

19 Agosto, 2024

Carmen Navarro, neuropatóloga

“Las enfermedades neuronales desestructuran las familias” PÁG. 6





19 Agosto, 2024

CARMEN NAVARRO

Neuropatóloga referente en enfermedades neuromusculares

"LAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES DESESTRUCTURAN LA VIDA DE LA FAMILIA"

R. SUÁREZ, VIGO
 rsuarez@atlantico.net

La Asociación Gallega contra las Enfermedades Neuromusculares (ASEM), que dirige el vigués Manuel Rego, cumple 30 años y lo celebrará el 28 de septiembre con un acto en la Cidade da Cultura. Las enfermedades neuromusculares son generalmente progresivas, discapacitantes y afectan a la capacidad motora pero no a la cognitiva. El colectivo de pacientes contó en su andadura con el asesoramiento incondicional de la doctora Carmen Navarro, quien a su vez destaca la implicación de los doctores Arturo Fraga, Julio Pardo y José María Fernández, entre otros. Carmen Navarro es una neuropatóloga que completó su formación en universidades de EEUU, Inglaterra y Amberes y que cuando trabajaba en el Hospital Vall d'Hebron detectó el primer caso de sida en España y fue la primera en relacionar el virus del VIH con una infección cerebral por toxoplasmosis. Ya entonces formaba parte del comité de expertos de la Asociación Española contra las Miopatías. Llegó a Vigo cuando abrió el Meixoeiro para convertirse en jefa del servicio de Anatomía Patológica y dejó huella porque creó el Instituto de Investigación Biomédica, del que fue directora científica durante años, y abrió el banco de tejidos (hoy dirigido una discípula suya, Susana Teijeira), además de convertir al hospital vigués en centro de referencia para las enfermedades por priones. A día de hoy está jubilada, pero mantiene su colaboración con ASEM. Navarro recibió el premio Wonenburger a la mejor investigadora gallega en 2010.

¿Cómo colabora con ASEM?

Hay un trabajo de base y un trabajo que va cambiando según las acciones que surgen. Manuel Rego es un trabajador incansable y siempre con ideas nuevas. Como trabajo de base desde hace tres años tenemos relación con otras asociaciones europeas, fundamentalmente con la Asociación Francesa contra las Miopatías con la que tenemos

un convenio para traducir publicaciones científicas para ASEM España que son de interés para los médicos, pacientes y familiares. Esto nos da ideas para introducir nuevas herramientas, como la tarjeta de emergencia sanitaria para enfermedades neuromusculares.

¿Cuáles son las novedades?

Las enfermedades neuromusculares son raras y no todos médicos las conocen con profundidad. Un paciente que llega a Urgencias con esta tarjeta lleva información sobre la enfermedad concreta que padece, las contraindicaciones medicamentosas o las indicaciones de tratamiento. Está aprobada por la Sociedad Española de Neurología y se distribuirá a los médicos para que se la den a los pacientes. También hicimos un kit de Urgencias, que es la relación de documentos y cosas que tienen que llevar estos pacientes cuando van a Urgencias.

¿Qué otro trabajo de base realiza?

Las reuniones con expertos, la asistencia a congresos y desde el punto de vista más local colaboro en la organización de jornadas científicas y en el asesoramiento a los pacientes, en cualquier cosa que surja y que necesite la valoración de un experto. Una de las funciones es informar desde el punto de vista científico sobre tratamientos "milagrosos" para enfermedades de difícil cura y que movilizan a pacientes y familiares, incluso con recolectas para poder viajar a otros países.

¿Cómo impacta esta enfermedad en pacientes y familiares?

Son enfermedades que tienen una gran repercusión personal, social y laboral porque generalmente disminuyen la capacidad motora y obliga a cambiar el tipo de vida, requiere unos cuidados y unas adaptaciones. Desgraciadamente en España no existen facilidades suficientes para estos pacientes y familiares, el cuidado recae en uno o más miembros de la familia, normalmente una mujer que deja el trabajo para dedicarse a esto. Realmente desestructura la vida personal, social y laboral de la familia.

¿Qué papel ejerce la asociación?



Navarro fue jefa de Anatomía Patológica en el Meixoeiro.

LAS FRASES

✓ "Tenemos un convenio con la Asociación Francesa contra las Miopatías para traducir publicaciones científicas que son de interés para los médicos, pacientes y familiares"

✓ "La tarjeta de emergencia sanitaria ya fue aprobada por la Sociedad Española de Neurología y permitirá mejorar la atención de estos pacientes cuando acudena Urgencias"

✓ "Sería interesante que la ley de dependencia abordase con más énfasis las enfermedades neuromusculares"

✓ "Las unidades de enfermedades neuromusculares permiten un diagnóstico y un tratamiento más temprano"

Tiene un papel muy importante en dos aspectos. Por una parte la conexión con pacientes que tienen la misma enfermedad o similar para contrastar experiencias y por otro lado los servicios que ofrece como trabajadores sociales, fisioterapia, apoyo psicológico, de terapia ocupacional. Son servicios que ofrece el sistema público de salud pero a nivel insuficiente y ASEM hace una labor importante para cubrir estas necesidades.

¿Tienen ayudas de dependencia?

La ley de dependencia supone un avance muy importante, pero es deficitaria porque se dirige sobre todo a personas mayores con discapacidad cognitiva. Sería intere-

sante que hiciese más énfasis en las enfermedades neuromusculares y en otras enfermedades raras que necesitan de asistencia domiciliaria y otro tipo de apoyos que ahora recaen en la familia.

¿Es correcto el abordaje actual?

En España hay siete CSUR (Centros, Servicios y Unidades de Referencia) para estas enfermedades (Barcelona, Sevilla, Valencia, Madrid, País Vasco) que tienen la acreditación del Instituto de Salud Carlos III porque cumplen unos requisitos asistenciales, de investigación y docencia. Tienen un enfoque multidisciplinar ya que se necesitan varios especialistas para el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades. Hay que tener en cuenta que estos pacientes pueden tener una trayectoria de 7, 15 o incluso años hasta que llegan a un diagnóstico, mientras que en un centro de este tipo se consigue de forma mucho más precoz. Además existen las unidades de enfermedades neuromusculares en los hospitales, que no requieren de unos baremos tan altos pero permiten atender de forma específica a estos pacientes con la participación de distintas especialidades. Aunque suponga un esfuerzo en recursos humanos, a medio y largo plazo ahorra costes al sistema y el paciente va a estar mejor atendido.

En el Cunqueiro hay una unidad de enfermedades raras. ¿Qué opina?

Está bien, pero sería maravilloso crear un apéndice dentro de esa unidad dedicado a las neuromusculares, porque son el 20% de las enfermedades raras. ■



GASTARÁS MÁS

Evita comprar por la noche: puede ser peligroso

¿Solo tienes las últimas horas del día para comprar por internet? Pues evítalo porque el cansancio y la somnolencia hacen que, por la noche, aumente el riesgo de comprar de más.

● **Peores consumidores.** Y es que, "en el control de impulsos está implicada un área cerebral (...) muy vulnerable a la falta de sueño", explica Ana Fernández Arcos, Coordinadora del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y el Sueño de la Sociedad Española de Neurología.



23 Agosto, 2024



El alzhéimer fue detectado por primera vez en 1906

El primer fármaco que retrasa el alzhéimer aterriza en Europa

► Reino Unido da luz verde al lecanemab, pero no lo autoriza para la Seguridad Social por su alto coste y sus efectos secundarios

Daniel Postico. LONDRES

El lecanemab, el primer fármaco capaz de ralentizar la progresión de la fase inicial del alzhéimer, ha sido aprobado en Reino Unido, pero no para ser recetado en la sanidad pública. El regulador de los medicamentos británico (MHRA) lo autorizó, pero el regulador de la salud (NICE), encargado del gasto sanitario, lo ha descartado para la Se-

guridad Social por considerar que los beneficios «son demasiado pequeños para justificar los costes» para el contribuyente.

También porque debe ser administrado cada dos semanas y controlado periódicamente y por los efectos secundarios, que van desde mareos y confusión a hinchazón y pequeñas hemorragias cerebrales. Por el momento solo podrá ser recetado de forma privada y solo unos pocos podrán pagarlo. Toda-

vía no se ha fijado un precio en el Reino Unido, pero cuesta 20.000 libras (unos 23.500 euros) anuales en los Estados Unidos.

El lecanemab, cuyo nombre comercial es Leqembi, reduce las placas de la proteína beta amiloide que se van depositando en el cerebro. Las proteínas beta amiloides desempeñan un papel clave en el desarrollo de la enfermedad. Se administra dos veces al mes por vía intravenosa y en los ensayos

Más de 800.000 personas lo sufren en España

► La enfermedad fue detectada por primera vez en 1906 por el médico alemán Alois Alzheimer en una mujer de 50 años. En estos momentos hay cerca de un millón de personas que tiene demencia en el Reino Unido, una de cada once mayores de 65 años. Se prevé que haya 1,4 millones de ciudadanos con demencia en 2040 por el incremento de la esperanza de vida. Unas 800.000 padecen la enfermedad de Alzheimer en España, según estimaciones de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Según esta sociedad científica, concentra el 60% de los casos de demencia y cerca del 30% de los casos no están diagnosticados. El alzhéimer es la forma más común de demencia y la principal causa de muerte en Reino Unido, con el 10% de todas las defunciones. Por tanto, encontrar un fármaco eficaz marcará una gran diferencia.

clínicos ralentizó el deterioro cognitivo en un 27% en pacientes en etapa temprana de alzhéimer durante los primeros dieciocho meses. El fármaco no es una cura ni previene la enfermedad, solo la ralentiza.

Había muchas expectativas de que finalmente fuera autorizado para la sanidad pública. El rechazo ha supuesto un golpe para sus fabricantes, la farmacéutica japonesa Eisai y la firma biotecnológica estadounidense Biogen. El fármaco fue repudiado por el regulador europeo el mes pasado, pero está aprobado en Estados Unidos, Japón, China, Hong Kong, Corea del Sur e Israel. Reino Unido se ha convertido en el primer país europeo en aprobarlo.

«Es un tratamiento intensivo que implica una visita al hospital cada dos semanas con personal especializado que los controla para detectar signos de efectos secundarios graves, además del alto coste de la compra del medicamento», expli-

có Samantha Roberts, directora ejecutiva del regulador NICE, justificando el rechazo del fármaco. Eso sí, afirmó que «este es un campo nuevo y emergente de la medicina que sin duda se desarrollará rápidamente».

Por su parte, Hilary Evans-Newton, directora ejecutiva de Alzheimer's Research UK, la principal organización benéfica dedicada al estudio del alzhéimer en el país, calificó la decisión de «agridulce». «Es un logro notable que la ciencia esté ofreciendo ahora tratamientos autorizados que pueden ralentizar los efectos devastadores del alzhéimer, sin embargo, está claro que nuestro sistema de salud no está listo para adoptar esta nueva ola de medicamentos», lamentó.

Punto de partida

Se estima que unas 70.000 personas en Inglaterra habrían sido elegibles para el tratamiento. Para evaluar la elegibilidad de un paciente, se deben medir los niveles de amiloide en el cerebro mediante una tomografía por emisión de positrones (TEP), que es un escáner cerebral, o mediante una punción lumbar, métodos de diagnóstico que solo se utilizan en el campo de la investigación y que, portanto, están al alcance de unos pocos.

Tampoco son elegibles las personas que tomen anticoagulantes ni las portadoras de dos copias de la apolipoproteína E4 (ApoE4), que es el gen más común que se vincula al alzhéimer. Tener un gen APOE e4 duplica o triplica el riesgo de tener alzhéimer. Tener dos, uno de la madre y otro del padre, multiplica por ocho y por doce el riesgo de tener la enfermedad. Un 15% de los humanos son portadores de dos copias del gen APOE4.

«La autorización de medicamentos que cumplan con los estándares aceptables de seguridad, calidad y eficacia es una prioridad clave para nosotros –declaró Julian Beach, director ejecutivo interino del regulador MHRA, que ha autorizado el fármaco–. Mantendremos su seguridad bajo estrecha vigilancia para controlar la relación riesgo-beneficio del lecanemab en el uso clínico».

Algunos voluntarios con alzhéimer que han participado en los ensayos han descrito los enormes beneficios que han sentido al tomar el medicamento y lamentan la decisión. Los investigadores están convencidos de que este no es el final del trayecto, sino el punto de partida para seguir buscando el medicamento que frena esta enfermedad. Al menos, dicen, se ha demostrado que el alzhéimer no es imparabile.



LA TERAPIA QUE FRENÓ EL PÁRKINSON DE DAMIAN: "YA PUEDO HACERME UN CAFÉ"

Neurología. El uso de una nueva infusión terapéutica revoluciona el tratamiento para la forma más avanzada de esta alteración neurodegenerativa, cuando los fármacos habituales ya no bastan para controlar los síntomas

Por **Shanit Pérez** (Madrid)

Soy el único de mi familia que tiene párkinson, una enfermedad puede afectar a cualquiera. A mí me vino totalmente de la nada». Cuenta a *Papel* Damian Gath (52 años, Reino Unido) y explica con alegría cómo gracias a un nuevo tratamiento que le ha devuelto la mayoría de sus facultades físicas y verbales después de luchar con los síntomas de la neurodegeneración durante más de 10 años.

Gath se sometió a un tratamiento de última generación en Sherwood Forest (Inglaterra), el primer hospital de East Midlands en ofrecer produodopa: una infusión terapéutica que se administra a través de una bomba portátil bajo la piel para pacientes con párkinson en fase avanzada. Es como una bomba de insulina, que de forma continua

administra el fármaco al paciente.

«Siempre he sido una persona muy activa, muy deportista», dice Damian. «Un día pensé que había sufrido una lesión en el gimnasio, que a lo mejor me había pinzado un nervio en el hombro. No podía agarrar nada con la mano derecha, se me caían las cosas», lamenta mientras enumera las acciones para las que había perdido facultades. «No podía escribir, no podía sujetar un boli, se me caían los vasos de té... Eso me hizo pensar en un nervio lesionado. Fui al médico para una revisión, entonces me diagnosticaron párkinson».

En esta enfermedad las partes del cerebro se dañan progresivamente a lo largo de muchos años. Según la Sociedad Española de Neurología (SEN) los principales síntomas son «movimientos

involuntarios o incontrolables, como temblores, rigidez y dificultad con el equilibrio y la coordinación».

Los síntomas empeoran con el tiempo y a medida que avanza la enfermedad el paciente puede verse afectado al realizar actividades de movilidad o de comunicación. Asimismo, «afecta al ánimo, al sueño, afecta la memoria, el intestino, y la orina», explica a este diario la doctora Rocio García-Ramos, de la unidad de trastornos del movimiento del Hospital Clínico San Carlos y miembro de la SEN.

El nuevo tratamiento con produodopa se indica a los pacientes con enfermedad de Párkinson avanzada que experimentan cambios graves en su capacidad de movimiento, y para quienes los demás medicamentos ya no ofrecen un alivio suficiente. Este fármaco es una nueva forma de la levodopa (un precursor de la dopamina), desarrollado para mejorar la eficacia. En nuestro país hay unos 150.000 afectados, pero solo «un 30% sería candidato a este tipo de terapias» No obstante, no es la única opción, «tenemos la cirugía y bombas intraduodenales, entre otros».

García-Ramos explica que con este tratamiento «han conseguido hacer que sea una infusión subcutánea. Se pasa el profármaco con una aguja fina que se deja puesta de manera continua las 24 horas. La ventaja es que, al hacerle una administración continua subcutánea, el paciente siempre tiene levodopa en sangre y siempre tiene una situación motora más o menos estable».

La levodopa en el cerebro se metaboliza en dopamina. Una vez que «la molécula pasa la barrera hematoencefálica, llega a las neuronas del cerebro y ahí se metaboliza como dopamina», detalla la neuróloga española sobre el proceso de funcionamiento del tratamiento. Como detalla a este medio el médico que trata a Damian, Nishantha Silva, especialista en la enfermedad de Párkinson del hospital Sherwood, «en su control su surgieron dificultades debido a las complicaciones derivadas de la progresión y a los efectos adversos del tratamiento durante los dos últimos años». Al tiempo,

Nishantha Silva, junto a Damian Gath y su esposa y la doctora Samantha Haynes.
SHERWOOD HOSPITAL

Silva agradece que haya respondido bien al tratamiento. «Todavía estamos afinando algunos ajustes en su infusión, y sigo confiando en que seremos capaces de mantener una buena calidad de vida para él en los próximos años».

Damian ha estado bajo el cuidado de Sherwood Forest Hospitals desde 2016. Su estado de salud había empeorado hasta el punto en que necesitaba tomar cuatro medicamentos orales diferentes, seis veces al día, para controlar los movimientos involuntarios que complicaban sus tareas cotidianas.

Estos movimientos convertían actividades simples en extremadamente difíciles. Damian reconoce que la recuperación requiere tiempo, «mi día a día no ha cambiado mucho». Pero lo cierto es que sí: «Ahora puedo hacer con seguridad una taza de café y té siempre que quiero, puedo sostener un cuchillo y comer normalmente, cosas que no podía hacer en los últimos tres o cuatro años. Mi habla ha mejorado mucho [algo que comprobamos a través de la pantalla en una videollamada]».

Con todo, los expertos dejan claro que todavía no hay una cura, solo terapias mejoran los síntomas. «Es importante reconocer que ninguno de los medicamentos disponibles actualmente tiene efectos modificadores de la enfermedad», dice Silva. Sin embargo, «hemos logrado avances significativos en un mejor control de la enfermedad y en la mejora de la calidad de vida. Aunque produodopa no ofrece beneficios adicionales, se recomienda para pacientes resistentes al resto de terapias disponibles», aclara Silva.

Aunque la enfermedad suele presentarse a partir de los 60 años, la portavoz de la SEN destaca que hay un 10% de casos que «empiezan en personas menores de 45 años. La mitad de la vida se les parte por una enfermedad que ya va a ser discapacitante y crónica para el resto de su vida», indica García-Ramos

El paciente recuerda que sufría un «dolor considerable durante la noche», lo que le impedía dormir o incluso darse la vuelta en la cama. «Llevo ocho semanas que puedo dormir bien, no he tenido temblores, ni dolor, ni molestias y ni los calambres que solía tener durante tres años», cuenta Damian.

Al tiempo, reconoce que, aunque sobrellevar su enfermedad no ha sido nada fácil, «mantener una actitud positiva» ha sido importante y todo gracias a su familia. «Si soy honesto, había momentos, sobre todo por las noches, que después de no haber dormido durante tres años, te preguntas cuánto tiempo más puedes seguir así», concluye Damian.



No podía usar cubiertos ni prepararse una taza de té o café por la falta de control de sus movimientos.
SHERWOOD HOSPITAL



31 Agosto, 2024

EJERCICIOS

SUEÑO DE CALIDAD: RUTINAS PARA LOGRARLO

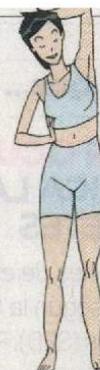
La Sociedad Española de Neurología (SEN) calcula que entre un 20 y un 48% de la población adulta española sufre en algún momento dificultad tanto para iniciar como para mantener el sueño, pero esta cifra podría ser mucho mayor. El yoga podría ser de gran ayuda en estos casos, ya que según la Fundación Nacional del Sueño estadounidense, ayuda a las personas con insomnio ocasional a dormir más profundamente y a volver a dormirse en caso de despertarse durante la noche.

La mejor hora. Lo ideal es realizar la actividad física por la mañana o a media tarde, ya que a medida que se acerca la hora de acostarse hay que ir bajando la actividad si se busca favorecer el sueño. Sin embargo, esta rutina de ejercicios de yoga se puede practicar a cualquier hora, incluso antes de ir a dormir.

Cuestión de tiempo. Cada postura (asana) se debe mantener al menos 1 minuto, si bien lo ideal es prolongarla hasta 3 minutos. ■



1 De pie, ir bajando el tronco hacia delante flexionando ligeramente las rodillas y con los brazos relajados y estirados hasta tocar el suelo.



2 De pie, lleva el brazo izquierdo por encima de la cabeza y coloca la mano sobre la oreja derecha. Inclina el torso hacia ese lado. Repite dos o tres veces a cada lado.

3 Sentada, dobla las rodillas a los lados colocando las plantas de los pies una frente a la otra. Inclina el torso hacia delante e inspira y expira profundamente varias veces.



4 De rodillas en el suelo, apoya las manos y la frente en el suelo. Lleva el brazo izquierdo por debajo del cuerpo, rotando el torso, hacia el lado derecho. Repite hacia el otro lado.





'JUBILARSE' COMO CONDUCTOR: MÁS TEST PARA EVALUAR SI HAY QUE DEJAR LAS LLAVES

Neurología. Pruebas más exhaustivas y sistemáticas podrían permitir detectar signos de deterioro cognitivo y distintos patrones de conducción no segura en personas mayores que quieren renovar su licencia para manejar un coche

Por **Naiara Brocal** (Madrid)

Con el aumento de la esperanza de vida, la proporción de conductores mayores de 65 años se ha ido incrementando en los últimos años. Ese envejecimiento de la población eleva a su vez la prevalencia del deterioro cognitivo y de la demencia. Por ello, la conducción es un asunto que debería abordarse habitualmente en las consultas de neurología y atención primaria, algo que no sucede tan a menudo como debería, tal y como señala Isabel Sala, neuropsicóloga de la Unidad de Memoria del Servicio de Neurología del Hospital Sant Pau de Barcelona. «Mi percepción, por los casos que atendemos en nuestro centro, es que no se explora lo suficiente».

La neuropsicóloga señala que, en los reconocimientos médicos que se practican para la renovación del carnet de conducir, sería conveniente contar con un protocolo de detección precoz que se aplicara de forma sistemática a los conductores mayores de 65

años. Actualmente, aclara, las pruebas que se practican no permiten detectar el deterioro cognitivo, pero «sí existe la indicación de evaluar su presencia en caso de sospecha». En estos casos, deben realizar una evaluación complementaria y, si las dudas permanecen, se recomienda derivar a un especialista «para determinar si la persona es apta o no para conducir».

Sala es la autora del estudio *El proceso de cese de la conducción en personas mayores*, de la Fundación Mapfre y el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona), que recoge datos de entrevistas realizadas a un grupo de casi 50 personas que han experimentado un proceso de cese de la conducción, entre mayores que han acudido a la Unidad de Memoria del Sant Pau y familiares que han vivido esta experiencia con un allegado.

El estudio reveló que la mitad de los familiares del grupo de participantes que había dejado de conducir, pero que aún tenía el carnet vigente, consideraba que no se les tenía que haber renovado. «Esto nos indica que probablemente es necesario disponer de pruebas con mayor validez para detectar patrones de conducción no segura», resalta la investigadora.

«Según los estudios publicados, en la mitad de los casos el cese de la conducción en personas con deterioro cognitivo se produce tres años más tarde de la recomendación del profesional sanitario y la familia considera que la gestión de cese de la conducción resulta complicada. En ocasiones, estas situaciones se producen por una falta de información de cómo proceder», advierte Sala.

Los resultados de la encuesta muestran una discrepancia entre quien dice tomar la iniciativa de dejar de conducir. Si se pregunta a los mayores ex conductores, el 55% afirma haber adoptado la decisión por propia iniciativa y el 45% haber dejado de conducir de manera sugerida o forzada por las personas de su entorno. Sin embargo, cuando se pregunta a los familiares, un 74% asegura que el mayor ha dejado la conducción de forma involuntaria. Entre las causas que esgrimen unos y otros están los problemas cognitivos y el diagnóstico de

Un hombre de mediana edad conduce un vehículo con un acompañante sentado en el asiento del copiloto. EFE

demencia, otros problemas médicos y las dificultades para conducir un vehículo.

«Varios trabajos ponen de manifiesto que el deterioro cognitivo, incluso el clasificado dentro del espectro del deterioro cognitivo leve, aumenta la posibilidad de accidentes de tráfico», advierte Susana Arias, vocal de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Los pacientes con enfermedades neurodegenerativas suelen venir acompañados de familiares que muestran su preocupación acerca del momento de retirada del permiso, y aunque la conducción no tiene porque verse limitada en fases iniciales, si es algo a tener en cuenta a medio plazo», expone la neuróloga.

Arias es una de las autoras del Manual de Neurología y Conducción, de la SEN y la Dirección General de Tráfico (DGT), que aborda la repercusión de las enfermedades neurológicas sobre la obtención y prórroga del carnet de conducir. «El germen de este proyecto surgió de un artículo publicado en *New England Journal of Medicine* que llevaba por título: *Don't Ruin My Life - Aging and Driving in the 21st Century*. En él, un paciente con deterioro cognitivo relataba la terrible experiencia vivida en la consulta con su neuróloga, cuando en una revisión le prohibió volver a conducir».

En el trabajo elaborado por Sala, el 41% de las personas con cese forzoso de la conducción confesó haberlo vivido de forma negativa: «Ya no soy el mismo», «mi familia ya no confía en mí», y «ya no sirvo para nada», son algunos de los sentimientos expresados por estas personas cuando abandonaron el coche. Además, dejar de conducir lleva a la pérdida de independencia y a la obligación de prescindir de actividades habituales. «De alguna manera, ni la Medicina ni la sociedad están preparadas para establecer la esperanza de vida

«Varios estudios señalan que el deterioro cognitivo, incluso si es leve, aumenta el riesgo de accidentes»

«La conducción está entrelazada con la salud, la atención médica y el bienestar a distintos niveles»

como conductores», advierte Arias. «Para los médicos, conducir puede no parecer un problema médico, donde actuar con un tratamiento farmacológico o quirúrgico le ayude a solventarlo, pero claramente la conducción está entrelazada con la salud, la atención médica y el bienestar a múltiples niveles».



31 Agosto, 2024

A pesar de que este trastorno del sueño ya afecta a más de un 20% de la población española, los expertos aseguran que existe un porcentaje mucho mayor que está sin diagnosticar.

Cómo acabar con el insomnio

Uno de cada cinco españoles sufre problemas de sueño que van desde no poder dormir del tirón hasta tardar horas en lograr quedarse dormido. En cualquier caso, su calidad de vida se ve muy comprometida. **Por María García**

El insomnio es uno de los trastornos del sueño más comunes y habituales, pero no por ello menos grave. Las personas que lo sufren presentan una incapacidad o dificultad para dormir, ya sea para conciliar el sueño cuando se acuestan, porque se despiertan numerosas veces por la noche, o cuando se

despiertan ya no logran volver a dormirse.

Los expertos han creado

Los problemas de sueño afectan más a las mujeres.

dos grandes grupos a la hora de hablar de insomnio. Por un lado, encontramos al que denominan como agudo. Se trata de un hecho puntual que tiene un origen determinado, como puede ser una época de fuerte estrés laboral, un grave problema familiar o un hecho traumático, como puede ser un accidente o un incendio en

casa. Por lo general, la dificultad para dormir dura varios días o pocas semanas. Cuando estos episodios duran más de un mes y no se aprecia mejoría, se habla de crónico (el segundo grupo de insomnio). En él, el insomnio se empieza a tratar como algo secundario, ya que, en la inmensa mayoría de los casos, es un síntoma



31 Agosto, 2024

más de otra patología como puede ser la ansiedad, la depresión, el consumo de ciertos medicamentos o el abuso de algunas sustancias, incluidas el café.

Pedir ayuda

Ni un tercio de las personas con problemas de sueño buscan ayuda profesional. Algunos de los motivos que los llevan a no pedir cita con su médico van desde la poca importancia que se le da al hecho de no dormir bien (porque es algo que ya está normalizado y aceptado) pasando por la vergüenza que muchos presentan a la hora de exponer su situación emocional o, y lo que puede ser más preocupante, a la cantidad de personas que deciden automedicarse para intentar solucionar así el problema de forma más rápida.

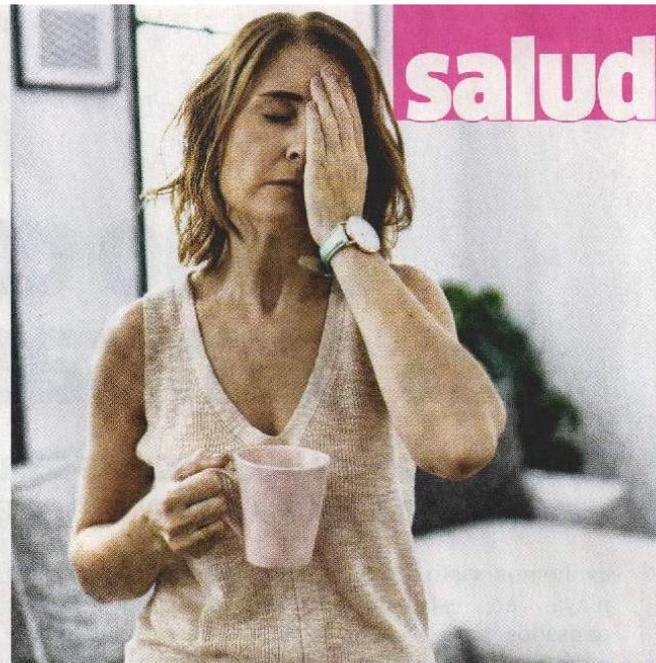
Por eso, ante la duda de si tenemos que acudir al médico o no, nos deberíamos cuestionar cómo es la calidad de nuestro sueño y no la cantidad. «Hay tres aspectos básicos para determinar si una persona tiene

El riesgo de infarto se multiplica por cuatro ante la falta de sueño.

una buena calidad de sueño: la duración, la continuidad y la profundidad. Es decir, si el tiempo dedicado a dormir no es suficiente para sentirnos descansados al día siguiente, si hay interrupciones en nuestros ciclos de sueño, o nuestro sueño no es lo suficientemente profundo para considerarlo restaurador, es que no tenemos una buena calidad de sueño y, por lo tanto, es el momento de visitar a un profesional», explica el **Dr. Hernando Pérez Díaz**, coordinador del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la Sociedad Española de Neurología.

Un lujo necesario

«El sueño es un proceso fisiológico de vital impor-



salud

Los cambios hormonales afectan de forma directa al sueño, por lo que la menopausia suele ser un momento complicado.

tancia para la salud integral de los seres humanos, para la supervivencia del individuo y para el correcto funcionamiento del sistema nervioso. Si no conseguimos dormir bien, se reduce la calidad de vida, aumenta el riesgo de hipertensión y, por tanto, de sufrir un accidente cerebrovascular, además que se pueden agravar otras enfermedades que padezcamos. Pero también,

nuestras funciones cognitivas se ven afectadas: baja la concentración y la capacidad de atención, el tiempo de reacción aumenta, se pueden producir fallos de memoria, cambios bruscos de humor y alteraciones en el proceso de toma de decisiones, problemas de aprendizaje, etc. Por lo tanto, tener una buena calidad de sueño es fundamental», señala el Dr. Pérez.

Buenas noches, cada noche



Encontrar la temperatura de sueño cómoda y mantener la habitación bien ventilada es tan importante como saber escoger la ropa más adecuada.

La World Sleep Society, organización internacional que trabaja para promover la salud y evitar los trastornos del sueño, compartió las claves para una correcta higiene del sueño.

● Marcar unos horarios.

Acostarse y levantarse a la misma hora todos los días ayuda a que nuestro cuerpo se acostumbre a una rutina y se logre interiorizar unos hábitos saludables.

● **Siestas cortas.** Una cabezada después de comer es un lujo, pero, como en todo en esta vida, no hay que abusar.

Los expertos han determinado que no se deben exceder los 45 minutos, siendo la duración ideal los 20 minutos.

● Ni alcohol ni cafeína.

Entre el primero y la hora de dormir deben transcurrir mínimo 4 horas. Por su parte, tras el consumo de cafeína, el sueño se puede ver alterado en las siguientes 6 horas.

● **Ni luz ni ruido.** Es importante bloquear todo el ruido que distrae y elimine la mayor cantidad de luz posible, esto incluye el móvil y cualquier otra pantalla.

30 Agosto, 2024

Quirónsalud tilda la fisioterapia de “imprescindible” para la ELA

Desde ayer y hasta el sábado se celebra un torneo de benéfico de pádel para recaudar fondos

R. H. HUELVA

La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA), es una enfermedad esporádica consecuencia de una degeneración progresiva de las neuronas motoras, con resultado de la pérdida de movilidad en todo el sistema motor. Sus síntomas son diversos y, por este motivo, el diagnóstico definitivo puede tardar varios meses tras la consecución de diferentes pruebas. No todos los pacientes de ELA sufren los mismos síntomas ni la progresión de la enfermedad es la misma.

Sin embargo, en todos los casos, en una fase u otra de la enfermedad, los pacientes de ELA experimentan debilidad muscular en uno o más de los siguientes: ma-



M.G.

Antonio Carrasco Ponce.

nos, brazos, piernas o los músculos del habla, de la acción de tragar o de la respiración. La debilidad muscular es el síntoma más relevante de la ELA.

Durante el transcurso de la enfermedad ELA, la capacidad respira-

toria sufre un gran deterioro, y aquí, la fisioterapia juega nuevamente un papel relevante enfocándose en trabajar la musculatura respiratoria para mantener los niveles de ventilación pulmonar adecuados. Además, señala Antonio Carrasco, del Hospital Quirónsalud Huelva, “es importante trabajar con estos pacientes la expectoración, y evitar así infecciones respiratorias por acumulación de secreciones”.

Esta enfermedad, diagnosticada al año en 900 personas según la Sociedad Española de Neurología está necesitada de mucha investigación y estudios ya que aún no se conoce su causa ni existe una cura. Con este objetivo, ELA Andalucía organiza hasta el sábado un torneo de pádel benéfico para la recaudación de fondos. El torneo, llamado *1SET+*, se celebrará en el CD Lamiya Wellness & Social Club. Las inscripciones están abiertas para cualquier persona interesada y con espíritu solidario.