

> 2 de septiembre de 2026 a las 0:00

DE 16 HORAS A SOLO 2

Vall d'Hebron y Bellvitge ensayan un protocolo de urgencias para la epilepsia grave

PERSONAS | P. 20 Y 21

MEJORA EN LA SANIDAD PÚBLICA

BEATRIZ PÉREZ
 Barcelona

Los hospitales de Vall d'Hebron y de Bellvitge –ambos pertenecientes al Institut Català de la Salut (ICS)– arrancarán este mes de septiembre una prueba piloto que durará seis meses del *código crisis*, el protocolo asistencial urgente creado en España para coordinar la atención médica rápida y especializada ante crisis epilépticas graves. El objetivo es claro –y ambicioso–: pasar de las actuales 16 horas de media que aguarda un paciente a ser atendido a tan solo dos horas.

A diferencia de lo que sí ocurre en el caso de los ictus y de los infartos, en Catalunya no existe actualmente una guía estándar de actuación de cara a pacientes con epilepsia en situación grave. Esto provoca, entre otras cosas, que haya desigualdad territorial y que no todos los enfermos puedan ser tratados con las herramientas necesarias. Las crisis epilépticas son más frecuentes que

El objetivo es tratar los casos apremiantes en dos horas, frente a las 16 actuales. La prueba piloto, que durará seis meses, implicará al SEM e incluirá también los hospitales de Viladecans y de Mollet.

Bellvitge y Vall d'Hebron ensayarán un protocolo urgente para la epilepsia



los ictus. En Catalunya hay entre 50.000 y 70.000 personas con epilepsia. De estas, alrededor de un tercio tienen crisis regularmente, pese a que no todas las crisis requieren de asistencia médica.

«Esta prueba piloto del *código crisis* se inicia con Vall d'Hebron, Bellvitge y el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM). Y queremos que sea una realidad asistencial en toda Catalunya», avanza EL PERIÓDICO el neurólogo Manuel Toledo, director de la Unidad de Epilepsia de Vall d'Hebron, coordinador del Gru-

po de Epilepsia de la Sociedad Española de Neurología (SEN) y tesorero de la Sociedad Española de Epilepsia. La prueba piloto que arrancará en unas semanas incluirá también a dos hospitales más pequeños: el de Viladecans y el de Mollet.

Cómo funcionará

«Cualquier alerta por una crisis epiléptica en el Baix Llobregat y el Vallès Oriental se comunicará al SEM y este hablará directamente con el neurólogo de referencia de Bellvitge o Vall d'Hebron, dependiendo de donde sea la alerta. El objetivo es que el paciente no tenga que pasar por un hospital pequeño donde no existe asistencia especializada», señala Toledo. Según este neurólogo, esto evitará los «retrasos diagnósticos». «Es similar al *codi ictus*: seleccionamos a hospitales terciarios, que tienen todos los recursos, para mejorar la atención».

Fuentes de la Conselleria de Salut explican a este diario que el «reto de futuro es avanzar hacia una respuesta más homogénea ante el es-

tatus epiléptico». «Es necesario favorecer la detección precoz de los pacientes con epilepsia refractaria, garantizar un acceso más rápido a pruebas especializadas como el electroencefalograma (EEG) urgente y la videoelectroencefalografía, manteniendo la experiencia concentrada en centros acreditados y desarrollando circuitos asistenciales homogéneos en todo el territorio», apuntan.

Como explica la neuróloga Alba Sierra, coordinadora de la Unidad de Epilepsia del Hospital de la Santa

> 2 de septiembre de 2026 a las 0:00

La epilepsia es un trastorno neurológico que provoca crisis repetidas debido a una actividad eléctrica anormal del cerebro. Puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente en la infancia y en personas mayores.

Las crisis pueden causar convulsiones, pérdida de conciencia, movimientos involuntarios o cambios de conducta. Y pueden ser focales o generalizadas, según dónde comiencen. También existen diferentes síndromes epilépticos, con causas y síntomas diversos.

¿Qué es la epilepsia?

Miércoles

El tratamiento depende del tipo de epilepsia y de cada paciente. Lo más habitual son medicamentos antiepilépticos. En algunos casos se emplean cirugía, estimulación cerebral o dietas especiales.

Belén González



Los doctores Manuel Toledo, María Garcés Pellejero y Laura Abraira del Fresno, en la unidad de epilepsia del Hospital Vall d'Hebron.

Creu i Sant Pau (Barcelona), este plan piloto es «exploratorio» y se desarrollará en Vall d'Hebron y Bellvitge porque, al pertenecer ambos al ICS, tienen un «sistema informático común», algo que facilitará la recolección de casos.

«El protocolo durará seis meses y luego se prevé ampliarlo al resto de hospitales de Barcelona», señala Sierra, quien advierte de que las crisis epilépticas que se mantienen en el tiempo «pueden provocar daños neurológicos irreversibles».

«Las crisis epilépticas de más de cinco minutos es muy improbable que paren solas y, en ese caso, puede haber daños neurológicos permanentes. El protocolo marca que durante los primeros cinco minutos se administren benzodiacepinas. Si la crisis sigue, hay medicamentos anticrisis. Y, a partir de los primeros 30 minutos, hay sedantes e incluso se requiere el ingreso en la uci», ilustra Sierra. Este tratamiento es el que se aplica a día de hoy, pero el problema es que, dado que muchos de estos casos se abordan en el «medio ambulatorio», los pacientes «sufren un retraso a la hora de recibir el tratamiento», lo que influye en un «peor pronóstico».

Según Sierra, las crisis epilépticas que duran más de cinco minutos tienen una mortalidad de un 15% en adultos. «Tenemos que conseguir para la epilepsia los mismos sistemas de derivación ágiles y rápidos que existen para el ictus. Y que sean atendidos en centros de referencia. Tiempo es cerebro», dice esta neu-

róloga. Después del ictus, la epilepsia es la segunda urgencia neurológica más frecuente: constituye un 1% de todas las urgencias médicas.

Ahonda en esta idea también el doctor Toledo, quien reconoce que «hay retrasos que no tienen por qué existir». «Un paciente con una crisis epiléptica grave tiene que ir directamente a un hospital con un neurólogo, con neurocirugía, con acceso rápido a un electroencefalograma o a resonancias magnéticas. Los retrasos tienen consecuencias graves para los pacientes», defiende.

Criterios conjuntos

En el protocolo *código crisis* hay criterios establecidos con el SEM y los hospitales para las crisis epilépticas urgentes. Así, haber tenido crisis epilépticas en otras ocasiones, tener fiebre, mujeres embarazadas, no recuperar el estado de conciencia o convulsionar durante más de dos minutos hará que se active, inmediatamente, el *código crisis*. Esta rápida activación facilitará, además, que los hospitales referentes estén «preparados» para recibir al paciente grave.

Los estudios señalan que los pacientes que ingresan en un hospital y que aguardan más de 12 horas para que se les haga un electroencefalograma «tienen peor pronóstico y más mortalidad». Las crisis epilépticas graves tienen una mortalidad de entre el 20% y el 40%. El problema es que la accesibilidad a esta prueba diagnóstica, fuera del horario laboral, «es muy reducida». ■



MEDICACIÓN INNOVADORA

Europa autoriza su uso en personas con más de cuatro días de migraña al mes, pero en España su prescripción está restringida a pacientes que padecen al menos ocho días.

Piden eliminar las restricciones a los nuevos fármacos para la migraña

NIEVES SALINAS
Madrid

La Sociedad Española de Neurología (SEN), la Asociación Española de Migraña y Cefaleas (Aemice) y la Fundación Española de Cefaleas (Fecef) advirtieron ayer de las dificultades que existen en España para que las personas con migraña –seis millones en nuestro país– puedan acceder a los medicamentos anti-CGRP, considerados actualmente el tratamiento preventivo más eficaz y seguro por todas las sociedades de neurología a nivel mundial, debido a las restricciones vigentes para su prescripción.

«Retrasar el uso de los tratamientos más eficaces no solo aumenta el sufrimiento de los pacientes, sino que puede resultar menos eficiente a largo plazo», destaca el doctor Jesús Portá-Etessam, presidente de la SEN. «La migraña es no solo una enfermedad infradiagnosticada, sino también infratratada y con un enorme impacto en la calidad de vida de quienes la padecen. Y no resulta ético que pacientes que podrían beneficiarse de tratamientos más eficaces tengan que esperar a empeorar para recibirlos», añade.

Según explica el doctor Robert



Freepik

La migraña afecta a más de seis millones de personas en España.

Belvís, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN, actualmente, en España están disponibles seis fármacos anti-CGRP. «Todos ellos han supuesto un gran avance en el tratamiento preventivo de la migraña, especialmente en pacientes con una elevada frecuencia de ataques o con mala respuesta a los tratamientos tradicionales», señala.

Sin embargo, aunque algunos de estos medicamentos están dis-

ponibles desde 2019 y la Agencia Europea del Medicamento los autoriza para pacientes con más de cuatro días de migraña al mes, los criterios de financiación del Sistema Nacional de Salud restringen su uso a pacientes que presentan al menos ocho días de dolor al mes y que previamente han probado tres tratamientos preventivos distintos.

La SEN considera que estos criterios, «que pudieron entenderse

en el momento de la llegada de los nuevos medicamentos por la falta de estudios comparativos directos», ya no responden a la evidencia científica disponible. Se estima que al menos un tercio de los pacientes con migraña –más de dos millones de españoles– podrían beneficiarse de los nuevos fármacos.

Por esta razón, SEN, Aemice y Fecef han enviado una carta conjunta al Ministerio de Sanidad so-

licitando la eliminación de los «criterios restrictivos actuales», para que los pacientes puedan beneficiarse de los fármacos, siguiendo los criterios aprobados por la Agencia Europea del Medicamento: a partir de cuatro días de migraña al mes y sin necesidad de haber fracasado previamente con tres tratamientos preventivos.

Sin embargo, el Ministerio ya ha comunicado a la SEN que no se van a modificar estos criterios restrictivos, al menos a corto-medio plazo. «Ojalá recapaciten, porque las recomendaciones clínicas deben estar guiadas por la evidencia científica y por las necesidades individuales de cada persona», señala el presidente de la SEN.

«Retrasar el acceso a estos fármacos puede tener consecuencias clínicas importantes en los pacientes», comenta el doctor José Miguel Láinez, director de la Fundación Española de Cefaleas. «Obligar a los pacientes a pasar por varios tratamientos menos eficaces antes de poder acceder a los anti-CGRP puede suponer más de un año de dolor evitable, con el riesgo añadido de que la enfermedad progrese, el cerebro se sensibilice y la respuesta posterior al tratamiento sea menor», añade.

Además, la SEN remarca que, aunque estos medicamentos tuvieron inicialmente un coste elevado, actualmente su coste para el Sistema Nacional de Salud rondaría los 100-200 euros mensuales por paciente, una cifra que los neurólogos consideran asumible si se tiene en cuenta el impacto y el coste sanitario, laboral, familiar y social de la migraña mal controlada. Recuerdan que la migraña es una enfermedad con un coste económico elevado, que supera los 5.000 euros anuales por paciente, de los cuales más del 65% procede de la pérdida de productividad laboral y otro importante porcentaje a otros costes indirectos. ■

Medicación innovadora

Los neurólogos denuncian el «limitado» acceso a los fármacos para la migraña

Europa autoriza su uso en personas con más de 4 días de migraña al mes, pero en España su prescripción está restringida a los que padecen al menos 8 jornadas

NIEVES SALINAS

La Sociedad Española de Neurología (SEN), la Asociación Española de Migraña y Cefaleas (AEMICE) y la Fundación Española de Cefaleas (FECEF) advirtieron de las dificultades que existen en España para que las personas con migraña —seis millones en nuestro país— puedan acceder a los medicamentos anti-CGRP, considerados actualmente el tratamiento preventivo más eficaz y seguro por todas las sociedades de neurología a nivel mundial, debido a las restricciones vigentes para su prescripción.

«Retrasar el uso de los tratamientos más eficaces no solo aumenta el sufrimiento de los pacientes, sino que puede resultar menos eficiente a largo plazo», destaca el doctor Jesús Porta-Etessam, presidente de la SEN. «La migraña es no solo una enfermedad infradiagnosticada, sino también infratratada y con un enorme impacto en la calidad de vida de quienes la padecen. Y no resulta ético que pacientes que podrían beneficiarse de tratamientos más eficaces tengan que esperar a empeorar para recibirlos», añade.



La migraña afecta a más de 6 millones de personas en España.

Según explica el doctor Robert Belvis, coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN, actualmente, en España están disponibles seis fármacos anti-CGRP. «Todos ellos han supuesto un gran avance en el tratamiento preventivo de la migraña, espe-

cialmente en pacientes con una elevada frecuencia de ataques o con mala respuesta a los tratamientos tradicionales», señala. Sin embargo, aunque algunos de estos medicamentos están disponibles desde 2019 y la Agencia Europea del Medicamento los

autoriza para pacientes con más de cuatro días de migraña al mes, los criterios de financiación del Sistema Nacional de Salud restringen su uso a pacientes que presentan al menos ocho días de dolor al mes y que previamente han probado tres tratamientos

Freepik

preventivos distintos. La SEN considera que estos criterios, «que pudieron entenderse en el momento de la llegada de los nuevos medicamentos por la falta de estudios comparativos directos», ya no responden a la evidencia científica disponible. Se estima que al menos un tercio de los pacientes con migraña —más de dos millones de españoles— podrían beneficiarse de los nuevos fármacos.

Por esta razón, SEN, AEMICE y FECEF han enviado una carta conjunta al Ministerio de Sanidad solicitando la eliminación de los «criterios restrictivos actuales», para que los pacientes puedan beneficiarse de los fármacos, siguiendo los criterios aprobados por la Agencia Europea del Medicamento: a partir de cuatro días de migraña al mes y sin necesidad de haber fracasado previamente con tres tratamientos preventivos.

Sin embargo, el Ministerio ya ha comunicado a la SEN que no se van a modificar estos criterios restrictivos, al menos a corto-medio plazo. «Ojalá recapaciten, porque las recomendaciones clínicas deben estar guiadas por la evidencia científica y por las necesidades individuales de cada persona», señala el presidente de la SEN. ■

> 4 de septiembre de 2026 a las 0:00

Alerta navarra por el 'juego del desmayo' entre los adolescentes

Neurólogos avisan de
que el '**mataleón**' puede
provocar daño cerebral
e incluso la muerte

PÁG. 16

> 4 de septiembre de 2026 a las 0:00



Entre un 5% y un 9% de los adolescentes a partir de los 13-14 años ha practicado este 'juego' alguna vez.

DN

Alerta ante el 'juego del desmayo' que se practica entre adolescentes

El 'choking game' o 'mataleón' es una conducta de riesgo que puede provocar alteraciones en el cerebro y hasta la muerte

SONSOLES ECHAVARREN Pamplona

“¿A qué no te atreves?” “Ya verás qué pasada” “Está guay”. Algunos adolescentes lo tienen claro. Se quitan la respiración unos a otros, con un foulard, con las manos o los brazos alrededor del cuello... No es nada nuevo y se conoce como el juego del 'verdugo', el 'mataleón', el 'ascensor', el reto del desmayo o el 'choking game'. Muchas denominaciones para un único objetivo: lograr que una persona pierda el conocimiento para experimentar, al recuperarlo, sensaciones placenteras de euforia o satisfacción. Pero no se trata de ningún juego. Al revés. Ante el regreso de esta práctica de toda la vida, profesionales sanitarios alertan a las familias del riesgo que supone. “Provoca una alteración del funcionamiento cerebral y puede llegar a ocasionar la muerte”. Esta macabra dinámica existe desde mucho antes que Tik Tok pero las redes sociales están facilitando su difusión y práctica.

Según los últimos estudios médicos, entre un 5% y un 9% de los adolescentes, a partir de los 13 o 14 años, suele practicarlo. “A esas edades no tienen madurez, la corteza prefrontal no está desarrollada y no resisten la presión del grupo”, explica el vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN), el neurólogo pamplonés David Ezpeleta Echávarri. Los adolescentes que lo practican, añade, responden a un perfil muy amplio.

“Puede ocurrir entre adolescentes sin trastorno psiquiátrico conocido. Muchas veces, buscan la curiosidad, las sensaciones, la imitación de los compañeros”. Aunque también hay estudios científicos que, en ocasiones, encuentran una asociación entre estas conductas y una mayor prevalencia de depresión o riesgo suicida. “Pero no se trata de una forma encubierta de suicidio sino de la superación de un reto. Por eso es tan peligroso. El adolescente puede creer que está haciendo algo reversible aunque realmente no lo es”.

Antes las sospechas de que un menor lo esté practicando, el experto no se recomienda a las familias un interrogatorio agresivo. “Solo vas a conseguir que lo niegue”. “Es preferible preguntar qué ha ocurrido, si otros amigos lo hacen, si lo ha visto en redes, si algunas vez ha perdido el conoci-

miento...” Al practicar esta maniobra, recalca, las neuronas mueren, se obstruye el retorno venoso y por eso, a la sangre le cuesta más entrar en el cerebro, lo que se conoce como hipoxia. “En los casos más graves, podría producirse un ictus”.

Pérdida del conocimiento

Por ese motivo, coinciden los expertos, hay que transmitir a los adolescentes que “no existe una forma controlada de provocar un desmayo cerebral”. “Pueden pensar: ‘Cuando empiece a estar mal,

paro. Pero el problema es que la pérdida de conciencia elimina precisamente esa capacidad de parar”.

Ezpeleta, además, lanza otro mensaje. “Un cuello aparentemente normal no garantiza que todo esté bien. Algunas lesiones por estrangulación tienen pocas manifestaciones externas. La ausencia de hematomas no excluye una alteración interna”.

Los expertos recomiendan a las familias que no se conformen con un “prométeme que no lo volverás a hacer”. “Si existe repetición, búsqueda compulsiva de

Dolor de cabeza y ojos enrojecidos

¿Y cuáles son las señales que tendrían que poner sobre aviso a las familias de que sus hijos están practicando este 'juego'? “Deberían llamar la atención los episodios inexplicados de desmayo o confusión, cefaleas repetidas, ojos muy enrojecidos o pequeñas hemorragias (petequias) alrededor de los ojos o en la cara, lesiones o marcas inexplicadas en el cuello, cambios bruscos de comportamiento o traumatismos difíciles de explicar”, enumera el vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN), el pamplonés David Ezpeleta. Además, añade, en muchas ocasiones se plantean consultas por una supuesta primera crisis epiléptica. “La falta brusca de riego cerebral puede producir pérdida de conciencia seguida de rigidez y sacudida. El aspecto puede ser casi idéntico al de una convulsión epiléptica”. Por eso, insiste, ante un episodio extraño de pérdida de conciencia en un adolescente habría que preguntarle “de forma directa y sin juicio” si ha intentado deliberadamente marearse o perder el conocimiento con presión en el cuello.

¿QUÉ HAY QUE HACER SI...?

- ❑ **No responde o respira anormalmente.** Emergencia inmediata
- ❑ **Ha perdido el conocimiento aunque ya esté despierto.** Valoración médica urgente
- ❑ **Ha tenido sacudidas o una aparente convulsión.** Valoración urgente.
- ❑ **Está confuso, somnoliento o no recuerda lo ocurrido.** Valoración urgente.
- ❑ **Tiene debilidad, dificultad para hablar o alteración visual.** Emergencia neurológica
- ❑ **Le cuesta respirar, tragar, tiene voz ronca nueva o cuello inflamado.** Posible lesión de vía aérea.
- ❑ **Se golpeó la cabeza al caer.** Hay que valorar además un traumatismo craneal.
- ❑ **Está completamente asintomático y no perdió el conocimiento.** El riesgo es menor pero debe analizar el episodio y la conducta.

esa sensación o de otros comportamientos de riesgo o problemas emocionales, merece una valoración pediátrica o de salud mental”. Si esta práctica se lleva a cabo en un entorno escolar, insisten, no debería plantearse únicamente como una cuestión disciplinaria. “Si el alumno ha perdido el conocimiento o presenta algunos de los otros síntomas descritos, debe tratarse como un problema médico”.

Después, continúan, habría que averiguar si otros alumnos lo están practicando, comunicárselo a la familia y evaluar al menor. “Aunque el 'choking game' no implique por definición intención suicida, sí merece preguntar por autolesiones, ideación suicida, ansiedad, depresión, acoso y otras conductas de riesgo”.

¿Por qué la euforia?

La literatura científica, recuerda Ezpeleta, se refiere a la 'hypoxic euphoria' (euforia por hipoxia, falta de oxígeno). Quienes la han experimentado describen un mareo, una sensación de ligereza, alteración visual, despersonalización. “Es suficientemente reforzante como para que algunos sujetos repitan compulsivamente la conducta y les produzca una adicción”. Pero no se conoce bien, subraya, “una neuroquímica específica” del placer inducido por estrangulación.

Se mezclan, añade, varios componentes: desinhibición, alteración perceptiva, mareo, sensación de flotación, alteraciones visuales, sensación de *rush* o *flash* (euforia). “No se trata de un mecanismo cerebral de ‘placer’, comparable a una droga. Lo que ocurre es que la falta de oxígeno en el cerebro produce un estado alterado de conciencia que algunos adolescentes interpretan como agradable o excitante”. Entre las complicaciones neurológicas destacan el síncope, el edema cerebral o parada cardíaca.



SEGUIMIENTO DE ALIMENTACIÓN, VIDA SALVA Y BIENESTAR DE LA RAZÓN

PUBLICACIÓN: La Razón a Tu Salud

PAÍS: ESP

TIPO: Print

AVE: €6460.16

AUDIENCIA: 134000

AUTOR:

PÁGINA: 20

SUPERFICIE: 14.00 %

> 6 de septiembre de 2026 a las 0:00



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 (Fenin) • 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 Inigo 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 • Premio Colegio de Médicos de Toledo • Premio Los Mejores de PR • Premio Fundación SED

ATUSALUD ❤️

Domingo, 6 de septiembre de 2026

ISBN: M-19813-2013

SOCIEDAD

Las familias burgalesas piden usar los primeros fármacos contra el alzhéimer

BURGOS **14y15**

ANGÉLICA GONZÁLEZ / BURGOS

Desde el pasado mes de julio el movimiento asociativo que componen las personas con alzhéimer y otras demencias y sus familias y la sociedad científica que agrupa a los neurólogos de España están soliviantadas. También varias farmacéuticas. La decisión de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos de no incluir en la financiación pública dos fármacos que modifican el curso de la enfermedad si se usan cuando esta apenas da sus primeros síntomas, algo que no había ocurrido en las últimas décadas, se ha convertido en el centro de la campaña anual con motivo del día internacional, que se celebra el próximo 21. Con el lema 'El no ya no es la respuesta' la Confederación Española de Alzheimer y otras demencias (Cea-fa) ha hecho pública la denuncia «de la situación de abandono que viven muchas personas diagnosticadas de alzhéimer ante la negativa de las administraciones a facilitar el acceso a los tratamientos innovadores desarrollados tras décadas de investigación». Afabur, la asociación local, se ha sumado también a esta crítica.

La psicóloga Olga Ortega, directora del centro de día de la calle San Julián, explica que tanto Leqembi (nombre con el que se comercializa el principio activo lecanemab) como Kisunla (correspondiente al donanemab) suponen el primer cambio de paradigma en muchísimos años para el abordaje de una patología ante la cual durante mucho tiempo los investigadores se encontraron sin salida. «A diferencia de los fármacos tradicionales, que solo alivian de forma temporal algunos síntomas como la pérdida de memoria o la desorientación, estos ralentizan el empeoramiento porque atacan directamente la causa biológica, son anticuerpos monoclonales diseñados para unirse a las placas de proteína beta-amiloide que se acumulan en el cerebro de los enfermos y eliminarlas. Hacen como una especie de limpieza».

Explica, por otro lado, que no todos los pacientes reúnen las condiciones para poder utilizarlos sino alrededor de entre un cinco y un siete por ciento de personas con unas características muy determinadas. Añade que tienen efectos secundarios graves y que se administran en el hospital después de haber realizado al enfermo varias pruebas de neuroimagen, es decir, que se es consciente de que son necesarios muchos más recursos, por no hablar del coste por cada paciente, que se ha cifrado entre 25.000 y 30.000 euros. Pero hace una reflexión que tiene que ver con la vulnerabilidad de estas personas y su entorno familiar ante una patología tan devastadora.

«Sabemos perfectamente que no cura la enfermedad, las familias también lo saben, pero no hay que olvidar que hay personas que van a poder preservar su calidad de vida durante, por ejemplo, cinco meses más en comparación con el avance



Eduardo es el cuidador principal de su esposa, Socorro, en un estadio incipiente del alzhéimer. A diario la acompaña a los talleres cognitivos de Afabur. / ALBERTO RODRIGO

Afabur exige que se permita usar los primeros fármacos que cambian el curso del alzhéimer

La asociación que atiende a personas con esta enfermedad y sus familias se muestra muy crítica con la decisión tomada este verano de no autorizar su financiación pública

natural de la enfermedad y otras que igual lo mantienen un año, y esto supone que van a ser más tiempo autónomas, algo que también se puede cuantificar en términos económicos porque el alzhéimer conlleva muchos cuidados, muchas ayudas técnicas y es una enfermedad de larga duración en la que se utilizan medicamentos que tampoco son baratos», añade la psicóloga.

A su juicio, la negativa de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, en la que participan los ministerios de Sanidad, Hacienda, Economía e Industria y las comunidades autónomas, va a establecer una discriminación entre los pacientes que van a poder pagar de forma privada el precio de los tratamientos y los que no. «Va a haber enfermos de primera y de segunda, eso está claro».

Hace referencia la psicóloga también a cómo la Sociedad Española de Neurología ha participado en este debate expresando «su profundo pesar» por la decisión del Estado limitando el acceso a estos dos fármacos al ámbito privado a pesar de que han sido aprobados por la Agencia Europea del Medicamento. Así se expresaba la entidad científica al conocer la noticia: «La incorporación ordenada de estos fár-

macos, supondría la mejora de circuitos diagnósticos y redes asistenciales especializadas que no sólo beneficiarían a los pacientes que reciben estos fármacos, sino a todos los pacientes con sospecha o afectados por algún tipo de deterioro cognitivo, como hemos presenciado los neurólogos en las últimas décadas con la introducción de novedades terapéuticas en ic-tus, esclerosis múltiple o migraña.



> 7 de septiembre de 2026 a las 0:00



Excluir estas terapias del Sistema Nacional de Salud frena ese impulso y retrasa la modernización de la atención pública a la enfermedad de alzhéimer y otras demencias, así como la formación de nuestros profesionales, que fundamentalmente, se forman en centros públicos y la investigación en el campo».

Y las farmacéuticas comercializadoras de ambos productos sanitarios también han hecho públicas sus críticas. El rechazo de la Comisión a la financiación de los tratamientos se debe a la negativa de las empresas a aceptar la cláusula de techo de gasto, un mecanismo de control financiero mediante el cual se fija un límite máximo de dinero público que pagará a una farmacéutica al año por un medicamento. Si las necesidades hacen que se supere esa cifra máxima acordada, el laboratorio está obligado a seguir suministrando el fármaco a la sanidad pública sin coste adicional. Para Sanidad, esta medida era indispensable dada la gran cantidad de potenciales beneficiarios con alzhéimer, evitando así que el gasto se desbordara y pusiera en riesgo la sostenibilidad global del sistema sanitario.

DECLARACIONES



OLGA ORTEGA
DIRECTORA DEL CENTRO
DE DÍA DE AFABUR EN SAN
JULIÁN

«Estos medicamentos ralentizan el empeoramiento del paciente y esto puede dar a muchos de ellos meses o años de calidad de vida y de autonomía»



> 9 de septiembre de 2026 a las 0:00

Tu 'smartwatch' te roba el sueño

Relojes inteligentes y pulseras de actividad monitorizan nuestras noches al milímetro. Pero tanto control puede sabotear tu descanso.

Tiene hasta nombre: ortosomnía

La calidad del sueño de anoche fue buena. Sin embargo, te dormiste a las 0.24, que es un poco tarde. Permanecer despierto hasta tan tarde puede sobrecargar tus ojos, causar fatiga visual y hacer que tu vista disminuya con el tiempo». No es tu madre la que te dice esto, sino tu 'sleep-tracker'. En castellano, el dispositivo de monitorización de sueño que viene incorporado en la mayor parte de 'smartwatches' y pulseras de actividad que se comercializan. Este tipo de mensajes se han convertido en lo primero que vemos nada más abrir el ojo. Suelen venir acompañados de pormenorizados diagramas que identifican las horas de sueño profundo, las de sueño ligero y las que, supuestamente, estamos en fase REM. También de detalles sobre cómo ha sido tu respiración y ritmo cardíaco a lo largo de la noche. Y algunos te ponen, incluso, nota y te comparan, como si de una competición se tratara, con los demás. «82 puntos. Mejor que el 82% de los usuarios». Aunque en algunos casos pueden ser útiles, en otros pueden resultar contraproducentes para combatir problemas de sueño.

¿Son fiables?

Pero antes de hablar de consecuencias, vamos a empezar poniendo las cosas en su sitio. Toda esa información con la que nos abruman los relojes por las mañanas... ¿es de fiar? «Todavía no porque muchas veces confunden algunos parámetros. Por ejemplo, sobreestiman el sueño, especialmente cuando estamos quietos y dan por hecho que estamos durmiendo. Esto pasa mucho con las personas mayores», explica el famoso experto en sueño Eduard Estivill. También tienen problemas a la hora de interpretar las variables que miden (ritmo cardíaco, movimiento, nivel de oxígeno en sangre...) y con las que después emiten sus puntuaciones y recomendaciones, por lo que es cuestionable que sean capaces de medir correctamente las diferentes fases del sueño. Lo confirma Celia García Malo, coordinadora del grupo de estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la Sociedad Española de Neurología: «No son fiables porque estiman las horas y las fases de sueño basándose en parámetros indirectos como el movimiento o la frecuencia cardíaca. Eso hace que la estimación sea bastante distinta a la realidad».

¿Qué es la calidad del sueño?

Muchos de estos dispositivos se aventuran a poner nota a la calidad del sueño. Pero los especialistas también rebaten su capacidad para hacerlo. «Este parámetro es algo bastante subjetivo», avanza la doctora García Malo. Para realizar un estudio de sueño completo los especialistas utilizan una herramienta llamada polisomnografía, que



incluye «un registro de actividad cerebral por electroencefalograma, con unos sensores que se colocan en la cabeza y otros que se sitúan al lado de los ojos para monitorizar la fase REM».

Todo esto les permite saber de manera 100% fiable en qué fase de sueño se encuentra la persona: si está dormida, despierta, si tiene sueño ligero o profundo... Y así se construye el hipnograma, que es una especie de resu-

men de cómo ha sido el sueño. También se controla la parte cardiorrespiratoria: si la persona tiene ronquidos, apneas, movimientos extraños o repetitivos... «Cuando leemos una polisomnografía, podemos ver si el paciente tiene un período de vigilia dentro del sueño, si hay microdespertares o si la calidad del sueño es lo que te manifiesta cuando se levanta por la mañana», explica la doctora. Y pese a

toda esa información, para los expertos la mejor forma de medir la calidad de sueño es, en realidad, un cuestionario. «Basta con que respondan a la pregunta de si están satisfechos con el tiempo que duermen y con el cansancio que sienten», especifica.

Quién debe usarlos

No es cuestión de demonizar nada, por supuesto. Los 'sleeptrackers' pue-

den ser útiles en algunos casos y algunas personas. «Pueden ayudar a mejorar la conciencia sobre el valor del descanso o a priorizar las horas de sueño. Y es útil para pacientes con turnos de trabajo difíciles o adolescentes con ritmos de sueño anárquicos porque, de un solo vistazo, puedes ver el tramo de sueño más regular, si duermen siesta...», admite García Malo para, a continuación, introducir el inevitable 'pero'. «Sin embargo, para personas que tienen una sospecha de trastorno del sueño, de insomnio, de piernas inquietas, de apnea, no tiene ningún valor. Yo, de hecho, les recomiendo que se los quiten».

El doctor Estivill también desaconseja su uso. «Habitualmente, quienes más los utilizan son, precisamente, las personas que duermen mal o que son muy ansiosas. El que duerme bien no suele utilizarlo, porque no le importa saber si duerme mucho o no, ya sabe que descansa y está bien al día siguiente. Quienes tienen problemas suelen tener un componente ligeramente obsesivo que les hace querer controlar todas las variables. Yo se los desaconsejo porque eso solo aumenta la ansiedad sobre su patología».

El riesgo de la ortosomnía

Y con la ansiedad empiezan los problemas. «El sueño es una función biológica que no requiere ningún tipo de control ni supervisión. Hay personas obsesionadas con los datos a las que les das uno de estos relojes y entran en el club del miedo a no dormir, a no tener un sueño perfecto, a no descansar, a no alcanzar un patrón de excelencia. Todo esto, obviamente, con respecto a lo que les dice la aplicación», explica la doctora. Y esto, en los casos más extremos, puede dar lugar a la llamada ortosomnía, la obsesión por alcanzar un sueño perfecto. «Hay pacientes que vienen a la consulta porque el dispositivo les dice que no tienen un sueño profundo. Si les preguntas cómo creen que duermen, te dicen que bien. Pero como el reloj les dice eso cada mañana, vienen. Obviamente, esto no es un motivo de consulta. Si tú te encuentras bien, no hay que darle más vueltas», confirma la especialista.

Además, cuando se trata de alcanzar un buen descanso, la regla que mejor funciona es tratar de... olvidarse de él. «Cuanto más quieres controlar, menos te relajas y menos duermes. Y estos 'wearables' no hacen más que perpetuar el círculo vicioso a través de una hiperinformación que, a menudo, solo da lugar a una obsesión contraproducente», concluye el doctor Estivill.

«Sobreestiman el sueño porque dan por hecho que si estamos quietos, estamos dormidos. Y no siempre es así», dice el doctor Estivill



Tu 'smartwatch' te roba el sueño

Relojes inteligentes y pulseras de actividad monitorizan nuestras noches al milímetro. Pero tanto control puede sabotear tu descanso.

Tiene hasta nombre: ortosomnía

IXONE DÍAZ LANDALUCE



«Sobreestiman el sueño porque dan por hecho que si estamos quietos, estamos dormidos. Y no siempre es así», dice el doctor Estivill

La calidad del sueño de anoche fue buena. Sin embargo, te dormiste a las 0.24, que es un poco tarde. Permanecer despierto hasta tan tarde puede sobrecargar tus ojos, causar fatiga visual y hacer que tu vista disminuya con el tiempo». No es tu madre la que te dice esto, sino tu 'sleep-tracker'. En castellano, el dispositivo de monitorización de sueño que viene incorporado en la mayor parte de 'smartwatches' y pulseras de actividad que se comercializan. Este tipo de mensajes se han convertido en lo primero que vemos nada más abrir el ojo. Suelen venir acompañados de pormenorizados diagramas que identifican las horas de sueño profundo, las de sueño ligero y las que, supuestamente, estamos en fase REM. También de detalles sobre cómo ha sido tu respiración y ritmo cardíaco a lo largo de la noche. Y algunos te ponen, incluso, nota y te comparan, como si de una competición se tratara, con los demás. «82 puntos. Mejor que el 82% de los usuarios». Aunque en algunos casos pueden ser útiles, en otros pueden resultar contraproducentes para combatir problemas de sueño.

¿Son fiables?

Pero antes de hablar de consecuencias, vamos a empezar poniendo las cosas en su sitio. Toda esa información con la que nos abruman los relojes por las mañanas... ¿es de fiar? «Todavía no porque muchas veces confunden algunos parámetros. Por ejemplo, sobreestiman el sueño, especialmente cuando estamos quietos y dan por hecho que estamos durmiendo. Esto pasa mucho con las personas mayores», explica el famoso experto en sueño Eduard Estivill. También tienen problemas a la hora de interpretar las variables que miden (ritmo cardíaco, movimiento, nivel de oxígeno en sangre...) y con las que después emiten sus puntuaciones y recomendaciones, por lo que es cuestionable que sean capaces de medir correctamente las diferentes fases del sueño. Lo confirma Celia García Malo, coordinadora del grupo de estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la Sociedad Española de Neurología: «No son fiables porque estiman las horas y las fases de sueño basándose en parámetros indirectos como el movimiento o la frecuencia cardíaca. Eso hace que la estimación sea bastante distinta a la realidad».

¿Qué es la calidad del sueño?

Muchos de estos dispositivos se aventuran a poner nota a la calidad del sueño. Pero los especialistas también rebaten su capacidad para hacerlo. «Este parámetro es algo bastante subjetivo», avanza la doctora García Malo. Para realizar un estudio de sueño completo los especialistas utilizan una herramienta llamada polisomnografía, que

incluye «un registro de actividad cerebral por electroencefalograma, con unos sensores que se colocan en la cabeza y otros que se sitúan al lado de los ojos para monitorizar la fase REM».

Todo esto les permite saber de manera 100% fiable en qué fase de sueño se encuentra la persona: si está dormida, despierta, si tiene sueño ligero o profundo... Y así se construye el hipnograma, que es una especie de resu-

men de cómo ha sido el sueño. También se controla la parte cardiorrespiratoria: si la persona tiene ronquidos, apneas, movimientos extraños o repetitivos... «Cuando leemos una polisomnografía, podemos ver si el paciente tiene un período de vigilia dentro del sueño, si hay microdespertares o si la calidad del sueño es lo que te manifiesta cuando se levanta por la mañana», explica la doctora. Y pese a

toda esa información, para los expertos la mejor forma de medir la calidad de sueño es, en realidad, un cuestionario. «Basta con que respondan a la pregunta de si están satisfechos con el tiempo que duermen y con el descanso que sienten», especifica.

Quién debe usarlos

No es cuestión de demonizar nada, por supuesto. Los 'sleeptrackers' pue-

den ser útiles en algunos casos y algunas personas. «Pueden ayudar a mejorar la conciencia sobre el valor del descanso o a priorizar las horas de sueño. Y es útil para pacientes con turnos de trabajo difíciles o adolescentes con ritmos de sueño anárquicos porque, de un solo vistazo, puedes ver el tramo de sueño más regular, si duermen siesta...», admite García Malo para, a continuación, introducir el inevitable 'pero'. «Sin embargo, para personas que tienen una sospecha de trastorno del sueño, de insomnio, de piernas inquietas, de apnea, no tiene ningún valor. Yo, de hecho, les recomiendo que se los quiten».

El doctor Estivill también desaconseja su uso. «Habitualmente, quienes más los utilizan son, precisamente, las personas que duermen mal o que son muy ansiosas. El que duerme bien no suele utilizarlo, porque no le importa saber si duerme mucho o no, ya sabe que descansa y está bien al día siguiente. Quienes tienen problemas suelen tener un componente ligeramente obsesivo que les hace querer controlar todas las variables. Yo se los desaconsejo porque eso solo aumenta la ansiedad sobre su patología».

El riesgo de la ortosomnía

Y con la ansiedad empiezan los problemas. «El sueño es una función biológica que no requiere ningún tipo de control ni supervisión. Hay personas obsesionadas con los datos a las que les das uno de estos relojes y entran en el bucle del miedo a no dormir, a no tener un sueño perfecto, a no descansar, a no alcanzar un patrón de excelencia. Todo esto, obviamente, con respecto a lo que les dice la aplicación», explica la doctora. Y esto, en los casos más extremos, puede dar lugar a la llamada ortosomnía, la obsesión por alcanzar un sueño perfecto. «Hay pacientes que vienen a la consulta porque el dispositivo les dice que no tienen un sueño profundo. Si les preguntas cómo creen que duermen, te dicen que bien. Pero como el reloj les dice eso cada mañana, vienen. Obviamente, esto no es un motivo de consulta. Si tú te encuentras bien, no hay que darle más vueltas», confirma la especialista.

Además, cuando se trata de alcanzar un buen descanso, la regla que mejor funciona es tratar de... olvidarse de él. «Cuanto más quieres controlar, menos te relajas y menos duermes. Y estos 'wearables' no hacen más que perpetuar el círculo vicioso a través de una hiperinformación que, a menudo, solo da lugar a una obsesión contraproducente», concluye el doctor Estivill.



Tu 'smartwatch' te roba el sueño

Relojes inteligentes y pulseras de actividad monitorizan nuestras noches al milímetro. Pero tanto control puede sabotear tu descanso.

Tiene hasta nombre: ortosomnía

IXONE DÍAZ LANDALUCE



«Sobreestiman el sueño porque dan por hecho que si estamos quietos, estamos dormidos. Y no siempre es así», dice el doctor Estivill

La calidad del sueño de anoche fue buena. Sin embargo, te dormiste a las 0.24, que es un poco tarde. Permanecer despierto hasta tan tarde puede sobrecargar tus ojos, causar fatiga visual y hacer que tu vista disminuya con el tiempo». No es tu madre la que te dice esto, sino tu 'sleep-tracker'. En castellano, el dispositivo de monitorización de sueño que viene incorporado en la mayor parte de 'smartwatches' y pulseras de actividad que se comercializan. Este tipo de mensajes se han convertido en lo primero que vemos nada más abrir el ojo. Suelen venir acompañados de pormenorizados diagramas que identifican las horas de sueño profundo, las de sueño ligero y las que, supuestamente, estamos en fase REM. También de detalles sobre cómo ha sido tu respiración y ritmo cardíaco a lo largo de la noche. Y algunos te ponen, incluso, nota y te comparan, como si de una competición se tratara, con los demás. «82 puntos. Mejor que el 82% de los usuarios». Aunque en algunos casos pueden ser útiles, en otros pueden resultar contraproducentes para combatir problemas de sueño.

¿Son fiables?

Pero antes de hablar de consecuencias, vamos a empezar poniendo las cosas en su sitio. Toda esa información con la que nos abruman los relojes por las mañanas... ¿es de fiar? «Todavía no porque muchas veces confunden algunos parámetros. Por ejemplo, sobreestiman el sueño, especialmente cuando estamos quietos y dan por hecho que estamos durmiendo. Esto pasa mucho con las personas mayores», explica el famoso experto en sueño Eduard Estivill. También tienen problemas a la hora de interpretar las variables que miden (ritmo cardíaco, movimiento, nivel de oxígeno en sangre...) y con las que después emiten sus puntuaciones y recomendaciones, por lo que es cuestionable que sean capaces de medir correctamente las diferentes fases del sueño. Lo confirma Celia García Malo, coordinadora del grupo de estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la Sociedad Española de Neurología: «No son fiables porque estiman las horas y las fases de sueño basándose en parámetros indirectos como el movimiento o la frecuencia cardíaca. Eso hace que la estimación sea bastante distinta a la realidad».

¿Qué es la calidad del sueño?

Muchos de estos dispositivos se aventuran a poner nota a la calidad del sueño. Pero los especialistas también rebaten su capacidad para hacerlo. «Este parámetro es algo bastante subjetivo», avanza la doctora García Malo. Para realizar un estudio de sueño completo los especialistas utilizan una herramienta llamada polisomnografía, que

incluye «un registro de actividad cerebral por electroencefalograma, con unos sensores que se colocan en la cabeza y otros que se sitúan al lado de los ojos para monitorizar la fase REM».

Todo esto les permite saber de manera 100% fiable en qué fase de sueño se encuentra la persona: si está dormida, despierta, si tiene sueño ligero o profundo... Y así se construye el hipnograma, que es una especie de resu-

men de cómo ha sido el sueño. También se controla la parte cardiorrespiratoria: si la persona tiene ronquidos, apneas, movimientos extraños o repetitivos... «Cuando leemos una polisomnografía, podemos ver si el paciente tiene un período de vigilia dentro del sueño, si hay microdespertares o si la calidad del sueño es lo que te manifiesta cuando se levanta por la mañana», explica la doctora. Y pese a

toda esa información, para los expertos la mejor forma de medir la calidad de sueño es, en realidad, un cuestionario. «Basta con que respondan a la pregunta de si están satisfechos con el tiempo que duermen y con el descanso que sienten», especifica.

Quién debe usarlos

No es cuestión de demonizar nada, por supuesto. Los 'sleeptrackers' pue-

den ser útiles en algunos casos y algunas personas. «Pueden ayudar a mejorar la conciencia sobre el valor del descanso o a priorizar las horas de sueño. Y es útil para pacientes con turnos de trabajo difíciles o adolescentes con ritmos de sueño anárquicos porque, de un solo vistazo, puedes ver el tramo de sueño más regular, si duermen siesta...», admite García Malo para, a continuación, introducir el inevitable 'pero'. «Sin embargo, para personas que tienen una sospecha de trastorno del sueño, de insomnio, de piernas inquietas, de apnea, no tiene ningún valor. Yo, de hecho, les recomiendo que se los quiten».

El doctor Estivill también desaconseja su uso. «Habitualmente, quienes más los utilizan son, precisamente, las personas que duermen mal o que son muy ansiosas. El que duerme bien no suele utilizarlo, porque no le importa saber si duerme mucho o no, ya sabe que descansa y está bien al día siguiente. Quienes tienen problemas suelen tener un componente ligeramente obsesivo que les hace querer controlar todas las variables. Yo se los desaconsejo porque eso solo aumenta la ansiedad sobre su patología».

El riesgo de la ortosomnía

Y con la ansiedad empiezan los problemas. «El sueño es una función biológica que no requiere ningún tipo de control ni supervisión. Hay personas obsesionadas con los datos a las que les das uno de estos relojes y entran en el bucle del miedo a no dormir, a no tener un sueño perfecto, a no descansar, a no alcanzar un patrón de excelencia. Todo esto, obviamente, con respecto a lo que les dice la aplicación», explica la doctora. Y esto, en los casos más extremos, puede dar lugar a la llamada ortosomnía, la obsesión por alcanzar un sueño perfecto. «Hay pacientes que vienen a la consulta porque el dispositivo les dice que no tienen un sueño profundo. Si les preguntas cómo creen que duermen, te dicen que bien. Pero como el reloj les dice eso cada mañana, vienen. Obviamente, esto no es un motivo de consulta. Si tú te encuentras bien, no hay que darle más vueltas», confirma la especialista.

Además, cuando se trata de alcanzar un buen descanso, la regla que mejor funciona es tratar de... olvidarse de él. «Cuanto más quieres controlar, menos te relajas y menos duermes. Y estos 'wearables' no hacen más que perpetuar el círculo vicioso a través de una hiperinformación que, a menudo, solo da lugar a una obsesión contraproducente», concluye el doctor Estivill.



Tu smartwatch te roba el sueño

Relojes inteligentes y pulseras de actividad monitorizan nuestras noches al milímetro. Pero tanto control puede sabotear tu descanso.

Tiene hasta nombre: ortosomnía

IXONE DÍAZ LANDALUCE



La calidad del sueño de anoche fue buena. Sin embargo, te dormiste a las 0.24, que es un poco tarde. Permanecer despierto hasta tan tarde puede sobrecargar tus ojos, causar fatiga visual y hacer que tu vista disminuya con el tiempo». No es tu madre la que te dice esto, sino tu 'sleep-tracker'. En castellano, el dispositivo de monitorización de sueño que viene incorporado en la mayor parte de smartwatches y pulseras de actividad que se comercializan. Este tipo de mensajes se han convertido en lo primero que vemos nada más abrir el ojo. Suelen venir acompañados de pormenorizados diagramas que identifican las horas de sueño profundo, las de sueño ligero y las que, supuestamente, estamos en fase REM. También de detalles sobre cómo ha sido tu respiración y ritmo cardíaco a lo largo de la noche. Y algunos te ponen, incluso, nota y te comparan, como si de una competición se tratara, con los demás. «82 puntos. Mejor que el 82% de los usuarios». Aunque en algunos casos pueden ser útiles, en otros pueden resultar contraproducentes para combatir problemas de sueño.

¿Son fiables?

Pero antes de hablar de consecuencias, vamos a empezar poniendo las cosas en su sitio. Toda esa información con la que nos abruman los relojes por las mañanas... ¿es de fiar? «Todavía no porque muchas veces confunden algunos parámetros. Por ejemplo, sobreestiman el sueño, especialmente cuando estamos quietos y dan por hecho que estamos durmiendo. Esto pasa mucho con las personas mayores», explica el famoso experto en sueño Eduard Estivill. También tienen problemas a la hora de interpretar las variables que miden (ritmo cardíaco, movimiento, nivel de oxígeno en sangre...) y con las que después emiten sus puntuaciones y recomendaciones, por lo que es cuestionable que sean capaces de medir correctamente las diferentes fases del sueño. Lo confirma Celia García Malo, coordinadora del grupo de estudio de Trastornos de la Vigilia y Sueño de la Sociedad Española de Neurología: «No son fiables porque estiman las horas y las fases de sueño basándose en parámetros indirectos como el movimiento o la frecuencia cardíaca. Eso hace que la estimación sea bastante distinta a la realidad».

¿Qué es la calidad del sueño?

Muchos de estos dispositivos se aventuran a poner nota a la calidad del sueño. Pero los especialistas también rebaten su capacidad para hacerlo. «Este parámetro es algo bastante subjetivo», avanza la doctora García Malo. Para realizar un estudio de sueño completo los especialistas utilizan una herramienta llamada polisomnografía, que

incluye «un registro de actividad cerebral por electroencefalograma, con unos sensores que se colocan en la cabeza y otros que se sitúan al lado de los ojos para monitorizar la fase REM».

Todo esto les permite saber de manera 100% fiable en qué fase de sueño se encuentra la persona: si está dormida, despierta, si tiene sueño ligero o profundo... Y así se construye el hipnograma, que es una especie de resu-

men de cómo ha sido el sueño. También se controla la parte cardiorrespiratoria: si la persona tiene ronquidos, apneas, movimientos extraños o repetitivos... «Cuando leemos una polisomnografía, podemos ver si el paciente tiene un período de vigilia dentro del sueño, si hay microdespertares o si la calidad del sueño es lo que te manifiesta cuando se levanta por la mañana», explica la doctora. Y pese a

toda esa información, para los expertos la mejor forma de medir la calidad de sueño es, en realidad, un cuestionario. «Basta con que respondan a la pregunta de si están satisfechos con el tiempo que duermen y con el descanso que sienten», especifica.

Quién debe usarlos

No es cuestión de demonizar nada, por supuesto. Los 'sleeptrackers' pue-

den ser útiles en algunos casos y algunas personas. «Pueden ayudar a mejorar la conciencia sobre el valor del descanso o a priorizar las horas de sueño. Y es útil para pacientes con turnos de trabajo difíciles o adolescentes con ritmos de sueño anárquicos porque, de un solo vistazo, puedes ver el tramo de sueño más regular, si duermen siesta...», admite García Malo para, a continuación, introducir el inevitable 'pero'. «Sin embargo, para personas que tienen una sospecha de trastorno del sueño, de insomnio, de piernas inquietas, de apnea, no tiene ningún valor. Yo, de hecho, les recomiendo que se los quiten».

El doctor Estivill también desaconseja su uso. «Habitualmente, quienes más los utilizan son, precisamente, las personas que duermen mal o que son muy ansiosas. El que duerme bien no suele utilizarlo, porque no le importa saber si duerme mucho o no, ya sabe que descansa y está bien al día siguiente. Quienes tienen problemas suelen tener un componente ligeramente obsesivo que les hace querer controlar todas las variables. Yo se los desaconsejo porque eso solo aumenta la ansiedad sobre su patología».

El riesgo de la ortosomnía

Y con la ansiedad empiezan los problemas. «El sueño es una función biológica que no requiere ningún tipo de control ni supervisión. Hay personas obsesionadas con los datos a las que les das uno de estos relojes y entran en el bucle del miedo a no dormir, a no tener un sueño perfecto, a no descansar, a no alcanzar un patrón de excelencia. Todo esto, obviamente, con respecto a lo que les dice la aplicación», explica la doctora. Y esto, en los casos más extremos, puede dar lugar a la llamada ortosomnía, la obsesión por alcanzar un sueño perfecto. «Hay pacientes que vienen a la consulta porque el dispositivo les dice que no tienen un sueño profundo. Si les preguntas cómo creen que duermen, te dicen que bien. Pero como el reloj les dice eso cada mañana, vienen. Obviamente, esto no es un motivo de consulta. Si tú te encuentras bien, no hay que darle más vueltas», confirma la especialista.

Además, cuando se trata de alcanzar un buen descanso, la regla que mejor funciona es tratar de... olvidarse de él. «Cuanto más quieres controlar, menos te relajas y menos duermes. Y estos 'wearables' no hacen más que perpetuar el círculo vicioso a través de una hiperinformación que, a menudo, solo da lugar a una obsesión contraproducente», concluye el doctor Estivill.

«Sobreestiman el sueño porque dan por hecho que si estamos quietos, estamos dormidos. Y no siempre es así», dice el doctor Estivill