



La Fundación Pasqual Maragall pide en el Senado más financiación pública para investigar el Alzheimer

La presidenta de la entidad, Cristina Maragall, ha enfatizado la falta de recursos en investigación y en el ámbito social: "Las demencias continúan sin recibir la atención que merecen", dijo

Redacción/EM

La Fundación Pasqual Maragall dio voz al Alzheimer en el Senado con la celebración de la jornada 'Actualidad de la investigación científica de la enfermedad de Alzheimer y las necesidades de las personas afectadas'. El evento contó con la participación de la vicepresidenta primera del Senado, Cristina Narbona, y expertos de la Sociedad Española de Neurología, Ceafa, CITA Alzheimer y la Fundación Cien.

La vicepresidenta dio la bienvenida a la fundación y a los asistentes, seguida de un discurso de Cristina Maragall, presidenta de la Fundación Pasqual Maragall, quien reivindicó la necesidad de tener en cuenta el Alzheimer y las demencias en el debate político actual para impulsar medidas y soluciones. "Hoy seguimos reclamando que estas enfermedades reciban la atención que merecen en diversos aspectos: el fomento de la investigación, el avance del diagnóstico precoz y prevención, la mejora de los protocolos sanitarios o el apoyo a las personas diagnosticadas y su entorno familiar", afirmó.

La primera mesa se centró en el abordaje científico de la enfermedad. El doctor Pablo Martínez Lage, director científico de CITA Alzheimer, explicó que "la enfermedad de Alzheimer es un proceso neurodegenerativo que produce muerte de las neuronas. Es un proceso lento y progresivo cuya causa se desconoce y en el que están involucradas diferentes proteínas tóxicas para el funcionamiento cerebral. El Alzheimer no es un proceso consecuencia de la edad, es un proceso que ocurre en un cerebro de edad avanzada".

Con el foco sobre la investigación, Arcadi Navarro, director de la Fundación Pasqual Maragall, compartió su visión sobre los retos que afronta la ciencia para llegar a una cura: "no conocer las causas del Alzheimer o no contar con un tratamiento para erradicar la enfermedad no es algo nuevo, ya ocurre con el cáncer. Sin embargo, la diferencia está en la inversión, los recursos. No hay una sola vez que cuando le hemos dado un problema a la ciencia, no lo haya solucionado. La ciencia siempre aporta una solución, solo necesita los recursos y el talento para

llevarla a cabo".

En esta línea, Pascual Sánchez Juan, director científico de la Fundación Cien, hizo hincapié en cómo el futuro cambiará la forma de tratar el Alzheimer: "Se confirma que con distintos fármacos hay un efecto directo y se puede retrasar el progreso de la enfermedad. Hay confluencias una serie de revoluciones que van a ayudar a que podamos ser más eficientes en el abordaje del Alzheimer y que nos permitirán cambiar el foco a la fase preclínica para llegar a evitar o retrasar mucho la fase de dependencia".

Diagnóstico, tratamiento y cuidados

Sin dejar de lado la perspectiva científica, Raquel Sánchez-Valle, coordinadora de grupo de estudio de conducta y demencias de la Sociedad Española de Neurología, inició la segunda parte del evento introduciendo los avances que se han producido en el diagnóstico: "Todas las comunidades autónomas tienen al menos un centro en el que se pueden realizar pruebas de punción lumbar o resonancia magnética, sin embargo, no es suficiente

para garantizar el acceso a toda la población. Por ello, los nuevos métodos de diagnóstico son cruciales para garantizar el diagnóstico precoz".

Marió Almagro, presidenta de la Ceafa, explicó el impacto que tiene el Alzheimer en el entorno familiar, reivindicando las necesidades tanto de las personas afectadas, como de sus cuidadores: "tanto la persona afectada, como la persona que cuida, están solas. La mayoría de las personas cuidadoras se ven obligadas a abandonar la actividad laboral, una actividad que les resulta muy complicada retomar posteriormente. Las demencias generan rechazo y marginación. Es muy importante educar y sensibilizar a la sociedad".

Mayte Sancho, psicóloga y gerontóloga, cerró la sesión refiriéndose a la transformación de los cuidados de larga duración: "necesitamos reformular el modelo de servicios. Es fundamental que avancemos y apoyemos este cambio en el modelo de servicios. Hay que revertir los servicios domiciliarios para dar respuesta a las necesidades de las personas con dependencia".

Club SALUD



MÁS CASOS NUEVOS DE PÁRKINSON

La prevalencia de esta enfermedad se ha duplicado en los últimos 25 años y un 15 % de los casos corresponde a personas menores de 50 años.



Aumentan las alergias oculares

Las alergias oculares han experimentado un significativo aumento en nuestro país en los últimos años como consecuencia del cambio climático y la contaminación ambiental, según informa la Sociedad Española de Superficie Ocular y Córnea (SESOC).



Algunos tratamientos dentales pueden provocar acúfenos

Los cambios en la mordida de muchos tratamientos dentales (como la ortodoncia invisible no pautada por un profesional) pueden provocar acúfenos. Así lo señala la doctora Isabel Cardoso, otorrinolaringóloga de la Unidad de Acúfenos de Vithas Internacional.

ESTE MES: • Dolor de estómago • Insomnio, así afecta a tu salud
• Alimentos y fármacos que no debes mezclar • **Y MUCHO MÁS...**



Aumenta la incidencia de la miastenia gravis en personas mayores de 50

La SEN justifica este alza por la mejora en el diagnóstico o la mayor expectativa de vida de la población

Redacción / EM

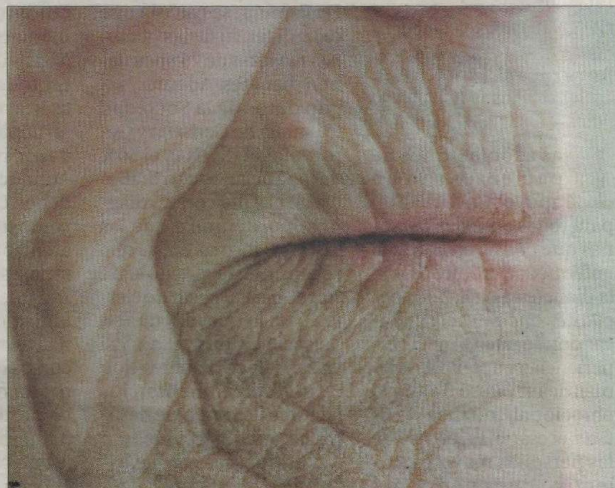
El 2 de junio es el Día Nacional contra la Miastenia Gravis, un buen motivo para recordar que hablamos de una enfermedad neuromuscular crónica y autoinmune que afecta a la conexión entre los nervios y los músculos, alterando su funcionamiento, y que según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), más de 15.000 personas en España padecen esta enfermedad. Además, cada año se diagnostican unos 700 nuevos casos de esta enfermedad que generalmente se diagnostica en mujeres menores de 40 años y en hombres mayores de 60 años, aunque puede afectar a personas de cualquier edad.

Como señala Francisco Javier Rodríguez de Rivera, coordinador del Grupo de Estudio de Enfermedades Neuromusculares de la SEN, "los síntomas principales son la fatigabilidad y la debilidad muscular que generalmente son más intensos hacia el final del día y mejoran con el descanso. Es común que los primeros síntomas aparezcan en un solo grupo muscular –en el 50-70% de los casos suele debutar en la musculatura ocular–, aunque también se pueden ver comprometidos otros grupos musculares como los de la cara, cuello, brazos y piernas". "Por lo tanto, experimentar caída de los párpados, visión doble, cambios en la voz o habla, dificultades para realizar movimientos fa-

ciales y para la masticación o la deglución, dificultad para respirar y debilidad de cuello, brazos y piernas, son las consecuencias más habituales de padecer esta enfermedad". En los últimos años, se ha observado una tendencia creciente en el número de casos diagnosticados en Europa, sobre todo a expensas de una incidencia más elevada en personas mayores de 50 años. De hecho, en España, el 60% de los casos que se diagnostican cada año ya corresponden a personas de entre 60 y 65 años.

Enfoque multidisciplinar

Aunque según la SEN, un 8,5% de los pacientes españoles son farmacorresistentes, sobre todo mujeres y pacientes con debut temprano de la enfermedad, el tratamiento disponible actualmente para la miastenia hace que el 90% de pacientes diagnosticados alcancen una mejoría de su enfermedad. Además, un 70% de los pacientes con tratamiento, pueden llevar una vida normal o casi normal. El tratamiento de la miastenia gravis se basa en el control de los síntomas y en la mejora de la calidad de vida del paciente. La SEN recomienda un enfoque multidisciplinar, donde además del tratamiento farmacológico, se lleven a cabo otras intervenciones como la fisioterapia o la terapia ocupacional, porque pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes.





HIGIENE DENTAL

Higiene dental

La enfermedad periodontal. Factor riesgo de enfermedades sistémicas (y II)

Revisión especial sobre la enfermedad de Alzheimer

Premio Mejor Talento en Higiene Dental GD 2022

138



Cada vez hay más estudios que relacionan la periodontitis con un mayor riesgo de padecer otras patologías, enfermedades que tienen consecuencias que van más allá de la salud bucodental. Se puede afirmar que la salud oral, y la periodontal en particular, incide en la salud general de las personas.

Se han encontrado mecanismos específicos que intervienen en la patogenia de enfermedades como la artritis reumatoide y el Alzheimer y que parecen tener su origen en la inflamación periodontal, tales como la citrulinación y las proteínas Tau.

En otras patologías como las vasculares y los partos pretérmino, la relación con la periodontitis, consistentemente descrita en numerosos estudios, parece tener su origen en la circulación constante de productos bacterianos y mediadores inflamatorios causada por la inflamación crónica periodontal.

La diabetes, que no se trata en este proyecto, mantiene una relación biunívoca con la enfermedad periodontal.

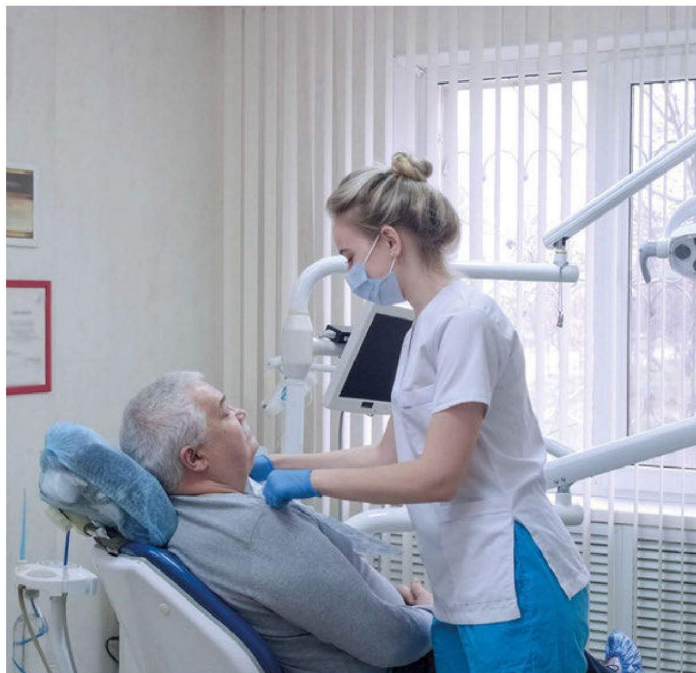
El desconocimiento de gran parte de la población sobre esta asociación es un hecho que no favorece la prevención de enfermedades como la diabetes, la artritis reumatoide, el Alzheimer, patologías vasculares, etc; a partir del cuidado oral.

Este desconocimiento también tiene relación con el sector sanitario, donde se tratan las patologías clasificándolas por especialidades, muchas veces aisladas entre sí, y donde rara vez se informa a los pacientes acerca de abordar su cuidado y tratamiento desde otros enfoques.

La visita al dentista muchas veces viene motivada por una patología en estado avanzado que está causando molestias, inflamación, dolor..., y no de forma regular, con un papel preventivo que sería el mejor escenario para asegurar un



«En los últimos años se han ido acumulando crecientes evidencias sobre la vinculación entre salud periodontal y el riesgo de desarrollar Alzheimer»



Shutterstock/Mish.El.

HIGIENE DENTAL

mejor estado general de la salud. El presente trabajo es una revisión bibliográfica acerca de estas relaciones. La primera parte de este trabajo se publicó en el número 356 de la revista (acceder a QR), y en esta segunda parte se aportan los resultados de una encuesta sobre los conocimientos de salud oral en la población.

Palabras clave: periodontitis, patologías sistémicas, diabetes, artritis reumatoide, enfermedad de Alzheimer, higiene bucodental, patología vascular.

• Enfermedad de Alzheimer

La Organización Mundial de la Salud define la enfermedad de Alzheimer (EA) como una enfermedad neurodegenerativa de etiología desconocida caracterizada por un deterioro progresivo e irreversible de la memoria y la función cognitiva.

139

-Epidemiología

La esperanza de vida en 1900 en España era de apenas 35 años, mientras que, en la actualidad, supera los 80 años de edad. Este incremento ha provocado la aparición de nuevas enfermedades propias del envejecimiento, cuya prevalencia, a su vez, ha experimentado un espectacular crecimiento. El caso probablemente más paradigmático es la enfermedad de Alzheimer, siendo la primera causa de demencia neurodegenerativa en el mundo.

En España se estima que la prevalencia de enfermedad de Alzheimer se sitúa entre el 4-9%. Según datos del Ministerio de Sanidad, hay unos 800.000 casos diagnosticados actualmente y según datos de la SEN (Sociedad Española de Neurología), cada año se



HIGIENE DENTAL

«El deterioro cognitivo de la enfermedad de Alzheimer limita los hábitos de higiene oral»

diagnostican 40.000 nuevos casos, suponiendo un problema sanitario de primer orden.

-Clínica

Actualmente, sabemos que las alteraciones cerebrales propias de la enfermedad de Alzheimer comienzan años antes de que aparezcan los primeros síntomas. Los enfermos de Alzheimer van perdiendo sus recuerdos y su identidad hasta no reconocer la realidad que los envuelve. La enfermedad dura entre 7 y 15 años desde el diagnóstico. Durante este tiempo, la afectación y dependencia del enfermo son cada vez mayores (1). Por ello, se pueden distinguir tres fases:

-La fase preclínica, en la que, aunque existan quejas cognitivas subjetivas, el rendimiento neuropsicológico en las pruebas es normal.

-La fase prodrómica, en la que los pacientes presentan síntomas cognitivos y fallos objetivables en la exploración sin repercusión sobre las actividades de la vida diaria.

-La fase de demencia, en la que el deterioro cognitivo ya afecta a la funcionalidad del paciente (2).

Los síntomas más habituales son: deterioro cognitivo, desorientación temporo-espacial, dificultad para expresarse y dificultad para realizar actividades de la vida cotidiana.

-Etiología

Aunque es de etiología desconocida, lo que sí sabemos es que es una enfermedad neuroinflamatoria con muchos factores de riesgo. Los principales son la edad y la genética, como explican desde la Fundación Pasqual Maragall, y éstos son los factores no modificables.

Aunque la edad es el principal factor de riesgo para padecer Alzheimer, no es una consecuencia inevitable del hecho de envejecer.

Por otra parte, respecto a la genética, es importante saber, según explican desde la Fundación Pasqual Maragall, que el Alzheimer tampoco es una enfermedad hereditaria, ya que menos de un 1% de casos de Alzheimer se pueden atribuir de forma exclusiva a la genética. Se trata, pues, de una proporción muy pequeña. Es una variante de la enfermedad que se llama enfermedad de Alzheimer genéticamente determinada y que, normalmente, esta forma se caracteriza por la presencia de tres o más casos en dos generaciones familiares consecutivas y diagnosticados antes de los 60-65 años de edad (1).

En el resto de casos, un 99%, hay ciertos genes que pueden conferir una mayor vulnerabilidad para desarrollar la enfermedad, pero en sí mismos no son determinantes (1). Este efecto genético, de hecho, está influido y modulado por otros elementos:

Los factores de riesgo modificables, es decir, en los que sí podemos influir, son: hipertensión, obesidad, tabaquismo, depresión, diabetes, bajo nivel educativo y factores ambientales, entre otros. Se estima en un tercio de los casos diagnosticados, los que son atribuibles a factores modificables (3).



HIGIENE DENTAL

La fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer se desconoce, pero sus dos características más estudiadas son: las placas amiloides y los ovillos neurofibrilares.

Por un lado, las placas amiloides son depósitos de proteínas beta-amiloide en forma de placas en diferentes áreas del sistema nervioso central, incluyendo el hipocampo, que conduce a la pérdida progresiva de memoria y otras funcionalidades cognitivas.

Por otro lado, los ovillos neurofibrilares son estructuras en el interior de las neuronas, provocadas por un acúmulo anormal de fibrillas entrelazadas procedentes de la fosforilación de la proteína Tau en los microtúbulos celulares. La función de la proteína Tau, en condiciones normales, es hacer posible el transporte de nutrientes y desechos de las neuronas.

Estas dos estructuras anormales son el sello distintivo de la enfermedad y conducen a la degeneración neuronal, origen de los síntomas clínicos de la enfermedad de Alzheimer.

-Tratamiento

En la actualidad no disponemos de fármacos modificadores eficaces de la enfermedad para reducir su gravedad y restablecer la función cognitiva.

Los tratamientos farmacológicos existentes no modifican el curso de la enfermedad, sirven para paliar y disminuir la intensidad de los síntomas durante la fase leve-moderada, y proporcionar a los pacientes y sus familiares mejor calidad de vida. Su efectividad disminuye a medida que avanza la enfermedad (1).

La terapia farmacológica prescrita para mitigar los síntomas del

«Las infecciones crónicas de bajo nivel como la periodontitis pueden permanecer activas durante décadas sin ningún grado de dolor o pirexia apreciables»

Alzheimer son:

-Inhibidores de la acetilcolinesterasa: retrasan la degradación de la acetilcolina, neurotransmisor implicado en procesos de memoria y aprendizaje. Donepezilo, rivastigmina y galantamina.

-Memantina: se prescribe en fases más avanzadas y su acción está relacionada con otro neurotransmisor, el glutamato.

-Fármacos para el control de alteraciones conductuales como la depresión, ansiedad, agitación, agresividad, delirios o problemas de sueño.

La terapia no farmacológica, como programas de estimulación, se realiza cuando la enfermedad no está muy avanzada y es muy importante para potenciar capacidades cognitivas conservadas y compensar las afectadas.

Para la prevención activa, una de las alternativas más eficaces es la intervención sobre los factores de riesgo modificables, que incluyen estilos de vida como el hábito de fumar, el ejercicio físico, la educación, el compromiso social, el estímulo cognoscitivo, la dieta y, en la parte

142

ACCEDA A LA PRIMERA
PARTE DEL ARTÍCULO



que compete a este trabajo, está la buena higiene oral como pilar en la prevención (1).

Periodontitis y enfermedad de Alzheimer

La posible asociación entre periodontitis y enfermedad de Alzheimer es bidireccional. Por una parte, el deterioro cognitivo de la enfermedad limita los hábitos de higiene oral, provocando en muchos casos patología periodontal; y, por otra, el proceso inmuno-inflamatorio crónico y la inflamación sistémica secundaria a la periodontitis podría inducir los fenómenos neuro-inflamatorios que favorecen la enfermedad de Alzheimer, como explican desde la Asociación Española de Periodoncia (SEPA).

Lo cierto es que, en los últimos años, se han ido acumulando crecientes evidencias sobre esta vinculación entre salud periodontal y el riesgo de desarrollar EA. Muchos estudios apuntan la hipótesis de la etiología infecciosa, postulando que los posibles agentes causales actuarían provocando neuroinflamación y, más tarde, deterioro cognitivo.

Pero, si suponemos que uno de los posibles desencadenantes de la inflamación crónica son las bacterias, entonces, ¿de dónde proceden? Las infecciones pueden tener lugar en cualquier parte del organismo, produciendo, primero, una infección aguda; después, crónica; y, por último, inflamación. El resultado suele ser generación de calor y dolor, alertando al hospedador del lugar de la infección. La boca es un sitio privilegiado en términos de respuesta inmunitaria (Novak et al. 2008). A pesar de que en la cavidad oral hay un gran número y diversidad de bacterias y que la boca está

«La periodontitis es un impulsor ideal de la inflamación en el cerebro capaz de provocar una secreción de citoquinas al torrente sanguíneo»

constantemente en contacto con alérgenos, no se produce el número de episodios inflamatorios esperados, lo que ha hecho sugerir a algunos autores que la boca es un sitio inmunitariamente tolerante (Novak et al. 2008).

En la práctica, esto redundaría en que las infecciones crónicas de bajo nivel como la periodontitis pueden permanecer activas durante décadas sin ningún grado de dolor o pirexia apreciables. Por lo tanto, sostenemos que la periodontitis es un impulsor ideal de la inflamación en el cerebro capaz de provocar una secreción de citoquinas al torrente sanguíneo y, además, se sitúa lo suficientemente próxima al bulbo y conducto olfatorios como para permitir el paso directo al parénquima cortical (4).

Un estudio publicado en la revista Science Advanced, realizado por microbiólogos, detectó un patógeno propio de la periodontitis crónica, la bacteria *Porphyromonas Gingivalis*, en el cerebro de pacientes con Alzheimer. En el mismo estudio se apunta que el 100% de los pacientes con enfermedad cardiovascular tenían colonización arterial por P.G. (5).

P. gingivalis se encuentra principalmente durante infecciones



HIGIENE DENTAL

gingivales y periodontales. Es un patógeno anaerobio gramnegativo asacarolítico, es decir, no fermentador y su metabolismo produce subproductos citotóxicos que son las gingipainas (6).

En el estudio de Dominy et al. se observó una carga significativa de gingipainas, factor de virulencia principal de *P. gingivalis*, en el tejido cerebral de personas con enfermedad de Alzheimer.

Las gingipainas desempeñan un papel clave para la supervivencia y patogenicidad de *P. gingivalis*, participando en la colonización e inactivación del sistema inmunitario del huésped y en la manipulación de la respuesta inflamatoria, la adquisición de nutrientes y la destrucción de tejidos periodontales (3, 7), invasión y diseminación a otros sitios sistémicos, lo que conduce al fracaso para eliminar a *P. gingivalis* (3, 7).

En el mismo estudio de Dominy et al. se llevaron a cabo experimentos con ratones a los que se provocó infección oral con *Porphyromonas G*, que condujeron a que la bacteria llegase al cerebro y produjera la

proteína que se asocia al Alzheimer, la beta amiloide.

Se encontró también carga significativa de proteína Tau. La hipótesis de que Tau es un objetivo de la proteólisis de gingipainas, nos sugiere que la patología de Tau que se observa en cerebros con enfermedad de Alzheimer puede deberse a la diseminación transneuronal de *P. gingivalis* (7). De esta manera, se sostiene que la proteólisis de Tau, por las gingipainas, aumentaría la tasa de producción de Tau de manera compensatoria para así poder mantener la homeostasis en las neuronas que están infectadas por *P. gingivalis* (7). Gracias a este estudio se encontró una correlación altamente significativa entre la carga de gingipainas y la de Tau (3). Además, se ha demostrado que las gingipainas median la toxicidad de *P. gingivalis* en células endoteliales, fibroblastos y células epiteliales (3, 7).

RESULTADOS DE LA ENCUESTA (GRÁFICOS 1-16)

La información de esta encuesta se obtuvo a través un formulario

144

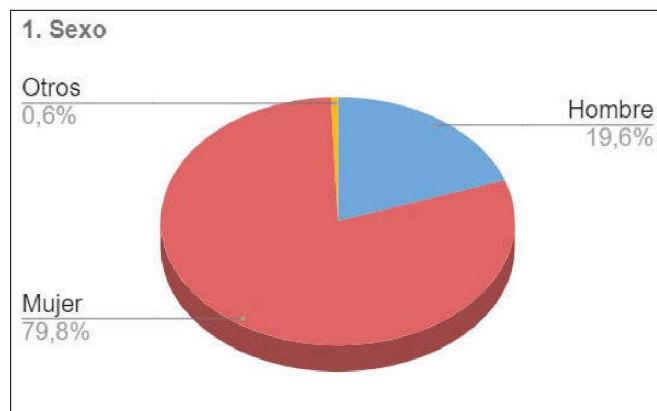
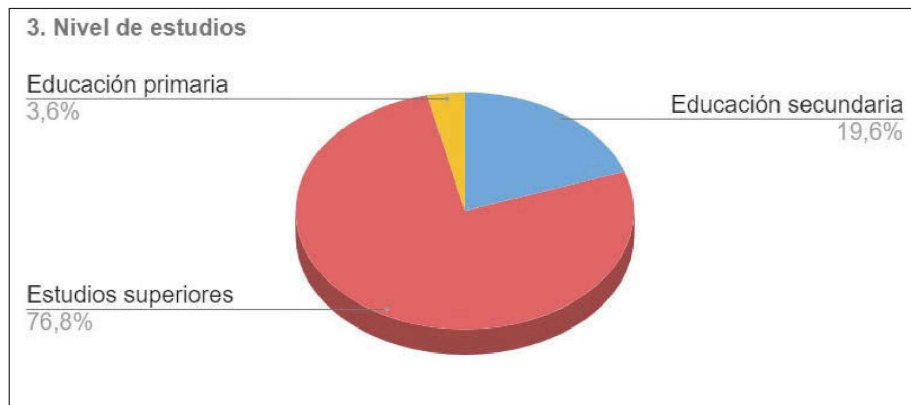
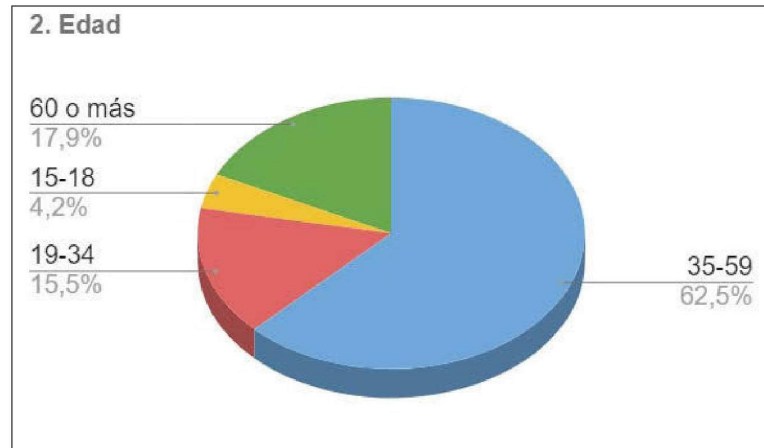


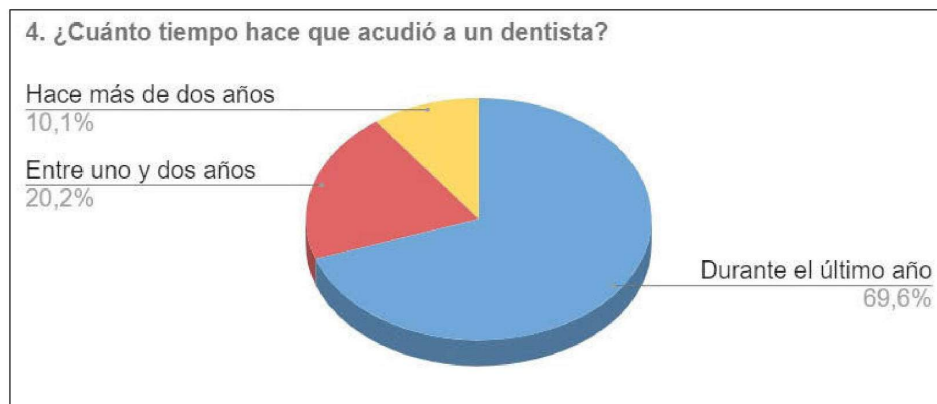
Gráfico 1.



HIGIENE DENTAL



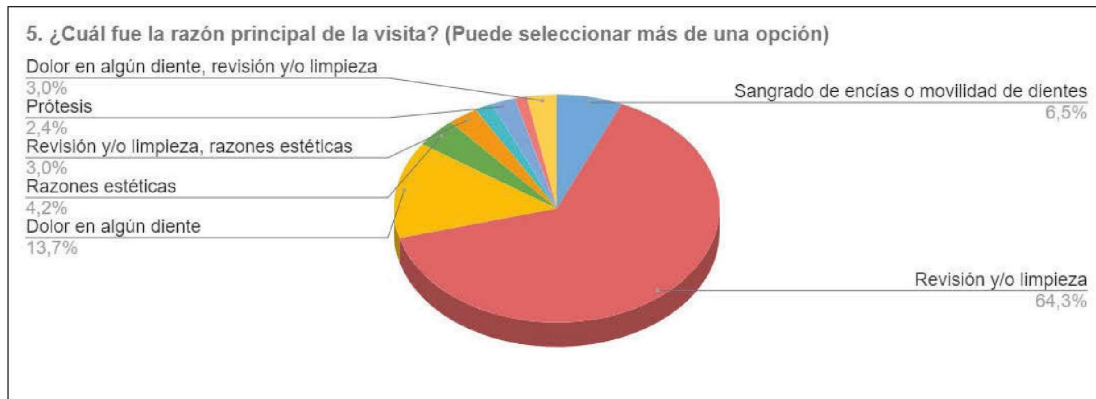
146



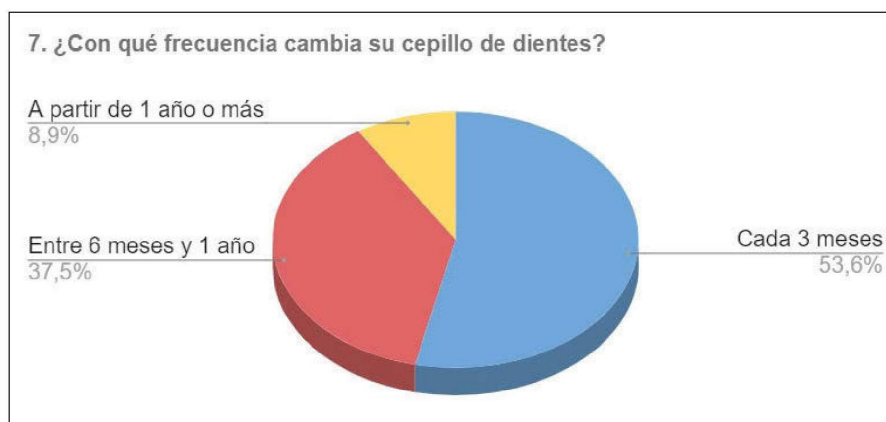
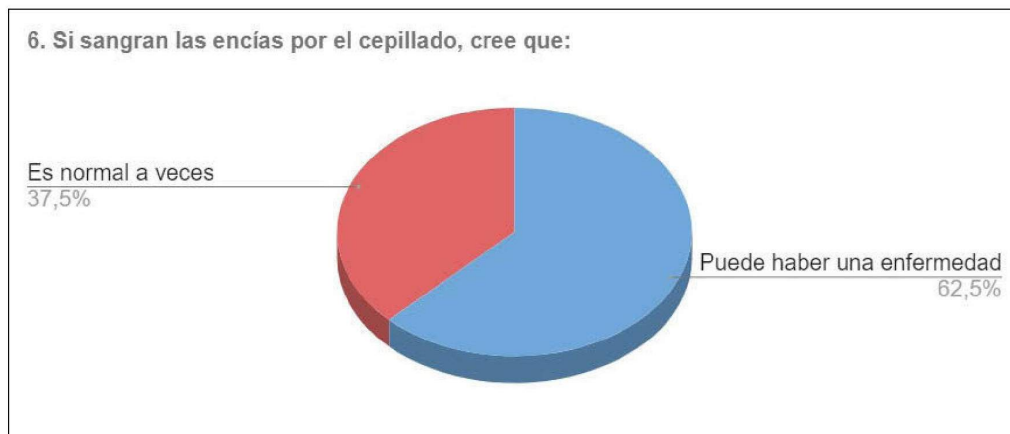
Gráficos 2-4.



HIGIENE DENTAL



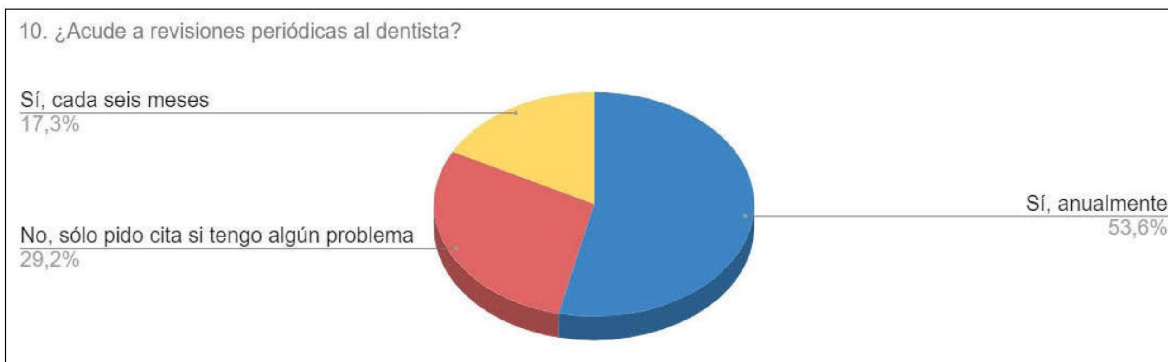
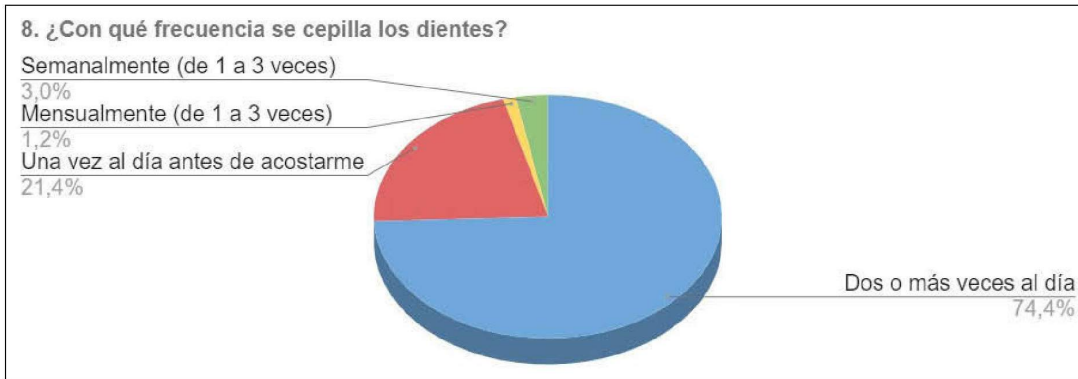
148



Gráficos 5-7.



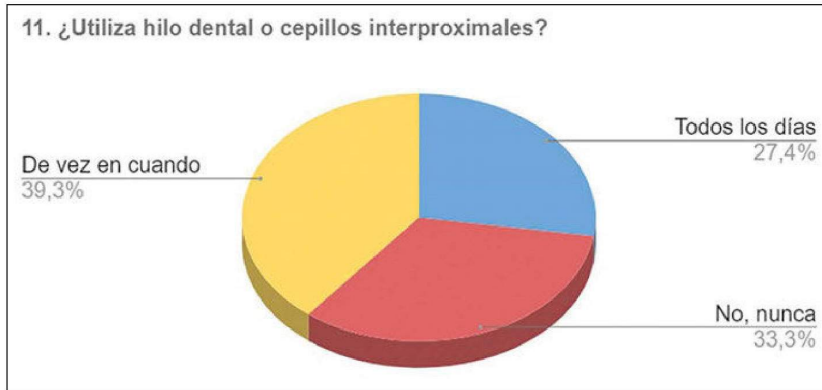
HIGIENE DENTAL



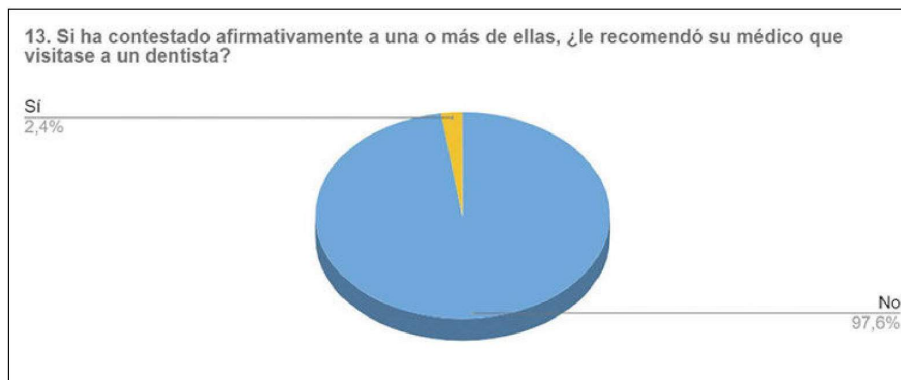
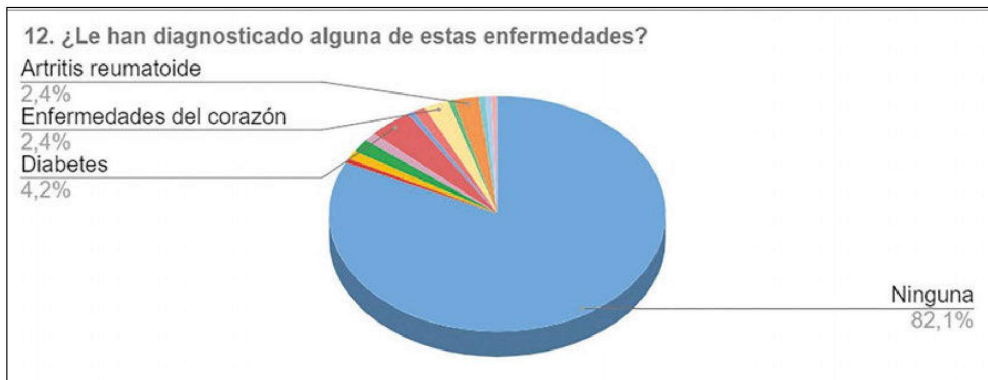
Gráficos 8-10.



HIGIENE DENTAL



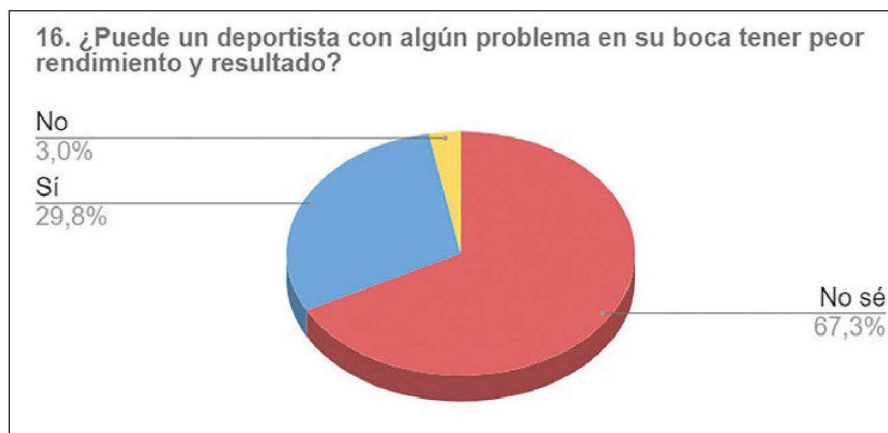
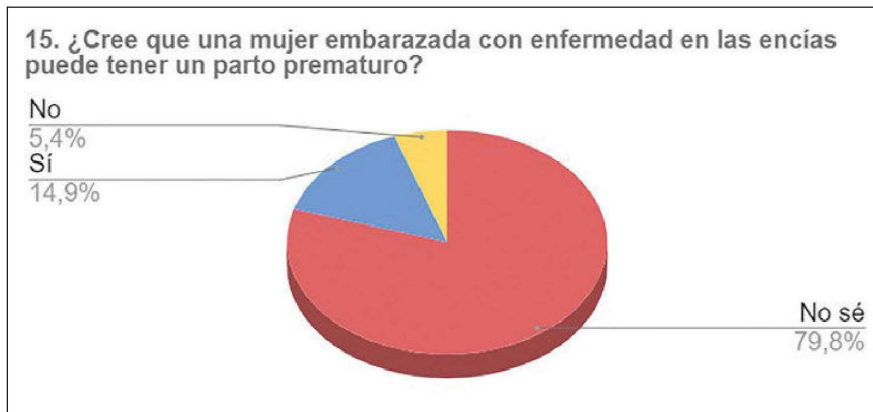
150



Gráficos 11-13.



HIGIENE DENTAL



Gráficos 14-16.



HIGIENE DENTAL

de Google con 16 preguntas. Fue difundido por medio de la aplicación WhatsApp y la cumplimentaron 168 personas aleatoriamente.

Las tres primeras preguntas están relacionadas con la información personal como la edad, el sexo y nivel de estudios, útiles para analizar la información por segmentos. Las ocho siguientes son específicas sobre hábitos de higiene oral, el uso de los servicios odontológicos y la percepción que tenían los encuestados acerca de su salud oral.

Se incluyen cinco preguntas para observar si los encuestados encuentran relación entre algunas de las patologías nombradas y la cavidad oral.

La gran mayoría de los encuestados, el 62,5%, son adultos mayores de 35 años y, en gran parte, mujeres; casi el 80% frente al 20% de hombres. Respecto a la formación, se observa un porcentaje muy alto: 76,8% con estudios superiores.

La frecuencia con la que asiste al odontólogo la mayoría de los encuestados es anual, casi el 70%, y la razón principal es la revisión y/o limpieza oral.

Aunque más de la mitad, el 62,5%, comprende que el sangrado de encías no es normal, resulta significativa la cifra de 37,5%, que entiende que sí que es normal y que no es señal de patología.

En las preguntas sobre hábitos de higiene, la mayoría de los participantes tiene una información y costumbres correctas con respecto a lo más básico: frecuencia de cepillado, renovar el cepillo y también la periodicidad de revisiones odontológicas.

Sin embargo, contrasta la limpieza interdental, que no parece ser tan conocida. Diariamente solo lo

«La frecuencia con la que asiste al odontólogo la mayoría de los encuestados es anual»

practica un 27,4% y un tercio asegura no hacerlo nunca.

Por otra parte, la percepción de la propia salud oral es buena o excelente en más del 70% de los participantes, siendo regular para el 25% y mala para un 6%.

Del total de los participantes, solo 29 de ellos han contestado que han sido diagnosticados con alguna de las enfermedades nombradas y, de ellos, solo a 4 personas les ha recomendado el médico especialista en su patología que acuda al odontólogo.

La última parte de la encuesta va orientada a valorar el conocimiento que puede tener una persona acerca de la relación de la mala higiene y pobre salud oral con respecto a enfermedades sistémicas.

En la pregunta «¿Cree que la enfermedad de las encías está relacionada con alguna de las siguientes enfermedades?», las opciones de respuesta son: artritis reumatoide, Alzheimer, problemas cardiovasculares, diabetes y ninguna de las anteriores, pudiendo señalar más de una. Es muy significativo que 87 personas de las 168 encuestadas, el 52% del total, han contestado que ninguna de las enfermedades tiene relación; y 10 personas, el 6%, dicen desconocer si existe.

Sobre la asociación de periodontitis y un posible parto prematuro, solo el 15% tiene



«La bacteriemia, la endotoxemia y la inflamación sistémica de bajo grado son los principales vínculos entre la periodontitis y las enfermedades sistémicas»

conocimiento de ello, y el 85% desconoce el vínculo. Preguntados por la influencia con el rendimiento deportivo, la proporción aumenta hasta el 29,8%, siendo una cifra relativamente baja también.

CONCLUSIONES

La revisión bibliográfica de los diferentes estudios nos lleva a las siguientes conclusiones:

La bacteriemia, la endotoxemia y la inflamación sistémica de bajo grado son los principales vínculos entre la periodontitis y las enfermedades sistémicas.

Los últimos trabajos sobre la periodontitis y la enfermedad de Alzheimer han dejado muchas más evidencias que explican la relación que existe entre la presencia de *Porphyromona gingivalis*, las gingipainas y la patogénesis de la enfermedad que conduce al daño tisular en los cerebros de los pacientes. Estos hallazgos servirán para diseñar nuevos tratamientos basados en inhibidores de las gingipainas, que se han experimentado ya en cerebros de ratones con éxito y están a la espera de nuevas fases de estudio.

La artritis reumatoide no tiene un solo factor como origen de la enfermedad, pero se ha reconocido la evidencia de que la periodontitis es uno de ellos. La inflamación en las encías por la presencia de *porphyromonas gingivalis* desencadena el proceso de citrulinación de proteínas que provoca, en la mayoría de casos, la creación de anticuerpos en algunos pacientes que afectan a las articulaciones, dando lugar a la artritis reumatoide.

La *Porphyromonas gingivalis* es nuevamente el patógeno periodontal implicado en la patogénesis de aterosclerosis, que tiene como consecuencia enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. En este caso no se han identificado, de momento, mecanismos patogénicos concretos como son la citrulinación en la artritis reumatoide o la acción de las gingipainas en la enfermedad de Alzheimer. Parece ser que en estas enfermedades es la circulación constante de productos bacterianos y los consecuentes mediadores inflamatorios la explicación de la relación entre ellas y la periodontitis.

Debido a la naturaleza multifactorial de ambas enfermedades, con factores de riesgo comunes, es difícil determinar una asociación causal por medio de estudios epidemiológicos. Los estudios *in vitro*, en animales, y clínicos, apoyan la interacción y el mecanismo biológico, pero los ensayos de intervención no son adecuados para sacar conclusiones adicionales.

El nivel de evidencia es muy alto para la asociación entre periodontitis y una mayor frecuencia de partos prematuros, nuevamente a través de las dos vías mencionadas: la



HIGIENE DENTAL

colonización bacteriana del líquido amniótico debida a bacteriemia y la respuesta inflamatoria provocada por la circulación de mediadores inflamatorios en respuesta a la presencia de productos bacterianos.

No obstante, hay que tener en cuenta que es inconsistente establecer como agente causal único de estas enfermedades a la periodontitis, ya que se tendrían que hacer más estudios epidemiológicos longitudinales que establezcan una relación temporal.

Lo que sí es seguro es que la salud general no se puede desligar de la salud oral y el papel del higienista dental en este campo es fundamental, ya que con una correcta higiene dental y la eliminación de factores de riesgo como el consumo de tabaco, se puede ayudar a reducir la formación

«El nivel de evidencia es muy alto para la asociación entre periodontitis y una mayor frecuencia de partos prematuros»

de bolsas periodontales y evitar la proliferación de las bacterias causantes de todos los procesos que causan las enfermedades sistémicas.

La encuesta refleja el desconocimiento de la población general sobre esta relación, con lo que también aquí tiene un gran papel el higienista dental y otros profesionales de la salud. ●

154

BIBLIOGRAFÍA

1. La enfermedad de Alzheimer. Fundación Pasqual Maragall [Internet]. FPM - ES.
2. Enfermedad de Alzheimer: síntomas, diagnóstico y tratamiento. CUN [Internet]. www.cun.es
3. PÉREZ AHIJÓN C, PLA ALONSO J. Porphyromonas gingivalis como posible agente causal de la enfermedad de Alzheimer. Revisión de literatura. Universidad Complutense. Facultad de Farmacia [Trabajo fin grado]; 2019. [Citado el 22 de mayo de 2022].
4. WEST N, SHOEMARK D, DAVIES M, ALLEN BIRT S. Relación entre enfermedad periodontal y enfermedad de Alzheimer: ¿El cepillado de los dientes puede influir en la enfermedad de Alzheimer? Periodoncia Clínica. 2017; May 23; 2017 (8): 63-76.
5. DOMINY SS, LYNCH C, ERMINI F, ET AL. Porphyromonas gingivalis in Alzheimer's disease brains: Evidence for disease causation and treatment with small-molecule inhibitors. Sci Adv. 2019; 5 (1): eaau3333. Published 2019 Jan 23. doi:10.1126/sciadv.aau3333.
6. VACA ALTAMIRANO G, MANZANO FLORES AB, ARMIJOS BRIONES FM. Porphyromona gingivalis y su relación con la enfermedad de Alzheimer. Universidad y Sociedad [Internet]. 29 de septiembre de 2021. [Citado el 22 de mayo de 2022]; 13 (S2): 109-16.
7. RODRÍGUEZ LOZANO B, GONZÁLEZ FEBLES J, GARNIER RODRÍGUEZ JL, DADLANI S, BUSTABAD REYES S, SANZ M, ET AL. Association between severity of periodontitis and clinical activity in rheumatoid arthritis patients: a case-control study. Arthritis Research & Therapy [Internet]. 2019 Jan 18; 21 (1).



1 Junio, 2023

ICTUS

¿SE ESTÁ CEBANDO ESTA PATOLOGÍA CON LA POBLACIÓN MÁS JOVEN?

FENÓMENO DE BAADER-MEINHOF: dicese del sesgo cognitivo (muy común en los seres humanos) que se caracteriza por el aumento de la consciencia sobre algo en particular. Se ve muy claramente aplicado en la publicidad, pero puede ocurrir con personas o incluso con ideas y conceptos. También se llama ilusión

Entre la población crece la idea de que los accidentes cerebrovasculares son cada vez más frecuentes en edades tempranas. Los especialistas creen que efectivamente se observan incrementos en la incidencia, pero las causas tienen que ver fundamentalmente con los estilos de vida poco saludables

TEXTO ROCÍO R. GARCÍA-ABADILLO
 ILUSTRACIÓN SHUTTERSTOCK/L.ESPARZA

de frecuencia porque parece que ese algo aparece con más frecuencia en nuestra vida. ¿Estamos sufriendo el fenómeno de Baader-Meinhof con el ictus? La percepción en la sociedad es que cada vez se producen más accidentes cerebrovasculares en personas jóvenes, ¿es acaso una ilusión o realmente está sucediendo?

En España es una enfermedad muy frecuente, señala Pablo Irimia, consultor del Departamento de Neurología de la Clínica Universidad de Navarra (CUN), y que en nuestro país cada año entre 110.000 y 120.000 personas lo sufren. "Cada seis o siete minutos se está produciendo un ictus en España", dice Irimia. Según el documento *Ictus: Plan de actuación en Europa 2018-2030*, de la Alianza de Ictus para Europa (SAFE, por sus siglas en inglés), hasta 2035 se espera en Europa un incremento en el número de ictus (un 34%), en las muertes por ictus (45%) y en los supervivientes con discapacidad (25%).

Aunque es cierto que está muy asociado a la edad -y cada vez somos más longevos-, Irimia subraya que en torno a un 15-20% de los pacientes tienen menos de 50 años. "Hay que recalcar que es una patología que puede afectar en cualquier edad de la vida, incluso a los niños". Para muestra la muerte por ictus la semana pasada de Evan, un niño italiano de cuatro años.

¿Pero estas cifras entre pacientes jóvenes han crecido en los últimos años? "Primero hay que distinguir

qué consideramos pacientes jóvenes. Algunas publicaciones lo sitúan por debajo de 45 años y otras por debajo de los 50. Son solo cinco años, pero muy significativos. En general los estudios no siempre son comparables, los estudios epidemiológicos son extraordinariamente complicados de llevar a cabo y en España prácticamente no hay. El más importante de ictus es *Iberictus*", explica José Antonio Egido, coordinador clínico de la Unidad de Ictus del Hospital Clínico San Carlos (Madrid) y precisamente uno de los firmantes de *Iberictus*, que se publicó hace más de una década.

Es muy complicado tener datos reales de una población grande, continúa Egido. Hay datos del INE, aunque no está diseñado para criterios médicos, que indican que el ictus es la primera causa de muerte en hombres y mujeres en Madrid y en España es la segunda causa de muerte, aunque la primera en mujeres". Pero incide en que saber si hay más ictus entre gente joven "es un tema extraordinariamente complejo, no es nada sencillo de responder". Primero por esa dificultad para comparar estudios, y

segundo porque ahora se diagnostican más: "La gente sufría una hemorragia, o un derrame, otros un infarto cerebral... No había ese concepto unitario de lo que realmente es un ictus, que es todo eso, y puede favorecer una percepción de incremento", añade Egido.

INCIDENCIA DE MÁS DEL DOBLE.

Sin embargo, menciona un estudio realizado en Dijon (Francia) que también pone sobre la mesa Ángel Chamorro, jefe de la Unidad de Ictus del Hospital Clínic de Barcelona. "Empieza a haber datos, hay que verlos con cuidado porque depende de qué registros sean, pero empieza a haber estudios poblacionales y nacionales o provinciales de hospitalización y todos ellos parecen converger, tanto en EEUU como en diversos países europeos. Este estudio francés, por ejemplo, habla de una incidencia de ocho ictus al año por cada 100.000 habitantes en los años 90 y 18 ictus al año por cada 100.000 habitantes en esa misma zona en 2005. Es más del doble, o sea, que si hay datos que nos hablan de un incremento", justifica Chamorro.

"Creo que quizá estamos más concienciados y se diagnóstica más. Ahora la gente joven, si tiene algún síntoma que en otro momento puede haber pasado más desapercibido, acude al médico o a urgencias, pero no creo que haya ahora mismo más ictus en los jóvenes por una circunstancia especial o porque estén apareciendo otras causas que produzcan el ictus. Está en relación con los factores de riesgo e igual hay más pacientes con hipertensión más jóvenes o con más diabetes, con una vida sedentaria...", señala María del Mar Freijo, neuróloga del Hospital de Cruces (Barakaldo) y coordinadora nacional del Grupo de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

Sobre las posibles causas de ese incremento en la incidencia en gente más joven, todos los especialistas coinciden en que se trata de una confluencia de factores. "Hay más alerta y sensibilidad sobre el tema. Antes los jóvenes pensaban que a ellos no les podía ocurrir y desde las sociedades científicas hemos trabajado para concienciar de



1 Junio, 2023

Factores de riesgo para sufrir ictus, al margen de la edad:
hipertensión, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, diabetes, colesterol, consumo de alcohol, polución atmosférica

Hasta 2035 en Europa se espera un incremento del 34% de ictus, un 45% las muertes con discapacidad y un 25% los supervivientes

Entre sexos 4 hombres vida, frente

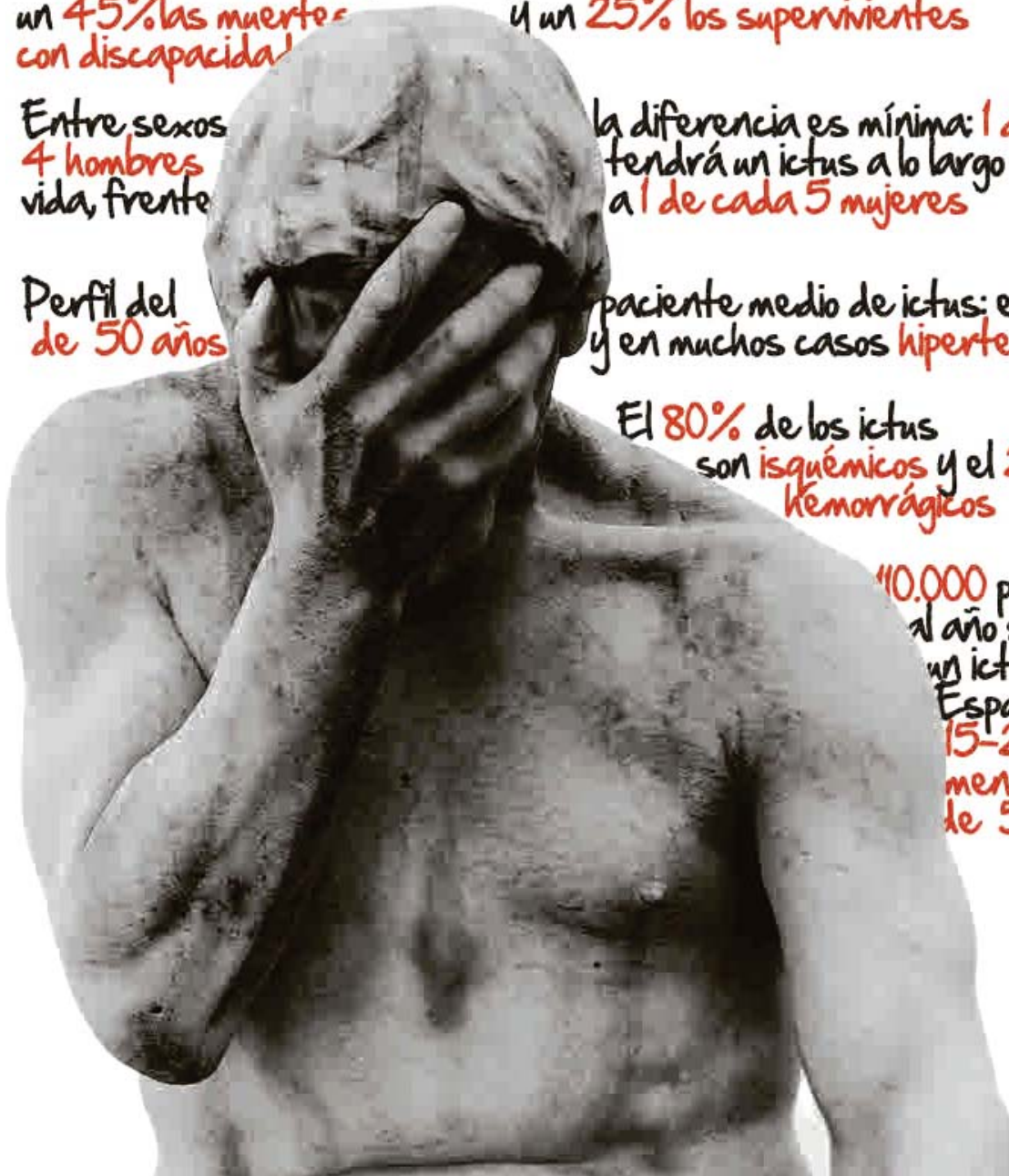
la diferencia es mínima: 1 de cada tendrá un ictus a lo largo de su vida a 1 de cada 5 mujeres

Perfil del de 50 años

paciente medio de ictus: es mayor y en muchos casos hipertenso

El 80% de los ictus son isquémicos y el 20% hemorrágicos

10.000 personas al año sufren un ictus en España, el 15-20% menores de 50 años



que puede suceder en cualquier edad, que ante cualquier síntoma hay que llamar al 112 y desde atención primaria se hace cada vez mejor y hay más conciencia también", señala Irimia. Esa prevención desde primaria se aprecia muy bien en la población mayor, donde la incidencia de ictus está disminuyendo, argumenta Egido. "La preven-

ción está muy dirigida a los pacientes mayores, no tanto a los jóvenes. No existen, por ejemplo, programas de prevención de la obesidad, que cada vez es una lacra mayor en la infancia y se arrastra el resto de la vida".

HÁBITOS POCO SALUDABLES. Esos programas preventivos en personas mayores funcionan en los países

desarrollados, acota Chamorro, pero está incrementándose también la incidencia de ictus en gente mayor en los países en desarrollo "porque están entrando en los hábitos de los que las sociedades avanzadas están saliendo. Y esos malos hábitos son los que se observan en la gente joven".

Los estilos de vida poco saludables llevan al au-

mento de los factores de riesgo convencionales, que Freijo enumera: aumento de la hipertensión, la diabetes y el colesterol, la obesidad y el sedentarismo, el estrés, el consumo de tabaco y alcohol. "También de drogas como la cocaína, que tiene una gran propiedad vasoconstrictora, o los psicoestimulantes, que tienen propiedades adrenérgicas que

aumentan el tono muscular de la pared de las arterias y las puede colapsar", agrega Chamorro.

Freijo señala las arritmias, concretamente la fibrilación auricular, como las causantes de muchos ictus en personas mayores o gente joven con cardiopatías de base. "Últimamente se ha aclarado, por ejemplo, el papel de una malforma-

ción muy frecuente en la población general que es el foramen oval permeable, que es una comunicación que hay entre las dos aurículas del corazón", detalla Egido. "Es fisiológica en el vientre materno porque los pulmones del feto no funcionan, pero al nacer debe cerrarse para evitar que por el juego de presiones del corazón se pueda formar un trombo que pase a la circulación arterial. En un porcentaje de población que llega al 20-25% no se termina de cerrar del todo y queda una pequeña comunicación que a la mayoría de la gente no le da problemas, aunque se ha demostrado que estos pacientes jóvenes tienen más riesgo de ictus".

CUIDADO CON LA POLUCIÓN.

A todo este cóctel, Chamorro añade otros factores. "Está en fase de estudio la polución. Las estadísticas oficiales de la Asociación Americana de Ictus (ASA) no cuestionan ya su papel e incluso dan cifras de riesgo en cuanto a mortalidad generada por ictus en relación con la polución. Se está investigando porque por razones que aún no están bien perfiladas genera una respuesta inflamatoria que pudiera ser más potente en la gente joven". Otro factor para Chamorro es la salud mental y la depresión, cada vez mayores entre los jóvenes. "Ese triángulo entre estado afectivo, hábitos de vida y riesgo de ictus podría ser otro elemento".

Chamorro remata: "Y como guinda, y eso es un estímulo para los que llevamos décadas estudiando estas enfermedades, tenemos los ictus denominados criptogénicos, aquellos de los que desconocemos su causa. Hacemos todo tipo de pruebas y estudios en el paciente y no encontramos nada, somos incapaces de contestar a la pregunta de por qué le ha pasado eso. Y si hay un grupo de población en el que es frecuente que pase eso es en los jóvenes. Es otro de los elementos que tienen que meterse en la ecuación".

Aunque en los últimos años se han hecho avances importantísimos en el tratamiento, sobre todo del ictus isquémico, Irimia remarca que la mejor estrategia de tratamiento es la prevención. "Controlando adecuadamente los factores de riesgo, se podría prevenir el ictus hasta en el 90% de los casos".



M

AS ATRAYENTE INCLUSO QUE EL rojo de su chaqueta, la sonrisa de Carola Giménez-Esparza Vich te acoge y te invita a preguntar. Lleva 17 años como jefa de Intensiva del Hospital Vega Baja de Orihuela (Alicante), a tiro de piedra (85,6 kilómetros por la A7) de su Cartagena natal. Mucho más larga es la distancia que ha recorrido en una trayectoria profesional cuyo último jalón es la presidencia de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (Semicyuc), que ocupará hasta 2025.

P. Aunque imagino que la respuesta será afirmativa, la pregunta es casi ineludible. ¿Hay un antes y un después de la covid en el ejercicio de la Medicina Intensiva?

R. Hay un antes y un después prácticamente en todas las actividades diarias de la gente, porque la pandemia nos ha marcado a todos, ha afectado mucho a los médicos y, si me apura, particularmente a los intensivistas.

P. ¿Tanto les ha afectado?

R. Pues mire, hemos pasado momentos muy malos, evidentemente, pero no le voy a negar que también hemos aprendido muchas cosas.

P. ¿Como qué?

R. Hemos aprendido a trabajar en equipo más aún, a utilizar y diversificar recursos que casi no existían, a multiplicar nuestra capacidad de adaptación a las situaciones más insospechadas... y hemos constatado que el número de camas de UCI era insuficiente, y que también lo era el número de intensivistas en algunas áreas.

P. Bueno, en plena pandemia todo era insuficiente, ¿no? ¿Quizás no era el mejor momento para quejarse?

R. Es que no hablo solo de la pandemia, que también. En algunos casos, los recursos materiales eran insuficientes para afrontar problemas más habituales, como un accidente de autobús, por ejemplo. En cuanto al número de especialistas, cuando hablo de escasez, lo hago pensando no solo en circunstancias extraordinarias, como otra pandemia, sino en el futuro más inmediato y en situaciones estructurales.

P. ¿Hasta qué punto se han subsanado esas fallas? ¿Hay ya bastantes camas? ¿Están cubiertas las necesidades de especialistas en las áreas que los necesitaban?

R. Han aumentado las camas y el número de MIR que están cursando la especialidad, pero ni unas ni otros en la proporción suficiente. Nos consta que hay hospitales que sí han conservado las camas adicionales que se habilitaron durante la covid, y que en otros se han creado unidades de semicríticos, que están muy bien dotadas y que son un recurso muy bueno para ingresar a pacientes menos graves. Con respecto a los especialistas, hay estudios que hablan de un 10% de déficit de intensivistas a corto plazo, precisamente por el progresivo envejecimiento de la población.

P. En el congreso de Málaga, la Semicyuc ha presentado una propuesta de reorganización de las UCI. Sigamos con los futuribles: ¿Habría o debería haber un antes y un después de Málaga?

R. Los servicios de Intensiva tenemos que actualizarnos y adaptarnos a las demandas sanitarias y ciudadanas. La propuesta que baraja nuestra sociedad aboga por un tratamiento integral del paciente, empezando por un abordaje precoz de su estado, para prevenir y, en la medida de lo posible, evitar la aparición de episodios graves. Ahí es donde cobran sentido los equipos de respuesta rápida y sus sistemas de alerta, que se activan merced a la medición y evaluación de una serie de variables fisiológicas. En función del estado del paciente, se decide qué tratamiento y ubicación son los más adecuados para él.

P. Vamos, que no todos tienen por qué ir a la UCI.

R. Eso es. Algunos, claro, ingresarán en la UCI, pero otros podrán permanecer en planta con un tratamiento y un seguimiento continuo, o ingresarán en las unidades de semicríticos que le mencionaba antes. Todo esto es el paso previo a la UCI, pero también hay que mejorar el seguimiento que se hace al paciente una vez que ha salido de estas unidades.

P. Si hay que mejorarlo, es que no lo estaban haciendo muy bien, ¿no? ¿Había cierto abandono del paciente una vez que salía de la UCI?

R. Bueno, ya hay muchos centros que están trabajando con la idea de la llamada *UCI sin paredes*, que consiste, en esencia, en tratar al paciente crítico o semicrítico

“**Con la covid, han aumentado el número de camas y de residentes de la especialidad, pero ni unas ni otros en la proporción que se necesita”**”

“**La ‘UCI sin paredes’, que consiste en no ceñirse al ámbito de la unidad, está cada vez más extendida, pero hay que generalizarla”**”

“**El principal problema de la especialidad no es exclusivo de ella: la calidad y duración de los contratos laborales de los intensivistas más jóvenes”**”

“**Desterremos esa idea tan antigua de la UCI como un espacio cerrado, donde el paciente está aislado y la familia no puede entrar”**”

allá donde esté, independientemente de su ubicación, y no restringimos solo a las cuatro paredes de la unidad. También se está bajando cada vez más en la detección y prevención del llamado *síndrome postUCI*, pero sí, es verdad que esta forma de trabajar no está totalmente extendida y hay que generalizarla.

P. ¿Qué nota le pondría a la Intensiva española?

R. Sin duda alguna, un 10. Primero, porque el MIR es un sistema de formación excepcional. Siempre hay campo de mejora, evidentemente, pero, a diferencia de lo que pasa en otros países, la Medicina Intensiva en España es una especialidad primaria, y no una *superespecialización* a la que se accede desde otras especialidades.

P. ¿Y el entorno ayuda? Quiero decir, ese 10 se lo han currado ustedes, los intensivistas, o las condiciones de trabajo y el entorno institucional tienen parte del mérito?

R. Bueno, el 10 se lo doy, sobre todo, al nivel formativo de nuestros especialistas, y la prueba más evidente es que muchos acaban ejerciendo fuera de España, porque son muy demandados.

P. Sí, claro, eso suena muy bien, pero tiene otra lectura: los intensivistas se van de España porque aquí *ser intensivista es llorar*...

R. Claro, claro. Que hay problemas es evidente, pero el principal no es exclusivo de Intensiva, sino compartido con muchas otras especialidades: las condiciones laborales y la calidad y duración de los contratos de trabajo. Más allá de eso, hay que mejorar muchas condiciones estructurales del ejercicio.

P. Mójese con alguna, por favor...

R. Vuelvo a lo de antes: en España todavía hay muchas unidades pequeñas en las que faltan camas y cuya infraestructura es antigua y necesita renovarse. El personal y la tecnología pueden ser muy buenos, pero el espacio físico donde está el paciente no garantiza su privacidad, o no hay lugares bien acondicionados para que la familia le acompañe. Durante la pandemia han mejorado cosas, pero necesitamos mejores espacios, más dignos y más humanos.

P. ¿Otra lección más de la pandemia, entonces?

R. Lo sabíamos con antelación, pero sí, es evidente que la pandemia lo ha hecho más palpable. La forzada separación entre el paciente y sus familiares nos llevó a articular herramientas para inten-

tar paliar ese aislamiento. Insisto: la UCI actual y la del futuro tienen que cambiar; hay que desterrar esa idea tan antigua de la UCI como un espacio cerrado, donde el paciente está aislado y los familiares no pueden entrar.

P. ¿Es igual la Medicina Intensiva que se practica en el Hospital de Orihuela que la que se hace en el Gregorio Marañón o el Clínic, por ejemplo, o hay una especialidad de primera división y otra de *andar por casa*?

es una de las líneas prioritarias de nuestro plan estratégico. El hecho de saber que trata con pacientes especialmente graves hace que el intensivista no pierda nunca de vista la perspectiva humanista, tanto con el paciente como con su familia.

P. Directamente relacionado con la humanización, está el proyecto *UCI Sin Fronteras*, especialmente querido para usted como coordinadora de esa idea. Expláyese...

R. Lo presentamos hace un

“HAY SERVICIOS DE INTENSIVA EN ESPAÑA QUE NO TIENEN MEDIOS PARA AFRONTAR UN ACCIDENTE DE AUTOBÚS”

Presidirá hasta 2025 la sociedad que reúne a más de 3.000 intensivistas. Estos 24 meses tienen que ser -dice- los de la “obligada” reconversión de las UCI, para ‘tirar’ paredes y acercarse al paciente crítico de forma más humana. Es la segunda vez en su historia que la Semicyuc pone un nombre de mujer en la placa presidencial

TEXTO FRANCISCO GOIRI
 FOTO SERGIO ENRÍQUEZ

R. Yo no diría eso, en absoluto. De hecho, la principal diferencia no es intrínseca a Intensiva, sino a la ausencia de otras especialidades. En un hospital comarcal no suele haber un servicio de Neurocirugía, por ejemplo, o de Cirugía Cardiovascular, o de Maxilofacial... Es, pues, una cuestión de cantidad, y no de calidad ni de eficiencia de los servicios que sí existen.

P. Cuando uno piensa en una UCI, piensa también en aparatos y técnicas muy avanzadas, pero no sé si lo hace tanto en cercanía, empatía y humanización médica. ¿Piensa en todo esto la Semicyuc?

R. Le aseguro que no solo pensamos en ello, sino que

año, en el congreso de la Semicyuc, y tenía que ver, concretamente, con la construcción de una UCI en Ruanda y con un programa de formación de especialistas, en colaboración con la Universidad Miguel Hernández. La Semicyuc ha sido reconocida como entidad de utilidad pública y qué mejor utilidad pública que aprovechar el conocimiento y la experiencia de nuestros socios para mejorar la atención al paciente crítico en países con un bajo, o muy bajo, índice de desarrollo humano. El de Ruanda es el primero, pero hay otros proyectos en marcha, como uno de formación a distancia con Bolivia.



1 Junio, 2023

Junio 2023 | DIARIO MÉDICO | 33



**PRESIDENTA DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA**

Carolal Gimenez-Esparza



1 Junio, 2023

José Miguel Láinez Andrés - Presidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN)

Hablamos con el doctor Láinez, toda una institución en el campo de la Neurología, una especialidad en constante evolución y definitiva para el avance terapéutico de múltiples dolencias que afectan a la población. Preside la SEN, una sociedad científica con gran solera y que cuenta

con más de 3.700 miembros. En su opinión, "los médicos no nos debemos limitar a tratar las enfermedades, tenemos que intentar formar a los ciudadanos y que entiendan que tomando una serie de medidas van a proteger su cerebro". Y "cuanto antes se empiece a cuidarlo, mejor", subraya

“En Neurología, hemos pasado de ser una especialidad que ofrecía pocas esperanzas, a una que ofrece muchas soluciones”

Emma Vicente / EM

-Es usted un reconocido neurólogo, con décadas dedicadas al estudio y al cuidado del cerebro, un órgano fascinante que sigue sorprendiendo con cada hallazgo que se descubre. ¿Cuáles son esos descubrimientos que considera más relevantes que ha visto en su trayectoria y cuáles destacaría en los últimos tiempos por las posibilidades que ofrecen a seguir indagando en este campo?

Creo que hay dos aspectos diferentes. Por una parte, hemos aprendido mucho de la función básica del cerebro, de cómo funciona, digamos, la parte estructural, de cómo funcionan las redes neuronales, de cómo afectan los mecanismos químicos, los neurotransmisores... Pero yo diría que lo más trascendente para los pacientes es todo lo que hemos conseguido en terapias. Es en el campo de los tratamientos donde, en los últimos años, hemos avanzado de un modo espectacular y, además, en múltiples patologías. Un ejemplo paradigmático puede ser el caso del ictus, donde si hace 20 años básicamente nos limitábamos a cuidar al paciente, ahora mismo tenemos terapias que son capaces de resolver el problema de forma casi definitiva o completamente ya que, por ejemplo, gracias a técnicas como la trombectomía mecánica, ya podemos recanalizar una arteria que está obstruida. Respecto a otras enfermedades neurológicas, como en la epilepsia o el Parkinson, hemos avanzado significativamente en los



tratamientos farmacológicos. También en el abordaje de las migrañas, con los nuevos fármacos biológicos. Y gracias a estos avances, vamos reduciendo la discapacidad que provocan las enfermedades neurológicas. Por eso, yo creo que los avances terapéuticos en el campo de la Neurología han sido muy, muy importantes: hemos pasado de ser una especialidad que ofrecía pocas esperanzas, a una especialidad que ofrece muchas soluciones.

-Es presidente de la SEN desde 2019, y vinculado a

esta sociedad desde 1994. ¿Cuáles son los principales retos que tienen por delante -en los que están centrando sus esfuerzos desde su entidad-, en cuanto al tratamiento y al manejo de las enfermedades neurológicas?

El reto mayor al que nos hemos enfrentado ha sido la pandemia, pero creo que lo logramos solventar razonablemente porque desde la SEN lanzamos varias iniciativas con las que contribuimos a que nuestros neurólogos manejen bien el problema.

En todo caso, actualmente, uno de los mayores retos y uno de nuestros objetivos prioritarios es, a nivel asistencial, conseguir que todos los pacientes con enfermedades neurológicas de nuestro país reciban una asistencia de primer nivel, independientemente del lugar donde residan. Esto es prioritario.

Por otra parte, conseguir que nuestros neurólogos, ejerzan donde ejerzan, tengan capacidad de investigar, ya que es una parte importantísima para ayudar al avance de la especialidad.

Y, en tercer lugar, tenemos que plantear la necesidad de no solamente tratar las enfermedades, sino prevenirlas. Uno de los objetivos prioritarios es trabajar en la prevención. Los médicos no nos debemos limitar a tratar las enfermedades, sino que debemos intentar formar a los ciudadanos y que entiendan perfectamente que tomando una serie de medidas van a proteger su cerebro. Este es uno de nuestros objetivos: no solo retrasar las enfermedades, sino conseguir una mejor salud cerebral de la población.

-Actualmente, ¿cuáles son las principales enfermedades neurológicas, o con mayor prevalencia, asociadas al envejecimiento?

Lógicamente, las enfermedades más ligadas al envejecimiento son, fundamentalmente, las neurodegenerativas. De ellas, claramente a la cabeza está la enfermedad de Alzheimer. En estos momentos calculamos que debe haber unos 800.000 pacientes con Alzheimer en nuestro país, lo cual es una cifra importantísima. La segunda sería la enfermedad de Parkinson. Se estima que habrá unos 150.000 pacientes en España con Parkinson. Y la tercera serían los ictus, ya que cada año se producen 120.000 nuevos casos. Previsiblemente, si seguimos con este patrón de curva del envejecimiento cada vez mayor en la población, todas estas enfermedades, irremediablemente, van a aumentar, pero sabemos que tenemos instrumentos para reducir o hacer que incidan menos. De hecho ya se ha visto que con intervenciones de salud general, en el caso del Alzheimer, por ejemplo, da



“Siempre digo a mis pacientes que la mejor medicina está en sus manos: estar activo, con gente, no aislados, y hacer ejercicio”

la sensación de que aparece un poco más tarde. En definitiva, podemos hacer cosas para envejecer mejor.

-Es difícil, supongo, pero pasado un cierto tiempo, ¿puede hacer una valoración del impacto que la pandemia –a la que aludía anteriormente– ha tenido en la sociedad a nivel psicológico?

Sin duda fue tremendo. Solo el aislamiento social y familiar tuvo unas repercusiones para las personas mayores tremendas. Y un hecho clave para nosotros es que provocó la aparición de cuadros en enfermedades neurodegenerativas mucho peores.

Cuando antes hablaba de las medidas preventivas, justamente evitar el aislamiento social y familiar es uno de los factores que tiene que hacer una persona para mantenerse bien. En todo caso creo que, aunque globalmente, como sociedad, nos impactó mucho, por otra parte, para bien, nos estamos ya olvidando. Para la salud del cerebro es bueno olvidar situaciones traumáticas, y salvo en un pequeño porcentaje de la población, el resto parece haber recuperado su ritmo vital. Es difícil calcular el impacto real porque no tenemos estadísticas tan próximas para saber en qué grado han aumentado las enfermedades mentales pero, afortunadamente, de un modo global, la población ha recuperado su ritmo normal y la mayoría de la gente ha olvidado la pandemia. Esa parte es positiva aunque quizás debamos recordarla para evitar algunos problemas y favorecer que hagamos cosas mucho mejor.

-Ustedes presentaron hace un año un manual muy novedoso, ‘Telemedicina en Neurología’. Entiendo que la pandemia ha obligado a recurrir a las nuevas tecnologías, pero ¿es eficaz en este tipo de dolencias esta asistencia?

Yo creo que es una buena herramienta, utilizándola razonablemente. Obviamente, no sirve para valorar a un paciente en una primera consulta, es



muy difícil. Pero, por ejemplo, es perfectamente útil para hacer un comentario sobre un seguimiento, para ver cómo ha funcionado una medicación o para cambiar algún tratamiento. Puede ayudar a ahorrar tiempo, sobre todo, al paciente. Quizás al profesional no le ahorra tanto tiempo, porque al final, la telemedicina, si la quieres hacer bien, hay que dedicarle tanto tiempo como si fuese una consulta presencial. Así que sobre todo es cómoda para el paciente. Sin duda, esto y todas las nuevas tecnologías van a cambiar el ejercicio de la Medicina. Es cuestión de ir incorporándolas progresivamente. Yo creo que la clave está en que no hay que negarse a ellas sino adaptarse e implementarlas bien y lo mejor posible en la asistencia. Porque en estos años hemos hecho mucha teléfono-medicina y no tanto telemedicina en sentido estricto.

-Existe ya una mayor concienciación sobre la importancia de cuidar la salud mental. Si hablamos del sistema sanitario español, ¿cómo se podría, o debería, mejorar la atención y el cuidado de las personas en este ámbito? ¿Qué sería necesario implementar?

Es una multitarea de todos los estamentos. Primero, hay que concienciar a la sociedad para que se implique en cuidar su cerebro de forma activa y luego hay que concienciar a las administraciones, profesionales y demás para que se aborde el problema de un modo

más multidisciplinar.

-¿Cuáles son las áreas de investigación, a su juicio, más prometedoras por las que se está apostando actualmente –o se debería apostar– para mejorar la salud neurológica en las personas mayores?

Sobre todo, no debemos olvidar las enfermedades raras porque a veces son muy discapacitantes. Por otra parte, aunque se está progresando bastante en el campo de la Neurología, debemos centrar el esfuerzo aún más y sobre todo en las enfermedades más prevalentes. Hablando de prevalencia, obviamente, no hay que olvidarse, dentro de las enfermedades neurológicas prioritarias en la investigación, además de la enfermedad de Alzheimer, Parkinson o ictus, de ciertas patologías como la migraña o la epilepsia. Afectan a muchísima población y se merecen que les dediquemos una atención especial. Esto es muy importante si queremos contribuir a que incidan menos y que cada vez seamos más capaces de tratarlas mejor.

-Recientemente recordaba en un artículo que “las Sociedades Científicas, con experiencia de muchos años formando a sus socios (74 años en el caso de la Sociedad Española de Neurología), son las únicas que pueden garantizar una formación de calidad”. ¿Qué significa esta contribución formativa, seña de identidad de la SEN, para esta

especialidad?

Creo que es una de las labores fundamentales que hacen las sociedades científicas. Ahora mismo, toda la formación de los profesionales médicos depende de las sociedades científicas. Esto se hace así porque, tradicionalmente, desde las Administraciones no se dedicaban recursos para la formación continuada. Así que toda esta tarea ha recaído en las sociedades científicas y creo que lo estamos haciendo bien.

Ahora estamos a la espera de ver qué pasa con el decreto nuevo de formación. Actualmente, todas las sociedades científicas estamos trabajando, bajo el paraguas de la FACME, para intentar que sean siempre las sociedades científicas las que se encarguen de la formación de los especialistas, porque somos los que sabemos hacerlo y porque llevamos haciéndolo muchos años y muy bien. Lo que hay que hacer es potenciar ese papel de las sociedades científicas y que las Administraciones lo apoyen.

-Por último, ¿qué consejos daría a la población en general y más en particular a las personas mayores para mantener una buena salud neurológica?

Lo primero, yo diría que para cuidar el cerebro hay que hacerlo desde muy pequeño: cuanto antes se empieza, mejor. Desde la SEN planteamos que debería haber una asignatura de “Salud” para los niños, ya que sería bueno que

la gente entendiera, desde bien pequeño, a saber que hay que cuidar el cerebro.

Pero ¿qué hay que hacer? Pues desde temprano potenciar nuestro cerebro más, porque cuanto más actividad tenga nuestro cerebro, más reserva cerebral tendremos. Aunque la actividad cerebral no haga aumentar mucho el número de neuronas, la actividad cerebral favorece la conectividad y las conexiones de las neuronas. Esto es lo que llamamos reserva cerebral y hace que, aunque estemos afectados por una enfermedad neurológica, digamos Alzheimer, nuestro cerebro será más resistente. Y esto es importantísimo.

En cuanto a los consejos generales para mantener el cerebro sano: ejercicio físico, una dieta saludable –la mediterránea va francamente bien– y, sobre todo para las personas mayores, lo que comentábamos antes: evitar el aislamiento y tener toda la socialización posible.

Pasear, leer, estar con amigos, etcétera, creo que son tareas fundamentales a la hora de hacer que nuestro cerebro sea más resistente a todas las enfermedades neurodegenerativas. Esto es fundamental y es un mensaje que tenemos que transmitir a toda la población pero especialmente a los mayores, que tienen más tendencia al aislamiento. Yo siempre digo a mis pacientes que la mejor medicina que tienen está en sus manos: estar activo, estar con gente, no estar aislado y hacer ejercicio.



1 Junio, 2023

Qida recuerda la importancia de la prevención, la psicoeducación y el rol de los cuidadores en el ictus

Redacción / EM

El ictus es una de las principales enfermedades crecientes en la población con una fuerte incidencia en las personas mayores de 65 años.

Actualmente, en España 110.000 personas sufren un ictus cada año, y es la primera causa de mortalidad en las mujeres, la segunda en hombres y la primera causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, según datos de la Sociedad

Española de Neurología. Según explica Daniela Agudelo, psicóloga y referente social en Qida, empresa de servicios y productos de calidad para el segmento sénior en casa, existen dos tipos de ictus: el sistémico, el mayoritario que afecta al 80% aproximadamente (se da más en hombres), y que se produce por una obstrucción de una de las arterias del cerebro producida por un coágulo de sangre (trombosis) o por la acumulación de placas de

colesterol; y el hemorrágico (afecta a la minoría, un 20% de la población, con mayor tendencia de padecerlo las mujeres). En este caso, se produce una ruptura de la arteria, una hemorragia cerebral. Al ser una área afectada más grande, las secuelas suelen ser más graves.

Daniela Agudelo explica que "a cada persona le afecta de una manera diferente, dependiendo del sexo, la edad, el tipo de ictus y el tiempo que pasa hasta la ac-

tuación médica, pero también dependiendo de la causa (hipertensión arterial, colesterol, genética, etcétera)". Las secuelas más habituales suelen ser, añade: "Problemas de atención y memoria, paralización de la mitad del cuerpo o parte de éste, afectación de la visión y el habla".

Prevención y cuidados

Diferentes estudios indican que existen factores de riesgo modificables para prevenir el ictus, como "llevar una

vida saludable, realizar ejercicio físico, seguir una alimentación saludable y reducir el estrés".

La persona cuidadora y la familia tienen un papel fundamental en la recuperación del paciente, ya que son quienes pasan más tiempo con estas. Otro punto que destaca la experta es la psicoeducación y "la importancia de buscar profesionales y asociaciones que eduquen e informen sobre cómo actuar en cada caso".



NOTICIAS DE ACTUALIDAD

**DR. JOSÉ VIVANCOS, NEURÓLOGO Y MIEMBRO
DEL GRUPO DE TRABAJO SEPA-SEN**

**«Todos los profesionales sanitarios
debemos hacer promoción de la salud»**

170



El Dr. José Vivancos participó también en el acto de presentación del documento de consenso SEPA-SEN en La Casa de las Encías.

**—¿Cuál es la situación de la patología
nerológica en España?**

—Tanto la patología cerebrovascular como los diferentes tipos de demencia son dos áreas de la neurología muy prevalentes. Hoy en día en neurología, el primer motivo de consulta y de

derivación de pacientes, fundamentalmente de Atención Primaria, es por deterioro cognitivo o enfermedad cerebrovascular. El ictus es la patología neurológica grave más frecuente. Es y será en los próximos años un motivo de preocupación importante: una de cada seis personas va a tener un ictus a lo largo de su vida. Además es una enfermedad que, aunque se ha avanzado mucho tanto en su prevención como en su tratamiento, sigue teniendo una alta tasa de mortalidad —es la primera causa de mortalidad entre las mujeres en los países desarrollados—, es la primera causa de discapacidad grave del adulto y es la segunda causa de demencia. Son enfermedades que están, incluso, relacionadas, con lo cual son problemas de salud de primera magnitud y lo van a ser en los próximos años. Todo lo que hagamos en prevención y para mejorar la asistencia a nuestros pacientes muy bien hecho está.

—¿Por qué esta elevada prevalencia de estas enfermedades?

—Son enfermedades que están muy ligadas al envejecimiento y cada vez vivimos más. El segundo factor añadido es que hay determinados factores de riesgo que los precipitan. En el caso de la enfermedad cerebrovascular es muy claro. El primer factor de riesgo para el ictus es la hipertensión arterial, también otros como las arritmias cardíacas, la diabetes, el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo, el excesivo consumo de alcohol... Además, estos factores de riesgo también lo son para el desarrollo de determinadas demencias. Aunque las más frecuentes como la enfermedad de Alzheimer tiene un origen neurodegenerativo,



NOTICIAS DE ACTUALIDAD

en su producción también juegan un papel importante los factores de riesgo vascular. De tal forma que esto sí que es modificable. Es decir, la edad de momento no la podemos modificar, pero todos estos factores de riesgo sí. Después existen otros factores de riesgo que han propiciado la colaboración entre SEPA y SEN y que son aquellas circunstancias que promueven estados de inflamación crónicas como la enfermedad periodontal, que también es un factor de riesgo para el desarrollo de estas enfermedades neurológicas.

—¿Qué se puede hacer en las consultas dentales por los pacientes neurológicos?

—La recomendación genérica que haría a los odontólogos es la que le haría a cualquier profesional sanitario: promocionar entre nuestros pacientes la salud. En este caso consistiría en promover hábitos de vida saludables y el control de circunstancias de riesgo que pueden favorecer estas enfermedades. Por ejemplo, una breve historia clínica para saber si el paciente tiene la tensión alta, si es diabético, si tiene el colesterol alto...

Además, el paciente antes de ser atendido por el dentista está en la sala de espera. El hecho de que ahí se le pueda facilitar información para que pueda leer antes de ser atendido, que se hable de salud... todo eso hace que podamos mejorar la prevención de estas enfermedades. Y, por supuesto, su labor específica que es el control y tratamiento de las enfermedades que condicionan una inflamación crónica como es la enfermedad periodontal.

También muchos pacientes de ictus están en tratamiento con antitrombóticos y la recomendación sería establecer con precisión a qué pacientes sería adecuado retirar temporalmente esos anticoagulantes porque la actuación sobre su dentadura así lo precise. A veces los retiramos alegremente y sometemos al paciente al riesgo de una recurrencia de estas graves enfermedades. En cualquier caso, lo que hay que hacer es promover la comunicación entre profesionales sanitarios. Estamos encantados de hablar con nuestros compañeros para hacer consultas y ver si hay que retirar o no la

medicación, si hay que iniciar algún tratamiento sustitutivo... Todo esto es muy relevante y se puede hacer en las consultas de Odontología. En el caso de los pacientes con demencias lo que añadiría es que, a veces, son pacientes difíciles de atender en una consulta dental. Las recomendaciones que nosotros le podemos hacer cuando se le va a hacer un procedimiento dental probablemente no las atiende o entiende, son pacientes que están intranquilos e inquietos cuando salen de su entorno habitual. A veces se necesita administrar algún tipo de sedación. La comunicación con su neurólogo para establecer el mejor escenario para que se pueda hacer el procedimiento dental que precise es relevante.

A veces hago recomendaciones en consulta sobre premedicación o qué tiene que hacer el paciente con un deterioro cognitivo en situación moderada o avanzada para que el dentista pueda realizar su trabajo. La comunicación en este sentido también es relevante.

—¿Qué beneficios puede aportar la colaboración entre neurólogos y dentistas a la salud de la población?

—Los dos somos profesionales sanitarios y el beneficio es la promoción de la salud. Cada uno hacemos nuestro trabajo lo mejor posible y en coordinación. Tenemos que trabajar en la misma dirección. En el caso de enfermedades prevenibles, como el ictus, yo siempre digo que el mejor tratamiento para un ictus es el que no ocurre. La prevención del ictus es el mejor tratamiento que podemos hacer hoy en día.

—¿Cuáles son los pasos a dar por ambas sociedades?

—En noviembre, en el congreso anual de la SEN en Valencia tenemos pensado hacer un simposium donde daremos a conocer este consenso a los neurólogos. Después nos queda una labor de divulgación entre nuestros compañeros, tanto neurólogos como dentistas. Y después está en nuestra mente hacer una publicación científica al detalle, con toda la bibliografía revisada por la que se ha alcanzado este consenso para quienes tengan interés en revisarlo más en profundidad. ●

ELA

Soluciona tus dudas



21
DE JUNIO
DÍA MUNDIAL
DE LA ELA

La esclerosis lateral amiotrófica, conocida como ELA, es la tercera enfermedad neurodegenerativa más común, tras el alzhéimer y el párkinson.

La ELA es una enfermedad degenerativa que afecta a unas neuronas clave: las que transmiten los impulsos nerviosos desde el sistema nervioso central hasta los distintos músculos del cuerpo. La incidencia máxima de esta enfermedad se registra entre los 60 y los 70 años, aunque puede presentarse antes.

CÓMO SE MANIFIESTA

Al perder las neuronas motoras, los pacientes de ELA van sufriendo una paralización progresiva hasta la parálisis completa. "Son síntomas habituales de la enfermedad: la debilidad, la atrofia muscular, las contracciones musculares y el aumento de tono muscular (espasticidad)", indica el doctor Alejan-

dro Horga, coordinador del Grupo de Estudio de Enfermedades Neuromusculares de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Estos síntomas suelen presentarse en un primer momento en las manos, los brazos y las piernas en dos tercios de los casos. En el tercio restante, la ELA comienza en la musculatura que controla el habla, la masticación o la deglución. Estamos ante una enfermedad progresiva que va afectando al resto del cuerpo. De hecho, la insuficiencia respiratoria, al quedar afectados los músculos

respiratorios, es la principal causa de muerte en la mayoría de los pacientes.

UN PRONÓSTICO DIFÍCIL

La ELA es una enfermedad letal. La mitad de las personas que la padecen fallecen en menos de tres años, según datos de la SEN, y un 80 % lo hace en menos de cinco años. No se sabe con certeza qué provoca la enfermedad y tampoco hay cura para ella. El único medicamento aprobado tiene resultados discretos. Los pacientes sufren un altísimo grado de discapacidad y otros problemas asociados, como ansiedad y depresión.

Cada año en España **UNAS 700 PERSONAS** comienzan a desarrollar síntomas de ELA



► 1 Junio, 2023

La periodontitis aumenta casi el triple las posibilidades de sufrir un ictus isquémico

La periodontitis no solo aumenta el riesgo de padecer ictus isquémico y demencia de tipo Alzheimer, sino que también se considera que diferentes intervenciones de salud oral pueden reducir el riesgo de sufrir estos desórdenes neurológicos. Son las principales conclusiones que se extraen de un riguroso y exhaustivo informe de consenso llevado a cabo por el grupo de trabajo conjunto de la Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA) y

la Sociedad Española de Neurología (SEN). Además, se apuntan algunas recomendaciones prácticas tanto para los odontólogos como los neurólogos.

Atendiendo a los datos epidemiológicos extraídos de estudios evaluados en este informe, "se estima que las personas con periodontitis tienen 1,7 veces más riesgo de padecer demencia tipo Alzheimer y 2,8 veces más riesgo de sufrir un ictus isquémico que las personas periodontalmente sanas", destaca el Dr.



Yago Leira, periodoncista y coordinador del grupo de trabajo SEPA-SEN.

Como concluye la vicepresidenta de SEPA, la Dra. Paula Matesanz, "el resultado del informe muestra que la periodontitis aumenta el riesgo de padecer ictus isquémico y demencia de tipo Alzheimer".