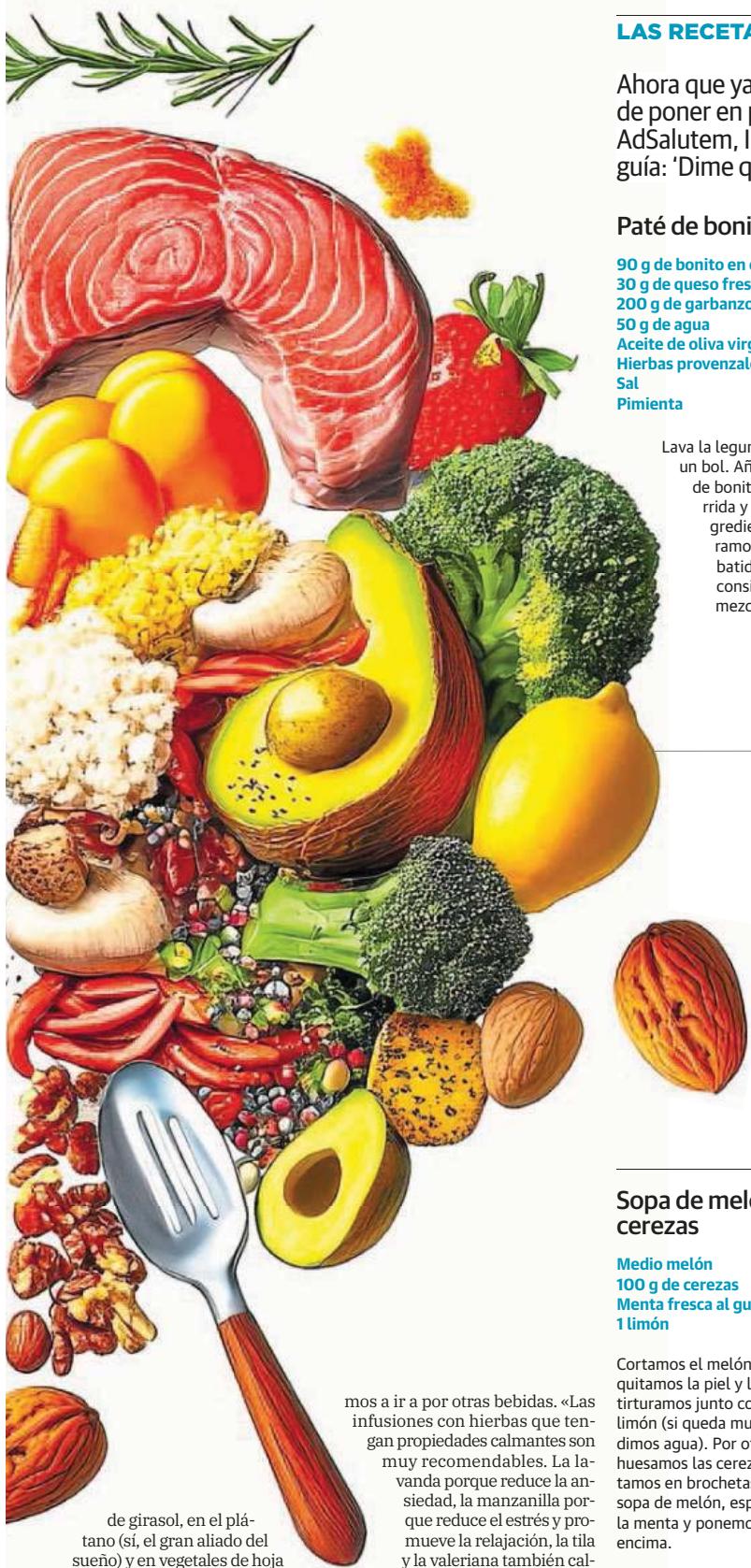
Otro nutriente interesante para las cenas es la melatonina. «La encontramos en cantidad suficiente en frutos secos como las nueces y las almendras, otra vez en el plátano y en la avena», enumera Rivero. Esta última, además, forma parte de esos carbohidratos de absorción lenta que también podemos meter en el menú. ¿Y qué hay de las proteínas? Canga recomienda «el pollo, los huevos y el pescado, sobre todo el azul, que es buena fuente de omega 3 de cadena larga». Caballa y sardinas serán nuestros aliados junto al salmón. «También podemos incluir ternera y cerdo, fuentes de zinc, un ele-

mento asociado a la calidad y la duración de sueño, aunque con una evidencia menor que los anteriores».

Infusiones? Sí, con medida

Más cosas que podemos hacer a partir de las 18.00, que es la frontera para empezar a eliminar cualquier excitante de la dieta: «Aumentar la ingesta de alimentos ricos en magnesio y en potasio, dos minerales relacionados con la relajación muscular», prosigue Rivero. ¿Y dónde los podemos encontrar?: en frutos secos, en el aguacate, en las semillas de calabaza y





de girasol, en el plátano (sí, el gran aliado del sueño) y en vegetales de hoja verde.

Hasta aquí lo de comer... pero ¿y lo de beber? Vamos a empezar con un mito: el alcohol. «Pese a que da somnolencia no es un buen aliado, fragmenta mucho el sueño y no nos ayuda a descansar» advierte Álvarez desde la SES. Así que va-

mos a ir a por otras bebidas. «Las infusiones con hierbas que tienen propiedades calmantes son muy recomendables. La lavanda porque reduce la ansiedad, la manzanilla porque reduce el estrés y promueve la relajación, la tila y la valeriana también calman al sistema nervioso, incluso la pasiflora», relata Rivero. Eso sí, ojo con la cantidad, advierte la coordinadora del grupo de Insomnio de la SES. Si abusamos de cualquier líquido nuestra vejiga nos acabará despertando para que la vacíen.

«Hasta aquí lo de comer... pero ¿y lo de beber? Vamos a empezar con un mito: el alcohol. «Pese a que da somnolencia no es un buen aliado, fragmenta mucho el sueño y no nos ayuda a descansar» advierte Álvarez desde la SES. Así que va-

LAS RECETAS PARA PASAR UNA BUENA NOCHE

Ahora que ya sabemos qué alimentos conviene tener en casa, llega la hora de poner en práctica las recetas. Aquí, algunas ideas de la Fundación Alícia y AdSalutem, Instituto del Sueño de Barcelona, que han elaborado su propia guía: 'Dime qué comes y te diré cómo duermes' (Ed. Cúpula).

Paté de bonito

90 g de bonito en conserva
30 g de queso fresco
200 g de garbanzos cocidos
50 g de agua
Aceite de oliva virgen
Hierbas provenzales
Sal
Pimienta

Lava la legumbre y ponla en un bol. Añade la conserva de bonito también escrurrada y el resto de ingredientes. Lo trituramos todo con la batidora hasta que consigamos una mezcla homogénea.

Tostadas crujientes de semillas

2 cucharadas soperas de semillas de chía
2 de semillas de lino
2 de pipas de calabaza
2 de pipas de girasol
150 g de claras de huevo
Hierbas provenzales

Mezclamos todos los ingredientes en un bol y dejamos reposar en la nevera durante 30 minutos. Cuando la masa adquiera una textura viscosa, la estiramos sobre una bandeja hasta que forme un placa fina. Despues, la horneamos durante unos 30 o 40 minutos a 160º, hasta que esté crujiente. Al cabo de ese tiempo, cuando esté en su punto, la sacamos, dejamos que enfrie y la cortamos o rompemos en trozos grandes que podremos usar para un picoteo.

Coliflor encurtida

1 coliflor
300 ml de vinagre
750 ml de agua
80 gramos de sal
Pimienta
2 hojas de laurel
Media cucharada de azúcar

Mezclamos el vinagre y el agua en un cazo. Lo calentamos junto a la sal, el azúcar y las especias. Dejamos reposar hasta que enfrie para que infuse. Mientras tanto, lavamos y cortamos la coliflor en ramilletes y los ponemos en unos tarros. Los llenamos con la mezcla de vinagre, agua y aromáticos, lo tapamos con papel de horno y su tapa. Se conservan en la nevera entre dos y tres semanas.

Infusión de hibisco fría

2 cucharadas de flores de hibisco secas
4 tazas de agua
1 naranja en rodajas
Endulzante
Hielo

Hervimos el agua y añadimos las flores secas. Dejamos reposar 10 minutos y colamos. Luego añadimos el endulzante, si queremos. Puede ser miel, sirope de ágave, etc. Dejamos enfriar y le añadimos las rodajas de naranja. Lo servimos con hielo

'Golden milk'

2 tazas de bebida vegetal o de leche
1 cucharadita de cúrcuma en polvo
1/2 cucharadita de canela en polvo
1/4 cucharadita de jengibre en polvo
Una pizca de pimienta

Calentamos la leche o la bebida vegetal y le añadimos las especias. Removemos hasta que esté todo bien mezclado. Debemos mantenerlo al fuego, pero sin que hierva. Se sirve caliente y se le puede echar endulzante si se desea.

Sopa de melón y cerezas

Medio melón
100 g de cerezas
Menta fresca al gusto
1 limón

Cortamos el melón en trozos y le quitamos la piel y las pepitas. Lo trituramos junto con el zumo del limón (si queda muy espeso, añadimos agua). Por otro lado, deshuesamos las cerezas y las ensartamos en brochetas. Servimos la sopa de melón, espolvoreamos con la menta y ponemos la brocheta encima.

Boniatos al horno con hierbas y queso fresco

2 boniatos medianos
4 cucharadas de aceite de oliva
2 cucharadas de hierbas frescas (perejil, cilantro o albahaca)
200 g de queso fresco
Sal
Pimienta

Pelamos y cortamos los boniatos en cubos y los ponemos en un recipiente con un poco de aceite de oliva, dos cucharadas de agua, sal y pimienta. Lo tapamos y lo llevamos al microondas 4 o 5 minutos a máxima potencia hasta que estén cocidos (a media cocción para y remueve). Los servimos en un plato y lo aliñamos con las hierbas frescas, más aceite y el queso fresco desmenuzado. También puedes batirlo y aliñarlo para hacer una salsa y mojar los cubos en ella.

Pinchos de pollo con yogur y pimentón

500 g de pechuga de pollo
1 yogur natural
1 cucharada de pimentón
1 cucharada de zumo de limón
Aceite de oliva
Sal
Pimienta

Cortamos el pollo a dados y lo ponemos en un bol con la mezcla de yogur, pimentón, pimienta, sal y zumo de limón. Lo dejamos marinar al menos 30 minutos. Cuanto más tiempo, más sabor cográ. Luego ensartamos la carne en brochetas y las freímos a la plancha o en una sartén. Las giramos para que se hagan por todos lados. Recuerda que la carne tiene que cocinarse completamente antes de consumirla para evitar infecciones como la triquinosis.



Qué comer y qué beber para dormir bien.

Antes de buscar soluciones más drásticas, conviene saber qué alimentos podrían ayudarnos a descansar mejor

JULIA FERNÁNDEZ



No hay peor pesadilla que dormir mal noche tras noche. En España, hay más de 12 millones de personas en esta situación, dice la Sociedad Española de Neurología. Y muchos acuden al médico en busca de algún remedio milagroso que les ayude a conciliar o mantener el sueño. Sin embargo, desconocen que hay otras cosas con muchos menos efectos secundarios que podrían hacer antes para ver si consiguen revertir la situación.

Una de ellas tiene que ver con lo que comemos. Se trata de un campo en el que se está investigando mucho en los últimos años y si, han encontrado evidencia científica en que nuestra dieta influye en cómo dormimos. «Impacta de diferentes maneras. Algunas sustancias, como las metilxantinas, dificultan el sueño y otros nutrientes son vitales para la síntesis de la melatonina. Además, la forma de comer modula la microbiota intestinal y hay investigaciones que sugieren que esto es importante también», señala Ramón de Cangas, dietista-nutricionista de la Academia Española de Nutrición y Biólogo. Es algo que, en parte, ya sabían nuestras abuelas cuando nos daba el vaso de leche tibia antes de irnos a la cama, pero que ahora los investigadores están demostrando.

«La relación entre la comida y el sueño es un poco ni contigo ni

CONSEJO DE EXPERTO

¿Otro biberón al niño porque no duerme?

Cuando nosotros los adultos cenamos de más acabamos con reflujo nocturno que nos impiden el sueño y no se nos ocurriría ir a la cocina en busca de más alimentos. Entonces, ¿por qué ante un niño que no acaba de dormirse le damos otro biberón? « Nunca caemos en esto, pero también pasa», señala Ainhoa Álvarez, coordinadora del grupo de trabajo de Insomnio de la Sociedad Española del Sueño. «Lo hacemos pensando que funciona pero es un mito. A lo mejor lo que estamos haciendo es empeorar la situación porque acaba con dolor de tripa». Así que pensémoslo dos veces antes de caer en este discutible truco.

si ti», acompaña Ainhoa Álvarez, coordinadora del grupo de trabajo de Insomnio de la Sociedad Española del Sueño (SES). No podemos irnos a la cama con el estómago vacío porque no podremos conciliar el sueño, pero tampoco con él a reventar porque acabaremos con dolores y reflujo que nos despertarán en mitad de la noche, si no es antes.

Eso es lo primero que tenemos que tener claro. ¿Lo segundo? Sin entrar todavía en el menú ideal, «hay que cenar al menos dos ho-

ras antes de irnos a acostar», prosigue la doctora. «Son cosas que no suenan a nuevo, pero luego en consulta te encuentras a gente que no lo pone en práctica hasta que tiene problemas y es cuando nota sus beneficios».

Con estas dos cosas bien claras, ahora vamos a ir a lo que tenemos que ponernos en el plato. «Lo más interesante es incorporar ciertos nutrientes que nos ayuden a relajar el organismo y regular el ciclo del sueño, como el triptófano: hay que buscar alimentos ricos en él», señala Elena Rivero, del centro Sarai Alonso Nutricionista. «Se trata de un aminoácido esencial que nosotros no producimos, sino que tenemos que tomarlo con la alimentación y que cuando hay luz se convierte en serotonina y cuando hay oscuridad, en melatonina, la hormona del sueño», continua Álvarez.

Así que si hacemos una cena rica en este nutriente es posible que nuestra calidad del sueño mejore.

Veamos, por tanto, dónde encontrarlo. ¿Te acuerdas del vaso de leche de la abuela? Pues sí, ahí lo encuentras porque los lácteos son ricos en él, coinciden los expertos. «Y también en el plátano y las legumbres», precisa la nutricionista. Aunque ojo, porque una cosa es que lo tenga y otro que nos convenga. «Yo, en el caso de las legumbres, me lo pensaría porque nos pueden dar gases y, por tanto, problemas que nos impidan dormir bien», aconseja la coordinadora del grupo de Insomnio de la SES. Y si optas por incluir queso, evita los grasos: «Los

alimentos ricos en grasas hacen que el vaciado gástrico sea más lento y las digestiones más pesadas, lo que dificulta conciliar el sueño», añade Cangas.

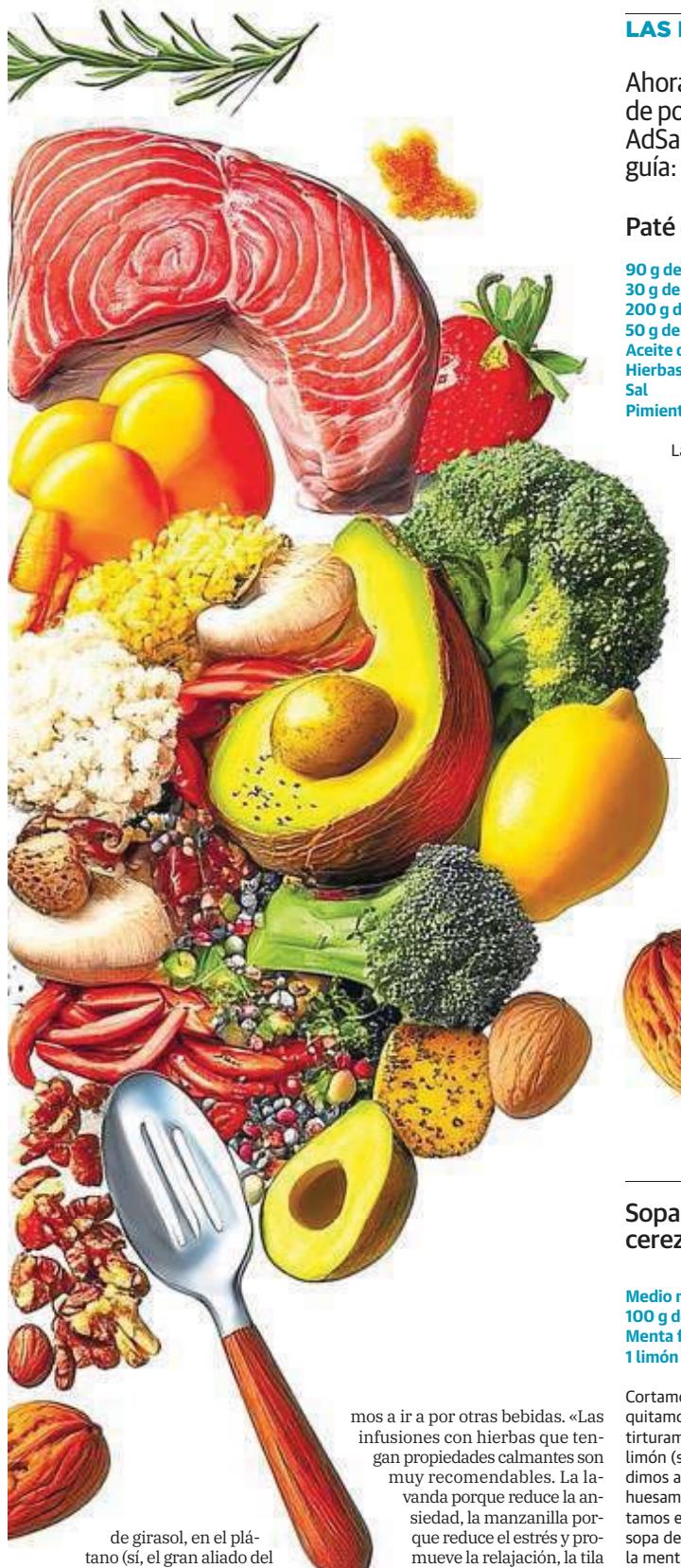
Otro nutriente interesante para las cenás es la melatonina. «La encontramos en cantidad suficiente en frutos secos como las nueces y las almendras, otra vez en el plátano y en la avena», enumera Rivero. Esta última, además, forma parte de esos carbohidratos de absorción lenta que también podemos meter en el menú. ¿Y qué hay de las proteínas? Canga recomienda «el pollo, los huevos y el pescado, sobre todo el azul, que es buena fuente de omega 3 de cadena larga». Caballa y sardinas serán nuestros aliados junto al salmón. «También podemos incluir ternera y cerdo, fuentes de zinc, un ele-

mento asociado a la calidad y la duración de sueño, aunque con una evidencia menor que los anteriores».

¿Infusiones? Sí, con medida

Más cosas que podemos hacer a partir de las 18.00, que es la frontera para empezar a eliminar cualquier excitante de la dieta: «Aumentar la ingesta de alimentos ricos en magnesio y en potasio, dos minerales relacionados con la relajación muscular», prosigue Rivero. ¿Y dónde los podemos encontrar?: en frutos secos, en el aguacate, en las semillas de calabaza y





de girasol, en el plátano (sí, el gran aliado del sueño) y en vegetales de hoja verde.

Hasta aquí lo de comer... pero ¿y lo de beber? Vamos a empezar con un mito: el alcohol. «Pese a que dormir no es un buen alia-dor, fragmenta mucho el sueño y no nos ayuda a descansar», advierte Álvarez desde la SES. Así que va-

mos a ir a por otras bebidas. «Las infusiones con hierbas que tienen propiedades calmantes son muy recomendables. La lavanda porque reduce la ansiedad, la manzanilla porque reduce el estrés y promueve la relajación, la tila y la valeriana también calman al sistema nervioso, incluso la pasiflora», relata Rivero. Eso sí, ojo con la cantidad, advierte la coordinadora del grupo de Insomnio de la SES. Si abusamos de cualquier líquido nuestra vejiga nos acabará despertando para que la vacíemos.

LAS RECETAS PARA PASAR UNA BUENA NOCHE

Ahora que ya sabemos qué alimentos conviene tener en casa, llega la hora de poner en práctica las recetas. Aquí, algunas ideas de la Fundación Alícia y AdSalutem, Instituto del Sueño de Barcelona, que han elaborado su propia guía: 'Dime qué comes y te diré cómo duermes' (Ed. Cúpula).

Paté de bonito

**90 g de bonito en conserva
30 g de queso fresco
200 g de garbanzos cocidos
50 g de agua
Aceite de oliva virgen
Hierbas provenzales
Sal
Pimienta**

Lava la legumbre y ponla en un bol. Añade la conserva de bonito también escrurrada y el resto de ingredientes. Lo trituramos todo con la batidora hasta que consigamos una mezcla homogénea.

Tostadas crujientes de semillas

**2 cucharadas soperas de semillas de chía
2 de semillas de lino
2 de pipas de calabaza
2 de pipas de girasol
150 g de claras de huevo
Hierbas provenzales**

Mezclamos todos los ingredientes en un bol y dejamos reposar en la nevera durante 30 minutos. Cuando la masa adquiera una textura viscosa, la estiramos sobre una bandeja hasta que forme un placa fina. Despues, la horneamos durante unos 30 o 40 minutos a 160º, hasta que esté crujiente. Al cabo de ese tiempo, cuando esté en su punto, la sacamos, dejamos que enfrie y la cortamos o rompemos en trozos grandes que podremos usar para un picoteo.

Coliflor encurtida

**1 coliflor
300 ml de vinagre
750 ml de agua
80 gramos de sal
Pimienta
2 hojas de laurel
Media cucharada de azúcar**

Mezclamos el vinagre y el agua en un cazo. Lo calentamos junto a la sal, el azúcar y las especias. Dejamos reposar hasta que enfrié para que infuse. Mientras tanto, lavamos y cortamos la coliflor en ramilletes y los ponemos en unos tarreros. Los llenamos con la mezcla de vinagre, agua y aromáticos, lo tapamos con papel de horno y su tapa. Se conservan en la nevera entre dos y tres semanas.

Infusión de hibisco fría

**2 cucharadas de flores de hibisco secas
4 tazas de agua
1 naranja en rodajas
Endulzante
Hielo**

Hervimos el agua y añadimos las flores secas. Dejamos reposar 10 minutos y colamos. Luego añadimos el endulzante, si queremos. Puede ser miel, sirope de agave, etc. Dejamos enfriar y le añadimos las rodajas de naranja. Lo servimos con hielo

'Golden milk'

**2 tazas de bebida vegetal o de leche
1 cucharadita de cúrcuma en polvo
1/2 cucharadita de canela en polvo
1/4 cucharadita de jengibre en polvo
Una pizca de pimienta**

Calentamos la leche o la bebida vegetal y le añadimos las especias. Removemos hasta que esté todo bien mezclado. Debemos mantenerlo al fuego, pero sin que hierva. Se sirve caliente y se le puede echar endulzante si se desea.

Sopa de melón y cerezas

**Medio melón
100 g de cerezas
Menta fresca al gusto
1 limón**

Cortamos el melón en trozos y le quitamos la piel y las pepitas. Lo Trituramos junto con el zumo del limón (si queda muy espeso, añadimos agua). Por otro lado, deshuesamos las cerezas y las ensartamos en brochetas. Servimos la sopa de melón, espolvoreamos con la menta y ponemos la brocheta encima.

Boniatos al horno con hierbas y queso fresco

**2 boniatos medianos
4 cucharadas de aceite de oliva
2 cucharadas de hierbas frescas (perejil, cilantro o albahaca)
200 g de queso fresco
Sal
Pimienta**

Pelamos y cortamos los boniatos en cubos y los ponemos en un recipiente con un poco de aceite de oliva, dos cucharadas de agua, sal y pimienta. Lo tapamos y lo llevamos al microondas 4 o 5 minutos a máxima potencia hasta que estén cocidos (a media cocción para y remueve). Los servimos en un plato y lo aliñamos con las hierbas frescas, más aceite y el queso fresco desmenuzado. También puedes batirlo y aliñarlo para hacer una salsa y mojar los cubos en ella.

Pinchos de pollo con yogur y pimentón

**500 g de pechuga de pollo
1 yogur natural
1 cucharada de pimentón
1 cucharada de zumo de limón
Aceite de oliva
Sal
Pimienta**

Cortamos el pollo a dados y lo ponemos en un bol con la mezcla de yogur, pimentón, pimienta, sal y zumo de limón. Lo dejamos marinarn al menos 30 minutos. Cuanto más tiempo, más sabor cogerá. Luego ensartamos la carne en brochetas y las freímos a la plancha o en una sartén. Las giramos para que se hagan por todos lados. Recuerda que la carne tiene que cocinarse completamente antes de consumirla para evitar infecciones como la triquinosis.