



1 Mayo, 2023

La importancia de dormir bien

•• La calidad del sueño influye en muchos aspectos de nuestro día a día, como es en el rendimiento en el trabajo, o el estado de ánimo a la hora de realizar nuestra rutina diaria. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), entre un 20 y 48% de la población adulta tiene dificultades para quedarse dormida y disfrutar de un sueño reparador. A la larga, estos problemas de sueño pueden afectar provocando cuadros de estrés, problemas de concentración, estados de ánimo volubles e incluso debilitar el sistema inmunológico. María Mercedes Sánchez, responsable de información científica del laboratorio Marnys, especializado en complementos alimenticios y cosmética natural, asegura que "numerosos estudios han demostrado que el estrés, ya sea laboral o familiar, es una de las principales causas de los problemas para dormir. Las preocupaciones constantes du-

rante el día pueden impedirnos desconectar al llegar la noche, y lograr un sueño profundo y reparador". Por eso, Mercedes Sánchez nos plantea varios consejos para encontrar el equilibrio y bienestar emocional, y favorecer un mejor descanso.

PRACTICAR EJERCICIO MODERADO UNAS 2 HORAS ANTES DE IR A DORMIR
 Un reciente estudio ha demostrado que, dejando este margen de dos horas de calma y relajación practicando ejercicio, ayuda a conciliar el sueño y a dormirnos más profundamente. Dicho estudio señala también que es importante que el ejercicio sea moderado, dado que el deporte de alta intensidad puede tener el efecto contrario, y provocarnos también problemas a la hora de conciliar el sueño, ya que el organismo, con la actividad física, libera endorfinas que hace que el cerebro se active. Aunque es importante aclarar que no se trata



solo de hacer ejercicio aeróbico como correr, nadar o montar en bicicleta, ya que los ejercicios de fuerza, en los que se trabajan los músculos, también son buenos para conseguir ese estado de calma que induce a un buen sueño.

PRIORIZAR ALIMENTOS QUE CONTRIBUYAN AL BIENESTAR DEL SISTEMA NERVIOSO
 A nivel nutricional, podemos fomentar el bienestar emocional y la higiene del sueño con ayuda de vitaminas y minerales, así como de la conocida melatonina. Como

explica la especialista de Marnys, "la melatonina es la hormona encargada de controlar los ciclos de sueño y vigilia. Además, su presencia sincroniza todas las fases del sueño para que cada una de ellas cumpla con su función. Por ello, una mayor concentración de melatonina se relaciona con un mejor descanso".

Para aumentar los niveles de melatonina en el organismo se puede optar por alimentos como huevos, lácteos, frutos secos como las nueces; frutas como las cerezas; verduras como los

tomates, todos ellos, alimentos ricos en triptófano, un aminoácido esencial implicado en la producción de esta hormona. Igualmente, añade María Mercedes Sánchez, "podemos complementar nuestra alimentación con suplementos de melatonina, y con vitaminas y minerales como el zinc y el magnesio".

También es importante limitar el consumo de bebidas alcohólicas y de productos que contengan azúcar o cafeína, que son los grandes excitantes por antonomasia.

EVITAR EL USO DE PANTALLAS ANTES DE DORMIR Y VIGILAR LOS RITMOS CIRCADIANOS

Por último, sabemos que el entorno afecta a los ciclos circadianos del sueño y la vigilia. Así, una de las pautas más importantes es evitar ambientes excesivamente iluminados y evitar el uso de pantallas y cualquier tipo de aparato electrónico, incluso la televisión, antes de irnos a la cama. Lo que sí es recomendable es poner en práctica una rutina de sueño, intentando irnos a dormir y levantarnos siempre a la misma hora, y hacer el mismo ritual antes de acostarnos, como lavarnos los dientes, leer un libro, meditar, darnos una ducha de agua caliente, o escuchar música relajante. De esta manera entrenamos el cerebro para que se relaje y termine conciliando el sueño.



3Si la calidad del sueño afecta considerablemente a la vida diaria, es importante acudir a la consulta del médico para que realice un diagnóstico y pueda dar con un remedio que consiga paliar este problema.





1 Mayo, 2023

La importancia de dormir bien

La calidad del sueño influye en muchos aspectos de nuestro día a día, como es en el rendimiento en el trabajo, o el estado de ánimo a la hora de realizar nuestra rutina diaria. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), entre un 20 y 48% de la población adulta tiene dificultades para quedarse dormida y disfrutar de un sueño reparador. A la larga, estos problemas de sueño pueden afectar provocando cuadros de estrés, problemas de concentración, estados de ánimo volubles e incluso debilitar el sistema inmunológico. María Mercedes Sánchez, responsable de información científica del laboratorio Marnys, especializado en complementos alimenticios y cosmética natural, asegura que "numerosos estudios han demostrado que el estrés, ya sea laboral o familiar, es una de las principales causas de los problemas para dormir. Las preocupaciones constantes du-

rante el día pueden impedirnos desconectar al llegar la noche, y lograr un sueño profundo y reparador". Por eso, Mercedes Sánchez nos plantea varios consejos para encontrar el equilibrio y bienestar emocional, y favorecer un mejor descanso.

PRACTICAR EJERCICIO MODERADO UNAS 2 HORAS ANTES DE IR A DORMIR
Un reciente estudio ha demostrado que, dejando este margen de dos horas de calma y relajación practicando ejercicio, ayuda a conciliar el sueño y a dormirnos más profundamente. Dicho estudio señala también que es importante que el ejercicio sea moderado, dado que el deporte de alta intensidad puede tener el efecto contrario, y provocarnos también problemas a la hora de conciliar el sueño, ya que el organismo, con la actividad física, libera endorfinas que hace que el cerebro se active. Aunque es importante aclarar que no se trata



solo de hacer ejercicio aeróbico como correr, nadar o montar en bicicleta, ya que los ejercicios de fuerza, en los que se trabajan los músculos, también son buenos para conseguir ese estado de calma que induce a un buen sueño.

PRIORIZAR ALIMENTOS QUE CONTRIBUYAN AL BIENESTAR DEL SISTEMA NERVIOSO
A nivel nutricional, podemos fomentar el bienestar emocional y la higiene del sueño con ayuda de vitaminas y minerales, así como de la conocida melatonina. Como

explica la especialista de Marnys, "la melatonina es la hormona encargada de controlar los ciclos de sueño y vigilia. Además, su presencia sincroniza todas las fases del sueño para que cada una de ellas cumpla con su función. Por ello, una mayor concentración de melatonina se relaciona con un mejor descanso".

Para aumentar los niveles de melatonina en el organismo se puede optar por alimentos como huevos, lácteos, frutos secos como las nueces; frutas como las cerezas; verduras como los

mentos de melatonina, y con vitaminas y minerales como el zinc y el magnesio".

También es importante limitar el consumo de bebidas alcohólicas y de productos que contengan azúcar o cafeína, que son los grandes excitantes por antonomasia.

EVITAR EL USO DE PANTALLAS ANTES DE DORMIR Y VIGILAR LOS RITMOS CIRCADIANOS

Por último, sabemos que el entorno afecta a los ciclos circadianos del sueño y la vigilia. Así, una de las pautas más importantes es evitar ambientes excesivamente iluminados y evitar el uso de pantallas y cualquier tipo de aparato electrónico, incluso la televisión, antes de irnos a la cama. Lo que sí es recomendable es poner en práctica una rutina de sueño, intentando irnos a dormir y levantarnos siempre a la misma hora, y hacer el mismo ritual antes de acostarnos, como lavarnos los dientes, leer un libro, meditar, darnos una ducha de agua caliente, o escuchar música relajante. De esta manera entrenamos el cerebro para que se relaje y termine conciliando el sueño.

Si la calidad del sueño afecta considerablemente a la vida diaria, es importante acudir a la consulta del médico para que realice un diagnóstico y pueda dar con un remedio que consiga paliar este problema.



tomates, todos ellos, alimentos ricos en triptófano, un aminoácido esencial implicado en la producción de esta hormona. Igualmente, añade María Mercedes Sánchez, "podemos complementar nuestra alimentación con suple-



UE STUDIO PARA ALEXION

2 DE JUNIO, DÍA INTERNACIONAL DE LA MIASTENIA GRAVIS

El reto diario de vivir con Miastenia

La miastenia gravis (MG) es una enfermedad neuromuscular, rara, crónica y autoinmune que se produce cuando se interrumpe la comunicación en la unión neuromuscular entre los nervios y los músculos, provocando debilidad¹⁻⁴.

En España, se estima que unas 15.000 personas sufren MG, con prevalencias que oscilan entre 150-200 casos por 1 millón de personas^{5,6}. Comúnmente, afecta a mujeres en edad fértil, entre 20 y 40 años y a hombres de mayor edad, en torno a 50-70 años⁷. De los pacientes diagnosticados con MG, aproximadamente el 80% presentan miastenia gravis generalizada (MGg)⁸⁻¹³, viéndose afectados los músculos oculares, del cuello y/o las extremidades, así como la musculatura facial y bulbar⁴.

EL IMPACTO DE LA MIASTENIA EN LA VIDA DE LOS PACIENTES

La MG puede resultar altamente incapacitante para los pacientes debido a sus múltiples manifestaciones. La afectación de extremidades (superiores e inferiores) puede ir desde una debilidad que no le permita abrir una lata hasta la imposibilidad de andar.

A nivel ocular, es característica la ptosis y la diplopía que produce una visión doble de forma constante lo que imposibilita actividades básicas como levantarse de una silla. Otro síntoma muy habitual

es la disfagia, estos pacientes pueden experimentar síntomas de mayor gravedad como la disnea, precisando intubación e ingreso en la UCI. Toda esta sintomatología es fluctuante, empeorando en mayor medida a lo largo del día, lo que implica que las personas con miastenia vivan en un estado constante de adaptación¹⁴.

El impacto de los síntomas persistentes permanece al frente de la vida de los pacientes. Esto explica que 1 de cada 2 pacientes con MGg afirme experimentar ansiedad¹⁵. Raquel Pardo, presidenta de la Asociación Miastenia de España (AMES), explica que "una persona afectada de miastenia necesita conocer muy bien su enfermedad para poder abordarla lo mejor posible, tanto a nivel físico como psicológico. Es fundamental compartir experiencias con otros pacientes y trabajar juntos para reconocer la sintomatología y adaptar su día a día con el fin de conseguir la mejor calidad de vida posible. Desde AMES, ofrecemos apoyo y asesoramiento a las personas afectadas tanto de miastenia autoinmune como congénita, y a sus familiares. También abogamos por reducir el tiempo

de espera hasta conseguir un diagnóstico certero para empezar a abordarla lo antes posible y reducir el sufrimiento y los síntomas asociados a esta enfermedad tan incapacitante".

LA ACTIVACIÓN DEL COMPLEMENTO, CAUSA SUBYACENTE DE LOS SÍNTOMAS EN PACIENTES CON MGg

Tras todos estos síntomas incapacitantes, subyace la activación del sistema del complemento, parte vital del sistema inmune, con un papel crítico en pacientes con MGg positiva para anti-AChR¹⁶⁻¹⁸.

Normalmente, la contracción muscular se produce por la liberación de acetilcolina en las sinapsis neuromusculares¹, pero en el 85% de las personas con MGg, los autoanticuerpos contra el receptor de acetilcolina provocan la activación crónica e incontrolada de una cascada molecular¹⁹.

En personas sanas, a medida que la acetilcolina liberada se une al AChR desencadena un potencial eléctrico en la placa terminal (EPP) de las células musculares. Cuando alcanza el umbral, se genera un potencial de acción que produce la contracción muscular²⁰. Sin embargo, en la MGg positiva para anticuerpos anti-AChR, la destrucción de la unión neuromuscular mediada por el complemento provoca la alteración de la contracción muscular, desembocando en los síntomas mencionados^{21,22}.

EL PAPEL DE LA INVESTIGACIÓN EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD

Hasta ahora, el tratamiento en la MG tiene como objetivo lograr que el paciente se mantenga asintomático o con mínimos síntomas, permitiéndole realizar una vida normal²³. Sin embargo, hasta un 20% de los pacientes con MGg no logran controlar adecuadamente los síntomas o son intolerantes al tratamiento convencional²⁴.

Por su parte, el Dr. Carlos Macedo, Director Médico en Alexion para España y Portugal, explica que "desde Alexion, trabajamos desde hace más de tres décadas para transformar la vida de las personas afectadas por enfermedades raras y sus familiares mediante el desarrollo y suministro de medicamentos innovadores, así como tecnologías de apoyo y servicios sanitarios que mejoren la calidad de vida de los pacientes con enfermedades raras como la MG. En Alexion, fieles a nuestro compromiso, seguimos avanzando en la investigación de esta patología y contamos con nuevas moléculas en distintas fases de desarrollo".

REFERENCIAS

- Conti-Fine, B. M., Milani, M., & Kaminski, H. J. (2006). Myasthenia gravis: past, present, and future. *The Journal of clinical investigation*, 116(11), 2843-2854. <https://doi.org/10.1172/JCI29894>
- Drachman D. B. (1994). Myasthenia gravis. *The New England journal of medicine*, 330(25), 1787-1810. <https://doi.org/10.1056/NEJM199406233302507>
- Gilhus, N. E., & Verschuuren, J. J. (2015). Myasthenia gravis: subgroup classification and therapeutic strategies. *The Lancet. Neurology*, 14(10), 1023-1036. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00145-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00145-3)
- Meriggioli, M. N., & Sanders, D. B. (2009). Autoimmune myasthenia gravis: emerging clinical and biological heterogeneity. *The Lancet. Neurology*, 8(5), 475-490. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70063-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70063-8)
- Sociedad Española de Neurología. SEN. 2 de junio: Día Nacional contra la Miastenia Gravis. Disponible en <https://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link343.pdf>
- Dressler, L., Wlodarski, R., Reznica, K., Soliven, B. Myasthenia Gravis: Epidemiology, Pathophysiology and Clinical Manifestations. <https://doi.org/10.3390/jcm10112235>
- Grob, D., Brunner, N., Namba, T., & Pagala, M. (2008). Lifetime course of myasthenia gravis. *Muscle & nerve*, 37(2), 141-149. <https://doi.org/10.1002/mus.20950>
- Santos, E., Coutinho, E., Moreira, I., Silva, A. M., Lopes, D., Costa, H., Silveira, F., Branco, M. C., Veiga, A., Silva, R. S., Ferreira, A., Sousa, F., Friel, M., Matos, I., André, R., Negrão, L., Fraga, C., & Gonçalves, G. (2016). Epidemiology of myasthenia gravis in Northern Portugal: Frequency estimates and clinical epidemiological distribution of cases. *Muscle & nerve*, 54(3), 413-421. <https://doi.org/10.1002/mus.25068>
- Anil, R., Kumar, A., Alaparthi, S., Sharma, A., Nye, J. L., Roy, B., O'Connor, K. C., & Nowak, R. J. (2020). Exploring outcomes and characteristics of myasthenia gravis: Rationale, aims and design of registry - The EXPLORE-MG registry. *Journal of the neurological sciences*, 414, 116830. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.116830>
- Leffter, S., Hardiman, O., & Ryan, A. M. (2017). A population-based epidemiologic study of adult neuromuscular disease in the Republic of Ireland. *Neurology*, 88(3), 304-313. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000003504>
- Pallaver, F., Riviera, A. P., Piffer, S., Riccardi, F., Roy, R., Orrio, C., Bonifati, D. M. (2011). Change in myasthenia gravis epidemiology in Trento, Italy, after twenty years. *Neuroepidemiology*, 36(4), 282-287. <https://doi.org/10.1159/000328863>
- Oh, S. J., Morgan, M. B., Lu, L., Hatanaka, Y., Hemmi, S., Young, A., & Clausen, G. C. (2009). Racial differences in myasthenia gravis in Alabama. *Muscle & nerve*, 39(3), 328-332. <https://doi.org/10.1002/mus.21191>
- Orphanet. Adult-onset myasthenia gravis. https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=EN&Expert=391490
- Law, N., Davio, K., Blunck, M., Lobban, D., & Seddik, K. (2019). The Lived Experience of Myasthenia Gravis: A Patient-Led Analysis. *Neurology and therapy*, 10(2), 1103-1125. <https://doi.org/10.1007/s40120-021-00285-w>
- Braz, N. F. T., Rocha, N. P., Vieira, E. L. M., Barbosa, I. G., Gomez, R. S., Kakehasi, A. M., & Teixeira, A. L. (2018). Muscle strength and psychiatric symptoms influence health-related quality of life in patients with myasthenia gravis. *Journal of clinical neuroscience: official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*, 50, 41-44. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2018.01.011>
- Guarino, S. R., Canciani, A., & Forneris, F. (2020). Dissecting the Extracellular Complexity of Neuromuscular Junction Organizers. *Frontiers in molecular biosciences*, 6, 156. <https://doi.org/10.3389/fmolb.2019.00156>
- Lazaridis, K., & Tzartos, S. J. (2020). Autoantibody Specificities in Myasthenia Gravis: Implications for Improved Diagnostics and Therapeutics. *Frontiers in immunology*, 11, 212. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.00212>
- Howard J. F., Jr (2018). Myasthenia gravis: the role of complement at the neuromuscular junction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1412(1), 113-128. <https://doi.org/10.1111/nyas.13522>
- Lazaridis, K., & Tzartos, S. J. (2020). Autoantibody Specificities in Myasthenia Gravis: Implications for Improved Diagnostics and Therapeutics. *Frontiers in immunology*, 11, 212. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.00212>
- Thanvi, B. R., & Lo, T. C. (2004). Update on myasthenia gravis. *Postgraduate medical journal*, 80(950), 690-700. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2004.018903>
- Meriggioli, M. N., & Sanders, D. B. (2009). Autoimmune myasthenia gravis: emerging clinical and biological heterogeneity. *The Lancet. Neurology*, 8(5), 475-490. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70063-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70063-8)
- Jayaram, T., Dabi, A., Salieman, N., Kurukumbi, M., & Kalyanam, J. (2012). Myasthenia gravis: a review. *Autoimmune diseases*, 2012, 874680. <https://doi.org/10.1155/2012/874680>
- AMES. Manual práctico Día a Día de la Miastenia. Available here. Accessed May 2023.
- Schneider-Gold, C., Hagenacker, T., Melzer, N., & Ruck, T. (2019). Understanding the burden of refractory myasthenia gravis. *Therapeutic advances in neurological disorders*, 12, 1756286419832242. <https://doi.org/10.1177/1756286419832242>



1 Mayo, 2023

La cefalea constituye el primer motivo de consulta de pacientes que precisan atención neurológica

Redacción / EM

El 19 de abril se conmemoró el Día Nacional de la Cefalea, o del dolor de cabeza, uno de los motivos más frecuentes de consulta entre los médicos de Atención Primaria, Urgencias y especialistas en Neurología. Hasta un 89% de la población masculina y un 99% de la femenina asegura padecer o haber padecido este dolor en algún momento y

la cefalea constituye el primer motivo de consulta de los pacientes que requieren asistencia neurológica en las consultas de Neurología. Hasta un 46% de la población española presenta algún tipo de cefalea primaria activa. Sin embargo, según datos de la SEN, más de un 40% de los pacientes que sufren dolor de cabeza de forma habitual está aún sin diagnosticar y alrededor del 50% de los pacientes

con cefalea se automedica con analgésicos sin receta.

“La falta de diagnóstico y de tratamiento y la automedicación son los factores que están detrás de la mayoría de los casos que se cronifican. Con un diagnóstico y un tratamiento correctos es posible llegar a controlar la enfermedad”, destaca Pablo Irimia, coordinador del Grupo de Cefaleas de la Sociedad Española de Neurología (SEN).



1 Abril, 2023



Las farmacias Apoteca Natura ofrecen consejos personalizados para mejorar la calidad del sueño

La Sociedad Española de Neurología (SEN) estima que entre un 20 y un 48 % de la población adulta sufre en algún momento dificultad para iniciar o mantener el sueño y que, en al menos un 10 % de los casos, es debido a

algún trastorno de sueño crónico y grave, una cifra que incluso podría ser mayor por el alto número de pacientes que no están diagnosticados. Este trastorno es relevante a nivel internacional, por lo que el viernes anterior al equinoccio de marzo se celebra el Día Mundial del Sueño, con la finalidad de sensibilizar a la población acerca de la importancia de dormir bien. En 2023, se celebró el 17 de marzo.

Las farmacias Apoteca Natura dedicaron el mes de marzo a

ayudar a sus pacientes a mejorar la calidad del sueño. En pocos minutos podían ver si hay factores de riesgo, o problemas relacionados, y así ofrecer un consejo personalizado.

Apoteca Natura es una red internacional de farmacias capaces de escuchar y guiar a la persona en su proceso de salud consciente, especializadas en las principales necesidades de cuidado y prevención de la persona. Es la primera red de farmacias Benefit del mundo.



CIENCIA Y CLÍNICA. Ciencia

Ciencia y clínica

Periodontitis y enfermedades neurológicas

Con la colaboración de:



102



DR. YAGO LEIRA

Periodoncista. Coordinador Grupo de trabajo Sociedad Española de Neurología-SEPA.

Dr. Miguel Carasol
Periodoncista. Grupo de trabajo Sociedad Española de Neurología-SEPA.

Dra. Ana Frank
Neuróloga. Grupo de trabajo Sociedad Española de Neurología-SEPA.

Dr. Pedro Diz
Catedrático y director de la Unidad de Odontología para Pacientes con Necesidades Especiales de la USC. Grupo de trabajo Sociedad Española de Neurología-SEPA.

Dr. Ángel Martín
Neurólogo. Grupo de trabajo Sociedad Española de Neurología-SEPA.

Dr. José Vivancos
Neurólogo. Grupo de trabajo Sociedad Española de Neurología-SEPA.

CORRESPONDENCIA AUTORES:
Yago Leira Feijóo
Dirección: Unidad de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Santiago de Compostela. Calle Entreríos S/N. 15782 Santiago de Compostela-A Coruña.
Teléfono: +34 626 770 986
Correo electrónico: yagoleira@gmail.com

Las enfermedades neurológicas, entre las que destacan por su frecuencia y morbimortalidad las enfermedades cerebrovasculares y las demencias, constituyen un grave problema de salud pública, siendo muy relevantes los enormes problemas de discapacidad que comportan. En los últimos años, a los factores de riesgo conocidos en la génesis y progresión de estas enfermedades, se ha valorado que la periodontitis pueda influir de alguna manera en la etiopatogenia de estos cuadros neurológicos. En el presente artículo se revisa la evidencia científica al respecto y se recomiendan una serie de prácticas a realizar en la consulta dental encaminadas a la prevención y cuidado de estos enfermos.

ABSTRACT

Neurological diseases, among which cerebrovascular diseases and dementias stand out due to their frequency and morbidity and mortality, constitute a serious public health problem, with the enormous



disability problems for which they are responsible. In recent years, in addition to the known risk factors in the genesis and progression of these diseases, it has been assessed that periodontitis may somehow influence the etiopathogenesis of these neurological conditions. In this article, the scientific evidence in this regard is reviewed, a series of practices are recommended to be carried out in the dental office aimed at the prevention and care of these patients, as well as an interview with one of the leading specialists in these possible relationships.

INTRODUCCIÓN

Periodontitis

La periodontitis es una enfermedad crónica inmunoinflamatoria de etiología multifactorial, que se caracteriza por una destrucción progresiva de la inserción periodontal y del hueso alveolar de soporte del diente (1). Si la periodontitis no se controla puede dar lugar a la pérdida prematura de los dientes, lo que afectará tanto a la función como a la estética, generando un impacto negativo en la calidad de vida del paciente (Figura 1).

La periodontitis tiene una alta prevalencia en la población adulta y aumenta gradualmente con la edad. En España, en un estudio epidemiológico reciente se concluyó que alrededor del 38% de los adultos presentaban bolsas periodontales profundas, superando el 60% entre los mayores de 55 años (2).

A nivel fisiopatológico, la respuesta del huésped a la colonización bacteriana provoca cambios tisulares que promueven un microambiente subgingival alterado, lo que favorecerá la proliferación de patógenos periodontales y

la consecuente aparición de la periodontitis si las condiciones genéticas y ambientales favorecen el desarrollo de la enfermedad y su progresión (3). Por otro lado, la periodontitis no sólo afecta localmente a la cavidad oral, sino que también tiene efectos a nivel sistémico al generar un estado inflamatorio crónico de bajo grado, estando relacionada con enfermedades crónicas no transmisibles de origen inflamatorio y elevada prevalencia, como las enfermedades vasculares, metabólicas, neurodegenerativas, autoinmunes, etc. (4).

Enfermedades neurológicas

•Enfermedad cerebrovascular

Bajo la denominación de enfermedad cerebrovascular (ECV) se aglutinan un grupo heterogéneo de condiciones patológicas que implican a los vasos sanguíneos cerebrales, y que comparten como característica común el daño focal o global del tejido cerebral debido a un desajuste entre el aporte y los requerimientos de oxígeno y otros substratos.

PALABRAS CLAVE

Odontología;
consulta dental;
periodontitis;
patología
cerebrovascular;
demencias.



Figura 1. Periodontitis avanzada y sus consecuencias locales.



CIENCIA Y CLÍNICA. Ciencia

El ictus es la ECV más prevalente y relevante; engloba al infarto cerebral, la hemorragia cerebral y la hemorragia subaracnoidea, siendo el de etiología isquémica el más frecuente (85%). Su incidencia aproximada es de 160-180 casos por 100.000 habitantes/año, lo que supone unos 80.000 ictus al año en España (5), es decir, se registra un caso cada 6 minutos y uno de cada 6 españoles sufrirá un ictus a lo largo de su vida.

Aproximadamente el 75% de los casos afectan a mayores de 65 años y se estima que en el año 2025, 1.200.000 españoles habrán sobrevivido a un ictus, de los cuales más de 500.000 tendrán alguna secuela discapacitante (actualmente se cifran en 300.000 pacientes). De hecho, es la primera causa de discapacidad grave del adulto: uno de cada cuatro pacientes que sufren un ictus padecerán secuelas motoras, sensoriales, expresivas, cognitivas o conductuales (6). El ictus es la segunda causa de demencia (5). Representa la primera causa de muerte en la mujer y la segunda globalmente. En España,

el ictus supone aproximadamente un 10% de la mortalidad total. No obstante, existe una tendencia decreciente en las cifras de mortalidad en los últimos 30 años, relacionada con la detección y el control de los principales factores de riesgo, en particular la hipertensión arterial, con la presentación de formas clínicas más leves y con la mejora de atención sanitaria prestada a estos pacientes (7).

En cuanto a la fisiopatología del ictus, cabe señalar que el tejido cerebral es estrictamente dependiente del aporte adecuado de oxígeno y glucosa para su funcionamiento normal. El ictus isquémico es consecuencia de una interrupción del flujo sanguíneo cerebral que provoca el cese brusco de este aporte, lo que pone en marcha una cascada de reacciones moleculares que lleva aparejada inicialmente alteraciones de las funciones cerebrales y que, si se mantiene esta situación en el tiempo, conducirán finalmente a la muerte celular (*Figura 2*). Las manifestaciones clínicas dependerán de la arteria afectada y de la extensión de tejido lesionado. En el caso del ictus hemorrágico, se suma además la presencia de un volumen de sangre extravasado (hematoma) contenido en un espacio inexpandible (el cráneo), lo que provoca una situación de hipertensión intracraneal aguda, pudiendo acarrear una discapacidad grave o el fallecimiento del paciente (*Figura 3*).

El ictus, por su incidencia, prevalencia y repercusión socio-sanitaria de gran magnitud es una de las enfermedades sistémicas más relevantes (8). El impacto del ictus se reparte en tres esferas. La primera es la propia víctima. La

104

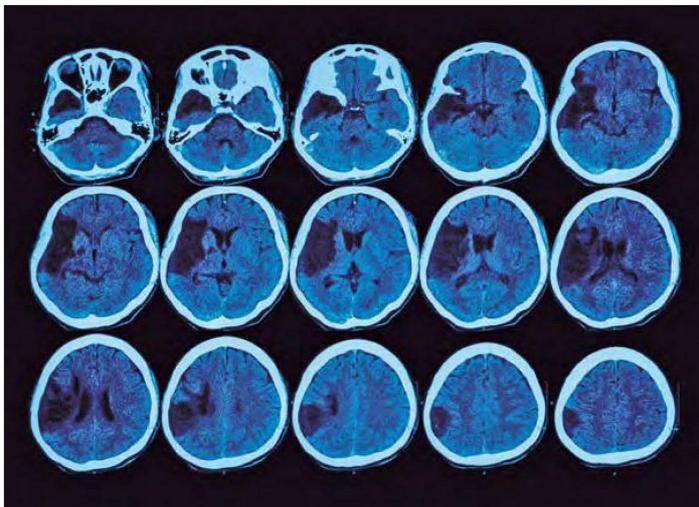


Figura 2. Consecuencias radiológicas de un ictus isquémico.



CIENCIA Y CLÍNICA. Ciencia

«Los sujetos con periodontitis tienen 1,7 veces más riesgo de padecer demencia de tipo Alzheimer que los periodontalmente sanos»



Figura 3. Angiografía por resonancia magnética de un caso de ictus hemorrágico.

106

segunda esfera es la familia del paciente. En tercer lugar, se incluye al resto de la sociedad, que sufre el impacto del enorme coste para el sistema de salud de los cuidados y complicaciones de estos pacientes en situación de dependencia. Se estima que el ictus consume entre el 3% y el 4% del gasto sanitario en los países de rentas elevadas, de los que el 76% de los costes sanitarios directos se generan durante el primer año tras el evento, concentrados mayoritariamente en gastos hospitalarios. En España, el coste del ictus requeriría un consumo de recursos valorados en casi 29.000 euros anuales (9, 10).

•Demencias

El concepto de demencia hace referencia a un deterioro progresivo de las funciones cognitivas del paciente, que repercute en su funcionalidad y en el desempeño de sus actividades de la vida diaria (11). Hay dos grandes grupos etiológicos de las demencias: las

degenerativas primarias y las de causas secundarias. Dentro de las primeras, algunas son de origen genético (una mínima proporción) y en su mayoría se desconoce qué es lo que las desencadena. Las demencias secundarias se producen como consecuencia de procesos que originan un daño cerebral, ya sea de forma directa (demencia vascular por ictus, traumatismo craneoencefálico, tumores, etc.) o indirecta (tóxicos, infecciones, trastornos metabólicos o carenciales, etc.) (12).

En las demencias de causa degenerativa, como la enfermedad de Alzheimer, los cambios patológicos en el cerebro comienzan años o incluso décadas antes de que el paciente desarrolle los primeros síntomas. Posteriormente, pasa por una fase de deterioro cognitivo leve, en la que, aún presentando disfunciones cognitivas, todavía conserva su autonomía. Finalmente, llega a la fase de demencia propiamente dicha, en la que la pérdida de funcionalidad hace que



CIENCIA Y CLÍNICA. Ciencia

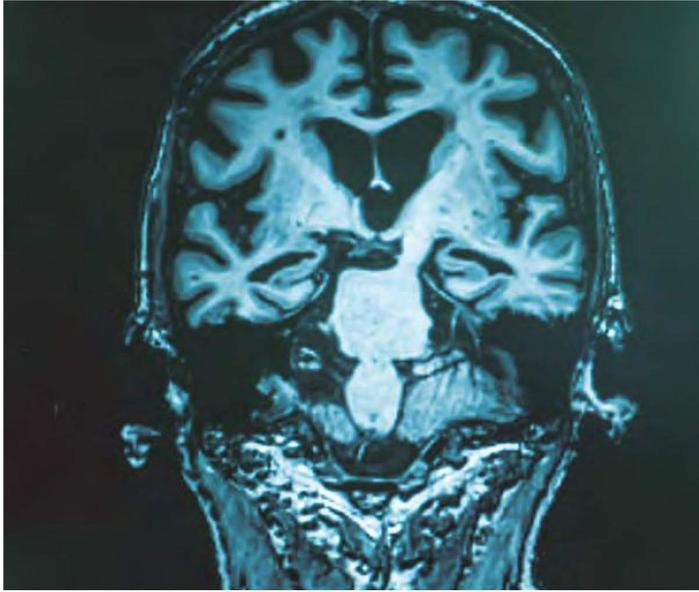


Figura 4. Resonancia magnética. Enfermedad de Alzheimer avanzada.

108

la persona sea dependiente para sus actividades diarias, requiriendo supervisión y cuidados crecientes. Esta concepción de procesos neurodegenerativos como un «continuum» desde fases preclínicas hasta la demencia ha supuesto un cambio de paradigma en el diagnóstico y la investigación de estas enfermedades, permitiendo estudiar los mecanismos que subyacen a la neurodegeneración desde estadios precoces gracias al desarrollo de biomarcadores que nos permiten su detección (13).

Clásicamente, las demencias degenerativas se han clasificado de acuerdo con su etiopatogenia, aunque en la actualidad se pueden definir en base a los biomarcadores que la caracterizan biológicamente, lo que en algunos casos permiten reconocerlas en etapas muy incipientes o presintomáticas. La más frecuente, sin duda, es la enfermedad de Alzheimer, que se caracteriza por los depósitos de péptido beta-

amiloide en forma de placas seniles y proteína TAU fosforilada en forma de ovillos neurofibrilares. Aunque su forma de presentación más frecuente y característica es la de un síndrome amnésico con pérdida progresiva de memoria episódica, se han descrito otros fenotipos atípicos en los que predomina la alteración de lenguaje (formas logopénicas de afasia primaria progresiva), de funciones ejecutivas (variante frontal o disejecutiva) o de habilidades visoespaciales (14). Existen otros tipos de demencias degenerativas como la lobular frontotemporal (incluye demencia frontotemporal y los Parkinsonismos atípicos) y las alfa-sinucleinopatías (engloba la demencia de cuerpos de Lewy, la demencia asociada a Parkinson, etc.) (15).

Las demencias degenerativas son entidades frecuentes en la población general, con una incidencia que aumenta con la edad, ya que este es el principal factor de riesgo para la mayoría de ellas, particularmente para la enfermedad de Alzheimer. En el último informe de la Asociación Americana de Alzheimer se estima que en torno a 6,5 millones de estadounidenses mayores de 65 años presentan enfermedad de Alzheimer y que el 73% tienen más de 75 años, calculándose que la prevalencia podría aumentar hasta alcanzar a los 13,8 millones de personas en el año 2060 (16), a pesar de que en numerosos estudios epidemiológicos se observa una reducción de la incidencia de demencia (17).

Por otro lado, en muchos estudios se ha señalado que el diagnóstico de las demencias suele ser tardío y que estas entidades podrían estar infradiagnosticadas en fases precoces del deterioro cognitivo,



transcurriendo un tiempo medio entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de 28,4 meses (18), estando un 40% de los casos en fases moderadas o avanzadas de la enfermedad en el momento del diagnóstico (19) (Figura 4).

La causa de las demencias degenerativas primarias se desconoce en la mayoría de los pacientes. Tan sólo en los casos familiares hereditarios se puede identificar una mutación responsable, aunque estas formas son poco frecuentes (1-5% en enfermedad de Alzheimer y 7-10% en demencia frontotemporal). Estas enfermedades se caracterizan por el depósito de proteínas anómalas en el tejido cerebral, ya sea en las neuronas, las células gliales o el espacio extracelular. Aunque este depósito de proteína no sea la causa principal de la enfermedad,

«Los sujetos con periodontitis tienen 2,8 veces más riesgo de sufrir un ictus isquémico que los que no la tienen»

está íntimamente relacionado con el proceso degenerativo y en algunos casos, como la proteína TAU fosforilada en la enfermedad de Alzheimer, se correlaciona directamente con el inicio de los síntomas. Independientemente de la proteína depositada, ésta se propaga a través de redes neuronales produciendo pérdida neuronal y sináptica, que se traduce en la

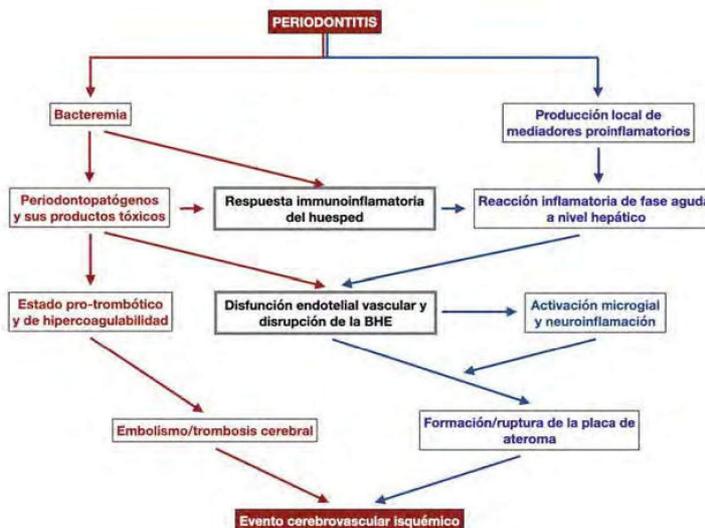


Figura 5. Mecanismos de plausibilidad biológica entre la periodontitis y la enfermedad cerebrovascular isquémica. BHE, barrera hematoencefálica.



CIENCIA Y CLÍNICA. Ciencia

alteración progresiva de funciones cognitivas, lo que constituyen las principales manifestaciones clínicas en estos pacientes. Las demencias son enfermedades que producen un gran impacto en el paciente y en su entorno, debido a la dependencia progresiva del sujeto para llevar a cabo sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Los recursos que implican la atención y el cuidado de estos pacientes son tanto sanitarios como sociales o de las personas cercanas. En 2021 se estimaba que en torno a 11 millones de estadounidenses se encargaban del cuidado de pacientes con enfermedad de Alzheimer u otras demencias. El 83% eran familiares, amigos o cuidadores no remunerados. El tiempo dedicado estimado era de un total de 16 mil millones de horas anuales. El gasto total del cuidado de una persona con demencia a lo largo

de toda su enfermedad se estima en 377.620 dólares, donde se incluyen costes directos e indirectos (16).

Asociación entre la periodontitis y las enfermedades cerebrovasculares (ECV)

•¿La existencia de periodontitis se asocia con un mayor riesgo de ECV?

Los resultados de un metaanálisis de estudios epidemiológicos longitudinales demostraron que los sujetos con periodontitis tienen 2,8 veces más riesgo de sufrir un ictus isquémico que los que no tienen periodontitis (20). Además, en un estudio de cohortes prospectivo se concluyó que la periodontitis aumentaba significativamente el riesgo de fallecer por un evento cerebrovascular isquémico (21). Los datos disponibles en relación con el ictus hemorrágico son inconsistentes (21, 22). Sin embargo, en un estudio

110

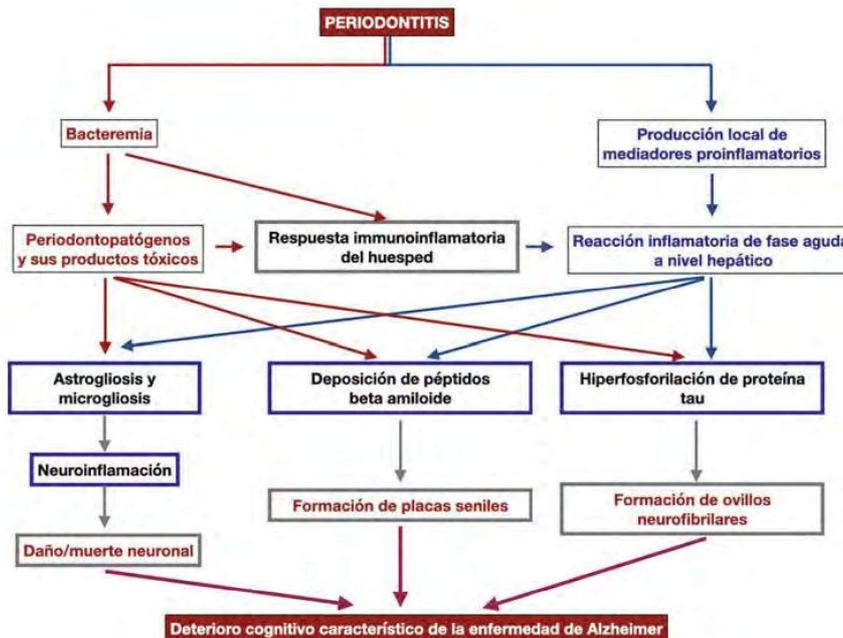


Figura 6. Mecanismos de plausibilidad biológica entre la periodontitis y el deterioro cognitivo.



CIENCIA Y CLÍNICA. Ciencia

realizado recientemente en Finlandia se ha demostrado que la periodontitis grave puede aumentar la probabilidad de padecer un aneurisma intracraneal (23).

•¿La existencia de periodontitis condiciona la evolución y el desenlace de la ECV?

Aunque la evidencia es limitada, algunos estudios observacionales han revelado que pacientes que han sufrido un ictus isquémico y tienen un diagnóstico confirmado de periodontitis, presentan un mayor riesgo de padecer un evento vascular recurrente, peor pronóstico funcional, mayor déficit neurológico y depresión postictus, que aquellos sin periodontitis (24, 25).

•¿Hay mecanismos de plausibilidad biológica que puedan explicar la relación entre periodontitis y ECV?

En los pacientes con periodontitis, tanto las bacterias periodontales como sus productos tóxicos y los mediadores proinflamatorios producidos localmente en los tejidos periodontales pueden acceder al torrente sanguíneo a través del epitelio periodontal ulcerado. Esto provoca una respuesta inmunoinflamatoria que, junto con una posible reacción inflamatoria sistémica de fase aguda a nivel hepático, desencadenará un estado protrombótico de hipercoagulabilidad y de disfunción del endotelio vascular que aumenta el riesgo de embolismo/trombosis cerebral y de formación/ruptura de las placas de ateroma, cuya expresión clínica será la aparición de un evento cerebrovascular de origen isquémico (26) (Figura 5).

•¿El tratamiento periodontal puede**reducir el riesgo de padecer ECV y/o modificar su evolución?**

Hasta el momento, no se ha publicado ningún ensayo clínico intervencionista sobre el efecto del tratamiento periodontal en la prevención primaria o secundaria de la ECV. No obstante, en numerosos estudios poblacionales se ha observado una reducción significativa del riesgo de eventos cerebrovasculares (isquémicos y hemorrágicos) en relación con diferentes intervenciones de salud oral, como el cepillado dentario regular (≥ 3 veces/día), la limpieza dental profesional periódica o el tratamiento periodontal (27). Además, se ha comprobado que las visitas regulares al dentista (≥ 1 veces/año) también constituyen un factor protector de sufrir un ictus en el futuro (24).

Asociación entre la periodontitis y la demencia**•¿La existencia de periodontitis se asocia con un mayor riesgo de demencia?**

Los resultados de un metaanálisis de estudios epidemiológicos demostraron que los sujetos con periodontitis tienen 1,7 veces más riesgo de padecer demencia de tipo Alzheimer que los periodontalmente sanos (28). El riesgo aumenta de manera significativa -hasta llegar a triplicarse- en los pacientes que presentan formas más graves de periodontitis. La evidencia disponible con respecto a la relación entre periodontitis y demencia vascular es más limitada, aunque parece seguir la misma tendencia (29).

•¿La existencia de periodontitis condiciona el rendimiento en las pruebas cognitivas?

En numerosos estudios epidemiológicos se ha constatado



que los resultados obtenidos por individuos con periodontitis en diferentes pruebas neuropsicológicas para la evaluación de la función cognitiva (*mini-mental state examination, digit symbol substitution test, block design score y serial digit learning test*), son peores que los alcanzados por individuos periodontalmente sanos (30, 31).

•¿Existe una asociación bidireccional entre periodontitis y deterioro cognitivo/demencia?

En diferentes estudios poblacionales se ha sugerido que el riesgo de sufrir periodontitis en los sujetos que padecen demencia o que tienen deterioro cognitivo es mayor que entre los cognitivamente sanos (32).

Estos hallazgos se complementan con los de un estudio transversal de base poblacional, en el que claramente se demostró que una buena función cognitiva representa un factor protector frente a la periodontitis (33).

•¿Hay mecanismos de plausibilidad biológica que puedan explicar la relación entre periodontitis y deterioro cognitivo?

Como ya se ha comentado previamente, en la periodontitis se producen episodios recurrentes de bacteriemias y endotoxemias, así como un estado de inflamación crónica de bajo grado.

Todo ello contribuye de manera significativa al desarrollo de procesos neurodegenerativos involucrados en la disfunción cognitiva, particularmente los característicos de la enfermedad de Alzheimer, como astrogliosis, microgliosis, neuroinflamación y daño/muerte neuronal, así como la formación en el tejido cerebral de

placas seniles de beta amiloide y de ovillos neurofibrilares, que contienen la proteína TAU hiperfosforilada (34) (*Figura 6*).

•¿El tratamiento periodontal puede condicionar la evolución del deterioro cognitivo y/o la de sus marcadores?

Hasta la fecha, no se ha publicado ningún estudio de intervención sobre el efecto del tratamiento periodontal en la prevención primaria de la demencia. Sin embargo, en numerosos estudios poblacionales se ha detectado una reducción significativa del riesgo de demencia tras la realización de diferentes intervenciones de salud oral, como profilaxis dental profesional o tratamiento periodontal (35).

Además, también se ha comprobado que las visitas rutinarias al dentista (≥ 1 veces/año) constituyen un factor relativamente protector de padecer demencia en el futuro (36). Recientemente, en un estudio con un diseño cuasiexperimental, en el que se combinaron datos de pacientes con y sin periodontitis de dos bases de datos epidemiológicas distintas, se confirmó un efecto beneficioso del tratamiento periodontal sobre la atrofia cerebral característica de la enfermedad de Alzheimer (37). En cuanto a estudios de prevención secundaria, la evidencia disponible de que el tratamiento odontológico o determinadas medidas de higiene oral puedan mejorar la función cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo, es solo limitada (38).

CONCLUSIONES Asociación entre la periodontitis y la enfermedad cerebrovascular (ECV)

-Los sujetos con periodontitis tienen 2,8 veces más riesgo de sufrir un



CIENCIA Y CLÍNICA. Ciencia

ictus isquémico que los que no tienen periodontitis.

-Los datos disponibles en relación con el ictus hemorrágico son inconsistentes.

-Existe evidencia limitada sobre la mayor incidencia de un evento vascular recurrente en pacientes con periodontitis.

-La respuesta inmunoinflamatoria crónica de la periodontitis desencadenaría un estado protrombótico de hipercoagulabilidad y de disfunción del endotelio vascular que puede aumentar el riesgo de embolismo/trombosis cerebral.

-No existen estudios de intervención sobre el efecto del tratamiento periodontal en la prevención primaria o secundaria de la ECV.

-En varios estudios observacionales se ha constatado una reducción significativa del riesgo de eventos cerebrovasculares (isquémicos y hemorrágicos) en relación con diferentes intervenciones de salud oral, incluyendo las visitas regulares al dentista.

Asociación entre la periodontitis y la demencia

-Los sujetos con periodontitis tienen 1,7 veces más riesgo de padecer demencia de tipo Alzheimer que los periodontalmente sanos. La evidencia disponible con respecto a la relación entre periodontitis y demencia vascular es más limitada.

-Los individuos con periodontitis alcanzan peores resultados que los individuos periodontalmente sanos en diferentes pruebas neuropsicológicas para la evaluación de la función cognitiva.

-En la periodontitis se producen episodios recurrentes de bacteriemias y endotoxemias, generando un estado de inflamación crónica de bajo grado que contribuye, de manera significativa, al desarrollo de procesos neurodegenerativos involucrados en la disfunción cognitiva.

-No existen estudios de intervención sobre el efecto del tratamiento periodontal en la prevención primaria de la demencia. A nivel de prevención secundaria, la evidencia es muy limitada.

-En estudios observacionales, se ha confirmado una reducción significativa del riesgo de demencia en relación con diferentes intervenciones de salud oral, incluyendo las visitas regulares al dentista, así como un efecto beneficioso del tratamiento periodontal sobre la atrofia cerebral. ●

114

**FECHA CLAVE:
11 DE MAYO**

Como antesala de la celebración del Día de la Periodoncia, el 11 de mayo en un acto institucional se presenta un documento de consenso firmado por la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA) y la Sociedad Española de Neurología (SEN).

El texto, fruto del trabajo del grupo SEPA-SEN, creado en 2019, estrecha lazos entre dos colectivos sanitarios, que, gracias a su comunicación y apoyo mutuo, pueden contribuir a mejorar la calidad asistencial y la salud de los pacientes.

ACCEDER AL VÍDEO ISCIIS
ES ES AUT OMNIENDITIA





RECOMENDACIONES

1. Consejos relacionados con las enfermedades neurológicas en el entorno odontológico

• Todos los pacientes

- Evitar hábitos tóxicos en general, especialmente el abuso de alcohol.
- Evitar el consumo de tabaco.
- Fomentar hábitos de vida saludables.
- Fomentar la realización de ejercicio físico y actividad cognitiva de forma continuada.
- Recomendar un adecuado control de enfermedades y factores de riesgo vascular (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad...).

• Paciente con ictus

- Evitar la retirada de antiagregación/anticoagulación, salvo en aquellos procedimientos en los que sea estrictamente necesario, y hacerlo durante el mínimo tiempo posible, valorando en los casos en los que esté indicado, la necesidad de terapia antitrombótica puente substitutiva y proporcionando información al paciente sobre los riesgos de su retirada.

-Informar sobre síntomas de alarma y la recomendación de avisar inmediatamente a los servicios de emergencia.

• Pacientes con crisis epilépticas post ictus

- Evitar el uso de antibióticos que disminuyan el umbral convulsivo (quinolonas).

-Informar sobre las medidas generales a tener en cuenta en caso de una crisis epiléptica: posición lateral de seguridad, proteger el entorno, evitar introducir objetos en la boca del paciente, etc.

• Pacientes con deterioro cognitivo

- Informar al paciente y cuidador sobre la importancia de una adecuada higiene dental y vigilar signos de infección o patología odontológica.

-Tratar el dolor en todo paciente con deterioro cognitivo y enfermedad odontológica, particularmente en aquellos en los que exista agitación aunque el paciente no se queje expresamente de dolor. Evitar opiáceos en el tratamiento del dolor.

-Evitar sedación en la medida de lo posible y, en caso de ser necesaria, utilizar la mínima dosis eficaz.

2. Consejos acerca de la periodontitis desde las unidades de neurología

• Todos los pacientes

- Instar a todos los pacientes (o a sus cuidadores) a que incorporen el cepillado dental a sus hábitos de higiene diaria (al menos dos veces al día con pasta dental fluorada, durante dos minutos cada cepillado).



¿QUIERES SABER
MÁS SOBRE LA
ALIANZA POR LA
SALUD BUCAL
Y GENERAL?

A través de diferentes grupos de trabajo, SEPA lleva años trabajando en diversos aspectos médicos de la periodontitis, así como en la detección precoz de enfermedades y factores de riesgo sistémico en la consulta dental, tratando de esta manera al paciente como un todo a partir de la perspectiva bucodental



CIENCIA Y CLÍNICA. Ciencia

-Insistir a todos los pacientes en que deben someterse a revisiones odontológicas periódicas (al menos una vez al año).

• **Sospecha de periodontitis**

-Instar a todos los pacientes con condiciones de riesgo o signos/síntomas de sospecha de periodontitis a someterse cuanto antes a una revisión odontológica

-Indagar si existen condiciones de riesgo:

- Tabaquismo
- Diabetes
- Neutropenia
- Inmunodeficiencias (congénitas/adquiridas)
- Medicación inmunosupresora

-Preguntar y explorar signos/síntomas de sospecha:

- Sangrado gingival (espontánea o con el cepillado)
- Encías de color blanquecino, enrojecidas o amoratadas
- Mal aliento (halitosis)
- Movilidad dental
- Desplazamiento progresivo de los dientes
- Raíces dentarias expuesta

• **Diagnóstico confirmado de periodontitis**

-Instar a todos los pacientes con diagnóstico de periodontitis a someterse cuanto antes a tratamiento periodontal específico.

-Insistir en la necesidad de cumplir las instrucciones proporcionadas por el odontólogo y de asistir a las revisiones periódicas.

116

BIBLIOGRAFÍA

1. PAPANANOU PN, SANZ M, BUDUNELI N, ET AL. Periodontitis: consensus report of working group 2 of the 2017 World Workshop on the Classification of Periodontal and Peri-implant Diseases and Conditions. J Clin Periodontol 2018; 45: 162-70.
2. CARASOL M, LLODRA JC, FERNÁNDEZ MESEGUER A, ET AL. Periodontal conditions among employed adults in Spain. J Clin Periodontol 2016; 43: 548-56.
3. BARTOLD PM & VAN DYKE T. Periodontitis: a host-mediated disruption of microbial homeostasis. Unlearning learned concepts. Periodontol 2000 2013; 62: 203-17.
4. HAJISHENGALLIS G & CHAVAKIS T. Local and systemic mechanisms linking periodontal disease and inflammatory comorbidities. Nat Rev Immunol 2021; 21: 426-40.
5. DÍAZ GUZMÁN J, EGIDO JA, RAFAEL GABRIEL SÁNCHEZ R, ET AL. Stroke and transient ischemic attack. Incidence rate in Spain: The IBERICTUS Study. Cerebrovasc Dis 2012; 34: 272-81.
6. MASJUAN J, ÁLVAREZ SABÍN J, ARENILLAS J, ET AL. Plan de asistencia sanitaria al ICTUS II. 2010. Neurología 2011; 26: 383-96.
7. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA 2021. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 2020. Disponible en: <http://www.ine.es> [Accedido 30 noviembre 2022].
8. LLOYD JONES D, ADAMS EJ, BROWN TM, ET AL. Writing Group Members of the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease and Stroke Statistics 2010 Update: A Report from the American Heart Association. Circulation 2010; 121: 46-215.
9. MAR J, ÁLVAREZ SABÍN J, OLIVA J, ET AL. The costs of stroke in Spain by aetiology: the CONOCES study protocol. Neurología 2013; 28: 332-39.
10. DE ANDRÉS NOGALES F, VIVANCOS MORA J, BARRIGA

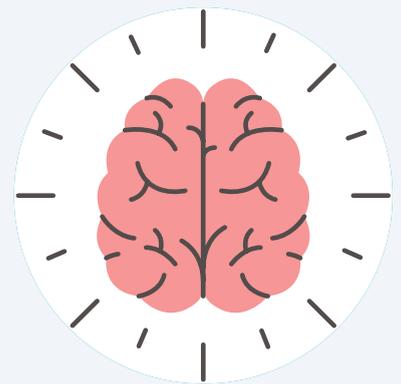


Ciencia. CIENCIA Y CLÍNICA

- HERNÁNDEZ FJ, ET AL. Grupo de Investigación Estudio CODICE. Use of healthcare resources and costs of acute cardioembolic stroke management in the Region of Madrid: The CODICE Study. *Neurologia* 2015; 30: 536-44.
11. ASSAL F. History of Dementia. *Front Neurol Neurosci* 2019; 44: 118-26.
12. HERMANN P & ZERR I. Rapidly progressive dementias - aetiologies, diagnosis and management. *Nat Rev Neurol* 2022; 18: 363-76.
13. DUBOIS B, HAMPEL H, FELDMAN HH, ET AL. Proceedings of the Meeting of the International Working Group (IWG) and the American Alzheimer's Association on "The Preclinical State of AD"; July 23, 2015; Washington DC, USA. Preclinical Alzheimer's disease: definition, natural history, and diagnostic criteria. *Alzheimers Dement* 2016; 12: 292-323.
14. KNOPMAN DS, AMIEVA H, PETERSEN RC, ET AL. Alzheimer disease. *Nat Rev Dis Primers* 2021; 7: 33.
15. KAWAKATSU S, KOBAYASHI R, SAKAMOTO K, OTANI K. [Frontotemporal lobar degeneration: a historical overview of the concept]. *Brain Nerve* 2020; 72: 561-73.
16. ALZHEIMER'S ASSOCIATION 2022. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers Dement* 2022;18: 700-89.
17. WU YT, BEISER AS, BRETELER MMB, ET AL. The changing prevalence and incidence of dementia over time - current evidence. *Nat Rev Neurol* 2017; 13: 327-39.
18. ALOM POVEDA, J., BAQUERO, M., & GONZALEZ ADALID GUERREIRO, M. [Clinical stages of patients with Alzheimer disease treated in specialist clinics in Spain. The EACE study]. *Neurologia* 2013; 28: 477-87.
19. CALVO PERXAS, L., OSUNA, M. T., GICH, J, ET AL. [Clinical and demographic characteristics of the cases of dementia diagnosed in the Health District of Girona throughout the period 2007-2010: data from the Girona Dementia Registry (ReDeGi)]. *Rev Neurol* 2012; 54: 399-406.
20. LEIRA Y, SEOANE J, BLANCO M, ET AL. Association between periodontitis and ischemic stroke: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Epidemiol* 2017;32: 43-53.
21. WU T, TREVISAN M, GENCO RJ, DORN JP, FALKNER KL, & SEMPOS CT. Periodontal disease and risk of cerebrovascular disease: the first national health and nutrition examination survey and its follow-up study. *Arch Intern Med* 2000;160: 2749-55.
22. PATEL UK, MALIK P, KODUMURI N, ET AL. Chronic periodontitis is associated with cerebral atherosclerosis - A nationwide study. *Cureus* 2020; 12: e11373.
23. HALLIKAINEN J, LINDGREN A, SAVOLAINEN J, ET AL. Periodontitis and gingival bleeding associate with intracranial aneurysms and risk of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Neurosurg Rev* 2020; 43: 669-79.
24. SEN S, GIAMBERARDINO LD, MOSS K, ET AL. Periodontal Disease, Regular Dental Care Use, and Incident Ischemic Stroke. *Stroke* 2018; 49:355-62.
25. LEIRA Y, RODRÍGUEZ-YANEZ M, ARIAS S, ET AL. Periodontitis as a risk indicator and predictor of poor outcome for lacunar infarct. *J Clin Periodontol* 2019; 46: 20-30.
26. LEIRA Y, BLANCO M, BLANCO J & CASTILLO J. [Association between periodontal disease and cerebrovascular disease. A review of the literature]. *Rev Neurol* 2015; 61: 29-38.
27. CHANG Y, WOO HG, LEE JS & SONG TJ. Better oral hygiene is associated with lower risk of stroke. *J Periodontol* 2021; 92: 87-94.
28. LEIRA Y, DOMÍNGUEZ C, SEOANE J, ET AL. Is periodontal disease associated with Alzheimer's disease? A systematic review and meta-analysis. *Neuroepidemiology* 2017;48: 21-31.
29. KIM HD, SIM SJ, MOON JY, HONG YC, & HAN DH. Association between periodontitis and hemorrhagic stroke among Koreans: a case-control study. *J Periodontol* 2020; 81: 658-65.
30. SHIN HS, SHIN MS, AHN YB, CHOI BY, NAM, JH & KIM HD. Periodontitis is associated with cognitive impairment in elderly Koreans: results from the Yangpyeong cohort study. *J Am Geriatr Soc* 2016; 64: 162-67.
31. SUNG CE, HUANG RY, CHENG WC, KAO TW & CHEN WL. Association between periodontitis and cognitive impairment: Analysis of national health and nutrition examination survey (NHANES) III. *J Clin Periodontol* 2019; 46: 790-98.
32. MA KS, HASTURK H, CARRERAS I, ET AL. Dementia and the risk of periodontitis: a population-based cohort study. *J Dent Res* 2022; 101: 2017-27.
33. YU YH & KUO HK. Association between cognitive function and periodontal disease in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56: 1693-97.
34. PAZOS P, LEIRA Y, DOMÍNGUEZ C, PÍAS-PELETEIRO JM, BLANCO J & ALDREY JM. Association between periodontal disease and dementia: a literature review. *Neurologia (Engl Ed)* 2018; 33: 602-13.
35. YOO JJ, YOON JH, KANG MJ, KIM M & OH N. (2019). The effect of missing teeth on dementia in older people: a nationwide population-based cohort study in South Korea. *BMC Oral Health* 2019; 19: 61.
36. YAMAMOTO T, KONDO J, HIRAI H, NAKADE M, AIDA J & HIRATA Y. Association between self-reported dental health status and onset of Dementia: a 4-year prospective cohort study of older Japanese adults from the Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES) Project. *Psychosom Med* 2012; 74: 241-48.
37. SCHWAHN C, FRENZEL S, HOLFRETER B, ET AL. Effect of periodontal treatment on preclinical Alzheimer's disease- results of a trial emulation approach. *Alzheimers Dement* 2022; 18: 127-41.
38. MATSUBARA C, SHIROBE M, FURUYA J, ET AL. Effect of oral health intervention on cognitive decline in community-dwelling older adults: A randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr* 2021; 92: 1042-67.

ENCEFALITIS

Cada año se diagnostican 1.200 nuevos casos en España de esta emergencia médica que causa secuelas neurológicas con frecuencia.



¿Qué es?

La encefalitis es una inflamación del tejido cerebral. Cuando se inflaman también las meninges hablamos de meningoencefalitis.

Se origina por distintos factores, como destaca la Sociedad Española de Neurología (SEN). Hay de tipo infeccioso (por virus, bacterias y hongos), causada por agentes tóxicos; de tipo autoinmune y también asociada a tumores y a proteínas que atacan el interior o la superficie de las neuronas. El tratamiento varía según la tipología.



¿Cómo actuar?

Estamos ante una emergencia médica, por lo que hay que actuar cuanto antes, en el momento en que haya sospecha de los síntomas.

■ **Prevención.** Los grupos con más probabilidad de una encefalitis grave son niños, mayores y personas con afectación del sistema inmunitario. Es importante que estén al día de su calendario vacunal y que sigan las medidas de higiene generalizadas en pandemia.

Síntomas principales

La encefalitis se manifiesta principalmente con:

- Dolor de cabeza.
- Somnolencia brusca.
- Alteraciones del comportamiento.
- Desorientación.
- Fiebre.
- Trastornos del lenguaje.
- Crisis convulsivas.



Dra. Marta Guillán,
secretaria del
Grupo de Estudio de
Neurología Crítica e
Intensivista de la SEN.

Comentario médico

La encefalitis es una enfermedad muy grave, con un alto índice de mortalidad y que puede causar secuelas neurológicas importantes. En todos los pacientes se debe considerar las diferentes causas, ya que el tratamiento es diferente y debe iniciarse en muchas ocasiones antes de tener disponibles todos los resultados de laboratorio.

Las encefalitis infecciosas están en retroceso, pero cada vez se identifican y se tratan más casos de encefalitis autoinmune, en la que la predisposición genética y causas ambientales (como infecciones víricas previas e incluso la contaminación) son los posibles factores de riesgo para desarrollar este tipo de encefalitis.





TRIUNFO Y DESAFÍO AL MISMO TIEMPO, LA GRAN PARADOJA DE LA LONGEVIDAD

EL AUMENTO DE LA CALIDAD Y LA ESPERANZA DE VIDA TENDRÁ COMO CONSECUENCIA QUE, EN 2050, LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS DOBLEN EL NÚMERO DE NIÑOS MENORES DE 5, CON LOS CONSIGUIENTES CAMBIOS SOCIALES, SANITARIOS Y ECONÓMICOS QUE ESTO CONLLEVA.



A finales de 2022 la Real Academia Española (RAE) incorporó al diccionario la palabra 'edadismo', algo que la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) llevaba pidiendo desde hacía un par de años atrás. Acuñado por el gerontólogo y psiquiatra Robert Butler en la década de los 60, el término se refiere a los estereotipos y prejuicios existentes en relación a la edad. No en vano, las investigaciones sugieren que la discriminación por motivos de edad puede ser ahora incluso más generalizada que el sexismo y el racismo y tiene graves consecuencias. *"El edadismo es un desafío cotidiano. Los mayores son ignorados para el empleo, con acceso restringido a los servicios sociales y estereotipado en los medios de comunicación. En definitiva, el edadismo margina y excluye a las personas mayores en sus comunidades"*, reclamó la SEGG cuando solicitó que se acuñara el término.

La sociedad que engloba a los geriatras apunta que el edadismo está muy extendido y es una práctica insidiosa que *"tiene efectos nocivos sobre la salud de los adultos mayores. La discriminación de los mayores afectados por el Covid-19 en prácticamente todo el mundo y la importante tasa de mortalidad en las residencias de mayores son ejemplos trágicos de edadismo"*.

El doble de ancianos que de niños

Además, la aceptación del término va más allá de la marginación, y está justificada en cuanto que se espera que la población mundial aumente en 2.000 millones de personas en los próximos 30 años, de 7.700 millones en la actualidad a 9.700 millones en 2050, según un nuevo informe de Naciones Unidas. *"La población mundial está envejeciendo y el grupo de edad de 65 años o más es el que crece más rápidamente. Se estima que para 2.050, una de cada seis personas en el mundo (16% de la población) tendrá más de 65 años, lo que supone casi el doble de las que existían en 2019, una de cada 11 (9%). Este notable incremento de los adultos mayores en nuestras sociedades se debe, por un lado, al aumento de la expectativa de vida y, por otro, a la disminución de la tasa de natalidad"*, reza la ONU.

La longevidad de los seres humanos es un gran éxito, no cabe duda. Sin embargo, el incremento de adultos mayores en las sociedades 'avanzadas' se ha ido traduciendo en un rechazo a estos adultos mayores por suponer un 'costo' elevado para el 'sector productivo' de la población. Este rechazo inicial se ha ido convirtiendo con el tiempo en una actitud claramente discriminatoria hacia las personas mayores. En este contexto, el Fondo Monetario Internacional expresó que, *"a medida que las poblaciones envejecen en las próximas décadas, los ancianos consumirán una parte creciente de los recursos"*, por lo que *"hay que preocuparse por las implicaciones financieras potencialmente muy grandes del riesgo de longevidad"*.

Y es que, al margen de lo económico, el envejecimiento es sinónimo de salud más delicada. En la tercera edad las personas se vuelven más vulnerables y el riesgo de padecer una serie de enfermedades y patologías se multiplica. Tal es así que, a pesar de los grandes avances diagnósticos y terapéuticos, hay una serie de afecciones cuya prevalencia ha aumentado en los últimos años como consecuencia directa de la longevidad. Unas, aunque molestas, no son graves. Por ejemplo, prácticamente toda la población de la tercera edad sufre de artritis, o lo que es lo mismo, inflamación en articulaciones. El dolor que produce puede tratarse a base de rehabilitación o fármacos inflamatorios.

Alzheimer y otras demencias

Pero hay otro conjunto de patologías que son irreversibles. En ese grupo están, sin ningún asomo de dudas, las demencias. Hace unos meses la Fundación del Cerebro (la organización sin ánimo de lucro creada con el apoyo científico e institucional de la Sociedad Española de Neurología) presentó los resultados del Informe 'Impacto Social de la Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias', el documento más actualizado sobre epidemiología, morbi-mortalidad, discapacidad y dependencia, gasto socio-sanitario, repercusión familiar y atención sanitaria que se ha realizado hasta la fecha sobre este síndrome en España.



AÑOS DE VIDA SALUDABLE A LOS 65 AÑOS EN 2020



	16,84	18,24	17,59
	16,79	18,56	17,91
	15,98	19,32	17,74
	18,99	19,38	19,09
	18,61	19,12	18,76
	16,49	18,9	17,77
	16,46	20,18	18,28
	16,25	19,47	17,86
	16,66	20,2	18,53
	17,25	18,6	17,97
	16,52	19,82	18,35
	16,95	19,69	18,31
	15,56	18,39	17,05
	15,62	17,32	16,43
	16,37	20,07	18,27
	17,51	19,8	18,69
	17,35	19,06	18,34
	13,41	12,75	13,09
	13,41	12,75	13,09
	16,64	19,09	17,92

Fuente: INCLASNS
 Elaboración: Departamento de Diseño: IM Médico

De acuerdo a la publicación, la demencia en una de las enfermedades crónicas más frecuentes. En nuestro país, la mayoría de estudios en población mayor de 65 años estiman una prevalencia de entre el 4 y el 9%, llegando a alcanzar el 31-54% en las personas mayores de 90 años. La incidencia es mayor en mujeres para casi todos los grupos de edad. Aunque no se dispone de cifras oficiales respecto al número de casos, algunas estimaciones lo sitúan en torno a los 500.000- 600.000, con una proyección para 2050 de cerca de un millón de casos, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

“La enfermedad de Alzheimer es la causa de demencia más frecuente, ya que supone entre el 50 y el 70% del total de casos. En segundo lugar, aparece la demencia asociada a patología vascular, ya sea demencia vascular pura o por patología mixta (vascular y Alzheimer). La demencia frontotemporal, la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson son también causas frecuentes de demencia”, explica el **Alberto Villarejo**, autor del Informe y Vocal del Grupo de Estudio de Conducta y Demencias de la SEN. Las personas con demencia padecen más enfermedades que la población general, con una media de hasta 2,4 enfermedades crónicas más, destacando la alta prevalencia de factores de riesgo vascular. Complicaciones frecuentes de la demencia son las alteraciones de conducta, caídas, infecciones y pérdida de movilidad. Asimismo, presentan un riesgo aumentado de ingreso hospitalario, y estancias medias más prolongadas. Por otra parte, las quejas cognitivas se han convertido en una de los principales motivos de consulta en Neurología: el segundo en la población general y el primero en los mayores de 65 años.

Por otro lado, la demencia es una importante causa de muerte. Según los datos de mortalidad del INE de 2015, la categoría ‘demencia’ aparece como la cuarta enfermedad con más fallecimientos a lo largo del año (20.442: 13.800 mujeres, 6.642 varones), mientras que la enfermedad de Alzheimer es la séptima causa de muerte, con 15.578

ONCOGERIATRÍA, UNA SUBESPECIALIDAD RELATIVAMENTE JOVEN

En la tercera edad las enfermedades oncológicas también tienen una alta morbilidad. Se estima que el 61% de los nuevos casos de cáncer se da en personas con más de 65 años, de modo que parece confirmado que el cáncer es una enfermedad asociada al envejecimiento. En noviembre de 2019, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) constituyó la sección de Oncogeriatría. Su coordinadora, Regina Gironés, explicaba hace unos meses a este medio que *“lo que estamos viendo como consecuencia de los avances terapéuticos y diagnósticos es que va a aumentar también la cantidad de personas mayores que han tenido un tumor o son supervivientes de un cáncer”*.

Es decir, no solo se están dando más nuevos casos de cáncer en ancianos, sino que las personas diagnosticadas en edades más jóvenes sobreviven, por lo que se está convirtiendo poco a poco en una enfermedad crónica y el pronóstico es bastante favorable. *“Hemos llegado a que la mitad de los tumores que se diagnostican y se tratan pueden ser curados y tener una larga supervivencia. Esto a lo mejor en el paciente anciano puede que sea menor, porque la expectativa de vida sigue siendo limitada y a lo mejor ese incremento en supervivencia puede perderse cuando llegamos a edades extremas a partir de los 90 años. Pero probablemente la supervivencia esté en un porcentaje similar a la población adulta”*.

Gironés destacaba que la situación de la oncogeriatría por lo general es positiva y que España avanza hacia un manejo multidisciplinar de esta población. Así las cosas, el ámbito de mejora supera la parte médica. *“Hay que tener muy en cuenta el apoyo familiar o el apoyo social. Entonces, trabajadores de la sanidad, como trabajo social, nutrición o rehabilitación, deben estar también muy implicados en el manejo del paciente, aunque a lo mejor no lo tenemos tan en cuenta o no lo consideremos necesario cuando se diagnostica un adulto con cáncer. Pero en estos pacientes se abren estas nuevas esferas que los médicos de entrada no estamos tan habituados a manejar”*.



muertes (11.004 mujeres, 4.574 varones). “Esto significa que, si se sumaran ambas, superarían a la primera causa de muerte, las ‘enfermedades isquémicas del corazón’ (33.769 defunciones). En torno al 60-70% de las muertes por demencia se dan en mujeres”, explica Alberto Villarejo.

La demencia es la enfermedad crónica que provoca mayor dependencia, por encima de otras como el ictus, la enfermedad de Parkinson o las enfermedades cardiovasculares. Es la principal causa de gran dependencia, con un 88,67% del total de personas en esta situación. Es además una de las principales causas de institucionalización. En España, se han comunicado tasas anuales de institucionalización del 10,5% en este colectivo. El impacto económico de la demencia es igualmente enorme, y de evaluación compleja, por la mezcla de costes sanitarios y no sanitarios, directos e indirectos. Según datos de Alzheimer’s Disease International, el coste mundial total de la demencia en 2015 se estimaba en 818.000 millones de dólares. En 2030 se convertirá en la enfermedad de los dos billones de dólares. “Como curiosidad, señalar que si los costes de la demencia se compararan con una empresa, su valor en el mercado sería superior al de Apple (742.000 millones) o Google (368.000 millones de dólares)”, destaca Villarejo.

En España, el coste por paciente de Alzheimer se cifra entre 27.000 y 37.000 euros anuales. El 80% de las personas con enfermedad de Alzheimer es cuidada por sus familias, que asumen de media el 87% del coste del total. Pero además, se calcula que el paciente precisa de unas 70 horas de cuidados a la semana. Esto contribuye a que el impacto de la demencia en la familia y los cuidadores sea enorme, con una sobrecarga muy importante. El cuidado de las personas con demencia produce además un mayor nivel de estrés que el de otras enfermedades crónicas generadoras de discapacidad, estando presente en más de un 75% de los cuidadores. Por otra parte, un 54,4% de los cuidadores ven afectada su productividad laboral. Por estos y otros motivos, se suele producir una importante reducción de la calidad de vida del cuidador.

“La demencia representa un claro exponente del concepto de enfermedad socio-sanitaria, en el que están incluidos no sólo el enfermo y el entorno cuidador/familia, sino también las instituciones sanitarias y sociales, públicas o privadas, implicadas en el proceso de atención a la persona con demencia”, señala el experto, que indica que, “de acuerdo con las recomendaciones de la OMS, nuestro país debería disponer de un Plan Nacional de Alzheimer”.

Enfermedades cardíacas cobran fuerza en la vejez

Por otro lado, es en la vejez donde las dolencias cardíacas se presentan y expresan con mayor intensidad, tal y como recalca la Fundación Española del Corazón (FEC). Igual que envejecen los músculos y los huesos, también lo hace el cerebro, las arterias y el corazón. Con el paso de los años, la capacidad de adaptación de nuestro sistema cardiovascular disminuye. Y esa pérdida va a afectar tanto a actividades habituales, incluso saludables, como a situaciones de enfermedad.

En este sentido, los principales factores de riesgo en los ancianos son la hipertensión arterial y la diabetes. Es por eso que la enfermedad cardiovascular se presenta con mayor frecuencia en la vejez. Expone la FEC que “siempre se pensó que la razón por la que las enfermedades cardiovasculares eran especialmente frecuentes en las personas mayores era porque se arrastraban desde etapas anteriores de la vida”. Sin embargo, datos recientes indican que no solo ocurre este fenómeno, sino que la edad de comienzo más frecuente para las enfermedades cardiovasculares es la vejez. “Más de la mitad de todos los infartos cardíacos (tres cuartas partes de los infartos cerebrales y de las insuficiencias cardíacas) se producen por primera vez en mayores de 65 años”. Más aún, la mitad de todos estos problemas (sobre todo arritmias, síndromes coronarios e insuficiencia cardíaca) se producen en los mayores de 75 años.

En resumidas cuentas, la longevidad es a la vez un gran triunfo de nuestras sociedades y un gran reto. Desde la SEGG apuestan por “la promoción de actuaciones que permitan mantener la calidad de vida de los ciudadanos más mayores, favoreciendo que dispongan de un buen estado de salud, así como de oportunidades y apoyos o cuidados para que puedan continuar desarrollando su proyecto de vida”. +

ÍNDICE DE DEPENDENCIA EN 65 AÑOS Y MÁS EN 2022



Fuente: INCLASNS
 Elaboración: Departamento de Diseño: IM Médico



1 Mayo, 2023

La importancia de dormir bien



La calidad del sueño influye en muchos aspectos de nuestro día a día, como es en el rendimiento en el trabajo, o el estado de ánimo a la hora de realizar nuestra rutina diaria. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), entre un 20 y 48% de la población adulta tiene dificultades para quedarse dormida y disfrutar de un sueño reparador. A la larga, estos problemas de sueño pueden afectar provocando cuadros de estrés, problemas de concentración, estados de ánimo volubles e incluso debilitar el sistema inmunológico. María Mercedes Sánchez, responsable de información científica del laboratorio Marnys, especializado en complementos alimenticios y cosmética natural, asegura que "numerosos estudios han demostrado que el estrés, ya sea laboral o familiar, es una de las principales causas de los problemas para dormir. Las preocupaciones constantes durante el día pueden impedirnos desconectar al llegar la noche, y lograr un sueño profundo y reparador". Por eso, Mercedes Sánchez nos plantea varios consejos para encontrar el equilibrio y bienestar emocional, y favorecer un mejor descanso.

PRACTICAR EJERCICIO MODERADO UNAS 2 HORAS ANTES DE IR A DORMIR

Un reciente estudio ha demostrado



que, dejando este margen de dos horas de calma y relajación practicando ejercicio, ayuda a conciliar el sueño y a dormir más profundamente. Dicho estudio señala también que es importante que el ejercicio sea moderado, dado que el deporte de alta intensidad puede tener el efecto contrario, y provocamos también problemas a la hora de conciliar el sueño, ya que el organismo, con la actividad física, libera endorfinas que hace que el cerebro se active. Aunque es importante aclarar que no se trata solo de hacer ejercicio aeróbico como correr, nadar o montar en bicicleta, ya que los ejercicios de fuerza, en los que se trabajan los músculos, también son buenos para conseguir ese estado de calma que induce a un buen sueño.

PRIORIZAR ALIMENTOS QUE CONTRIBUYAN AL BIENESTAR DEL SISTEMA NERVIOSO

A nivel nutricional, podemos fomentar el bienestar emocional y la higiene del sueño con ayuda de vitaminas y minerales, así como de la conocida melatonina. Como explica la especialista de Marnys, "la melatonina es la hormona encargada de controlar los ciclos de sueño y vigilia. Además, su presencia sincroniza todas las fases del sueño para que cada una de ellas cumpla con su función. Por ello, una mayor concentración



de melatonina se relaciona con un mejor descanso".

Para aumentar los niveles de melatonina en el organismo se puede optar por alimentos como huevos, lácteos, frutos secos como las nueces; frutas como las cerezas; verduras como los tomates, todos ellos, alimentos ricos en triptófano, un aminoácido esencial implicado en la pro-

ducción de esta hormona. Igualmente, añade María Mercedes Sánchez, "podemos complementar nuestra alimentación con suplementos de melatonina, y con vitaminas y minerales como el zinc y el magnesio".

También es importante limitar el consumo de bebidas alcohólicas y de productos que contengan azúcar o cafeína, que son los grandes excitantes por antonomasia.

EVITAR EL USO DE PANTALLAS ANTES DE DORMIR Y VIGILAR LOS RITMOS CIRCADIANOS

Por último, sabemos que el entorno afecta a los ciclos circadianos del sueño y la vigilia. Así, una de las pautas más importantes es evitar ambientes excesivamente iluminados y

evitar el uso de pantallas y cualquier tipo de aparato electrónico, incluso la televisión, antes de irnos a la cama. Lo que sí es recomendable es poner en práctica una rutina de sueño, intentando irnos a dormir y levantarnos siempre a la misma hora, y hacer el mismo ritual antes de acostarnos, como lavarnos los dientes, leer un libro, meditar, darnos una ducha de agua caliente, o escuchar música relajante. De esta manera entrenamos el cerebro para que se relaje y termine conciliando el sueño.

Si la calidad del sueño afecta considerablemente a la vida diaria, es importante acudir a la consulta del médico para que realice un diagnóstico y pueda dar con un remedio que consiga paliar este problema.



1 Mayo, 2023

La importancia de dormir bien

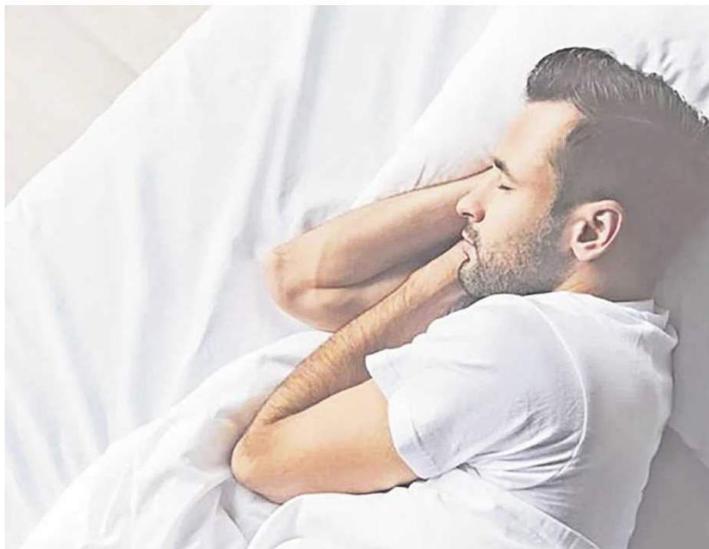
•• La calidad del sueño influye en muchos aspectos de nuestro día a día, como es en el rendimiento en el trabajo, o el estado de ánimo a la hora de realizar nuestra rutina diaria. Según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN), entre un 20 y 48% de la población adulta tiene dificultades para quedarse dormida y disfrutar de un sueño reparador. A la larga, estos problemas de sueño pueden afectar provocando cuadros de estrés, problemas de concentración, estados de ánimo volubles e incluso debilitar el sistema inmunológico.

María Mercedes Sánchez, responsable de información científica del laboratorio Marnys, especializado en complementos alimenticios y cosmética natural, asegura que "numerosos estudios han demostrado que el estrés, ya sea laboral o familiar, es una de las principales causas de los problemas para dormir. Las preocupaciones constantes du-

rante el día pueden impedirnos desconectar al llegar la noche, y lograr un sueño profundo y reparador". Por eso, Mercedes Sánchez nos plantea varios consejos para encontrar el equilibrio y bienestar emocional, y favorecer un mejor descanso.

PRACTICAR EJERCICIO MODERADO UNAS 2 HORAS ANTES DE IR A DORMIR

Un reciente estudio ha demostrado que, dejando este margen de dos horas de calma y relajación practicando ejercicio, ayuda conciliar el sueño y a dormirnos más profundamente. Dicho estudio señala también que es importante que el ejercicio sea moderado, dado que el deporte de alta intensidad puede tener el efecto contrario, y provocarnos también problemas a la hora de conciliar el sueño, ya que el organismo, con la actividad física, libera endorfinas que hace que el cerebro se active. Aunque es importante aclarar que no se trata



solo de hacer ejercicio aeróbico como correr, nadar o montar en bicicleta, ya que los ejercicios de fuerza, en los que se trabajan los músculos, también son buenos para conseguir ese estado de calma que induce a un buen sueño.

PRIORIZAR ALIMENTOS QUE CONTRIBUYAN AL BIENESTAR DEL SISTEMA NERVIOSO

A nivel nutricional, podemos fomentar el bienestar emocional y la higiene del sueño con ayuda de vitaminas y minerales, así como de la conocida melatonina. Como

explica la especialista de Marnys, "la melatonina es la hormona encargada de controlar los ciclos de sueño y vigilia. Además, su presencia sincroniza todas las fases del sueño para que cada una de ellas cumpla con su función. Por ello, una mayor concentración de melatonina se relaciona con un mejor descanso".

Para aumentar los niveles de melatonina en el organismo se puede optar por alimentos como huevos, lácteos, frutos secos como las nueces; frutas como las cerezas; verduras como los

mentos de melatonina, y con vitaminas y minerales como el zinc y el magnesio".

También es importante limitar el consumo de bebidas alcohólicas y de productos que contengan azúcar o cafeína, que son los grandes excitantes por antonomasia.

EVITAR EL USO DE PANTALLAS ANTES DE DORMIR Y VIGILAR LOS RITMOS CIRCADIANOS

Por último, sabemos que el entorno afecta a los ciclos circadianos del sueño y la vigilia. Así, una de las pautas más importantes es evitar ambientes excesivamente iluminados y evitar el uso de pantallas y cualquier tipo de aparato electrónico, incluso la televisión, antes de irnos a la cama. Lo que sí es recomendable es poner en práctica una rutina de sueño, intentando irnos a dormir y levantarnos siempre a la misma hora, y hacer el mismo ritual antes de acostarnos, como lavarnos los dientes, leer un libro, meditar, darnos una ducha de agua caliente, o escuchar música relajante. De esta manera entrenamos el cerebro para que se relaje y termine conciliando el sueño.



tomates, todos ellos, alimentos ricos en triptófano, un aminoácido esencial implicado en la producción de esta hormona. Igualmente, añade María Mercedes Sánchez, "podemos complementar nuestra alimentación con suple-

3Si la calidad del sueño afecta considerablemente a la vida diaria, es importante acudir a la consulta del médico para que realice un diagnóstico y pueda dar con un remedio que consiga paliar este problema.

