



Salud

Así funciona la hormona de moda para dormir mejor

La melatonina, ligada a la oscuridad, es muy eficaz para combatir el insomnio

L.O.



El insomnio es el trastorno del sueño más común.

RAFA SARDIÑA

Según estima la Sociedad Española de Neurología (SEN), entre un 20 y un 48% de los españoles tiene dificultad para iniciar o mantener el sueño. De ellos, un 10% de los casos se debe a algún trastorno crónico y grave. Por eso, muchas personas preguntan a su médico o farmacéutico por la melatonina, que se ha convertido en el fármaco de moda.

El insomnio se sitúa como el trastorno del sueño más frecuente, que afecta a entre el 25 y el 35% de la población. Pero el dato más preocupante es que unos cuatro millones de adultos en nuestro país sufren insomnio crónico, unas cifras que incluso podrían ser mayores por el alto número de pacientes que no están diagnosticados.

Las condiciones ambientales, tales como la temperatura de la habitación, el ruido o la luz, juegan un papel fundamental a la hora de tener una buena o mala calidad de sueño. Y es que, en la mayoría de los casos de insomnio, el estrés, los malos hábitos e incluso el jet lag son los principales desencadenantes de la ausencia de descanso.

Los tratamientos habituales para el insomnio, como resalta la Sociedad Española del Sueño (SES), son medidas de higiene del sueño, intervenciones psicológi-

cas y medicación.

Para combatir el insomnio existe un remedio muy eficaz: la melatonina, que se conoce como la hormona del sueño, aunque realmente es la hormona de la oscuridad, ya que induce el sueño cuando se detecta oscuridad ambiental. La melatonina es una hormona segregada por una glándula endocrina que es fundamental para la regulación del sueño. Se trata del compuesto fundamental de las pastillas que se encuentran en el mercado para combatir la dificultad para dormir, pero sus beneficios van más allá, ya que tiene propiedades antioxidantes y fortalece el sistema inmunológico.

La melatonina tiene dos usos, como explica la doctora Ainhoa Álvarez, coordinadora del grupo de trabajo de Insomnio de la SES: «Como cronorregulador (para que cada 24 horas nos entre el sueño, generalmente, durante la fase oscura del día), y como hipnótico, de liberación inmediata, para inducir al sueño».

Es importante aclarar que la melatonina no es una pastilla para dormir, sino para conciliar el sueño, algo para lo que, resalta la doctora, sí que funciona, y su efecto beneficioso se obtiene tomando 1 mg. Según la evidencia actual, y como recalca la coordinadora del grupo de trabajo de Insomnio de la Sociedad Española del Sueño, la melatonina no genera dependencia. ■

El síndrome de piernas inquietas es una patología aún más invisible en la infancia P.8



Síndrome de piernas inquietas: un problema olvidado en la infancia

► Pamplona acogerá el 20 y 21 de septiembre el encuentro nacional de expertos y pacientes en esta patología neurológica

Raquel Bonilla. MADRID

Aunque su nombre resulta muy ilustrativo, se trata de una enfermedad tan desconocida como infradiagnosticada. Hablamos del síndrome de piernas inquietas (SPI), un trastorno neurológico, también conocido como enfermedad de Willis-Ekbom, caracterizado por provocar en los pacientes la necesidad irrefrenable de mover las piernas. «A los pocos minutos de estar en reposo, tras sentarte o al tumbarse en la cama para dormir, se apodera de ti una sensación de hormigueo, cosquilleo, como si algo te pinchara, que te obliga a mover las piernas, ya que es lo único que te alivia», explica Purificación Titos, presidenta de la Asociación Española de Síndrome de Piernas Inquietas (Aespi), cuyo encuentro nacional se celebrará el próximo fin de semana en Pamplona.

Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), se estima que hasta dos millones de personas podrían padecer el SPI en nuestro país. Aunque puede afectar hasta un 10% de la población adulta y hasta un 4% de los niños y adolescentes, lo cierto es que la SEN calcula que, en nuestro país, hasta un 90% de las personas que lo padecen podrían estar sin diagnosticar. En la mayoría de los casos, los síntomas se suelen manifestar de forma muy discreta y esporádica, lo que hace muchas personas no consultar sus síntomas hasta que la enfermedad ya ha evolucionado.

Y esa situación resulta más evidente, incluso, cuando hablamos de menores de edad. «Si este trastorno se inicia en la edad pediátrica las molestias suelen achacarse a dolores de cre-

Becas para la investigación

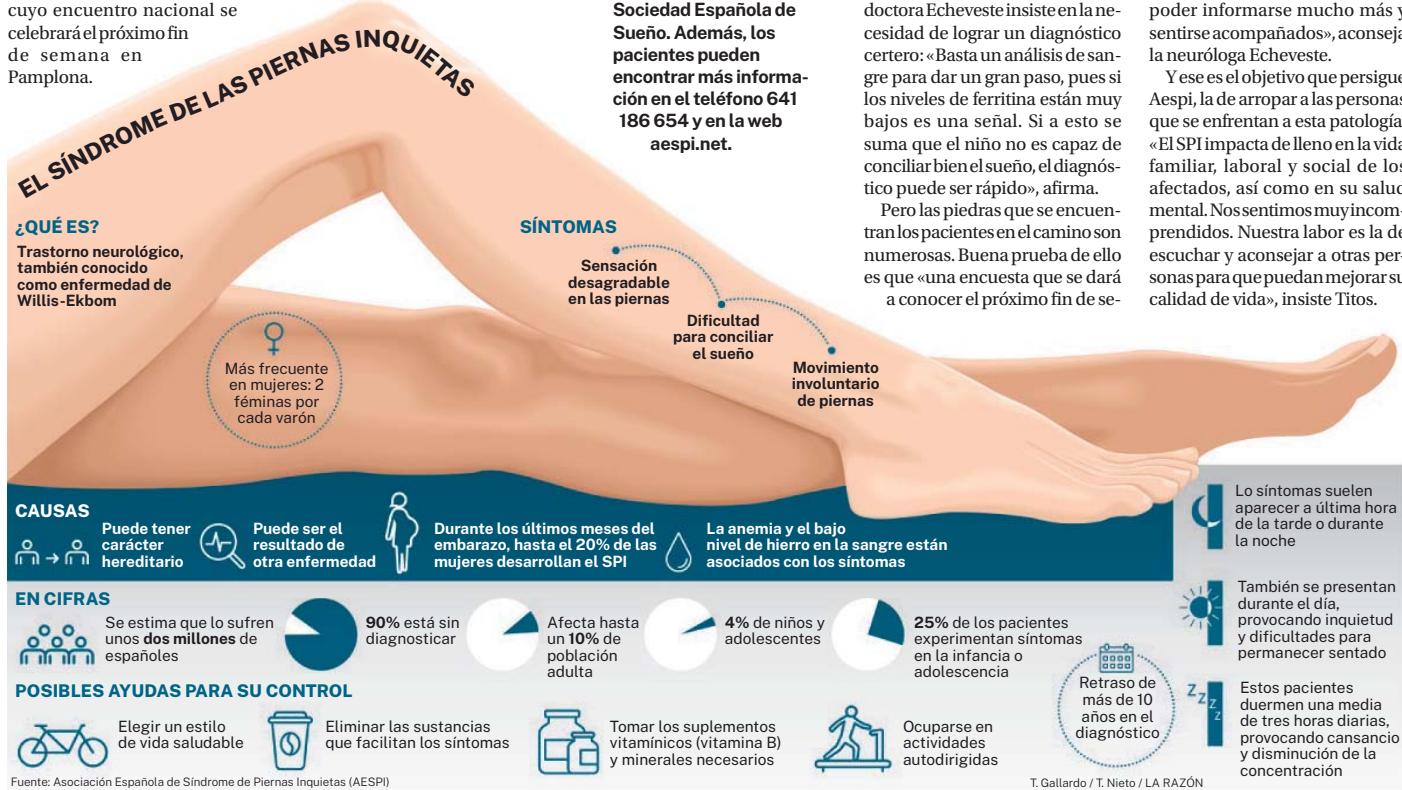
► **Tal y como ocurre en la mayoría de patologías, la investigación es sinónimo de avance y, por tanto, de calidad de vida. Consciente de ello, y a través de un gran esfuerzo económico, Aespi ha convocado dos becas de investigación de 5.000 € cada una para financiar proyectos científicos sobre el diagnóstico y tratamiento del SPI. Los trabajos deben centrarse en estos aspectos del SPI y se valorarán por un comité científico de la Sociedad Española de Sueño. Además, los pacientes pueden encontrar más información en el teléfono 641 186 654 y en la web aespi.net.**

Hasta un 4% de los niños y adolescentes pueden padecer esta patología

Suele confundirse con trastornos de hiperactividad y genera cansancio e irritabilidad

profesionales sepamos que hay asociaciones de pacientes para poder informarse mucho más y sentirse acompañados», aconseja la neuróloga Echeveste.

Y ese es el objetivo que persigue Aespi, la de arropar a las personas que se enfrentan a esta patología. «El SPI impacta de lleno en la vida familiar, laboral y social de los afectados, así como en su salud mental. Nos sentimos muy incomprendidos. Nuestra labor es la de escuchar y aconsejar a otras personas para que puedan mejorar su calidad de vida», insiste Titos.



cimiento o incluso se producen diagnósticos erróneos de hiperactividad. La consecuencia es que nos encontramos niños muy cansados porque no duermen por la noche, con lo que eso implica de irascibilidad e irritabilidad por el día. Se les tacha de vagos o de inquietos, porque ni las familias ni gran parte de los profesionales de pediatría conocen la existencia del SPI y, por tanto, no se diagnostica a tiempo», lamenta la doctora Beatriz Echeveste, neuróloga de la Clínica Universidad de Navarra, quien pronunciará la ponencia «SPI en niños: cuando el sueño no es reparador» junto a la neuropediatra Nadia Irazábal en el próximo congreso nacional de Aespi.

Son precisamente los casos que se inician a edades tempranas los que pueden llegar a convertirse en los más graves, pues no hay que olvidar que un 20% de los pacientes que padecen el síndrome lo sufren en su forma más grave, y por lo general, se da en quienes comienzan los síntomas antes de los 20 años. Para evitar este problema, la doctora Echeveste insiste en la necesidad de lograr un diagnóstico certero: «Basta un análisis de sangre para dar un gran paso, pues si los niveles de ferritina están muy bajos es una señal. Si a esto se suma que el niño no es capaz de conciliar bien el sueño, el diagnóstico puede ser rápido», afirma.

Pero las piedras que se encuentran los pacientes en el camino son numerosas. Buena prueba de ello es que «una encuesta que se dará a conocer el próximo fin de se-

mana en el encuentro anual de Aespi confirma que un elevado porcentaje de profesionales de atención primaria confiesa haber escuchado hablar de la enfermedad, pero no sabe cómo tratarla y algunos aseguran que solo ligeramente», adelanta Titos.

Una vez diagnosticado, la buena noticia es que el SPI tiene tratamiento. «Dependiendo de si se identifica o no algún tipo de causa subyacente, variará el tratamiento. En todo caso, por lo general, se centra en abordar los síntomas y mejorar la calidad del sueño», explica la doctora Celia García Malo, coordinadora del Grupo de Estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la SEN.

Una de las necesidades no cubiertas a las que se enfrentan los pacientes con SPI es la falta de información al respecto. «Es fundamental que el paciente sepa que esto existe y que es una enfermedad, que no se resigne a vivir así. Y una vez diagnosticados, hace falta que todos los

JOSÉ LUIS LANCIEGO PTE.
FUNDACIÓN DEL CEREBRO

“El párkinson no es una sentencia de muerte, se puede llevar vida normal”

• Médico e investigador del CIMA trabaja para mejorar los tratamientos **PÁG. 20-21**





“El párkinson no es una sentencia de muerte y se puede llevar vida normal”

José Luis Lanciego Presidente Fundación Europea del Cerebro

Médico e investigador del CIMA de la Universidad de Navarra, dirige un equipo sobre terapia génica para mejorar los tratamientos para enfermos de párkinson. Acaba de ser nombrado presidente de una fundación europea que busca fondos para investigar enfermedades neurodegenerativas y mejorar la calidad de vida de estos pacientes

SONSOLES ECHAVARREN Pamplona

José Luis Lanciego lleva dos tercios de su vida entre probetas y tubos de ensayo. Basculando entre elucubraciones, errores y descubrimientos para mejorar la calidad de vida de las personas. En su caso, aquella de quienes sufren la enfermedad de Parkinson. Una patología neurodegenerativa, que va más allá de la rigidez y los temblores. José Luis Lanciego Pérez (Salamanca, 1966) es médico por la universidad de su ciudad y recaló en el Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra en 1997 y “caso por casualidad”. Desde entonces, lidera un equipo que investiga terapia génica para tratar el párkinson y han avanzado mucho, subraya, en la medicación que “aunque no cura” sí ayuda a los enfermos a tener “una buena calidad de vida”. “Nadie muere de párkinson sino con párkinson”. Miembro del Consejo Europeo del Cerebro (*European Brain Council*), acaba de ser nombrado presidente de otra institución relacionada, la Fundación Europea del Cerebro (*European Brain Foundation*). Una entidad que agrupa a sociedades científicas, asociaciones profesionales (de neurólogos, neurocirujanos, neuropsiquiatras...), asociaciones de pacientes y de la industria farmacéutica para recaudar fondos y luchar contra las enfermedades cerebrales y neurodegenerativas, que ya afectan a un tercio de la población europea. Vecino de Zuasti y casado con la médica venezolana Nancy Gonzalo, son padres de dos hijos: María Cristina (24 años) y José Luis (18). “Me encanta Pamplona y su calidad de vida. Aunque resulta una ciudad muy mal comunicada y perdimos oportunidades para organizar congresos internacionales”. En Navarra, viven actualmente unos 2.000 pacientes con párkinson.

¿Por qué asusta tanto esta enfermedad? Para los pacientes a quienes se la acaban de diagnosticar parece una sentencia de muerte. ¡Pero no lo es en absoluto! De hecho, si yo tuviera que escoger una enfermedad neurodegenerativa, elegiría el párkinson porque ya existe muchísima medicación contra los síntomas. Lo prefe-

ría antes que el alzheimer o la ELA (Esclerosis Lateral Amiotrófica).

¿Por qué surge el párkinson?

Su causa es desconocida. Por eso, no se puede curar. Pero sí podemos tratarlo como una gripe. Es decir, mejorar sus síntomas (como si fueran la fiebre, la congestión...) para que los pacientes tengan una buena calidad de vida. Sí que se sabe que la edad es el principal factor de riesgo y que, en la mayoría de los casos, el párkinson aparece a partir de los 65 años. Solo en un 10% surge en personas menores de 50. Como el caso del actor estadounidense Michael J. Fox, que tiene una fundación que otorga dinero para la investigación, y a quien conocí. En el párkinson juvenil, se vivan muchos años con la enfermedad y se necesita mucho más apoyo. Porque la evolución hará que se viva más tiempo con una situación peor.

¿Cuáles son esos síntomas?

El párkinson se origina porque se reduce el número de neuronas dopamínergicas en la parte compacta de la sustancia negra en el cerebro. En consecuencia, el paciente pierde la capacidad de controlar los movimientos habitualmente automáticos debido a una alteración en los niveles de dopamina. Entre los primeros síntomas, aparecen el temblor y la rigidez. Por eso, se recetan

tratamientos con dopamina, los niveles de esa sustancia se mantienen estables y desaparecen los síntomas. Los tratamientos, siempre muy personalizados, permiten que en los primeros años tras el diagnóstico, se pueda llevar una vida normal. La esperanza de vida con párkinson es igual que sin él. Es decir, nadie muere de párkinson sino con la enfermedad. Otra cosa es que consigas tener una mejor o peor calidad de vida.

Insiste en que, a veces, surgen complicaciones. ¿Como cuáles?

Dolor, afectación del habla, de la deglución, incontinencia urinaria, estreñimiento severo, problemas de insomnio... Lógicamente la calidad de vida resulta peor y hace que los pacientes se aísen. Además, aún existe el estigma del párkinson. Pero en la mayoría de casos, los primeros años son buenos porque se vive una especie de “luna de miel” gracias a la medicación.

Además de los fármacos, ¿qué otros tratamientos se pueden aplicar?

En algunos casos, la llamada estimulación cerebral severa, que es una operación en la que se conectan unos electrodos en una zona del cerebro que quita totalmente los síntomas (el investigador muestra entonces el video de un paciente que apenas puede caminar y que, tras la operación, da unas zancadas muy seguras). La Clínica Universidad de Navarra fue un centro pionero en esta práctica hace treinta años pero ahora ya se practica en casi todos los hospitales públicos y privados del mundo. El cambio de vida en los pacientes es tremendo. La enfermedad sigue progresando pero sin síntomas porque los esconde la medicación o la cirugía.

Desde la Revolución Industrial

El párkinson aparece como una enfermedad actual. ¿Por qué surge ahora?

No hay vestigios de ella a lo largo de la historia. Ni en los papiros egipcios, ni en la Antigua Grecia... Los primeros casos datan de la Revolución Industrial (siglo XIX), por el aumento de la contaminación y el comienzo del uso de pesticidas. Actualmente, la prevalencia del párkinson es superior entre las personas que viven en el medio rural (frente al urbano) y también se da más en hombres, en una proporción de tres varones por dos mujeres. También se ha observado que existe una comorbilidad (enfermedades que confluyen) entre el párkinson y el melanoma (cáncer de piel), porque ambas patologías presentan una proteína común. Además, algunos pacientes con párkinson se demencian pero no todos. Como, insisto, la enfermedad no se puede curar al no conocer la causa, lo más importante es lograr que progrese lo más lentamente posible. Que mueran menos neuronas o lo hacen de manera lenta.

¿En qué consiste exactamente la investigación que desarrollan en su laboratorio con la llamada terapia génica?

Esta técnica, que ahora está de moda, logra situaciones que hace cuatro o cinco años parecían una locura. Lo que queremos es aprovechar la propiedad natural de los virus (que no son capaces de reproducirse por sí mismo sino solo metiéndose en las células). Aprovechando esta propiedad, modificamos los virus y les introducimos la información genética que queremos para que fabriquen la proteína que nos interesa. En eso consiste en este caso la terapia génica: en dar a las neuronas la proteína que necesitan para frenar el párkinson.

¿Por qué llevan a cabo la investigación con monos y no con ratones?

Porque el cerebro del ratón o la rata es mucho más sencillo que el de los humanos. No tiene arrugas. En cambio, el del mono es similar aunque de tamaño más pequeño. El humano tiene un cerebro mucho más



El investigador José Luis Lanciego Pérez

grande, del tamaño de una pizza mediana de masa fina. Pero para que nos quepa en la cabeza solo hay dos opciones: o tener un cabezón como una chincheta o que entre de manera arrugada. Por eso, es tan importante la investigación con monos. Aunque hemos tenido problemas con los animalistas. Hace un tiempo, PETA (Personas por el Trato Ético de los Animales, según sus siglas en inglés) presentó una iniciativa ciudadana para impedir la investigación con animales para usos cosméticos. Gracias al Consejo Europeo del Cerebro, del que formo parte, conseguimos que los eurodiputados intercedieran por nosotros,

DNI

Investigar el cerebro José Luis Lanciego Pérez (Ávila, 1966) es licenciado en Medicina por la Universidad de Salamanca. Tras una estancia en Amsterdam, llegó al CIMA de la UN en 1997. Es el investigador principal del grupo de terapia génica en Parkinson. Ha sido nombrado presidente de la Fundación Europea del Cerebro. Casado con la médica venezolana Nancy Gonzalo, tienen dos hijos: María Cristina (24 años) y José Luis (18).



(Ávila, 1966), en el laboratorio del Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) de la Universidad de Navarra, en el que investiga sobre parkinson.

MIGUEL OSÉS

que se convirtieran en nuestra voz, y logramos detener esa petición. Es lo que vamos a hacer también ahora desde la Fundación Europea del Cerebro. Buscar fondos del Parlamento Europeo para financiar nuestras investigaciones. Hasta ahora, la prioridad ha sido el cáncer pero, conforme aumenta la esperanza de vida y el envejecimiento, hay que prestar más atención a las enfermedades neurodegenerativas. En España tan solo se destina el 1,04% del Producto Interior Bruto (PIB) a investigación y solo estamos por delante de Grecia y Portugal. En otros países, en cambio, el dinero para investigar es mucho mayor. En Ale-

mania, asciende al 3% del PIB y en los países nórdicos, como Suecia, Finlandia, Noruega..., al 15%.

¿Qué otras vías de financiación tienen?

El 85% de nuestros ingresos viene de la ASAP (Alineando la Ciencia Contra el Parkinson, por sus siglas en inglés), una asociación privada de Estados Unidos que financia 152 grupos investigadores de todo el mundo y uno de ellos es el nuestro.

Hemos hablado de pacientes, síntomas...

Pero, ¿qué ocurre con los familiares?

El impacto del paciente en su entorno es muy grande. El cuidador, que generalmente cuida a su pareja, sus padres... pierde horas de trabajo y muchas veces no sabe qué hacer. Por eso, son muy importantes las asociaciones de pacientes como Anapar (Asociación Navarra de Parkinson), que desempeña un trabajo exquisito. Porque las personas comparten experiencias, se organizan talleres de fisioterapia, logopedia... Tanto los pacientes como sus familiares deben cuidarse y llevar a cabo una vida sana. Al laboratorio llaman muchas personas y, aunque yo no soy médico, escucho historias. Un paciente, al comienzo del diagnóstico, tuvo que dejar la empresa pero luego, gracias al tratamiento, volvió a trabajar y pudo disfrutar de una vida normal. Existe mucha esperanza.

SUS FRASES

"No se conoce qué causa el parkinson pero sí que es más común en los entornos rurales, por el uso de pesticidas"

"La edad es determinante y la mayoría de los casos aparecen a partir de los 65 años. Solo un 10% surge antes de los 50"

“En la investigación nunca sabes cuál va a ser el final”

José Luis Lanciego Pérez era un joven salmantino que soñaba con ser médico. Hasta que el laboratorio se cruzó en su vida. “Me encantaban los pacientes pero me decanté por la investigación. Me apasiona. Es un trabajo en el que nunca sabes cuál va a ser el resultado”. Licenciado en Medicina por la Universidad de Salamanca, investigó allí y en Ámsterdam hasta que en 1997, cuando aún no se había construido ni el edificio actual, le llamaron del CIMA. “Fue una casualidad. En una semana, me vine y aquí he hecho mi vida”.

¿Qué le interesó del proyecto aún en pañales?

Me habló de él el profesor

José Manuel Giménez Amaya, que entonces daba clase en la Universidad Autónoma (y ahora lo hace en la Universidad de Navarra). Consistía en un proyecto nuevo para investigar el parkinson con monos. Me vine sin conocer a nadie. Pero aquí me casé (su mujer, la venezolana Nancy Gonzalo, hizo la tesis doctoral con él y ahora es médica de familia en el centro de salud de Huarte) y mis hijos son navarros: María Cristina (24 años, que ha terminado Derecho con Relaciones Internacionales) y José Luis (18, que va a empezar Medicina). ¡Aún queda esperanza! (bromea). Visto su planificador (de-trás de la puerta de su despacho), viaja mucho... Dos o tres veces al mes. Viajo por toda España, voy mucho a Bruselas por la Fundación Europa del Cerebro y también a Estados Unidos (Arizona, California...) por proyectos que tenemos en común. En Bruselas, los miembros de la fundación (investigadores, neurólogos, neurocirujanos, psiquiatras...) abogamos ante los eurodiputados para conseguir fondos para las enfermedades neurodegenerativas. Debe ser prioridad. ¿Viaja también en su tiempo libre o ya no le apetece? Me encanta viajar en familia. Ahora nos vamos unos días los cuatro a Cerdeña.



TEXTO: REDACCIÓN
FOTO: AEP

La migraña, un tipo de dolor de cabeza grave e incapacitante, es una de las cefaleas primarias más frecuentes. De hecho, la migraña es la sexta enfermedad más frecuente del mundo, sobre todo en mujeres: aproximadamente un 18% de las mujeres en el mundo la padecen, frente a un 9% de los hombres.

CINCO MILLONES DE PACIENTES

La Sociedad Española de Neurología (SEN) calcula que en España padecen migraña más de cinco millones de personas; de las cuales, más de 1,5 millones la sufren en su forma crónica: durante más de 15 días al mes. Además, cada año, un 2,5% de la población comienza a padecer migraña y en aproximadamente un 3% de los pacientes con migraña se cronifica su enfermedad.

En España, la migraña también es la primera causa de discapacidad en adultos menores de 50 años, ya que más del 50% de los pacientes presentan discapacidad grave o muy grave. Además, esta patología se asocia con un mayor riesgo de ansiedad y depresión, además de otras comorbilidades, como problemas cardiológicos y vasculares, trastornos del sueño, problemas inflamatorios o gastrointestinales.

MIGRAÑA

LOS NEURÓLOGOS CREEN QUE FALLA EL ABORDAJE PREVENTIVO

Hay tratamientos que pueden prevenir y minimizar ciertos tipos de migraña, pero solo los reciben un 20% de los pacientes.

COSTE SOCIAL Y ECONÓMICO

Este tipo de cefalea genera un impacto económico muy elevado. Se calcula que el coste total oscila, en este país, entre 10.394 y 14.230 millones de euros anuales. De este coste, aproximadamente un 65% está asociado a pérdidas de productividad laboral por absentismo y presentismo, superando los 6.000 euros por persona.

El impacto de la migraña en la carrera profesional del paciente

también es notable, ya que nada menos que un 25% de los afectados declaran haber perdido su empleo como consecuencia de la enfermedad, un 28% indican que les impide ascender laboralmente y un 43%, que les ha impedido acceder a un trabajo o renovar un contrato.

El tercer vértice del problema es la elevada necesidad de uso de recursos sanitarios que genera: en los últimos seis meses, más

del 70% de las personas con migraña han necesitado visitar a un médico de atención primaria o a un neurólogo, más del 45% había acudido a urgencias y casi el 12% había sido hospitalizado.

El doctor Robert Belvís, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN), estima que "la migraña supone una carga muy significativa para los pacientes y para la sociedad, tanto a nivel económico como sociosanitario. Debido a su alta prevalencia y a la discapacidad que provoca, debería ser una prioridad de salud pública y, sin embargo, sigue estando infradiagnosticada e infratratada".

En detalle Algunos síntomas que la preceden

La migraña es un tipo de cefalea que puede causar un dolor pulsátil intenso o una sensación pulsante, generalmente de un solo lado. A menudo se acompaña de náuseas, vómitos y sensibilidad a la luz.

Señales que avisan

Uno o dos días antes de una migraña puede haber cambios sutiles, como estreñimiento, variaciones en el estado de ánimo, rigidez en el cuello o un aumento de las micciones.

Otras personas experimentan un síntoma llamado aura, con alteraciones visuales (como destellos de luz o puntos ciegos), hormigueo en un lado de la cara o en un brazo o pierna y dificultad para hablar.

DOLENCIA INFRADIAGNOSTICADA

El especialista explica que "en la SEN estimamos que solo un 56% de las personas con migraña ha recibido un diagnóstico adecuado de la enfermedad y que menos del 20% de quienes necesitan un tratamiento preventivo están accediendo a este".

La Sociedad Española de Neurología considera que la baja utilización de tratamientos preventivos, a pesar de la importante discapacidad asociada a la migraña, es uno de los mayores retos que se deben afrontar. A pesar de que en los últimos años se han producido importantes avances en el conocimiento de la fisiopatología de la migraña, que han permitido el desarrollo de varios tratamientos eficaces que han conseguido mejorar significativamente la calidad de vida de muchos pacientes, el acceso a estos fármacos es desigual tanto entre las diferentes comunidades como dentro de ellas, dependiendo del centro donde el paciente sea tratado. "Según los últimos estudios que manejamos, cerca del 25% de los pacientes españoles tienen más de cuatro días de migraña al mes, por lo que podrían beneficiarse del tratamiento preventivo. Sin embargo, menos del 10% lo recibe y solo un 1% de los pacientes están accediendo a las nuevas terapias anti-CGRP", concluye el doctor Robert Belvís.



SPC

La migraña es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un trastorno muy común que afecta al 14 por ciento de la población mundial. Es decir, una de cada siete personas en el mundo padece esta dolencia que, en nuestro país, afecta a más de cinco millones de adultos, de acuerdo con la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Como apunta el doctor Julio Maset, médico de Cinfa, «la migraña es un tipo de cefalea (dolor de cabeza) de gran intensidad, aguda y recurrente, con mayor incidencia en las mujeres. Muchas veces, duele solo un lado de la cabeza y se presenta acompañada de náuseas, vómitos o sensibilidad o intolerancia a los ruidos y a la luz. Aunque no es una enfermedad grave, sí es capaz de dejarnos fuera de juego durante unas horas o, incluso, varios días».

De hecho, la migraña es, según la SEN, la primera causa de discapacidad entre personas adultas menores de 50 años. Se trata de uno de los motivos más frecuentes de absentismo laboral.

«Aunque no se conoce la causa exacta, se piensa que quienes padecen este problema tienen un cerebro especialmente reactivo. Sus neuronas, hiperactivas y muy sensibles, envían impulsos a los vasos sanguíneos, lo que provoca su estrechamiento y posterior dilatación. Estos cambios, que afectan también a los tejidos que rodean a los vasos sanguíneos, liberan sustancias que generan dolor», explica el experto de Cinfa.

Pueden desencadenar estas crisis de migraña numerosas

MIGRAÑA BAJO CONTROL



Quien sufre este tipo de cefaleas no debe resignarse a convivir con un dolor que a veces paraliza la vida, pero es importante identificar qué factores pueden desencadenar una crisis

sustancias y circunstancias como, por ejemplo, el alcohol, el tabaco, los cambios en los niveles hormonales como los provocados en el ciclo menstrual, los olores fuertes, los cambios meteorológicos o de altitud bruscos, la falta de sueño, el ejercicio físico o el estrés.

También son posibles desencadenantes algunos alimentos como el chocolate, los lácteos y los cacahuates, al igual que edulcorantes como la sacarosa, sustancias como la tiramina -presente en el vino, el queso curado, el chocolate negro o el pescado ahumado, entre otros-, los nitratos de carnes como el tocino y el salami y el glutamato monosódico (GMS), un aditivo presente, por ejemplo, en la comida china y en algunos snacks salados.

«No se trata de evitar todos estos alimentos, pero sí es recomendable evitar su consumo excesivo y que el propio paciente identifique cuáles le provocan un episodio de migraña y los retire de su dieta habitual» explica Maset.

SIGNOS PREMONITORIOS. Es crucial saber distinguir entre una migraña y una cefalea o dolor de cabeza común de cara a un tratamiento efectivo. «La migraña, habitualmente, empieza con los pródomos, que son signos premonitorios que ocurren hasta 24 horas antes de la migraña como cambios de humor, bostezos excesivos, etc. Posteriormente, una de cada cinco personas con migraña presenta la llamada *aura*, que puede consistir en náuseas, hormigueos y cambios en la percepción visual. Luego aparece el dolor de cabeza como tal, que puede durar horas e incluso días y, finalmente, una fase de agotamiento y de-

! UNA AYUDA PARA HACER FRENTE A LAS MOLESTIAS

1 Acude a tu médico siempre que sea necesario. La migraña puede tratarse y moderarse. Si el número de crisis o la intensidad del dolor aumentan, no dudes en acudir al especialista y sigue el tratamiento que te prescriba.

2 Aprende a reconocer los desencadenantes de tus crisis. Como estos varían de una persona a otra, en primer lugar, deberás identificarlos con ayuda del especialista. Trata de recordar si cuando tuviste las úl-

timas migrañas habías tenido exposición a algún ruido, luz u olor intenso, o si habías ingerido algún alimento determinado en las horas previas, y evítalos.

3 Elabora un calendario o diario de cefaleas. Se trata de un pequeño documento, muy sencillo, donde simplemente deberás ir anotando la fecha de tus crisis de dolor de cabeza, junto con otros datos como la intensidad del dolor y su repercusión en las actividades de la vi-

da diaria, síntomas acompañantes, medicamentos y dosis empleadas.

4 Cuida lo que comes. Seguir una dieta variada y equilibrada es siempre saludable, pero las personas con migraña deben intentar evitar los alimentos que constaten que les afectan como pueden ser el chocolate, la leche, el queso curado o el vino, al igual que el alcohol en general.

5 Mantén horarios regulares de sueño. Las variaciones en los

patrones de sueño pueden ser en parte responsables de las crisis de migraña, por lo que conviene seguir unos horarios lo más regulares posibles y, además, procurar dormir al menos siete u ocho horas diarias.

6 Plántale cara al estrés. La ansiedad que producen determinadas situaciones personales o laborales es también un probable desencadenante, por lo que es recomendable tratar de mantener la calma ante las complicaciones.

7 Aíslate en un lugar tranquilo. Los lugares ruidosos u olores penetrantes pueden desencadenar las crisis y, en cualquier caso, nunca las alivian. Por ello, cuando sufras una, y siempre que sea posible, tómbrate en la cama o el sofá en una habitación a oscuras para evitar estímulos como la luz, el ruido o el movimiento.

8 Respira de forma relajada. Cuando se produzca una crisis,



El chocolate, los lácteos, los edulcorantes o los cacahuetes pueden llevar a un episodio

bilidad que se produce cuando el dolor cesa», precisa.

El dolor suele ser de intensidad moderada a severa y pulsátil, similar a palpitaciones o latidos en la cabeza. Aumenta en minutos u horas de manera gradual y también desaparece de manera paulatina.

Aunque no existe una cura específica, la migraña se puede tratar y controlar. «La persona que sufre este tipo de cefaleas no debe resignarse a convivir con un dolor que, a menudo, paraliza su vida diaria, sino acudir a su médico para que le indique el mejor tratamiento para su caso», recalca el experto.

Uno de sus objetivos será mitigar los síntomas mediante el uso de fármacos analgésicos o específicos para la migraña que siempre deben ser prescritos por el médico para evitar posibles efectos adversos si se da un uso continuado y no controlado.

«El otro pilar del tratamiento lo constituye la prevención de los episodios aprendiendo a identificar y a evitar los estímulos que los provocan. Por ello, es muy importante que la persona con migrañas periódicas preste atención a las circunstancias que desencadenan sus crisis para procurar evitarlas», recomienda el doctor Maset.

intentar respirar de manera adecuada puede ayudarte. Inhalá lenta y profundamente y concéntrate. El dolor de cabeza disminuirá y comenzarás a sentirte mejor.

9 Sigue la prescripción médica. Toma solo los medicamentos que te prescriba el médico y del modo en que te lo indique. No olvides que ingerir demasiados puede provocar cefaleas de rebote.



ENFERMEDADES | CINCO MILLONES DE ESPAÑOLES AFECTADOS

SPC

La migraña es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un trastorno muy común que afecta al 14 por ciento de la población mundial. Es decir, una de cada siete personas en el mundo padece esta dolencia que, en nuestro país, afecta a más de cinco millones de adultos, de acuerdo con la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Como apunta el doctor Julio Maset, médico de Cinfa, «la migraña es un tipo de cefalea (dolor de cabeza) de gran intensidad, aguda y recurrente, con mayor incidencia en las mujeres. Muchas veces, duele solo un lado de la cabeza y se presenta acompañada de náuseas, vómitos o sensibilidad o intolerancia a los ruidos y a la luz. Aunque no es una enfermedad grave, sí es capaz de dejarnos fuera de juego durante unas horas o, incluso, varios días».

De hecho, la migraña es, según la SEN, la primera causa de discapacidad entre personas adultas menores de 50 años. Se trata de uno de los motivos más frecuentes de absentismo laboral.

«Aunque no se conoce la causa exacta, se piensa que quienes padecen este problema tienen un cerebro especialmente reactivo. Sus neuronas, hiperactivas y muy sensibles, envían impulsos a los vasos sanguíneos, lo que provoca su estrechamiento y posterior dilatación. Estos cambios, que afectan también a los tejidos que rodean a los vasos sanguíneos, liberan sustancias que generan dolor», explica el experto de Cinfa.

Pueden desencadenar estas crisis de migraña numerosas

MIGRAÑA BAJO CONTROL



Quien sufre este tipo de cefaleas no debe resignarse a convivir con un dolor que a veces paraliza la vida, pero es importante identificar qué factores pueden desencadenar una crisis

sustancias y circunstancias como, por ejemplo, el alcohol, el tabaco, los cambios en los niveles hormonales como los provocados en el ciclo menstrual, los olores fuertes, los cambios meteorológicos o de altitud bruscos, la falta de sueño, el ejercicio físico o el estrés.

También son posibles desencadenantes algunos alimentos como el chocolate, los lácteos y los cacahuates, al igual que edulcorantes como la sacarosa, sustancias como la tiramina -presente en el vino, el queso curado, el chocolate negro o el pescado ahumado, entre otros-, los nitratos de carnes como el tocino y el salami y el glutamato monosódico (GMS), un aditivo presente, por ejemplo, en la comida china y en algunos snacks salados.

«No se trata de evitar todos estos alimentos, pero sí es recomendable evitar su consumo excesivo y que el propio paciente identifique cuáles le provocan un episodio de migraña y los retire de su dieta habitual» explica Maset.

SIGNOS PREMONITORIOS. Es crucial saber distinguir entre una migraña y una cefalea o dolor de cabeza común de cara a un tratamiento efectivo. «La migraña, habitualmente, empieza con los pródomos, que son signos premonitorios que ocurren hasta 24 horas antes de la migraña como cambios de humor, bostezos excesivos, etc. Posteriormente, una de cada cinco personas con migraña presenta la llamada *aura*, que puede consistir en náuseas, hormigueos y cambios en la percepción visual. Luego aparece el dolor de cabeza como tal, que puede durar horas e incluso días y, finalmente, una fase de agotamiento y de-

! UNA AYUDA PARA HACER FRENTE A LAS MOLESTIAS

1 Acude a tu médico siempre que sea necesario. La migraña puede tratarse y moderarse. Si el número de crisis o la intensidad del dolor aumentan, no dudes en acudir al especialista y sigue el tratamiento que te prescriba.

2 Aprende a reconocer los desencadenantes de tus crisis. Como estos varían de una persona a otra, en primer lugar, deberás identificarlos con ayuda del especialista. Trata de recordar si cuando tuviste las úl-

timas migrañas habías tenido exposición a algún ruido, luz u olor intenso, o si habías ingerido algún alimento determinado en las horas previas, y evítalos.

3 Elabora un calendario o diario de cefaleas. Se trata de un pequeño documento, muy sencillo, donde simplemente deberás ir anotando la fecha de tus crisis de dolor de cabeza, junto con otros datos como la intensidad del dolor y su repercusión en las actividades de la vi-

da diaria, síntomas acompañantes, medicamentos y dosis empleadas.

4 Cuida lo que comes. Seguir una dieta variada y equilibrada es siempre saludable, pero las personas con migraña deben intentar evitar los alimentos que constaten que les afectan como pueden ser el chocolate, la leche, el queso curado o el vino, al igual que el alcohol en general.

5 Mantén horarios regulares de sueño. Las variaciones en los

patrones de sueño pueden ser en parte responsables de las crisis de migraña, por lo que conviene seguir unos horarios lo más regulares posibles y, además, procurar dormir al menos siete u ocho horas diarias.

6 Plántale cara al estrés. La ansiedad que producen determinadas situaciones personales o laborales es también un probable desencadenante, por lo que es recomendable tratar de mantener la calma ante las complicaciones.

7 Aíslate en un lugar tranquilo. Los lugares ruidosos u olores penetrantes pueden desencadenar las crisis y, en cualquier caso, nunca las alivian. Por ello, cuando sufras una, y siempre que sea posible, tumbarte en la cama o el sofá en una habitación a oscuras para evitar estímulos como la luz, el ruido o el movimiento.

8 Respira de forma relajada. Cuando se produzca una crisis,



El chocolate, los lácteos, los edulcorantes o los cacahuetes pueden llevar a un episodio

bilidad que se produce cuando el dolor cesa», precisa.

El dolor suele ser de intensidad moderada a severa y pulsátil, similar a palpitaciones o latidos en la cabeza. Aumenta en minutos u horas de manera gradual y también desaparece de manera paulatina.

Aunque no existe una cura específica, la migraña se puede tratar y controlar. «La persona que sufre este tipo de cefaleas no debe resignarse a convivir con un dolor que, a menudo, paraliza su vida diaria, sino acudir a su médico para que le indique el mejor tratamiento para su caso», recalca el experto.

Uno de sus objetivos será mitigar los síntomas mediante el uso de fármacos analgésicos o específicos para la migraña que siempre deben ser prescritos por el médico para evitar posibles efectos adversos si se da un uso continuado y no controlado.

«El otro pilar del tratamiento lo constituye la prevención de los episodios aprendiendo a identificar y a evitar los estímulos que los provocan. Por ello, es muy importante que la persona con migrañas periódicas preste atención a las circunstancias que desencadenan sus crisis para procurar evitarlas», recomienda el doctor Maset.

intentar respirar de manera adecuada puede ayudarte. Inhalá lenta y profundamente y concéntrate. El dolor de cabeza disminuirá y comenzarás a sentirte mejor.

9 Sigue la prescripción médica. Toma solo los medicamentos que te prescriba el médico y del modo en que te lo indique. No olvides que ingerir demasiados puede provocar cefaleas de rebote.

**ENFERMEDADES | CINCO MILLONES DE ESPAÑOLES AFECTADOS**

SPC

La migraña es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un trastorno muy común que afecta al 14 por ciento de la población mundial. Es decir, una de cada siete personas en el mundo padece esta dolencia que, en nuestro país, afecta a más de cinco millones de adultos, de acuerdo con la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Como apunta el doctor Julio Maset, médico de Cinfa, «la migraña es un tipo de cefalea (dolor de cabeza) de gran intensidad, aguda y recurrente, con mayor incidencia en las mujeres. Muchas veces, duele solo un lado de la cabeza y se presenta acompañada de náuseas, vómitos o sensibilidad o intolerancia a los ruidos y a la luz. Aunque no es una enfermedad grave, si es capaz de dejarnos fuera de juego durante unas horas o, incluso, varios días».

De hecho, la migraña es, según la SEN, la primera causa de discapacidad entre personas adultas menores de 50 años. Se trata de uno de los motivos más frecuentes de absentismo laboral.

«Aunque no se conoce la causa exacta, se piensa que quienes padecen este problema tienen un cerebro especialmente reactivo. Sus neuronas, hiperactivas y muy sensibles, envían impulsos a los vasos sanguíneos, lo que provoca su estrechamiento y posterior dilatación. Estos cambios, que afectan también a los tejidos que rodean a los vasos sanguíneos, liberan sustancias que generan dolor», explica el experto de Cinfa.

Pueden desencadenar estas crisis de migraña numerosas

MIGRAÑA BAJO CONTROL



Quien sufre este tipo de cefaleas no debe resignarse a convivir con un dolor que a veces paraliza la vida, pero es importante identificar qué factores pueden desencadenar una crisis

Cedro

sustancias y circunstancias como, por ejemplo, el alcohol, el tabaco, los cambios en los niveles hormonales como los provocados en el ciclo menstrual, los olores fuertes, los cambios meteorológicos o de altitud bruscos, la falta de sueño, el ejercicio físico o el estrés.

También son posibles desencadenantes algunos alimentos como el chocolate, los lácteos y los cacahuetes, al igual que edulcorantes como la sacarosa, sustancias como la tiramina -presente en el vino, el queso curado, el chocolate negro o el pescado ahumado, entre otros-, los nitratos de carnes como el tocino y el salami y el glutamato monosódico (GMS), un aditivo presente, por ejemplo, en la comida china y en algunos snacks salados.

«No se trata de evitar todos estos alimentos, pero sí es recomendable evitar su consumo excesivo y que el propio paciente identifique cuáles le provocan un episodio de migraña y los retire de su dieta habitual», explica Maset.

SIGNOS PREMONITORIOS. Es crucial saber distinguir entre una migraña y una cefalea o dolor de cabeza común de cara a un tratamiento efectivo. «La migraña, habitualmente, empieza con los pródrromos, que son signos premonitorios que ocurren hasta 24 horas antes de la migraña como cambios de humor, bostezos excesivos, etc. Posteriormente, una de cada cinco personas con migraña presenta la llamada *aura*, que puede consistir en náuseas, hormigueos y cambios en la percepción visual. Luego aparece el dolor de cabeza como tal, que puede durar horas e incluso días y, finalmente, una fase de agotamiento y de



El chocolate, los lácteos, los edulcorantes o los cacahuetes pueden llevar a un episodio

bilidad que se produce cuando el dolor cesa», precisa.

El dolor suele ser de intensidad moderada a severa y pulsátil, similar a palpitaciones o latidos en la cabeza. Aumenta en minutos u horas de manera gradual y también desaparece de manera paulatina.

Aunque no existe una cura específica, la migraña se puede tratar y controlar. «La persona que sufre este tipo de cefaleas no debe resignarse a convivir con un dolor que, a menudo, paraliza su vida diaria, sino acudir a su médico para que le indique el mejor tratamiento para su caso», recalca el experto.

Uno de sus objetivos será mitigar los síntomas mediante el uso de fármacos analgésicos o específicos para la migraña que siempre deben ser prescritos por el médico para evitar posibles efectos adversos si se da un uso continuado y no controlado.

«El otro pilar del tratamiento lo constituye la prevención de los episodios aprendiendo a identificar y a evitar los estímulos que los provocan. Por ello, es muy importante que la persona con migrañas periódicas preste atención a las circunstancias que desencadenan sus crisis para procurar evitarlas», recomienda el doctor Maset.



ENFERMEDADES | CINCO MILLONES DE ESPAÑOLES AFECTADOS

SPC

La migraña es, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), un trastorno muy común que afecta al 14 por ciento de la población mundial. Es decir, una de cada siete personas en el mundo padece esta dolencia que, en nuestro país, afecta a más de cinco millones de adultos, de acuerdo con la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Como apunta el doctor Julio Maset, médico de Cinfa, «la migraña es un tipo de cefalea (dolor de cabeza) de gran intensidad, aguda y recurrente, con mayor incidencia en las mujeres. Muchas veces, duele solo un lado de la cabeza y se presenta acompañada de náuseas, vómitos o sensibilidad o intolerancia a los ruidos y a la luz. Aunque no es una enfermedad grave, si es capaz de dejarnos fuera de juego durante unas horas o, incluso, varios días».

De hecho, la migraña es, según la SEN, la primera causa de discapacidad entre personas adultas menores de 50 años. Se trata de uno de los motivos más frecuentes de absentismo laboral.

«Aunque no se conoce la causa exacta, se piensa que quienes padecen este problema tienen un cerebro especialmente reactivo. Sus neuronas, hiperactivas y muy sensibles, envían impulsos a los vasos sanguíneos, lo que provoca su estrechamiento y posterior dilatación. Estos cambios, que afectan también a los tejidos que rodean a los vasos sanguíneos, liberan sustancias que generan dolor», explica el experto de Cinfa.

Pueden desencadenar estas crisis de migraña numerosas

MIGRAÑA BAJO CONTROL



Quien sufre este tipo de cefaleas no debe resignarse a convivir con un dolor que a veces paraliza la vida, pero es importante identificar qué factores pueden desencadenar una crisis

sustancias y circunstancias como, por ejemplo, el alcohol, el tabaco, los cambios en los niveles hormonales como los provocados en el ciclo menstrual, los olores fuertes, los cambios meteorológicos o de altitud bruscos, la falta de sueño, el ejercicio físico o el estrés.

También son posibles desencadenantes algunos alimentos como el chocolate, los lácteos y los cacahuates, al igual que edulcorantes como la sacarosa, sustancias como la tiramina -presente en el vino, el queso curado, el chocolate negro o el pescado ahumado, entre otros-, los nitratos de carnes como el tocino y el salami y el glutamato monosódico (GMS), un aditivo presente, por ejemplo, en la comida china y en algunos snacks salados.

«No se trata de evitar todos estos alimentos, pero sí es recomendable evitar su consumo excesivo y que el propio paciente identifique cuáles le provocan un episodio de migraña y los retire de su dieta habitual», explica Maset.

SIGNOS PREMONITORIOS. Es crucial saber distinguir entre una migraña y una cefalea o dolor de cabeza común de cara a un tratamiento efectivo. «La migraña, habitualmente, empieza con los pródrromos, que son signos premonitorios que ocurren hasta 24 horas antes de la migraña como cambios de humor, bostezos excesivos, etc. Posteriormente, una de cada cinco personas con migraña presenta la llamada *aura*, que puede consistir en náuseas, hormigueos y cambios en la percepción visual. Luego aparece el dolor de cabeza como tal, que puede durar horas e incluso días y, finalmente, una fase de agotamiento y de



El chocolate, los lácteos, los edulcorantes o los cacahuetes pueden llevar a un episodio

bilidad que se produce cuando el dolor cesa», precisa.

El dolor suele ser de intensidad moderada a severa y pulsátil, similar a palpitaciones o latidos en la cabeza. Aumenta en minutos u horas de manera gradual y también desaparece de manera paulatina.

Aunque no existe una cura específica, la migraña se puede tratar y controlar. «La persona que sufre este tipo de cefaleas no debe resignarse a convivir con un dolor que, a menudo, paraliza su vida diaria, sino acudir a su médico para que le indique el mejor tratamiento para su caso», recalca el experto.

Uno de sus objetivos será mitigar los síntomas mediante el uso de fármacos analgésicos o específicos para la migraña que siempre deben ser prescritos por el médico para evitar posibles efectos adversos si se da un uso continuado y no controlado.

«El otro pilar del tratamiento lo constituye la prevención de los episodios aprendiendo a identificar y a evitar los estímulos que los provocan. Por ello, es muy importante que la persona con migrañas periódicas preste atención a las circunstancias que desencadenan sus crisis para procurar evitarlas», recomienda el doctor Maset.

15 Septiembre, 2025



FÁRMACOS CON UNA CARA B: ATRACONES, JUEGO, COMPRA COMPULSIVA...

Farmacología. Algunos medicamentos pueden acarrear efectos adversos relacionados con la impulsividad. La comunicación entre médico y paciente es clave

Por Carmen Torrente (Madrid)

Y si un fármaco destinado a tratar una enfermedad le aleja de su familia? Algunos medicamentos pueden tener una complicada cara B que es necesario supervisar. Es el caso de algunos tratamientos contra el parkinson, como los agonistas dopamínergicos, que pueden desencadenar efectos secundarios relacionados con el control de la impulsividad, como juego patológico, libido aumentada, hipersexualidad, compras compulsivas, atracones...

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 lo ha visto en algunos de sus pacientes. «Pese a que advertimos que puede pasar, el paciente a veces no lo comparte ni con el

médico ni con su familia, porque se siente culpable y tiende a ocultarlo», señala. «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 dramáticos», señala. 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. Lo más habitual es bajar la dosis, pero a veces también hay que recurrir a psicólogos y, en menos ocasiones, a psiquiatras».

En los casos de sospecha de reacciones adversas, los trastornos del sistema nervioso son los segundos más frecuentes (la mayoría son no graves), después de los trastornos generales y alteraciones en el lugar de la administración. Así lo refleja la aplicación Fedra, cuyas siglas responden a Farmacovigilancia Española de 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.

El 60,68% de los casos afectan a las mujeres. «Son ellas las que 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).

La farmacovigilancia, una vez que un medicamento ha llegado al mercado, es fundamental, ya que «cuando se hacen los ensayos clínicos hay que tener

Blísteres de distintos fármacos en pastillas.
EL MUNDO

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 al medicamento por falta de volumen de personas».

En este punto 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», añade. 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».

Sevilla Sánchez hace hincapié en la importancia de que los sanitarios participen en el sistema. «En general, existe infranotificación, porque no deja de ser un sistema voluntario. Pero también es verdad que no se puede notificar todo lo que ves», indica.



Salud

Así funciona la hormona de moda para dormir mejor

La melatonina, ligada a la oscuridad, es muy eficaz para combatir el insomnio

L.O.



El insomnio es el trastorno del sueño más común.

RAFA SARDIÑA

Según estima la Sociedad Española de Neurología (SEN), entre un 20 y un 48% de los españoles tiene dificultad para iniciar o mantener el sueño. De ellos, un 10% de los casos se debe a algún trastorno crónico y grave. Por eso, muchas personas preguntan a su médico o farmacéutico por la melatonina, que se ha convertido en el fármaco de moda.

El insomnio se sitúa como el trastorno del sueño más frecuente, que afecta a entre el 25 y el 35% de la población. Pero el dato más preocupante es que unos cuatro millones de adultos en nuestro país sufren insomnio crónico, unas cifras que incluso podrían ser mayores por el alto número de pacientes que no están diagnosticados.

Las condiciones ambientales, tales como la temperatura de la habitación, el ruido o la luz, juegan un papel fundamental a la hora de tener una buena o mala calidad de sueño. Y es que, en la mayoría de los casos de insomnio, el estrés, los malos hábitos e incluso el jet lag son los principales desencadenantes de la ausencia de descanso.

Los tratamientos habituales para el insomnio, como resalta la Sociedad Española del Sueño (SES), son medidas de higiene del sueño, intervenciones psicológi-

cas y medicación.

Para combatir el insomnio existe un remedio muy eficaz: la melatonina, que se conoce como la hormona del sueño, aunque realmente es la hormona de la oscuridad, ya que induce el sueño cuando se detecta oscuridad ambiental. La melatonina es una hormona segregada por una glándula endocrina que es fundamental para la regulación del sueño. Se trata del compuesto fundamental de las pastillas que se encuentran en el mercado para combatir la dificultad para dormir, pero sus beneficios van más allá, ya que tiene propiedades antioxidantes y fortalece el sistema inmunológico.

La melatonina tiene dos usos, como explica la doctora Ainhoa Álvarez, coordinadora del grupo de trabajo de Insomnio de la SES: «Como cronorregulador (para que cada 24 horas nos entre el sueño, generalmente, durante la fase oscura del día), y como hipnótico, de liberación inmediata, para inducir al sueño».

Es importante aclarar que la melatonina no es una pastilla para dormir, sino para conciliar el sueño, algo para lo que, resalta la doctora, sí que funciona, y su efecto beneficioso se obtiene tomando 1 mg. Según la evidencia actual, y como recalca la coordinadora del grupo de trabajo de Insomnio de la Sociedad Española del Sueño, la melatonina no genera dependencia. ■