



LA PUBLICACIÓN MÁS GALARDONADA DE LA PRENSA ESPAÑOLA

Premio Jaime I de Periodismo • Premio de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica • Premio a las Mejores Iniciativas de Servicio al Paciente de la Fundación Farmaindustria • Premio del Colegio de Ingenieros de Montes • Premio de la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder) • Premio de la Fundación Internacional de Osteoporosis • Premio de la Fundación Biodiversidad • Premio Biocultura • Placa de la Sanidad de la Comunidad de Madrid • Premio de la Fundación Pfizer • Premio Foro Español de Pacientes • Premio de la Sociedad Española de Diabetes • Premio de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenín) • Premio de la Sociedad Española de Medicina de Atención Primaria • Premio del Colegio de Farmacéuticos • Premio de la Federación Española de Sociedades de Nutrición • Premio de la Fundación Dental Española • Premio de la Federación de Personas con Discapacidad Física • Premio PRsalud • Premio de la Fundación Bamberg • Premio Ediciones Mayo a la mejor labor divulgativa • Premio Estrellas del Mar de Iberocruceros • Premio del Instituto Danone • Premio del Colegio Oficial de Psicólogos • Premio de la Asociación Multisectorial de Empresas de Tecnología de la Información • Dos premios de la Fundación Farmacéutica Avenzoar • Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina • Medalla de oro del Foro Europa 2001 • Premio del Instituto Barraquer • Dos Premios del Club Español de la Energía • Premios del Instituto Puleva de Nutrición • Medalla de Honor de la Fundación Bamberg • Premio Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid • Premio Periodístico sobre la Heparina • Premio Comunicación Sanitaria 2016 del Instituto de Investigación y Desarrollo Social de Enfermedades poco frecuentes • Premio Medialover 2017 • Premio Fundación ECO • Premio Fundación DomusVi • Premio Asedef • Premio Periodismo en Respiratorio GSK • Premio Nacional de Medicina Siglo XXI • Premio New Medical Economics • Premio EIT Food • Premio Supercuidadores • Premio Colegiado de Honor del COFM • Premio HematoAvanza de la SEHH • Premio Íñigo Lapetra de Periodismo Sanitario • Premio España en el Corazón de Asedef • Premio Fundación Humans • Premio Sedar • Premio Fundación CRIS Contra el Cáncer • Premios Imparables Sanitarios • Premio Fundación Bamberg • Premio CEN a la Divulgación de las Neurociencias • VI Premio de Periodismo en respiratorio GSK • Premio del Consejo General de Dentistas • Premio Periodístico SEMI • Premio de Periodismo Sedar • Premio Fundación Grünenthal • Premio de la Sociedad Española de Neurología • Premio de la Sociedad Española de Cardiología • Premio Médicos y Pacientes de la OMC



Salud

Cómo identificar el párkinson con antelación

Algunos síntomas se dan mucho antes de que empiecen los típicos temblores

STADA



Identificar con antelación el párkinson puede ser un gran avance.

RAFA SARDIÑA

Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), unas 120.000-150.000 personas padecen la enfermedad de Parkinson en España. Se estima que cada año se diagnostican más de 10.000 nuevos casos. Y aunque el 70% de ellos tiene más de 65 años, hay un preocupante 15% que tienen menos de 50 años.

Los síntomas más habituales, y conocidos por todos, son: temblor de reposo, rigidez, pérdida de habilidad, rapidez para realizar funciones motoras, trastornos posturales y/o trastorno de la marcha.

Sin embargo, hay ciertos síntomas no motores, y que empiezan 5-10 años antes del diagnóstico, que son marcadores precoces del párkinson.

Así lo explica la doctora María José Martí, directora de la Unidad de Párkinson y Trastornos del Movimiento del Hospital Clínico de Barcelona: «Es importante saber que hay algunos síntomas que se dan muchos antes de que empiecen los típicos temblores».

Y esos síntomas son: estreñimiento (la Sociedad Española de Neurología calcula que «puede aparecer a lo largo de la evolución de la enfermedad hasta en el 80% de los pacientes»), depresión o ansiedad.

«La gente se da cuenta solo si tiene temblor o dificultad para ca-

minar, y no le da importancia a este tipo de síntomas que pueden predecir la enfermedad de Parkinson».

También es conveniente resaltar que entre un «30-40% de los casos, los pacientes no presentan temblor», que es el síntoma más característico de esta patología, la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente, después de la enfermedad de Alzheimer.

La detección precoz del párkinson, como ocurre con el resto de enfermedades neurodegenerativas, es uno de los pilares fundamentales para el buen funcionamiento de los tratamientos.

«La urgencia es detectarla lo antes posible y, sobre todo, las personas que están en riesgo de padecer alguna de estas patologías».

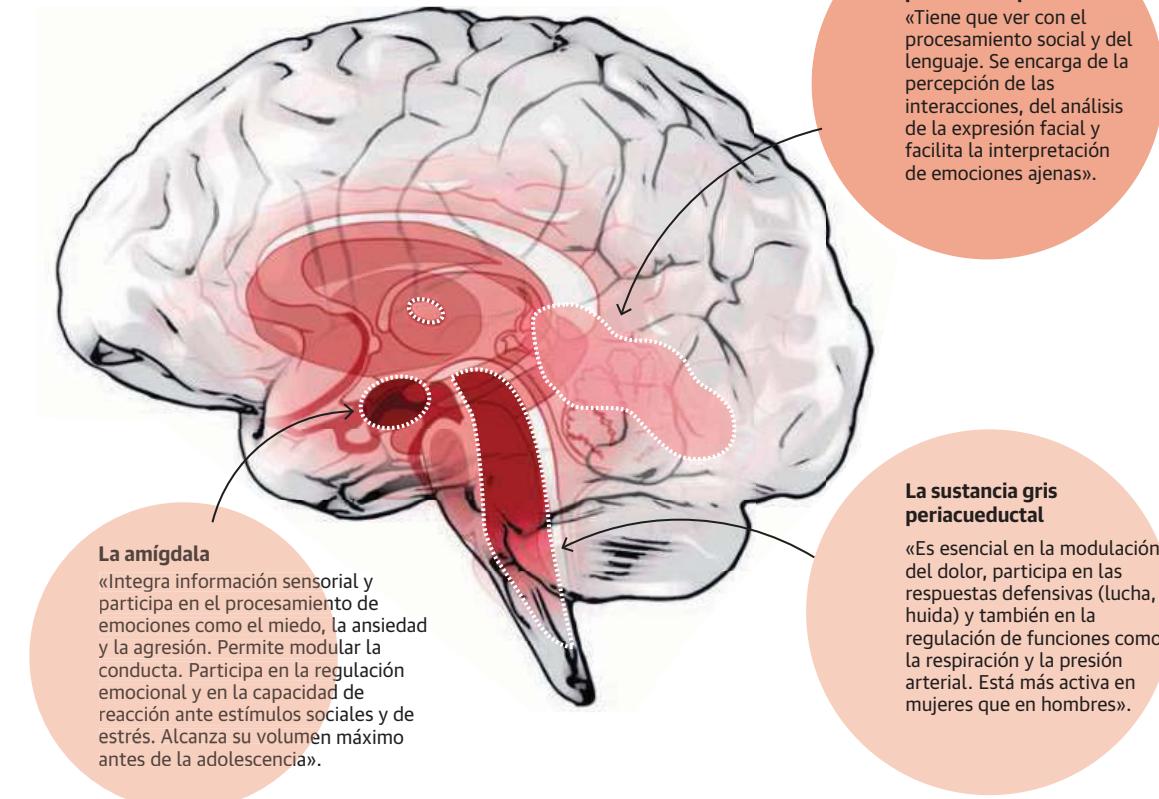
Y es que, sobre el origen de esta enfermedad, todo apunta a que el desarrollo de esta enfermedad neurodegenerativa tiene que ver con una combinación de factores de riesgo que no se pueden modificar: envejecimiento y factores genéticos.

El doctor Javier Pagonabaraga, coordinador del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología, aclara que: «La exposición a ciertos factores ambientales podría incrementar o disminuir el riesgo de párkinson, pero el conocimiento de estos factores aún no es lo suficientemente amplio y se han encontrado resultados contradictorios en muchos estudios». ■



Las tres regiones involucradas

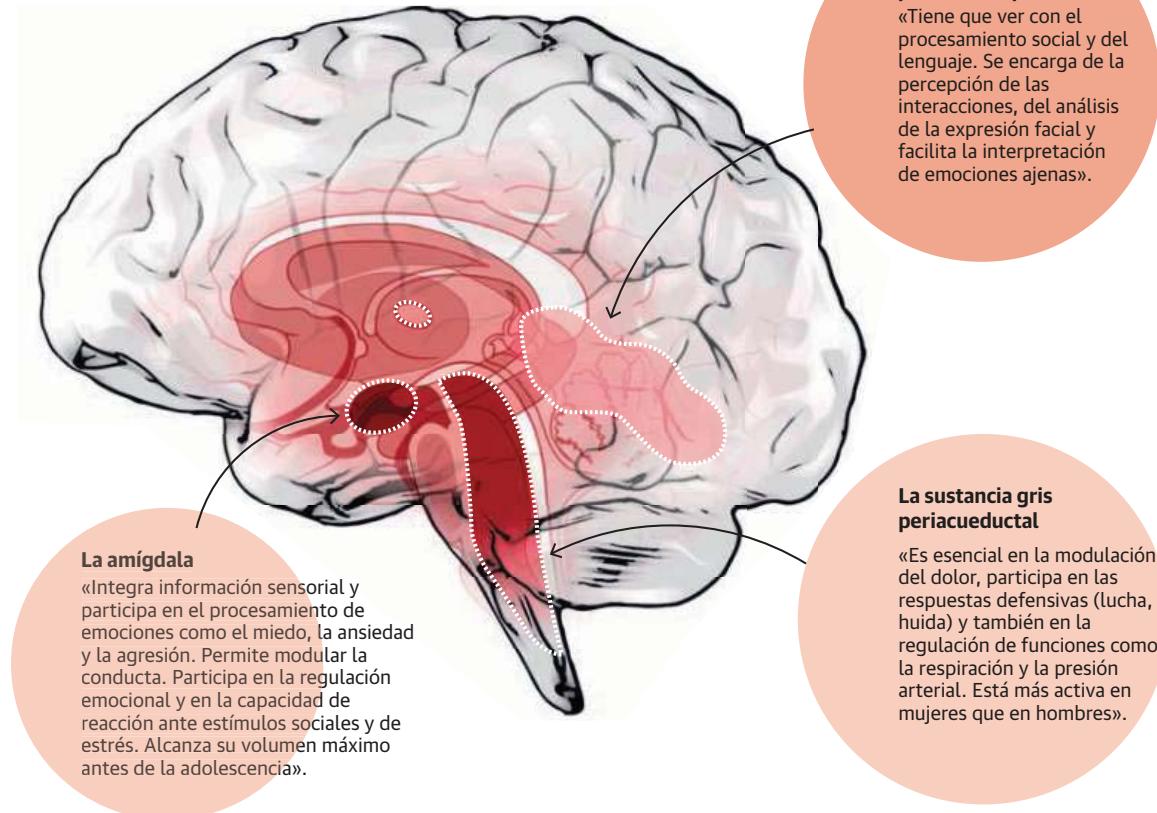
Declaraciones hechas por Javier Camiña, vocal de la Sociedad Española de Neurología





Las tres regiones involucradas

Declaraciones hechas por Javier Camiña, vocal de la Sociedad Española de Neurología



La amígdala

«Integra información sensorial y participa en el procesamiento de emociones como el miedo, la ansiedad y la agresión. Permite modular la conducta. Participa en la regulación emocional y en la capacidad de reacción ante estímulos sociales y de estrés. Alcanza su volumen máximo antes de la adolescencia».

El surco temporal posterior superior

«Tiene que ver con el procesamiento social y del lenguaje. Se encarga de la percepción de las interacciones, del análisis de la expresión facial y facilita la interpretación de emociones ajenas».

La sustancia gris periacueductal

«Es esencial en la modulación del dolor, participa en las respuestas defensivas (lucha, huida) y también en la regulación de funciones como la respiración y la presión arterial. Está más activa en mujeres que en hombres».

LAS CLAVES

RESPUESTA CEREBRAL

Se midió la respuesta de las zonas del cerebro involucradas en la gestión de las emociones

RESPUESTA FISIOLÓGICA

Analizaron la reacción cutánea y se demostró que sudaban de igual forma ante estímulos políticos

to simpatizaban con los candidatos y no se observó una relación significativa en cuanto a agrado del político de su grupo, pero sí un fuerte desagrado (odio, menosprecio) hacia el político del otro grupo», lo que se denomina «partidismo negativo».

Además de provocar respuestas más intensas en las zonas del cerebro que procesan las emociones y de obtener resultados semejantes en el análisis ocular, el experimento evidenció que la respuesta fisiológica también era calada entre los polos opuestos. Para ello se midió lo que se llama «respuesta galvánica de la piel», los cambios en las características eléctricas de la piel causadas por la sudoración.

«Hasta ahora, se creía que el extremismo político estaba solo condicionado por factores sociales, económicos, demográficos y psicológicos». En este último campo se había demostrado que rasgos como la inflexibilidad cognitiva (dificultad para adaptarse a situaciones nuevas), la simplicidad de pensamiento y la intolerancia a la incertidumbre «están estrechamente vinculadas a las perspectivas en blanco y negro observadas en las ideologías más extremas».

Pero la aportación de la APA, aunque se circunscriba a Estados Unidos, añade al debate «un nuevo factor impulsor, la emoción». «Las posturas extremas se han asociado con personas con mayor reactividad emocional (tendencia a reaccionar de forma más intensa e impulsiva ante situaciones estresantes), una regulación emocional deficitaria (incapacidad para controlar las respuestas emocionales) y un afecto negativo (tendencia a experimentar emociones desagradables como tristeza, ansiedad, enojo, culpa, miedo...)».

En las conclusiones del estudio se advierte de que el hallazgo «enfatiza la importancia de considerar los impulsos emocionales del extremismo en futuras iniciativas contra este fenómeno, a la vez que ayuda a explicar el aumento del extremismo ideológico que observamos hoy en día».

El nexo entre Vox y Podemos: su cerebro emocional responde igual

Las semejanzas entre radicales de bandos políticos opuestos añade una nueva dimensión al debate sobre la creciente polarización

YOLANDA VEIGA



BILBAO. Por su discurso en las antípodas les conoceremos, incluso por su atuendo. Pero, ¿y si los extremos políticos en realidad no estuvieran tan lejos? La tradicional representación lineal del espectro político –0 la izquierda más radical y 10 la ultraderecha– bien podría curvarse para acercar los polos, dibujando una suerte de herradura. Así se llama, teoría de la herradura, la que defiende que los extremos ideológicos se parecen.

Un reciente estudio de la American Psychological Association (APA) refrenda las similitudes de los bandos enfrentados en las urnas. El resumen simplificado de la investigación es que políticos y simpatizantes de extrema dere-

cha y de extrema izquierda tienen reacciones neuronales similares cuando consumen contenido político. ¡Hasta sudan igual!

Lo han comprobado analizando mediante una resonancia la actividad cerebral y la respuesta fisiológica de la piel de personas autodeclaradas extremistas mientras veían un vídeo con contenido político. Los resultados del escáner mostraron que su cerebro ‘emocional’ se activó igual de intensamente y fueron también idénticos los datos de sudoración de la piel. De modo que si asistísemos a un mitin de un líder de Vox y otro de Podemos (el estudio no es sobre estos partidos, los mencionamos porque están situados en los extremos del arco parlamentario) con los oídos tapados tal vez nos costaría distinguir uno de otro. Sin escuchar sus argumentos (e imprecaciones), a nuestros ojos quizá solo serían dos tipos igual de vehementes.

La investigación firmada por la Asociación Estadounidense de Psicología añade, así, una nueva dimensión en el estudio del creciente fenómeno de la polarización política, la emocional, para concluir que «respuestas emocio-

nales intensificadas predicen un mayor extremismo ideológico, independientemente de la postura política». Vamos, que el extremismo no solo está apuntulado sobre la razón, también por la emoción.

41 seleccionados

Para el experimento se seleccionó inicialmente a 360 personas. Se les mostró una medición del 0 al 100. Considerando 50 el centro político moderado, ¿dónde se situaría usted? Las 41 personas que acabaron siendo elegidas se situaron a una distancia media del centro de 37,3 puntos, esto es, abarrotaban los extremos. Para el experimento, los candidatos ideales. Eran 24 hombres y 17 mujeres, con una edad media de 32 años que cobraron 40 dólares por participar en la prueba, que duró tres horas.

Consistía en ver un vídeo sacado de YouTube de casi 18 minutos del debate presidencial de 2016 entre el demócrata Tim Kaine y el republicano Mike Pence, que discutían de forma incendiaria sobre la reforma policial y la inmigración. Los participantes lo vieron dos veces. La primera, dentro del escáner, mientras la resonan-

cia magnética analizaba sus datos de respuesta cerebral en tres regiones asociadas al procesamiento emocional: la amígdala, la sustancia gris periacueductal y el surco temporal posterosuperior, así como su reacción cutánea (sudor). La segunda vez lo vieron fuera, en una pantalla situada a una distancia de entre 50 y 70 centímetros de su cara, mientras un rastreador ocular recopilaba datos de seguimiento de sus ojos.

Los resultados de las dos partes del análisis confirmaron la semejanza: los participantes presentaron una llamativa «sincronía neuronal», traducida en una altísima activación de estas tres regiones. Los investigadores también demostraron que en los momentos en que los contendientes del vídeo utilizaban un lenguaje más extremo, «estas tres regiones se activaban más».

Más odio que fervor

«Los individuos se sintieron emocionalmente excitados en momentos similares», señalan en las conclusiones. Pero, ¿se ‘excitaban’ por fervor hacia su candidato o por desprecio al contrario? Más lo segundo. «Se les preguntó cuán-



UN 'EMPUJÓN' DE LA CIENCIA PARA MAXIMIZAR LA RECUPERACIÓN DEL CEREBRO TRAS UN ICTUS

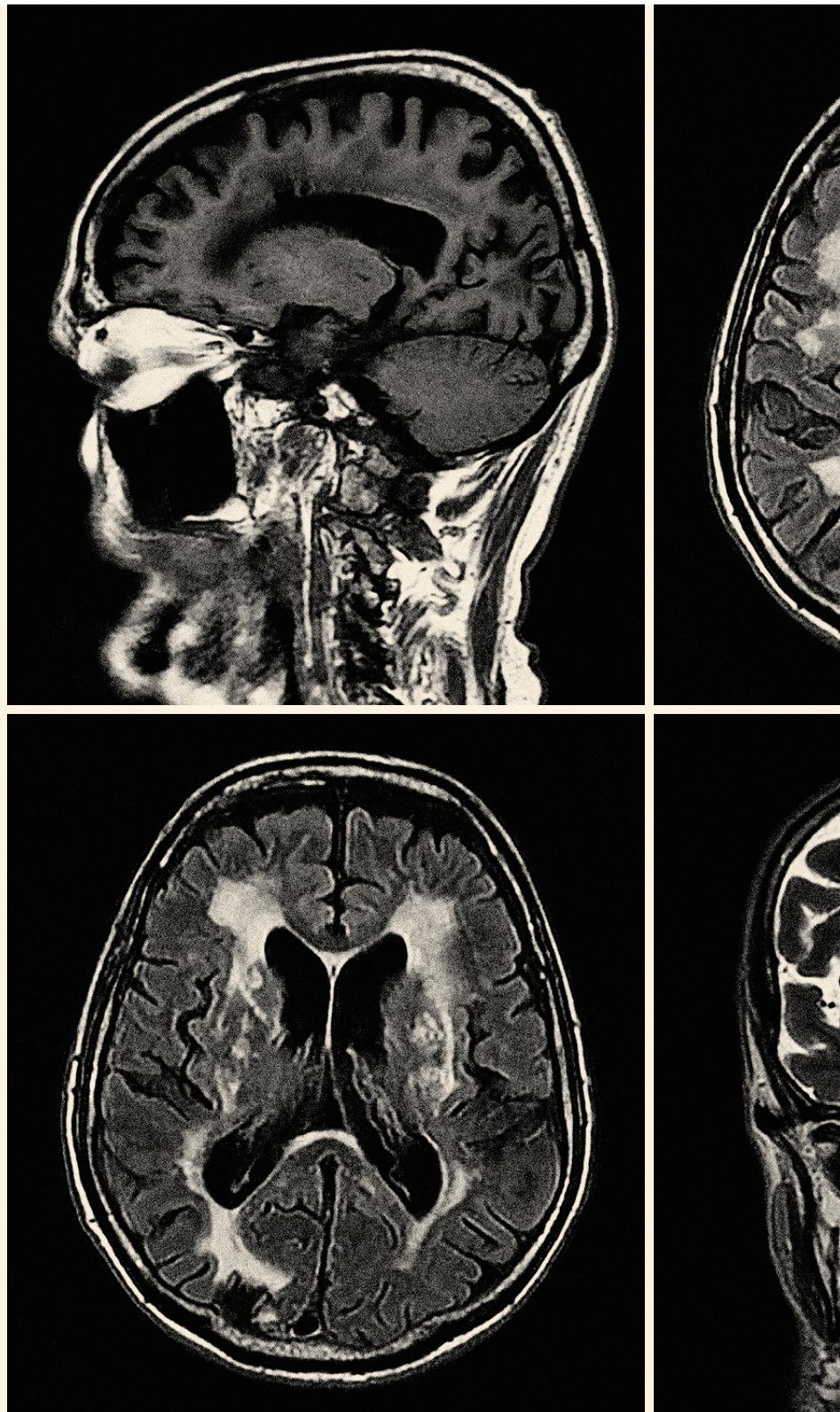
I+D. Cada año hay casi 100.000 ictus en España y la mayoría nunca se 'cura' del todo. Los especialistas buscan nuevos tratamientos, de fármacos a terapias celulares, para limitar las secuelas y reducir el número de dependientes, que hoy supera el 30%

Por Pilar Pérez

Antonio estaba enfascado en un videojuego cuando notó que cierta vegetación no se movía como siempre. Entonces no le dio importancia pero minutos más tarde, cuando llegaron sus abuelos, ya era incapaz de vocalizar nada. Salieron corriendo a urgencias. Horas más tarde, ya recuperado, le dieron un diagnóstico tras numerosas pruebas: un ictus con tan sólo 21 años. No le quedaron más secuelas que la medicación para el problema de coagulación que se lo había provocado y las revisiones periódicas para vigilar que no volviera a suceder. Dos décadas más tarde solo se ha convertido en una anécdota.

Sofía tenía 37 años cuando empezó a sufrir un dolor de cabeza anómalo. «No era como los de siempre». Fue a más: se sentía débil y confusa. Su pareja llamó a urgencias y se activó el Código Ictus. Sofía tuvo menos suerte que Antonio: la mitad izquierda de su cuerpo no respondía y ha tardado más de seis meses en recuperarse casi del todo. Sigue con medicación y, aunque hace vida normal dos años después, hay secuelas: «No me nota igual».

Podríamos contar más de 90.000 historias diferentes todos los años año de cada una de las personas que sufren un infarto cerebral en España. Hay un patrón similar que comparten estos infartos cerebrales: el riego sanguíneo en este órgano falla, ya sea por obstrucción (un trombo impide el paso de la sangre) o por exceso (hay una hemorragia por la

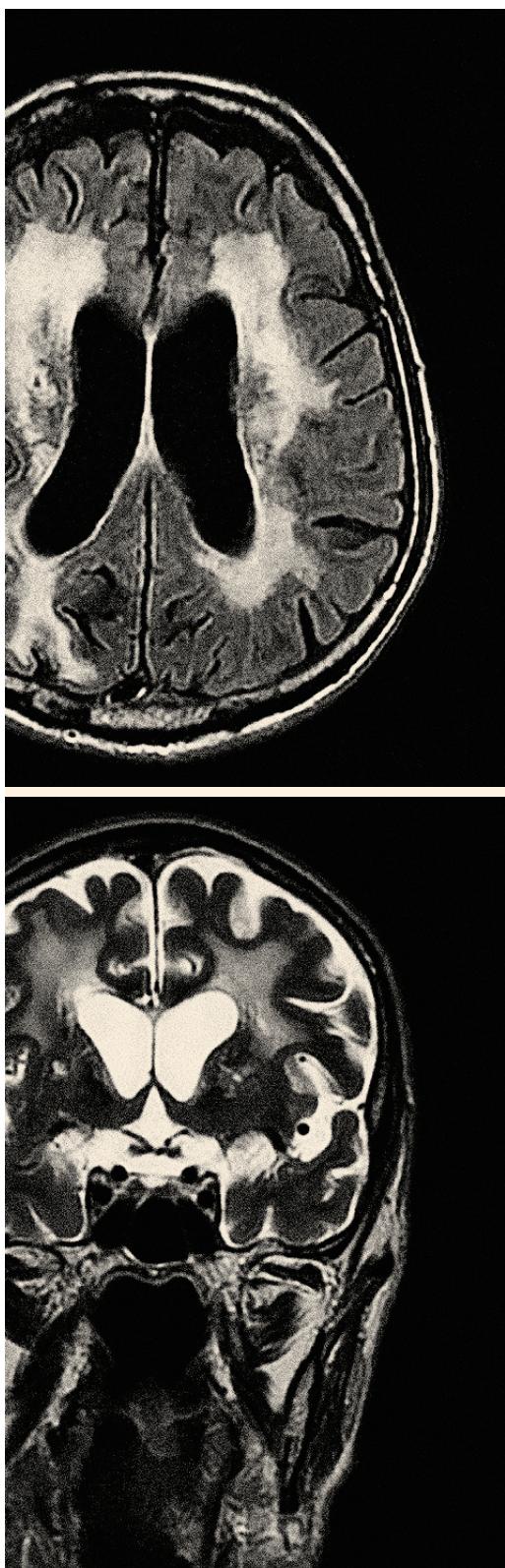


rotura de alguno de los vasos sanguíneos), con una proporción entre ambos de 80-20. Y las posibilidades de que no quede huella del suceso dependerán también de la rapidez con la que se haya recibido atención médica ante la aparición de los primeros síntomas. Por cada minuto que pasa sin que llegue la sangre al cerebro se mueren casi dos millones de neuronas. Esto explica por qué la frase «el tiempo es cerebro» va siempre asociada a esta enfermedad. De esas casi cien mil historias, 23.000 no tienen una segunda parte, ya sea por fallecimiento o por las graves secuelas de los pacientes. «Más del 30% de las personas que sobreviven a un ictus en España están actualmente en una situación de

dependencia, debido a la discapacidad a largo plazo que les ha provocado las secuelas», lamenta Manuel Murie-Fernández, miembro del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

El ictus es la primera causa de discapacidad en España y la incognita es por qué solo unos pocos cerebros se recuperan del todo. «Intervienen muchos factores: la atención médica, la gravedad y extensión del daño en el órgano, las otras enfermedades del paciente, su situación previa, la neurorrehabilitación posterior...», contesta el neurólogo.

Para aquellos que no llegan a la meta del todo, la Medicina busca el *empujón* a través de nuevas



nes de la Sociedad Española de Neurología. Ese incremento va asociado a enfermedades que encienden la mecha del infarto cerebral: la hipertensión arterial, el colesterol alto y la diabetes. «Son patologías que se pueden mantener controladas», asegura el neurólogo que también es coordinador de la unidad de Neurorrehabilitación del Hospital Ciudad de Telde (grupo ICOT) y del Hospital Aita Menni (Fundación Hospitalaria).

La forma en que vivimos perjudica nuestra salud. «Cerca del 80% de los casos se podrían evitar con un estilo de vida saludable porque muchos de los factores de riesgo son modificables o controlables», sentencia Murie-Fernández, quien detalla que en ese porcentaje se incluye evitar el tabaquismo, el sedentarismo, la mala alimentación, la obesidad, el alcoholismo o el consumo de drogas.

Pero no todo es malo. La cara positiva de los avances de la ciencia del cerebro es que hoy se sabe que esa población de neuronas y comunicaciones que Santiago Ramón y Cajal identificó hace más de un siglo pueden reconstruirse. Esos dos millones de neuronas que mueren cada minuto si no tienen oxígeno se recuperan con el tratamiento adecuado. Dos procesos son clave: la neurorrestauración y la neuroplasticidad. «Ambos procesos son más fuertes en un cerebro joven, pero eso no quita para que un cerebro mayor no los tenga», defiende el neurólogo.

Sobre el primero se han enfocado los nuevos recursos científicos. «Este proceso de neurorrestauración puede durar nueve meses tras el daño cerebral», apunta el neurólogo. «Aunque en algunos casos, como en los mayores de 80 años, es algo más, porque su organismo necesita más tiempo».

En la costa del Pacífico, el jefe de Neurología de la Escuela de Medicina Geffen de la Universidad de California en Los Ángeles (UCLA), Thomas Carmichael, se ha centrado en terminar una de las tareas que nuestro Premio Nobel y padre de la Neurociencia encomendó a las nuevas generaciones en su legado: «Las vías nerviosas son algo fijo, acabado, inmutable. Todo puede morir y nada renacer. Es tarea de la ciencia del futuro modificar este cruel decreto».

Todos aquellos pacientes que se recuperan de un ictus demuestran que esto no es así. Y por ello Carmichael, como muchos otros, ha decidido analizar qué frena ese periodo de neurorrestauración en los pacientes; qué hace que solo entre el 10-20 % de los pacientes se recuperen por completo, «según las definiciones y las métricas científicas utilizadas», explica este experto estadounidense. «Aunque ellos

Neurorrestauración y neuroplasticidad: “Son procesos más fuertes en un cerebro joven, pero también los tiene uno mayor”

El tabaco, el alcohol, el sedentarismo... los ‘nocivos’ estilos de vida actuales están detrás de los infartos en adultos jóvenes

suelen decir: ‘He vuelto al trabajo y a mi comunidad, pero simplemente no soy yo’», lamenta.

Durante esta búsqueda de respuestas, Alcino Silva, también neurocientífico en el Instituto del Cerebro en UCLA, se ha cruzado en su camino con una pista: un inhibidor denominado CCR5. «Hemos comprobado que inhibe la plasticidad cerebral en las funciones de la memoria y que es inducido únicamente por el ictus en el tejido cerebral que normalmente debería estar recuperándose después del accidente», apunta Carmichael.

Silva explica que «el CCR5 se expresa en las células inmunitarias y por eso lo estudiamos inicialmente». Lo cierto es que ya hay fármacos dirigidos contra este inhibidor, que «sirve como punto de entrada para el virus del VIH en las células inmunitarias». Uno de ellos se llama maraviroc.

El neurólogo de UCLA explica que la hipótesis que gira en torno a la utilización de esta molécula habitual en pacientes con VIH para ayudar a la

terapias, ya sean fármacos y abordajes celulares que ayuden en la reparación de los daños. Imaginemos que existiese una terapia capaz de estimular nuevas conexiones. Bien podría ser una terapia celular o un medicamento que intervenga en el momento en el que el cerebro considera que ya ha dado todo de él para recuperarse. «Puede que este avance no venga tanto de la generación neuronal, sino de la mejoría del sistema para la recuperación y crecimiento neuronal», dice Murie-Fernández.

Hasta ahora el principal factor de riesgo era la edad. El envejecimiento de la población va a provocar que en la próxima década aumente la prevalencia de esta enfermedad, según estimacio-

n de recuperación de pacientes tras un ictus se encuentra ya en la fase 2 de investigación. «Camaros [acrónimo de Canadian Maraviroc Randomized Controlled Trial To Augment Rehabilitation Outcomes After Stroke] está en curso y todavía desconocemos los resultados», detalla.

Se trata de un ensayo clínico doble ciego y aún no pueden echar un vistazo y ver qué muestran los datos de los 120 pacientes reclutados en 2022. Prevén tener lista la primera parte al finalizar 2025.

El neurocientífico se alegra de que haya podido llegar a este punto y detalla cómo un grupo de investigadores y una entidad benéfica lo han

Un ensayo clínico prueba un fármaco empleado en el VIH, un inhibidor CCR5, para impulsar la restauración neuronal

Un ictus requiere una atención inmediata en la contención de daños, pero en su reparación hay que darle mucho tiempo

logrado. «La Fundación Adelson, bajo la dirección de Bruce Dobkins, se interesó en encontrar nuevas terapias para la recuperación tras una lesión cerebral», afirma. «Dobkins está llevando a cabo un ensayo clínico para evaluar la función del fármaco maraviroc que disminuye la presencia de CCR5 en la recuperación tras un ictus. El laboratorio Carmichael aborda los mecanismos de recuperación tras un ictus, y el de Esty Shoham se centra en estudios de recuperación tras una lesión cerebral traumática. Todos nos unimos gracias a la financiación de la Fundación».

Murie-Fernández valora este tipo de avances, al tiempo que pone sobre la mesa otros avances que todavía desconoce el público general. Por un lado, enumera, están las ayudas que ofrecen las nuevas tecnologías, además de los fármacos como el ya mencionado. «Existen exoesqueletos capaces de poner a caminar al paciente, dispositivos de electroestimulación periférica capaces de suplir el impulso eléctrico afectado por el daño cerebral y así poder levantar el pie para caminar, e incluso chips, dispositivos de neuromodulación».

El experto incluso se atreve a otorgarle un papel en la neurorrehabilitación a la inteligencia artificial (IA) para personalizar el proceso en tiempo real: «El uso de datos y la interpretación de estos mediante IA nos dará el mejor tratamiento para cada usuario y en el mejor momento del día».

Los especialistas aseguran que la plasticidad cerebral es fundamental para la recuperación. «En determinadas circunstancias, permite que una región cerebral cercana a la lesionada asuma parte de la función perdida debido a la lesión», explica Silva.

En este tipo de accidentes cerebrovasculares se afectan los sistemas cerebrales que son el motor sensorial, el del lenguaje, la memoria, la memoria de trabajo, el rendimiento de habilidades, la función ejecutiva, el equilibrio y el control emocional.

Aprovechar la neuroplasticidad también es la clave en la recuperación de los mecanismos en el centro de mando. Todos tenemos esta capacidad: «Las redes neuronales aprenden y modifican su configuración en función de la experiencia, sin la existencia de un daño cerebral: es decir, si somos diestros, gracias a la plasticidad cerebral podemos jugar al tenis con la zurda».

Para Murie-Fernández, el tiempo lo marca todo. Si bien atender un ictus en las primeras horas asegura un control de daños y menos secuelas, también lo es tener abierta la ventana de recuperación porque «el cerebro es único». Sus tiempos de recuperación están muy alejados del resto de sistemas humanos: «No puede medirse con los mismos indicadores», dice el especialista. «Por ejemplo, con una prótesis de cadera en siete días uno está en casa e independiente, un ictus puede necesitar siete meses y los resultados del proceso se verán reflejados en años».

HUELLAS.
Las pruebas de
imagen son de
pacientes reales;
las manchas
son las áreas
afectadas.



El síndrome de piernas inquietas es una enfermedad muy extendida, aunque la mayoría de las veces no se diagnostica. **SUR**

Siete de cada diez afectados por el síndrome de las piernas inquietas son mujeres

Más de 5.000 malagueños padecen esta enfermedad asociada con el déficit de hierro y que ataca, sobre todo, durante el embarazo y a féminas con reglas abundantes

JOSÉ ANTONIO SAU

MÁLAGA. El síndrome de las piernas inquietas (SPI) es una enfermedad neurológica caracterizada por la necesidad de mover las extremidades inferiores debido a sensaciones de hormigueo o picazón, dolor o malestar. Estos síntomas suelen aparecer o intensificarse durante períodos de inactividad, sobre todo al estar sentado o acostado y se alivian con el movimiento. Los síntomas suelen hacer acto de presencia durante las

últimas horas de la tarde o primeras de la noche, lo que impide conciliar el sueño y descansar para hacer frente al día siguiente.

Hay más de dos millones de afectados en España, 30.644 en Andalucía y 5.011 en Málaga. De estos últimos, más del 70% son mujeres, según los datos del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Buena parte de las afectadas comienza con los síntomas durante el embarazo o en situaciones de regla abundante, dada su relación con la falta de hierro en el organismo.

La Sociedad Española de Neurología (SEN) recordó el pasado lunes, durante el Día Mundial del Síndrome de Piernas Inquietas, que, en todos los grupos de edad, «la prevalencia en mujeres es el doble que en hombres, ya que es frecuente en situaciones que generan déficit de hierro o en alteraciones metabólicas, como ocu-

rre durante el embarazo o en el contexto de menstruación abundante, o cualquier situación que se asocie a niveles de hierro bajos». Así, entre el 11% y el 30% de las mujeres que no presentaban síntomas antes del embarazo desarrollan el síndrome durante la gestación, especialmente en el primer trimestre y, aunque generalmente desaparecen los signos después del parto, en más de la mitad de los casos reaparecen en embarazos posteriores o se manifiestan de forma crónica con el tiempo,

La inmensa mayoría de las personas que sufren el síndrome de las piernas inquietas todavía no han sido diagnosticadas

menores de toda Andalucía la sufren, de los que 19 tienen menos de cuatro años. De los 30.644 afectados en Andalucía, 7.512 se encuentran en Sevilla y 5.011, en Málaga, siendo las dos provincias con mayor número de enfermos.

La SEN calcula que el infradiagnóstico supera al 90% de los casos: es decir, nueve de cada diez personas que la sufren aún no han sido diagnosticadas. Hasta un 10% de la población adulta y el 4% de los niños y adolescentes podrían tener esta patología.

De hecho, precisamente es en la población infantil donde se estima que existe un mayor infradiagnóstico, «ya que los síntomas suelen aparecer de forma muy discreta y esporádica en las fases iniciales, por lo que, hasta que no se agravan, suelen atribuirse al crecimiento u otros trastornos como TDAH». Asimismo, dice la SEN, los síntomas suelen confundirse con facilidad con enfermedades reumáticas o trastornos circulatorios. En España se han documentado casos de retrasos de más de 10 años en el diagnóstico.

siempre según la SEN.

La Consejería de Salud y Consumo, por su parte, se reunió en junio con la Asociación Española Síndrome Piernas de Inquietas (AESPI), que pidió a la Junta que formase a profesionales de Atención primaria en la materia, módulos que habrían de ser impartidos por expertos en Neurofisiología con el fin de reducir los tiempos del diagnóstico. Además, incidió la asociación en la necesidad de visibilizar la patología. Incluso, tanto la Administración como la entidad valoraron realizar un documento piloto que permita impulsar esa formación para el tratamiento y el diagnóstico de la enfermedad.

Enfermedad infradiagnosticada

La Junta reconoce que este trastorno neurológico crónico está infradiagnosticado y que, además de causar graves alteraciones del sueño, provoca un deterioro funcional e impacta en la calidad de vida de los pacientes. «Pese a su elevada prevalencia, continúa siendo una enfermedad escasamente reconocida en los ámbitos sanitario, social y laboral», resalta la Junta.

Aunque la prevalencia es mayor entre los 45 y los 65 años, 294

Falta de hierro

La falta de hierro es uno de los factores que contribuye a la aparición del síndrome, pero no es el único. De cualquier forma, la génesis no se conoce ahora bien, pero si se sabe que el 65% de los pacientes tienen antecedentes familiares y se asocia a otras patologías tales como la insuficiencia renal crónica, la diabetes y ciertas neuropatías.

«El SPI no sólo afecta a la salud física, sino que también tiene un impacto significativo en la salud mental y emocional del paciente. Hasta un 60% de estas personas presentan dificultades incluso para sentarse o relajarse. Es una causa sumamente común de insomnio o de mala calidad del sueño, que no mejora con tratamientos clásicos hipnóticos, y en la que incluso el uso de ciertos fármacos puede provocar un empeoramiento de los síntomas. Por ello, cualquier persona con problemas de sueño se debe interrogar acerca de estos síntomas, ya que disponemos de tratamientos muy específicos», explica la doctora Celia García Malo, coordinadora del Grupo de Estudios de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la SEN.



Salud

Cómo identificar el párkinson con antelación

Algunos síntomas se dan mucho antes de que empiecen los típicos temblores

STADA



Identificar con antelación el párkinson puede ser un gran avance.

RAFA SARDIÑA

Según la Sociedad Española de Neurología (SEN), unas 120.000-150.000 personas padecen la enfermedad de Parkinson en España. Se estima que cada año se diagnostican más de 10.000 nuevos casos. Y aunque el 70% de ellos tiene más de 65 años, hay un preocupante 15% que tienen menos de 50 años.

Los síntomas más habituales, y conocidos por todos, son: temblor de reposo, rigidez, pérdida de habilidad, rapidez para realizar funciones motoras, trastornos posturales y/o trastorno de la marcha.

Sin embargo, hay ciertos síntomas no motores, y que empiezan 5-10 años antes del diagnóstico, que son marcadores precoces del párkinson.

Así lo explica la doctora María José Martí, directora de la Unidad de Parkinson y Trastornos del Movimiento del Hospital Clínico de Barcelona: «Es importante saber que hay algunos síntomas que se dan muchos antes de que empiecen los típicos temblores».

Y esos síntomas son: estreñimiento (la Sociedad Española de Neurología calcula que «puede aparecer a lo largo de la evolución de la enfermedad hasta en el 80% de los pacientes»), depresión o ansiedad.

«La gente se da cuenta solo si tiene temblor o dificultad para ca-

minar, y no le da importancia a este tipo de síntomas que pueden predecir la enfermedad de Parkinson».

También es conveniente resaltar que entre un «30-40% de los casos, los pacientes no presentan temblor», que es el síntoma más característico de esta patología, la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente, después de la enfermedad de Alzheimer.

La detección precoz del párkinson, como ocurre con el resto de enfermedades neurodegenerativas, es uno de los pilares fundamentales para el buen funcionamiento de los tratamientos.

«La urgencia es detectarla lo antes posible y, sobre todo, las personas que están en riesgo de padecer alguna de estas patologías».

Y es que, sobre el origen de esta enfermedad, todo apunta a que el desarrollo de esta enfermedad neurodegenerativa tiene que ver con una combinación de factores de riesgo que no se pueden modificar: envejecimiento y factores genéticos.

El doctor Javier Pagonabaranga, coordinador del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología, aclara que: «La exposición a ciertos factores ambientales podría incrementar o disminuir el riesgo de párkinson, pero el conocimiento de estos factores aún no es lo suficientemente amplio y se han encontrado resultados contradictorios en muchos estudios». ■



Científicos logran ralentizar la enfermedad de Huntington en un 75% por primera vez

Se trata de una terapia génica, la primera que se prueba con estos pacientes, que se administra con una cirugía cerebral que dura entre 12 y 18 horas

PABLO GARCÍA SANTOS
Madrid

La enfermedad de Huntington se describió en el siglo XIX. El gen que la causa se descubrió hace tres décadas. Ahora, una terapia —de nombre AMT-130— ha logrado ralentizar su progresión por primera vez.

Los investigadores no sólo se sorprendieron con el resultado que obtuvieron, sino que entienden que "lo cambia todo". Y es que se trata de la primera terapia génica que se prueba en estos pacientes.

Por el momento sólo la han podido recibir 29 personas. A 12 de ellas se les administró una dosis alta. En este último grupo se consiguió ralentizar la enfermedad en un 75%. Este porcentaje supone que el deterioro que normalmente se esperaría en un año se retrasaría hasta cuatro con el tratamiento, que se administra en una cirugía cerebral que dura entre 12 y 18 horas.

UNA ÚNICA DOSIS

En el ensayo han participado un pequeño número de pacientes. Pese a considerarse rara, la de Huntington es la más prevalente de las enfermedades neurodegenerativas hereditarias. Su prevalencia es de 5 a 10 casos por cada 100.000 habitantes. En España se estima que más de 4.000 personas la padecen.

Es pronto como para saber cuándo podría llegar a los pacientes de nuestro país. Sobre todo porque los resultados aún no están publicados en una revista científica revisada por pares.

La información se ha conocido a través de un comunicado de uniQure, la empresa que desarrolla esta terapia que sólo se administraría una única vez en la vida. Aunque no se ha revelado la identidad de ninguno de los



LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON CAUSA LA DEGENERACIÓN PROGRESIVA DE LAS CÉLULAS NERVIOSAS DEL CEREBRO. E.E.

pacientes que han recibido el tratamiento, sí que se ha sabido que uno de ellos estaba jubilado por motivos médicos y ha podido volver a trabajar.

ALENTADORES PERO CAUTELOSOS

Desde la Sociedad Española de Neurología (SEN) prefieren ser cautelosos "hasta que no avance más la investigación". Pero si se confirman los resultados anunciados por la compañía, "son muy alentadores".

Rafael Vázquez, investigador en el Instituto de Investigación Sanitaria La Fe de Valencia, se muestra más tajante: "Es algo totalmente histórico. Nunca nadie había conseguido nada así. Ni ellos se lo creen".

Es cierto que, como han confesado algunos de los investiga-

dores que han participado en este hallazgo, ni en sus "sueños más locos" hubieran esperado una ralentización del 75% en la progresión.

Vázquez es consciente de que todavía no existe una publicación, aunque entre los investigadores reconoce "nombres muy respetables" por quienes, como él, se dedican a estudiar esta enfermedad. De hecho, en las reuniones que celebran a nivel europeo los expertos "se ha pasado del 'hay mucha oscuridad, estamos lejos' al 'vemos una luz al final del túnel'" de los últimos años.

El investigador del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa y del CIBER-NED José Javier Lucas coincide en que "esta gran noticia llega tras algunos jarros de agua fría con ensayos clínicos de tera-

pia génica que no dieron los resultados esperados".

La valoración más discordante de las consultadas por EL ESPAÑOL es la de José Luis López-Sendón, neurólogo del Hospital Ramón y Cajal de Madrid y experto en esta enfermedad. A su juicio, "los datos son de baja calidad científica" ya que los pacientes tienen "unas condiciones muy buenas para participar en el estudio".

LA CIRUGÍA, PRINCIPAL OBSTÁCULO

López-Sendón no descarta que la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos dé su visto bueno a esta terapia. Con la Agencia Europea del Medicamento (EMA) mantiene sus dudas. Esta última, de hecho, ha descartado recomendar prido-

pidina como fármaco experimental para la enfermedad de Huntington. "El problema es que los fármacos que dan para tratar los síntomas producen tanto daño que enmascaran el beneficio", apunta Vázquez.

La mayoría de los tratamientos con los que cuentan estos pacientes logran aliviar los síntomas motores, pero —al menos hasta la fecha— ningún fármaco había logrado actuar directamente sobre el gen mutado.

Se trata del gen HTT, cuya mutación consiste en la expansión anormal de tripletes CAG. Cuantas más repeticiones hay, antes suele comenzar la enfermedad. Los primeros síntomas suelen aparecer entre los 30 y los 40 años.

El objetivo de uniQure es presentar a la FDA una solicitud de aprobación acelerada a comienzos del próximo año. Aunque la intención es que pueda llegar a otros países.

Como explica por correo electrónico Anne Rosser, investigadora de la Universidad de Cardiff que ha participado en el ensayo, a la petición en EEUU le seguirán otras en Reino Unido y en Europa.

La propia Rosser reconoce que los resultados se basan en "un número reducido de pacientes" y "aún no han sido revisados por pares", por lo que "llevará algún tiempo" que esté disponible para prescribirla. En el caso de que suceda, sospecha que el principal reto será cómo conseguir que se pueda extender su uso, puesto que se administra directamente en el cerebro mediante una intervención neuroquirúrgica.

Para ello, han recurrido a "centros de excelencia en EEUU, Cardiff y Varsovia". Pero habría que encontrar una mejor forma de hacer esta cirugía para que sea "rápida, eficiente y de una manera rutinaria".

La parte británica del ensayo ha estado codirigida, junto con Sarah Tabrizi, por Ed Wild, quien asegura a este periódico que este logro es muy personal para él: "Tras 20 años trabajando en esta enfermedad, muchos de mis amigos más cercanos son familiares de pacientes".

Otro de los retos del tratamiento será su precio: "Probablemente rondé los dos millones de euros por persona", estima Wild. Aunque el cuidado de los pacientes ya es muy costoso, por lo que "un tratamiento caro supondrá un ahorro a largo plazo".



Cada vez que dormimos, sobre todo si lo hacemos de lado, se produce una «limpieza» en el cerebro. Una persona debe dormir ocho horas de media, aunque la calidad de ese sueño depende de cada in-

dividuo. Sobre estas y otras cuestiones habló ayer en Pontevedra el reputado neurólogo Manuel Arias Gómez, que participó en la sexta edición de la Feria da Saúde e Benestar Pontesán.

MANUEL ARIAS | Neurólogo

«Es importante dormir de lado para favorecer el drenaje en el cerebro»

ANA LÓPEZ
Pontevedra

El neurólogo Manuel Arias Gómez, galardonado por la Sociedad Española de Neurología con el Premio SEN Enfermedades Neurológicas y por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia por su labor científica y su dedicación a la investigación, habló ayer sobre la función del sueño en la salud en la VI Feira Pontesán de Pontevedra. Arias fue jefe de la Sección de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Santiago hasta su jubilación en la sanidad pública y profesor asociado a la Facultad de Medicina de la USC. Entre sus logros académicos destacan también numerosas aportaciones a libros y publicaciones especializadas en neurología. Él puso nombre a la «ataxia de la Costa da Morte», una enfermedad genética rara.

– ¿Por qué es tan importante el sueño en nuestra salud?

– Muchas veces no nos damos cuenta de que el sueño es una parte importante de la vida de las personas, porque pasamos un tercio de nuestra vida durmiendo. Los bebés duermen más de 15 horas al día y a una persona en edad avanzada, a partir de los 80 años o más, con seis horas le debería ser suficiente, siempre y cuando sea un sueño de calidad.

– ¿Qué ocurre cuando dormimos?

– En esta importante función ce-



Manuel Arias Gómez, en la Alameda de Pontevedra. | Rafa Vázquez

rebral no es que se apague el cuerpo, sino que hay una fase, la que se llama del movimiento rápido de los ojos (R.E.M. en inglés), en la que el cerebro va a mucha velocidad. Se ha descubierto que el cerebro tiene un sistema de drenaje: glinfático. Son unos canales que están alre-

dedor de los vasos que penetran en el cerebro en los que se depuran unas proteínas que están viejas. En concreto sabemos que la enfermedad de Alzheimer se produce por un acúmulo entre las neuronas que las asfixian de una proteína que se llama amiloide. Por ahí se

puedes levantar con migraña. Depende de cada persona.

– ¿Qué ocurre si por nuestro ritmo de vida dormimos menos: siete, seis horas...? ¿Provocamos daños irreversibles?

– No son irreversibles, pero hay menos limpieza. Puedes recuperar durante el fin de semana, esa cura de sueño funciona. Un problema que hay hoy en día muy grande es con las pantallas. No debemos tener televisión en la habitación de dormir. La cama es para dormir.

– ¿Qué debemos hacer antes de irnos a dormir?

– Ropa cómoda, ejercicio suave (nunca fuerte, que te activa), meditación... Nada de ruidos de aire acondicionado ni demasiado calor. Yo me pongo un poco la radio con la emisora de música clásica.

«Un problema muy grande que hay hoy en día son las pantallas. La cama es para dormir»

– ¿Qué es el insomnio?

– Es uno de los trastornos del sueño, de los más prevalentes. Se da mucho en trabajadores que tienen cambios de turnos, pero también en otras personas por el ritmo de vida. Hay otras enfermedades que causan trastornos tanto del inicio como del mantenimiento del sueño. El insomnio es un problema grande de la sociedad actual y España es uno de los campeones del mundo en consumo de hipnóticos.

– ¿Cómo influyen las cuestiones hormonales en las mujeres? ¿Se ven más afectadas en el sueño?

– Sí. Pero no solo por las cuestiones hormonales, sino también por la carga de trabajo heredada a nivel social. El insomnio perimenopáusico (en la etapa de transición hacia la menopausia) es bastante frecuente. Pero en la población en general hay otras cuestiones que también afectan: depresión, ansiedad, hipertiroidismo, trastornos de insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria...

drena. Ese drenaje tiene lugar en la fase R.E.M., sobre todo si dormimos de lado, es importante hacerlo, ya que lo facilita. Se conoce el sueño R.E.M. desde los años 50.

– Biológicamente hablando, ¿cómo se produce el sueño?

– La reina de la noche es la melatonina mientras que la hormona del despertar es la orexina o hipocretina, que te espabila. Si tienes déficit de esta última se produce la narcolepsia: te duermes fácilmente a lo largo del día.

– ¿Podemos hacer algo para generar más melatonina? ¿Son útiles los complementos en las farmacias?

– La melatonina se fabrica porque se conoce perfectamente, pero hay que tener en cuenta que el cuerpo empieza a fabricarla a partir de las nueve de la noche, dependiendo del reloj biológico de cada uno.

– Por eso nos quedamos dormidos ante la televisión...

– Sí. Y es que la melatonina va disminuyendo a lo largo del sueño a la vez que va aumentando la hipocretina, la que te despierta. Eso cuando todo funciona bien.

– ¿Cuántas horas debe dormir una persona en la edad adulta media?

– Una persona con ocho horas debería estar bien. Depende de cada persona. Yo descubrí que cuanto menos ceno, mejor duermo. Por ejemplo, si te pasas en la siesta te



"DOCTOR, MI MARIDO SUDA MUCHO Y HUELE MAL". "¿Desde cuándo?". "Desde que hace dos semanas toma el fármaco que usted le recetó para el Parkinson". "Muy bien, pues se lo sustituiremos por otro". Esta conversación real entre cuidador y médico refleja un problema que, si bien no es grave desde el punto de vista fisiológico o fisiopatológico, como recalcan los expertos, puede afectar a las relaciones sociales de los pacientes y a su vida en pareja. Son la cara B de muchos medicamentos y requieren una comunicación bidireccional médico-paciente.

Juego patológico, libido aumentada, hipersexualidad, compras compulsivas, atracones... son algunas reacciones adversas que figuran en la ficha técnica de medicamentos como *Sinetmet* (carbidopa monohidratado y levodopa) y *Madopar* (levodopa y benserazida), entre otros fármacos, como los agonistas dopamínergicos, para tratar el Parkinson. Son trastornos del control de los impulsos; también los hay de la piel, como sudoración, alopecia...

SISTEMA NERVIOSO. Los trastornos del sistema nervioso son los segundos más frecuentes (la mayoría son no graves) en los casos de sospechas de reacciones adversas, después de los trastornos generales y alteraciones en el lugar de la administración. Así lo refleja la aplicación Fedra (Farmacovigilancia Española). Datos de las sospechas de las Reacciones Adversas), de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps), actualizada a 1 de septiembre.

Hasta esa fecha, esta base de datos, que tiene sus orígenes en 1983 y se actualiza cada mes, reporta 527.056 casos de sospecha de reacciones adversas notificadas con medicamentos o acontecimientos adversos ocurridos después de la vacunación.

FÁRMACOS CON UNA PELIGROSA CARA B

Los trastornos del sistema nervioso son los segundos más frecuentes en los casos de sospechas de reacciones adversas de fármacos más frecuentes. Los que afectan al control de los impulsos hacen que los neurólogos lleguen a derivar a psicólogos y psiquiatras. Algunos incluso dan terapia de pareja y han sido testigos de divorcios

TEXTO: CARMEN TORRENTE VILLACAMPA FOTO: CARMEN TORRENTE/L.ESPARZA

El 60,68% de los casos afectan a las mujeres. "Tienen un mayor consumo de fármacos, mayor polifarmacia, según sabemos por estudios epidemiológicos", aclara Daniel Sevilla Sánchez, coordinador del Grupo de Trabajo del Paciente Crónico (Cronos) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

Respecto a la problemática de los trastornos del sistema nervioso, Álvaro Sánchez Ferro, coordinador del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento (GETM) de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y neurólogo del Hospital 12 de Octubre, explica a este medio cómo los abordan: "Los trastornos de control de los impulsos pasan sobre todo, más que con *Sinetmet*, con fármacos que son agonistas dopamínergicos.

Es decir, lo vemos más con el pramipexol, el ropinirol... y, en menor medida, con la rotogotina", que se emplean tanto para el Parkinson como para el síndrome de piernas inquietas.

Él mismo ha visto cómo algunos de sus pacientes han experimentado estos problemas: "Acabo de tener un paciente que, por culpa de una hipersexualidad, ha tenido un divorcio muy complicado. También hay gente que se arruina. Hay veces que las familias no lo entienden. Son casos drásticos". Este tipo de reacciones adversas, asegura, se observan más en hombres y en edades jóvenes.

Sánchez Ferro explica que los médicos lo advierten siempre: "Suele ocurrir en un tercio de los casos. Pero, a pesar de advertirlo, debido al estigma que tiene,

el paciente a veces no lo comparte con el médico ni con su familia. Se siente culpable y tiende a ocultarlo, aunque les decimos que, por favor, nos lo comenten en consulta".

Ante estos casos, ¿qué hacen los médicos? "Intentamos naturalizarlo al explicarlo, diciendo que esto no es algo que los pacientes hayan provocado ni que controlen. Intentamos ayudar, hacer terapia de pareja. Aun así, cuesta. Lo más habitual es bajar la dosis, pero a veces también hay que recurrir a psicólogos y, menos, a psiquiatras".

Aun con todo, admite que los sanitarios, normalmente, no notifican estas reacciones adversas, "porque están dentro de los efectos adversos esperados. Lo sollemos hacer con efectos más inesperados o graves".

Añade que los agonistas dopamínergicos, sobre todo en gente joven, se prescriben porque evitan complicaciones posteriores. "Hacen que a largo plazo no les tengas que prescribir levodopa. En pacientes jóvenes, si das levodopa muy pronto, luego produce un efecto de fluctuación: oscila entre situaciones en las que se mueve bien y otras en las que está bloqueado", comenta. Pero admite que "hay debate. En EEUU emplean menos los agonistas".

PARKINSON. Eso sí, Sánchez Ferro aclara que la propia enfermedad del Parkinson se asocia a mal olor corporal. De hecho, fue una enfermera jubilada de Escocia, Joy Milne, quien descubrió con su olfato que su marido lo padecía. Esto llevó a un grupo de investigadores de Manchester a crear un método (con una prueba simple de frote de piel) para detectar la enfermedad en tres minutos.

Esta relación médico-paciente es fundamental, como subraya Manuel Anxo Blanco, médico y director ejecutivo de Relaciones Institucionales, Acceso al Mercado y Comunicación de Organon España, titular de la autorización de comercialización de *Sinetmet*: "El beneficio-riesgo es la clave. Ocurre durante el proceso de investigación, pero, fundamentalmente, cuando el fármaco ya se está usando, el beneficio-riesgo es en la conversación médico-paciente. El médico tiene que valorar, para cada paciente en concreto, cuál es el mejor medicamento para él".

En ese momento "evalúa todo el arsenal terapéutico que tiene a su disposición y ve cuál es el mejor producto para el paciente. Los efectos secundarios no se producen en todas las personas, igual que tampoco la respuesta terapéutica es la misma. Además, el mismo efecto secundario puede ser tolerable para un paciente y no serlo para otro". Y aquí en-



EL LABORATORIO ORGANON SEÑALA QUE CUANDO EL FÁRMACO YA ESTÁ EN USO ES VITAL LA RELACIÓN ENTRE MÉDICO Y PACIENTE



DESDE EL CONSEJO GENERAL DE COF SUBRAYAN LA LABOR DEL FARMACÉUTICO ADVERTIENDO DE POSIBLES REACCIONES

Ramírez añade que "este acto de dispensación no supone exclusivamente la entrega del medicamento, sino que, como parte de un servicio asistencial, el farmacéutico -mediante una entrevista clínica- informa sobre las advertencias y precauciones a tener en cuenta si es la primera vez que se entrega el medicamento o, como parte del seguimiento farmacoterapéutico, pregunta por las posibles reacciones adversas".

Añade que "esto puede resumirse en la pregunta habitual *¿Le va bien?*. Y es que la estrecha relación que suele establecerse entre los pacientes y cuidadores con su farmacéutico/ a de referencia permite detectar comportamientos y actitudes que no sean habituales. En este tipo de tratamientos antiparkinsonianos los farmacéuticos suelen estar alerta ante estos posibles cambios de comportamiento, advirtiendo a los cuidadores o derivando a los médicos para un ajuste del tratamiento si el problema ya se ha instaurado".

FARMACOVIGILANCIA. La farmacovigilancia es vital, como subraya Blanco: "Es un procedimiento muy bien estructurado no solo a nivel nacional, sino también europeo y mundial", indica. Y menciona el Real Decreto 577/2013, de 26 de julio, por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano: "Este hace que todos estemos implicados en el proceso: las autoridades sanitarias, los profesionales sanitarios y, por supuesto, nosotros como compañías farmacéuticas".

De hecho, señala que los sanitarios comunican los potenciales efectos secundarios que detectan a las autoridades "y, en muchas

tra en acción el seguimiento al paciente.

Blanco admite que "el Parkinson es una de las patologías que probablemente no tenga un arsenal terapéutico más amplio; es una patología compleja, pero el levodopa/carbidopa es el medicamento declarado esencial por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el tratamiento de base para el Parkinson. ¿Por qué? Porque es un tratamiento relativamente ba-

rato, el más básico para controlar los efectos de la enfermedad, su seguridad es muy amplia y la incapacidad que genera el Parkinson es muy alta", comenta.

Eduardo Ramírez, farmacéutico del área de divulgación científica del Consejo General de COF, recalca que "el tratamiento del Parkinson implica una medicación crónica (normalmente, carbidopa y levodopa) que requiere de receta para su dispensación".

ocasiones, a través de las compañías farmacéuticas. Pero da igual por dónde entran, porque siempre van al mismo lugar: existen unas bases de datos comunes para toda Europa".

Así, "se identifican si hay patrones no conocidos; también se confirma que la seguridad de los medicamentos sigue siendo la que demostraron en los ensayos clínicos y, sobre todo, pensando en la seguridad de los pacientes, para que no ocurra nada que no estuviera estudiado previamente".

ENSAYOS CLÍNICOS. Por su parte, Daniel Sevilla Sánchez, coordinador del Grupo de Trabajo del Paciente Crónico (Cronos) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), aclara: "Cuando se hacen los ensayos clínicos hay que tener en cuenta que el tamaño muestral de personas en las que se prueba el medicamento es más reducido que el número total que acabará utilizando el fármaco. Es decir, en esa fase no se pueden detectar todas las reacciones".

Por ello, estas sospechas de reacciones adversas infrecuentes salen *a posteriori*: "Aquí es donde cobran importancia los programas de farmacovigilancia, que están muy estandarizados por parte de las agencias reguladoras, como la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y la Aemps. De ahí la importancia de que los profesionales sanitarios notifiquen las sospechas de reacciones adversas".

Eso sí, matiza que durante los ensayos clínicos sí se determinan ciertos aspectos: "De estos, algunas reacciones son más frecuentes y otras menos. Todas aparecen en la ficha técnica del medicamento. Lo que ocurre es que las poco frecuentes, a no ser que supongan un problema serio de salud, quizás no se hace tanta advertencia a los pacientes cuando se les prescribe la medicación", puntualiza.

Sevilla Sánchez hace hincapié en la importancia de que los sanitarios notifiquen. "En general, existe infranotificación, porque no deja de ser un sistema voluntario. Pero no se puede notificar todo lo que ves", indica a este medio.

LABORATORIOS. En resumen, "la farmacovigilancia es constante. No para nunca. Da igual que el fármaco haya salido al mercado hace cinco años o 40. Nosos-

tos tenemos productos de hace 40 años y la farmacovigilancia sigue exactamente igual de activa".

Blanco detalla así cuál puede ser la casuística: "Si aparecen efectos secundarios que no se conocían, hay que introducirlos en la ficha técnica. También puede haber, sobre todo en fármacos innovadores, que desaparezcan alertas que surgieron al principio, porque se ha demostrado que esas alertas no eran precisas, ya que la seguridad es mayor de la que se pensaba. Y, en ocasiones, hay retiradas de medicamentos".

¿Hasta qué punto es frecuente reformular medicamentos? "No se suele hacer, porque en casi todos los grupos terapéuticos van saliendo innovaciones y porque el perfil de seguridad se ha maximizado durante el proceso de investigación. Probablemente el margen de mejora de la molécula es muy limitado", aclara.

¿Qué tipo de fármacos son los que presentan efectos adversos no tan frecuentes e incluso escatológicos, como flatulencias, eructos, halitosis...? Ramírez, del Consejo General de COF, comenta que "las molestias gastrointestinales son reacciones adversas relativamente frecuentes en algunos tratamientos, sobre todo, los que se administran o toman por vía oral. En general, estas suelen ser de carácter leve y no suponen un problema de salud grave, si bien hay que prestar atención y notificar al farmacéutico o médico si estas aparecieran".

"En el caso de la halitosis y los eructos, suelen ser reacciones más raras. Por ejemplo, se han notificado reacciones de halitosis de manera poco frecuente con el uso de combinaciones de fármacos para tratar la hipertensión, como son algunas combinaciones de amlodipino con valsartán", comenta.

"Algo similar sucede con los tratamientos con duloxetina, un antidepresivo, o el ácido micofenólico, un tratamiento que se emplea para evitar el rechazo de trasplantes, que, además, también se han asociado con una baja frecuencia de casos de eructos. Durante la cesación tabáquica con chicles medicamentosos de nicotina, en ocasiones, también pueden producirse eructos, e incluso, de manera poco frecuente, en el tratamiento con la semaglutida", comenta.