



El neurólogo José María Prieto, esta semana en Santiago.

| Xoán Álvarez

JOSÉ M^a PRIETO

| Presidente de la Sociedad Gallega de Neurología

«En pocos años podremos detener la demencia en un porcentaje importante de pacientes»

El neurólogo gallego, jefe de Neurología del Hospital de Santiago, cree que lo que está ocurriendo ahora con el alzhéimer es similar a lo que él vivió hace 30 años, cuando los fármacos para la esclerosis múltiple empezaron a mejorar radicalmente la vida de esos pacientes



RAFA LÓPEZ

Vigo

José María Prieto acaba de ser premiado por la Sociedad Española de Neurología, un reconocimiento científico que él recogió, dice, «porque no pueden subir 23 personas a un podio». Se refiere al servicio de Neurología del Centro Hospitalario Universitario de Santiago, que él dirige, formado por «grandísimos profesionales, líderes a nivel nacional». Nacido en la aldea de Lamosa, en Covelo –un origen que lleva muy a gala–, en 1960, Prieto ha sido testigo y partícipe de la revolución de la neurología en las últimas décadas, que ha cambiado la vida de los pacientes de enfermedades como la esclerosis múltiple y que pronto podría cambiar la de los pacientes de demencia.

– ¿Cuál cree que ha sido el avance en neurología que más ha impactado en la vida de los pacientes en la última década?

– Yo le diría tres: los avances en el tratamiento de los enfermos con esclerosis múltiple, en el trata-

miento de los enfermos con temblor con el HIFU, ya que el de Santiago es el primer hospital público de España que tiene esta tecnología para el temblor; y, por último, el tratamiento de la cirugía de la epilepsia y de los fármacos que se desarrollaron en la epilepsia.

– ¿En qué consiste el HIFU y en qué tipo de pacientes se utiliza?

– Es altamente eficaz en el temblor esencial. Son pacientes que tienen un temblor de nacimiento o de carácter hereditario. Se les dispara un haz de ultrasonido, sin necesidad de abrir el cráneo, a una zona muy concreta del cerebro. Al producir una pequeña lesión térmica en ese núcleo, el temblor desaparece. Es una cirugía que tiene como máxima intensidad el cortar el pelo, pero no deja de ser una neurocirugía, porque puede ser una lesión de alrededor de un milímetro en el cerebro. En 40 minutos o una hora, el paciente queda asintomático, sin temblor.

– ¿Se está investigando para tratar otras enfermedades?

– Sí. Ya lo hemos empezado a uti-

lizar en algunos enfermos con parkinson. El problema es que el temblor lo puedes corregir, pero los efectos secundarios a veces no compensan el beneficio que obtienes. Y al ser una enfermedad lentamente progresiva, no lo puedes detener. Pero en el parkinson asimétrico de la mano dominante sí lo estamos utilizando.

– ¿Hay alguna otra novedad farmacológica para el parkinson, más allá de la levodopa?

– No, es la levodopa en diferentes formas de administración, básicamente, y los agonistas, que ya los conocemos hace años. Ha sido altísimamente eficaz, pero hay que dar un paso más, y de momento no tenemos unas novedades muy espectaculares que no pasen por el diagnóstico más precoz, o incluso el diagnóstico molecular de diferentes formas de parkinsonismo.

– Sobre el alzhéimer, ¿qué novedades terapéuticas o de diagnóstico temprano son las más esperanzadoras ahora mismo?

– No quiero generar una falsa expectativa, pero en este momento

un fármaco ya ha sido aprobado para su uso por la Agencia Europea del Medicamento, y otro está en vistas. Son fármacos que se utilizan en las formas muy precoces del alzhéimer y retardan la evolución de la enfermedad alrededor de un 30%. Hay que seleccionar muy bien a los pacientes, y el gran problema es el diagnóstico precoz. En eso estamos muy avanzados en Galicia. En Santiago tenemos un sistema muy sofisticado para poder diagnosticar en sangre las alteraciones típicas de la enfermedad, pero en toda Galicia se está avanzando mucho en este sentido. Se calcula que, a mediados del año próximo, o quizás antes, se podrá empezar a tratar pacientes.

– En cuanto a la esclerosis múltiple, ¿cómo ha mejorado la calidad de vida de los pacientes de esta enfermedad?

– Ha sido espectacular. En este momento tenemos 18 formas terapéuticas disponibles. Todas ellas, por cierto, disponibles en Galicia, y no en todas las comunidades de España los tienen. ¿Qué es lo que ha demostrado? Que en

las formas que tienen brotes de la enfermedad, las formas características, típicas de la enfermedad, la eficacia es altísima. Después de 10 años, alrededor de un 82-85% de pacientes están exactamente igual que al principio del tratamiento. Y esto era algo impensable cuando yo empecé hace treinta y pocos años a ver enfermos con esclerosis múltiple. En esas formas ha sido altísimamente eficaz y ha cambiado totalmente el pronóstico, la actitud ante el paciente y incluso la expectativa y la calidad de vida. Si el paciente se mantiene asintomático, aunque tenga que seguir un tratamiento de manera crónica, imagínese cómo le mejoraría la calidad de vida.

– No ocurre con todos.

– Estamos un poco desasistidos en las formas que llamamos progresivas primarias o secundarias, pero se está trabajando mucho en ese sentido. Algunos de esos enfermos pasan a una forma secundaria progresiva y ahí tenemos mucho camino que recorrer.

– Y en cuanto a la epilepsia, ¿se



ha avanzado también mucho?

– Muchísimo. Cuando yo empecé en neurología había muy pocos fármacos, algunos muy eficaces, pero con unos efectos secundarios que a veces no eran aceptables. Y en aquel momento también se empezaba con la cirugía de la epilepsia. Tuvimos el privilegio de tener un servicio de neurocirugía que era y es muy puntero, igual que para el parkinson, y se empezó a hacer cirugía de la epilepsia. Hoy en día somos un centro de referencia nacional para el tratamiento de esta enfermedad. Todavía hay pacientes que, a pesar de todo lo que tú haces, tienen algunas crisis, pero el número de crisis disminuye claramente. Y, lo que quizás es igual de importante, se reducen los efectos secundarios de los fármacos, al margen de que ya hay muchos, cada vez más cómodos y eficaces.

– ¿Qué avances destacaría sobre la migraña?

– Se ha avanzado mucho. Empezamos por los analgésicos, los triptanes, con un efecto muy específico, y ahora tenemos los anticuerpos monoclonales: el 50% de los pacientes con cefalea refractaria, que no responden a los fármacos de uso habitual, sí responden con estos fármacos, de administración subcutánea. Son unos números muy importantes. Es un éxito de los neurólogos.

– Decía usted en una entrevista que no se quería jubilar sin que se abriese en el hospital una unidad del sueño. ¿Por qué es tan importante?

– La patología del sueño, clásicamente, y con razón, se ha derivado a una de las causas, que es la apnea del sueño, cuyo paciente es un roncador crónico que además deja de respirar durante unos segundos, a veces muchos. Para esto, los neumólogos han sido altamente eficaces desarrollando técnicas como la BiPAP y la CPAP para corregir esto.

– ¿Entonces?

– La apnea del sueño y las patologías de sueño de origen respiratorio son alrededor del 20% de las enfermedades del sueño. La enfermedad del sueño puede ser el insomnio de conciliación, el insomnio de mantenimiento, el síndrome de piernas inquietas, el trastorno del sueño REM... En fin, hay un montón de patologías, síntomas y enfermedades del sueño que son estudiadas por los neurólogos. Creo que la necesidad no es que un neurólogo trate esa patología, sino que haya unidades multidisciplinares donde haya neurólogos, neumólogos, neurofisiólogos, otorrinos... Porque las causas de la alteración del sueño son múltiples, y lo que es más im-

portante, repercuten en la calidad de vida de los pacientes que tienen patología del sueño, incluso en la salud, cardiovascular, etc. Creo que eso justifica sobradamente que se haga una inversión material y humana en crear unidades multidisciplinares que aborden esta patología de una manera más realista de lo que lo estamos haciendo ahora.

– Acaba de mencionar la salud cardiovascular. A la hora de prevenir la aparición de enfermedades neurológicas, como el parkinson o el alzhéimer, ¿el primer mandamiento es cuidar la salud cardiovascular?

– Es cuidar la salud general del organismo. Estar todo el día tumulado con el mando a distancia no parece muy bueno para la salud ni de los músculos, ni del corazón, ni del cerebro. Todo lo que no se ejercita se acaba afectando, y en el cerebro pasa lo mismo. Es decir, que tú tengas un hábito de vida saludable, de tipo de dieta, de tipo de que te muevas, cuidar los niveles de colesterol, de azúcar, de tensión; tener relaciones sociales continuadas... Eso es muy bueno. Y después hay un aspecto que yo siempre lo comento: un cerebro sano tiene que evitar hacer rutinas. Por ejemplo, estudiar idiomas o viajar es muy bueno, porque obliga al cerebro a estar atento, a ser capaz de prever cosas que pueden ocurrir y tener el cerebro entrenado.

«No necesitamos ir afuera a que nos resuelvan un problema neurológico, salvo cosas muy específicas»

– Ha sido premiado por la Sociedad Española de Neurología, y hacía extensivo ese premio a todo el servicio de Neurología del CHUS. ¿Qué posición ocupa Galicia en la investigación neurológica nacional y mundial?

– Siempre tenemos la tendencia a mirar hacia afuera como algo extraordinario. Esta semana se presentó la memoria del Instituto de Investigaciones Sanitarias de Santiago. Es el tercero de España en cuanto a captación fondos, recursos, proyectos de investigación e investigadores. Los investigadores que llegan a la neurociencia son el segundo grupo más numeroso de todo el instituto. Como todo, investigar en el sistema nervioso exige tiempo, tienes que trabajar sobre animales y hacer inferencias, y no es tan sencillo, pero el papel que tiene Galicia es de primerísimo nivel. No necesitamos ir afuera a que nos resuelvan un problema neurológico, salvo cosas muy específicas. Debería-

mos tratar de ser más orgullosos de lo que hacemos en Galicia, porque tenemos motivos para ello.

– ¿A los neurólogos les preocupa el tsunami de enfermedades neurodegenerativas que puede llegar en unas décadas? ¿El sistema sanitario está preparado?

– La obligación de los que tenemos alguna labor de gestión es prever lo que va a ocurrir a corto o medio plazo. Imagínese que le digo que vamos a disponer de un fármaco que, para que sea eficaz, hay que usarlo muy precozmente. Imagine la avalancha de pacientes que pueden venir preguntando si tienen deterioro cognitivo. Tenemos que buscar las herramientas para hacer eso lo más precozmente posible y los medios para tratar a los pacientes que se an susceptibles a los tratamientos. Pero eso no deja de ser obligación del gestor. Tanto nosotros como el Sergas estamos por la labor, porque sabemos lo que va a suceder. Y no es un problema, si no una oportunidad.

– ¿La inteligencia artificial ofrece promesas?

– Por supuesto. Hay quien le tiene mucho miedo, porque los cambios son muy rápidos, pero todo aquello que te permita ahorrar tiempo te ahorra dinero. Y seguro que la inteligencia artificial nos va a permitir hacer diagnósticos más acertados e investigaciones mucho más dirigidas, y en ese sentido siempre será bienvenida.

– Y si tuviera que vislumbrar el futuro de la neurología en los próximos 10 o 20 años, ¿qué avances le gustaría ver que se hicieran realidad para las enfermedades neurológicas?

– Tener la solución para las enfermedades neurodegenerativas en general, y concretamente para la demencia. Es el gran caballo de batalla que tenemos en todo el mundo. Imagínese en Galicia, que es la segunda comunidad autónoma más envejecida de España: tendría un impacto clínico y social tremendo. Espero que en pocos años tengamos ya la solución. Yo veo, y lo he comentado con colegas míos, que lo que está ocurriendo ahora en la demencia es lo que viví hace unos 30 años, cuando empezaron los fármacos de la esclerosis múltiple: había quien los cuestionaba, decían que eran muy caros para la eficacia que tenían, pero al final se abrió una ventana que fue extraordinariamente eficiente. Seguro que en pocos años tendremos un porcentaje muy importante de pacientes a los que les podremos detener la enfermedad. Es una convicción, habrá que verlo.



JOSÉ M^a PRIETO

| Presidente de la Sociedad Gallega de Neurología

«En pocos años podremos detener la demencia en un porcentaje importante de pacientes»

El neurólogo gallego, jefe de Neurología del Hospital de Santiago, cree que lo que está ocurriendo ahora con el alzhéimer es similar a lo que él vivió hace 30 años, cuando los fármacos para la esclerosis múltiple empezaron a mejorar radicalmente la vida de esos pacientes



El neurólogo José María Prieto, esta semana en Santiago.

| Xoán Álvarez

RAFA LÓPEZ

José María Prieto acaba de ser premiado por la Sociedad Española de Neurología, un reconocimiento científico que él recogió, dice, «porque no pueden subir 23 personas a un podio». Se refiere al servicio de Neurología del Centro Hospitalario Universitario de Santiago, que él dirige, formado por «grandísimos profesionales, líderes a nivel nacional». Nacido en la aldea de Lamosa, en Covelo —un origen que lleva muy a gala—, en 1960, Prieto ha sido testigo y partícipe de la revolución de la neurología en las últimas décadas, que ha cambiado la vida de los pacientes de enfermedades como la esclerosis múltiple y que pronto podría cambiar la de los pacientes con demencia.

— ¿Cuál cree que ha sido el avance en neurología que más ha impactado en la vida de los pacientes en la última década?

— Yo le diría tres: los avances en el tratamiento de los enfermos con esclerosis múltiple, en el tratamiento de los enfermos con temblor con el HIFU, ya que el de Santiago es el primer hospital público de España que tiene esta tecnología para el temblor; y, por último, el tratamiento de la cirugía de la epilepsia y de los fármacos que se desarrollaron en la epilepsia.

— ¿En qué consiste el HIFU y en qué tipo de pacientes se utiliza?

— Es altamente eficaz en el temblor esencial. Son pacientes que tienen un temblor de nacimiento o de carácter hereditario. Se les dispara un haz de ultrasonido, sin necesidad de abrir el cráneo, a una zona muy concreta del cerebro. Al producir una pequeña lesión térmica en ese núcleo, el temblor desaparece. Es una cirugía que tiene como máxima intensidad el cortar el pelo, pero no deja de ser una neurocirugía, porque puede ser una lesión de alrededor de un milímetro en el cerebro. En 40 minutos o una hora, el paciente queda asintomático, sin temblor.

— ¿Se está investigando para tratar otras enfermedades?

— Sí. Ya lo hemos empezado a utilizar en algunos enfermos con parkinson. El problema es que el temblor lo puedes corregir, pero los efectos secundarios a veces no compensan el beneficio que obtienes. Y al ser una enfermedad lentamente progresiva, no lo puedes detener. Pero en el parkinson asimétrico de la mano dominante sí lo estamos utilizando.

— ¿Hay alguna otra novedad farmacológica para el parkinson, más allá de la levodopa?

— No, es la levodopa en diferentes

formas de administración, básicamente, y los agonistas, que ya los conocemos hace años. Ha sido altísimamente eficaz, pero hay que dar un paso más, y de momento no tenemos unas novedades muy espectaculares que no pasen por el diagnóstico más precoz, o incluso el diagnóstico molecular de diferentes formas de parkinsonismo.

— Sobre el alzhéimer, ¿qué novedades terapéuticas o de diagnóstico temprano son las más esperanzadoras ahora mismo?

— No quiero generar una falsa expectativa, pero en este momento un fármaco ya ha sido aprobado para su uso por la Agencia Europea del Medicamento, y otro está en vistas. Son fármacos que se utilizan en las formas muy precoces del alzhéimer y retardan la evolución de la enfermedad alrededor de un 30%. Hay que seleccionar muy bien a los pacientes, y el gran problema es el diagnóstico precoz. En eso estamos muy avanzados en Galicia. En Santiago tenemos un sistema muy sofisticado para poder diagnosticar en sangre las alteraciones típicas de la enfermedad, pero en toda Galicia se está avanzando mucho en este sentido. Se calcula que, a mediados del año próximo, o quizás antes, se podrá empezar a tratar pacientes.

— No, es la levodopa en diferentes

— En cuanto a la esclerosis múltiple, ¿cómo ha mejorado la calidad de vida de los pacientes de esta enfermedad?

— Ha sido espectacular. En este momento tenemos 18 formas terapéuticas disponibles. Todas ellas, por cierto, disponibles en Galicia, y no en todas las comunidades de España los tienen. ¿Qué es lo que ha demostrado? Que en las formas que tienen brotes de la enfermedad, las formas características, típicas de la enfermedad, la eficacia es altísima. Después de 10 años, alrededor de un 82-85% de pacientes están exactamente igual que al principio del tratamiento. Y esto era algo impensable cuando yo empecé hace treinta y pocos años a ver enfermos con esclerosis múltiple. En esas formas ha sido altísimamente eficaz y ha cambiado totalmente el pronóstico, la actitud ante el paciente e incluso la expectativa y la calidad de vida. Si el paciente se mantiene asintomático, aunque tenga que seguir un tratamiento de manera crónica, imagínese cómo le mejoraría la calidad de vida.

— No ocurre con todos.

— Estamos un poco desasistidos en las formas que llamamos progresivas primarias o secundarias, pero se está trabajando mucho en ese sentido. Algunos de esos enfermos

pasan a una forma secundaria progresiva y ahí tenemos mucho camino que recorrer.

— Y en cuanto a la epilepsia, ¿se ha avanzado también mucho?

— Muchísimo. Cuando yo empecé en neurología había muy pocos fármacos, algunos muy eficaces, pero con unos efectos secundarios que a veces no eran aceptables. Y en aquel momento también se empezaba con la cirugía de la epilepsia. Tuvimos el privilegio de tener un servicio de neurocirugía que era y es muy puntero, igual que para el parkinson, y se empezó a hacer cirugía de la epilepsia. Hoy en día somos un centro de referencia nacional para el tratamiento de esta enfermedad. Todavía hay pacientes que, a pesar de todo lo que haces, tienen algunas crisis, pero el número de crisis disminuye claramente. Y, lo que quizás es igual de importante, se reducen los efectos secundarios de los fármacos, al margen de que ya hay muchos, cada vez más cómodos y eficaces.

— ¿Qué avances destacaría sobre la migraña?

— Se ha avanzado mucho. Empezamos por los analgésicos, los triptanes, con un efecto muy específico, y ahora tenemos los anticuerpos monoclonales: el 50% de los pacientes con cefalea refractaria,



que no responden a los fármacos de uso habitual, sí responden con estos fármacos, de administración subcutánea. Son unos números muy importantes. Es un éxito de los neurólogos.

– Decía usted en una entrevista que no se quería jubilar sin que se abriese en el hospital una unidad del sueño. ¿Por qué es tan importante?

– La patología del sueño, clásicamente, y con razón, se ha derivado a una de las causas, que es la apnea del sueño, cuyo paciente es un roncador crónico que además deja de respirar durante unos segundos, a veces muchos. Para esto, los neumólogos han sido altamente eficaces desarrollando técnicas como la BiPAP y la CEPAP para corregir esto.

– ¿Entonces?

– La apnea del sueño y las patologías de sueño de origen respiratorio son alrededor del 20% de las enfermedades del sueño. La enfermedad del sueño puede ser el insomnio de conciliación, el insomnio de mantenimiento, el síndrome de piernas inquietas, el trastorno del sueño REM... En fin, hay un montón de patologías, síntomas y enfermedades del sueño que son estudiadas por los neurólogos. Creo que la necesidad no es que un neu-

rólogo trate esa patología, sino que haya unidades multidisciplinares donde haya neurólogos, neumólogos, neurofisiólogos, otorrinos... Porque las causas de la alteración del sueño son múltiples, y lo que es más importante, repercuten en la calidad de vida de los pacientes que tienen patología del sueño, incluso en la salud, cardiovascular, etc. Creo que eso justifica sobradamente que se haga una inversión material y humana en crear unidades multidisciplinares que aborden esta patología de una manera más realista de lo que lo estamos haciendo ahora.

– Acaba de mencionar la salud cardiovascular. A la hora de prevenir la aparición de enfermedades neurológicas, como el parkinson o el alzhéimer, ¿el primer mandamiento es cuidar la salud cardiovascular?

– Es cuidar la salud general del organismo. Estar todo el día tumbado con el mando a distancia no parece muy bueno para la salud ni de los músculos, ni del corazón, ni del cerebro. Todo lo que no se ejercita se acaba afectando, y en el cerebro pasa lo mismo. Es decir, que tú tengas un hábito de vida saludable, de tipo de dieta, de tipo de que te muevas, cuidar los niveles de colesterol, de azúcar, de tensión; tener relaciones sociales continua-

das... Eso es muy bueno. Y después hay un aspecto que yo siempre lo comento: un cerebro sano tiene que evitar hacer rutinas. Por ejemplo, estudiar idiomas o viajar es muy bueno, porque obliga al cerebro a estar atento, a ser capaz de prever cosas que pueden ocurrir tener el cerebro entrenado.

– Ha sido premiado por la Sociedad Española de Neurología, y hacía extensivo ese premio a todo el servicio de Neurología del CHUS. ¿Qué posición ocupa Galicia en la investigación neurológica nacional y mundial?

– Siempre tenemos la tendencia a mirar hacia afuera como algo extraordinario. Esta semana se presentó la memoria del Instituto de Investigaciones Sanitarias de Santiago. Es el tercero de España en cuanto a captación fondos, recursos, proyectos de investigación e investigadores. Los investigadores que llegan a la neurociencia son el segundo grupo más numeroso de todo el instituto. Como todo, investigar en el sistema nervioso exige tiempo, tienes que trabajar sobre animales y hacer inferencias, y no es tan sencillo, pero el papel que tiene Galicia es de primerísimo nivel. No necesitamos ir afuera a que nos resuelvan un problema neurológico, salvo cosas muy específicas. Deberíamos tra-

tar de ser más orgullosos de lo que hacemos en Galicia, porque tenemos motivos para ello.

– ¿A los neurólogos les preocupa el tsunami de enfermedades neurodegenerativas que puede llegar en unas décadas? ¿El sistema sanitario está preparado?

– La obligación de los que tenemos alguna labor de gestión es prever lo que va a ocurrir a corto o medio plazo. Imagínese que le digo que vamos a disponer de un fármaco que, para que sea eficaz, hay que usarlo muy precozmente. Imagine la avalancha de pacientes que pueden venir preguntando si tienen deterioro cognitivo. Tenemos que buscar las herramientas para hacer eso lo más precozmente posible y los medios para tratar a los pacientes que sean susceptibles a los tratamientos. Pero eso no deja de ser obligación del gestor. Tanto nosotros como el Sergas estamos por la labor, porque sabemos lo que va a suceder. Y no es un problema, sino una oportunidad.

– ¿La inteligencia artificial ofrece promesas?

– Por supuesto. Hay quien le tiene mucho miedo, porque los cambios son muy rápidos, pero todo aquello que te permita ahorrar tiempo, te ahorra dinero. Y seguro que la inteligencia artificial nos va a per-

mitir hacer diagnósticos más acertados e investigaciones mucho más dirigidas, y en ese sentido siempre será bienvenida.

– Y si tuviera que vislumbrar el futuro de la neurología en los próximos 10 o 20 años, ¿qué avances le gustaría ver que se hicieran realidad para las enfermedades neurológicas?

– Tener la solución para las enfermedades neurodegenerativas en general, y concretamente para la demencia. Es el gran caballo de batalla que tenemos en todo el mundo. Imagínese en Galicia, que es la segunda comunidad autónoma más envejecida de España: tendría un impacto clínico y social tremendo. Espero que en pocos años tengamos ya la solución. Yo veo, y lo he comentado con colegas míos, que lo que está ocurriendo ahora en la demencia es lo que viví hace unos 30 años, cuando empezaron los fármacos de la esclerosis múltiple: había quien los cuestionaba, decían que eran muy caros para la eficacia que tenían, pero al final se abrió una ventana que fue extraordinariamente eficiente. Seguro que en pocos años tendremos un porcentaje muy importante de pacientes a los que les podremos detener la enfermedad. Es una convicción, habrá que verlo.

El uso excesivo de la tecnología en los menores, una nueva pandemia

● La Sociedad Española de Neurología encarga un informe al doctor melillense Jesús Romero Imbroda en el que alertará de sus perjuicios para la salud mental

● Tanto el neurólogo como la presidenta del AMPA del CEIP Real, Jessica Gómez, alzan la voz para provocar al menos una reflexión hacia la protección del menor ►2-3



Una chica mira con detenimiento su teléfono móvil.

EFE.

Pantallas, la nueva pandemia

● La Sociedad Española de Neurología encarga al melillense Jesús Romero Imbroda un informe sobre el riesgo para los niños del uso excesivo de la tecnología

Marco A. Rodríguez MELILLA

No acongoja tanto como una pandemia o un virus letal que ponga en jaque a la humanidad como por desgracia hemos vivido no hace demasiado. Pero no por ello conviene darse la espalda porque no sabemos con precisión sus consecuencias a largo plazo. Ya hay quienes alzan la voz en contra del excesivo tiempo que los niños y jóvenes pasan delante de las pantallas de sus móviles, tablets, portátiles o cualquier otro ingenio que les prive de lo que se hacía antes de que salieran al mercado. Es otra especie de pandemia, que extiende sus tentáculos en la base con los más pequeños; silenciosa, pero que no podemos obviar pues son serios los avisos que los expertos lanzan a la sociedad por el daño que esta cultura ya asentada puede provocar, tanto para la salud, a nivel conductual, el sueño, etc. En Melilla no escapan a estos inputs de advertencia, cada vez más numerosos.

Al prestigioso neurólogo melillense Jesús Romero Imbroda la Sociedad Española de Neurología le ha encargado, junto a la doctora Ana Gago-Veiga, responsable de la Unidad de Cefaleas del Hospital Universitario de la Princesa (Madrid), un

informe a modo de advertencia sobre el uso excesivo de las nuevas tecnologías, las pantallas, y el impacto sobre la salud cerebral y mental, sobre todo centrado en la última década porque el impacto ha sido vertiginoso. "Hay que alertar porque puede dar lugar a patologías de salud mental", avisa Romero Imbroda, a quien le cuestionamos sobre esta alerta es veraz, si hay un problema real que pueda equipararse, salvando las distancias, a algo así como una pandemia.

"Creo que sí. El principal impacto o cambio de paradigma que se ha producido en la sociedad en el siglo XX y XXI no fue ni el 11-S, ni la guerra de Irak, ni el efecto 2000 o algo similar, sino la pérdida del papel como soporte del conocimiento, cambiándolo por las pantallas. Y eso tiene muchos inconvenientes por la vulnerabilidad que tiene el ser humano de hacerse adicto a cosas, sean sustancias o no, como el tabaco, el alcohol o las tecnologías, porque modifican la manera de comportarnos, de aprender, de comunicarnos. Pese a estar en la época de mayor conectividad puede generar mayor aislamiento. Hasta altera el saber escribir. En un tiempo solo haremos texting sobre un teclado, la ortogra-

fía y los correctores, etc.", describe sobre el mundo que tenemos delante.

El informe, según comenta, se encuentra en fase de borrador y se conocerá en los próximos meses. Aunque no es preciso esperarlo, hace ya tiempo que numerosas instituciones, asociaciones y ongs han alzado la voz mediante estudios que demuestran que, como mínimo, y como apunta el propio Imbroda, habría que hacer una profunda reflexión.

EL 78% dice estar enganchado

Uno de los últimos en conocerse lo firma Aldeas Infantiles junto al Observatorio de la Adolescencia. Una encuesta con la participación de 150.000 estudiantes cuyo dato más revelador dice que el 78% de los adolescentes afirma tener un nivel de enganche 'medio alto' a las pantallas, a los dispositivos electrónicos, y que uno de cada tres visita páginas de pornografía. Un SOS en toda regla que conviene vigilar.

El doctor Romero Imbroda fundó en 2009 la clínica de Neurociencias IMBRAIN, en su Melilla natal, donde diagnostica, trata y restaura dolencias del sistema nervioso, un centro experto en neurología, psiquia-

tría y trastornos del sueño, entre otros. Es jefe del Servicio de Neurología del Hospital Quirón en Málaga y Marbella además de diputado delegado de Asuntos Universitarios por el PP en la Asamblea autonómica. Menciona que en algunas consejerías de Educación, como en Madrid, se está restringiendo el uso de las tabletas en las aulas porque es necesario el contacto visual con el maestro y la tareas clásicas, "porque si sabemos cómo moldean el cerebro y los cambios positivos que generan en el aprendizaje y la construcción del individuo".

Está conforme con que el problema no es el uso sino el mal uso, es decir, el abuso, y reconoce que no es fácil de restringir ya que la capacidad de enganchar de estos dispositivos es muy elevada, tanto para menores como para adultos. "Le ponen de todo, desde linterna a radio, cámara de foto, conectividad para las redes sociales, videojuegos, etc., es muy difícil no tenerlos presentes todo el tiempo. Te llevan a engancharse, por ejemplo las redes sociales porque te incluyen likes, imágenes impactantes en pocos segundos, etc.", subraya.

Toda una "invasión", así la llama, que sobrevuela a los escolares y a la

Jesús Romero Imbroda
Neuroólogo

"Un cuchillo, en manos de un cirujano, salva una vida. Pero ese mismo cuchillo, en manos de un asesino, la quita. Hace falta más información"

"Sufría (una chica de 16 años) una grave adicción a las pantallas. Hubo que ingresarla, medicarla, psicoterapia y mucho seguimiento"

infancia. Y se pregunta: "¿Cuándo se le da un teléfono a un niño? Porque genera mucha adicción, síndrome de abstinencia, etc. Todo lo que sea exposición a luz retraza la generación de melatonina, la hormona del sueño. La pantalla puede suponer insomnio crónico, se perjudica el rendimiento escolar, alteraciones del sueño... Se recomienda dejar el móvil fuera de la habitación o apagado, pero no llevártelo a la cama porque no paras de verlo y te haces un siervo de las tecnológicas, que ganan mucha pasta gracias a la capacidad adictiva que tenemos", enumera sobre los perjuicios que estos dispositivos presentan en unos menores que, además, son los que más horas de sueño necesitan para su desarrollo.

"Claro, les perjudica más que a nadie y les crea un empeoramiento de la atención, o niños con síndrome de hiperactividad que no descansan más y se vuelven más irascibles o les merma el rendimiento académico por la carencia de sueño. Todo eso impacta en el aprendizaje", añade sobre la carencia de horas de sueño.

Profunda reflexión

Ante este panorama, el especialista melillense destaca que es preciso hacer esta reflexión para proteger a la sociedad. "Un cuchillo en manos de un cirujano salva una vida pero ese mismo cuchillo en manos de un asesino la quita. Se necesita más información", advierte con un ejemplo impactante.

Señala que es evidente la mejora de la sanidad con las nuevas tecnologías, poniendo como conquistas y avances el uso de la Inteligencia Artificial, la realidad virtual y aumentada, dispositivos para monitorizar la actividad física, técnicas y aplicaciones para enfermedades o el uso del big-data, exoesqueletos o la telemedicina. Los videojuegos pueden ser buenos para mejorar la psicomotricidad. El problema, según dice, es que, como todo en la vida, el exceso puede ser negativo.

En el plano educativo se debe reflexionar sobre cuántas horas se puede usar un ordenador o si es



El neurólogo Jesús Romero Imbroda, en su consulta de Melilla. A la derecha, Jessica Gómez Soria, presidenta de la AMPA del CEIP Real de Melilla.

CEDIDA

aconsejable la pérdida de la figura del maestro. "El tabaco invadió el mundo en el siglo XX y hasta 70 años después no se consiguió reflexionar sobre la adicción y el daño que causa. Ahora está pasando y habría que hacerlo en tiempo real".

Imbroda tiene una niña de seis años que maneja una tablet con aplicaciones de entretenimiento y aprendizaje, pero no le ha comprado un móvil. "No lo permitiré, porque al final están adelantando su edad y además tiene muchos riesgos. Uno tiene que pensar todas las amenazas que hay, la ciberseguridad, pornografía, protección al menor, etc. La prevención es la mejor herramienta y en este caso es retratar el otorgarle un dispositivo perjudicial", afirma rotundo.

Una chica ingresada

Hablamos de la sociedad en general y lo habitual de cada hogar, pero existen casos que van más allá y son muy graves. Cuestionado el doctor si ha recibido algún caso que le haya llamado la atención, recuerda el de una chica de 16 años a la que, incluso, hubo que ingresar. "Sufría una grave adicción a las pantallas y al móvil, que gobernaba sobre su rendimiento. Hubo que ingresarla, era un caso grave, se le dio mucha medicación, técnicas con campos magnéticos y fue bien con psicoterapia, mucho seguimiento y control. Muchos de estos casos no se conocen porque los padres o el entorno no lo reconoce".

La sospecha es evidente. Si no se reconoce el problema no se intenta solucionar acudiendo a especialistas, por lo que el duro caso de esta chica solo es una gota en todo un océano. Tal vez millones en todo el planeta, de ahí lo conveniente de la mencionada reflexión.

"Hay que buscar un equilibrio con las nuevas tecnologías para que no mermen la salud cerebral. Hay que proteger a la sociedad, como los 'warnings' de las cajetillas de tabaco avisando de que el tabaco mata, porque es una dependencia", concluye Romero Imbroda. Con el tabaco se llegó tarde. Tal vez en esta ocasión sí estemos a tiempo.



A.Lara. BARCELONA

En el marco del Día Mundial contra la Drogas, la Sociedad Española de Neurología ha alertado acerca del impacto del consumo de drogas ilícitas o de abuso en la salud cerebral de los jóvenes.

En los últimos años, se ha evi- denciado un aumento de los ca- sos de ictus entre la población adulta joven. ¿De qué creci- miento estamos hablando? ¿Se trata de cifras preocu- pantes?

Como se trata de una patología tan grave como es el ictus, cualquier aumento es preocupante, porque al final es una patología que puede producir mucha discapacidad y dependencia. Se calcula que ha habido un aumento del ictus en pacientes jóvenes de hasta el 25%.

Mientras que los casos de ictus en personas mayores están dis- minuyendo, en esta población la inci- dencia está aumentando. ¿Cómo se explica? ¿Qué hay de- trás de este incremento?

Si bien es cierto que la edad es el principal factor de riesgo modifi- cable que causa ictus, en las personas mayores hemos visto como ha disminuido su incidencia. Y eso es porque cada vez controlamos mejor los factores de riesgo cardio- vascular que llamamos clásicos, que son la hipertensión, el taba- quismo, el colesterol, la diabetes... En cambio, en los jóvenes lo que ha ocurrido es que cada vez detecta- mos más los casos de ictus, ade- más hay una serie de factores de riesgo cardiovasculares que no tenemos tan identificados y no controlamos tan bien, como son el sedentarismo, el estrés, el sobre- peso y obesidad, que están ganan- do importancia entre los jóvenes y, por último, está el tema de las drogas ilícitas y medicamentos con uso indebido. El consumo de estas sustancias ha aumentado en los últimos años y forma parte de esos factores de riesgo.

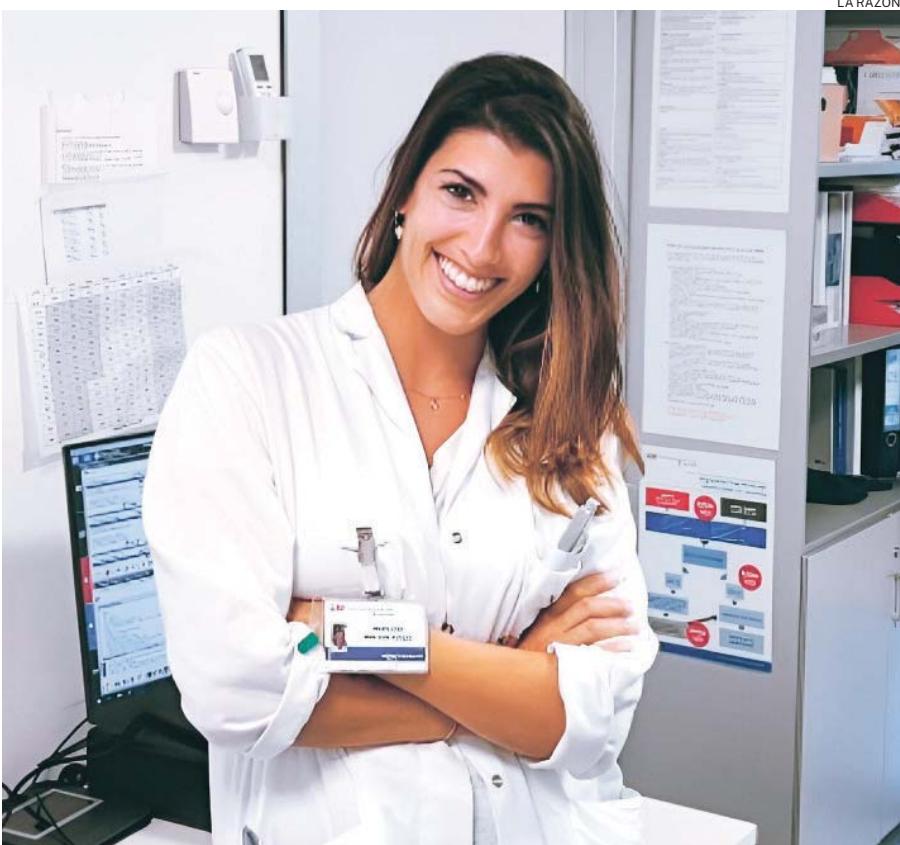
¿Cómo es ese consumo por parte de los adultos jóvenes?

España es el segundo país con- sumidor de cocaína y esta es la se- gunda droga que más se consume en España después del cannabis. Este consumo ha ido en aumento, pero además han aparecido dro- gas «nuevas», muchas de ellas de síntesis y otras que son mezclas de diferentes tipos, y uno de los problemas más grandes es que se haga policonsumo, porque entonces hay falta de control de las

Marta Guillén Miembro del Grupo de Estudio de Neurología Crítica e Intensivista de la Sociedad Española de Neurología

«Ha habido un aumento de ictus en pacientes jóvenes de hasta el 25%»

Desde la Sociedad Española de Neurología advierten que «alejarse de las drogas es invertir en salud cerebral»



sustancias, de las dosis y del con- tenido.

¿De qué manera afectan las dro- gas a la salud cardiovascular y cere- bral? ¿Todas ellas tienen el mismo impacto?

Todas estas drogas pueden afectar a la salud cerebral, al sistema ner- vioso, de varias formas. La prin- cipal es el daño al vaso sanguíneo: daña la pared arterial, puede pro- ducir crisis hipertensivas y aneu- risma, puede inflamar las arterias o producir vasospasmos y eso puede provocar tanto ictus isquémico, que son por falta de riego, como hemorrágicos, que es cuan- do se rompe la arteria y se produce



La mayoría de personas no identifican ciertas drogas como dañinas para el cerebro»

mo crónico como ocasional.

¿Las consecuencias y secuelas de este accidente en personas jóvenes son las mismas y de la misma intensidad que en perso- nas mayores?

Los jóvenes tienen una capacidad de recuperación mayor porque tienen una mayor neuroplasticidad, pero un ictus grave puede dejarte dependiente y con una discapacidad, tanto cognitiva como motora, de por vida. Y los jóvenes son personas en edad la- boral, que quizás tienen una fami- lia a su cargo y con una mayor pérdida por años de calidad de vida.

¿Este es un fenómeno global o bien es característico de Espa- ña?

Este es un fenómeno que se ha visto a nivel mundial y, por su- puesto, es un problema muy presente tanto en Europa como en América del Norte. De hecho, en Estados Unidos tienen el proble- ma del fentanilo, que da comas, muertes por daño cerebral, da- demencia precoz y por supuesto, da ictus.

Ante esta realidad, ¿cómo hay que actuar? ¿Qué medidas acon- sejan emprender?

La medida más importante es la formación, información y divulgación, porque tú no te puedes em- poderar y responsabilizar de un problema que puede dañar tu cuerpo si no sabes que puede dañar tu cuerpo. La mayoría de per- sonas no identifican ciertas drogas como sustancias que te pueden dañar el cerebro. Quizás la heroína casi todo el mundo la tiene iden- tificada como una droga muy da- ñina, pero mucha gente no piensa que drogas de síntesis pueden ha- cer tanto daño y menos aún un consumo ocasional y, por lo tanto, se les pierde el miedo. Así pues, lo primero es la prevención indivi- dual, que consiste en que los pro- fesionales y medios de comunica- ción hagamos divulgación e información para que todo el mundo sepa el riesgo al que se ex- pone con el consumo de drogas. Lo segundo, es la prevención po- blacional, que es clave y que hace referencia a todas las medidas po- líticas y sociales que se deben to- mar, tanto para hacer prevención, como son las campañas de con- cienciación de la juventud, como aquellas medidas impositivas en relación con la toma de las drogas ilícitas. En cualquier caso, desde la Sociedad Española de Neurolo- gía, lo que queremos transmitir es que alejarse de las drogas es inver- tir en salud cerebral.