



Los casos de alzhéimer se duplicarán en los próximos dos decenios

MADRID / EFE

El envejecimiento de la población conllevará que, en los próximos veinte años, los casos de alzhéimer en España se dupliquen hasta los dos millones si no se logra un tratamiento para frenar su avance, y ello sin contar con que cada vez son más los menores de 65 años diagnosticados, que ya suponen el 13 %.

Son algunos datos que este martes han ofrecido expertos de la Fundación Pasqual Maragall, la Sociedad Española de Neurología (SEN), la Confederación Española de Alzheimer (Ceafa), CITA Alzheimer y la Fundación Cien en la jornada «Actualidad de la investigación científica de la enfermedad de Alzheimer y las necesidades de las personas afectadas» celebrada en el Senado.

«La enfermedad de Alzheimer es como el elefante en la habitación. Ese enorme elefante que es ignorado por los responsables públicos pese a su evidente e incómodo tamaño», ha comenzado Cristina Maragall, presidenta de la Fundación, que ha cifrado en alrededor de un millón los casos en España. Una cifra que podría duplicarse en dos décadas, colapsando así el sistema sanitario y social, lo que solo se podrá evitar «mediante el avance de la investigación y la ciencia».

El párkinson no deja de crecer

EL PARKINSON SE HA DUPLICADO EN LOS ÚLTIMOS 25 AÑOS. EL 15% DE LOS CASOS SE DETECTAN EN MENORES DE 50 AÑOS Y LO PREOCUPANTE ES QUE UN TERCIO DE LOS NUEVOS PACIENTES ESTÁN AÚN SIN DIAGNOSTICAR. [TEXTO: N.G. FOTO: FREEPIK]

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el párkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente tras el Alzheimer. Más de 7 millones de personas la padecen y, en el Estado, cerca de 150.000 están afectadas por esta patología.

Los avances diagnósticos y terapéuticos de los últimos años explican este aumento en la prevalencia de la enfermedad de párkinson. “Detrás de este incremento está, sobre todo, el progresivo envejecimiento de la población”, explica el doctor Álvaro Sánchez Ferro, coordinador del Grupo de Estudio de Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología.

Porque la edad es el principal factor de riesgo para sufrir esta patología. “Mientras que estimamos que la enfermedad de párkinson afecta a un 2% de la población mayor de 65 años, pasa a ser al 4% en mayores de 80 años. Por esa razón también calculamos que, en España, y debido al progresivo envejecimiento de nuestra población, el número de afectados se triplique en los próximos 30 años”, añade Sánchez Ferro.

Pero como indican los expertos, la enfermedad de párkinson no sólo afecta a personas de edad avanzada. Aproximadamente un 15% de los casos actualmente diagnosticados en España corresponden a personas menores de 50 años.

A pesar de que tener un familiar cercano aumenta las posibilidades de padecer este trastorno, sólo un 10% de los casos de esta enfermedad corresponden a formas hereditarias. En el 90% de los casos, la causa de enfermedad sigue siendo desconocida, aunque la comunidad científica cada vez encuentra más evidencias de que su origen es el resultado de una combinación de factores ambientales en personas genéticamente predispuestas.

ESTILOS DE VIDA

Está comprobado que un buen estilo de vida ayuda a protegernos contra la enfermedad de párkinson y esto incluye reali-



► En el Estado español hay cerca de 150.000 personas afectadas de párkinson.

zar ejercicio físico de forma regular; optar por la dieta mediterránea, o controlar la hipertensión y la diabetes tipo 2.

Por otra parte, la exposición a pesticidas, a disolventes industriales, a la contaminación del aire, o a infecciones por *helicobacter pylori* o hepatitis C, también se han asociado, entre otros factores, a un mayor riesgo de desarrollarla.

En cualquier caso, cada año se diagnostican en el Estado unos 10.000 casos nuevos de esta enfermedad caracterizada por producir diversos síntomas motores y no motores. Entre los síntomas motores, los más habituales son el temblor y la lentitud de movimientos. Además suelen aparecer otros problemas con la evolución de la enfermedad como las fluctuaciones motoras que se hacen presentes en más del 80% de los pacientes tras 5 y 10 años desde el diagnóstico.

Sin embargo, los síntomas motores no siempre son los primeros en aparecer al inicio de esta enfermedad. Hasta en un 40% de los casos la primera manifestación del Parkinson es la depresión y, esto, puede llevar a diversos errores diagnósticos. Entre otros síntomas no motores destacan la ansiedad, los problemas cognitivos, trastornos del sueño, dolor, estre-

ñimiento, problemas de deglución o en la función genitourinaria.

DIAGNÓSTICO

Cuando los primeros síntomas de la enfermedad no son los motores o no son tan evidentes puede ser complicado identificarla de forma temprana. “Actualmente tenemos en España un retraso diagnóstico de entre 1 y 3 años, y esto hace que aproximadamente un tercio de los nuevos casos estén aun sin diagnosticar”, señala Sánchez Ferro.

Un diagnóstico temprano permite iniciar el tratamiento de esta enfermedad en las primeras fases, lo que ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes, prevenir complicaciones y minimizar la discapacidad a largo plazo. El tratamiento farmacológico disponible actualmente, si bien no logra detener el proceso degenerativo, sí resulta eficaz para mejorar la mayoría de los síntomas motores y para muchos de los síntomas no motores. “En todo caso, el tratamiento de esta enfermedad requiere de un enfoque integral, en el que se incluyan también tratamientos no farmacológicos, y un enfoque individualizado, según la discapacidad, la edad del paciente y de las complicaciones y síntomas que van surgiendo” concluye Álvaro Sánchez Ferro. ■



20 Mayo, 2023

VIDA SANA

COLECCIONABLE | pronto N° 2663

FALTA DE SUEÑO: CÓMO INFLUYE EN TU SALUD



El problema no es sólo el insomnio sino también dormir pocas horas o no lograr un descanso de calidad, ya que todo ello puede restar años de vida y dañar la salud mental

Los especialistas recomiendan dormir entre 7 y 9 horas cada noche, pero en España casi la mitad de la población (un 47,1 %) no llega a ese mínimo indispensable entre semana. Las personas entre 45 y 64 años son las que duermen menos -6,93 horas al día, según datos del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)-. Y una décima parte de la población no llega a las seis horas. Así, la falta de sueño se ha convertido en una epidemia silenciosa, tal y como coinciden la comunidad científica y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que alertan de los riesgos que supone para la salud física y psicológica.

Problemas más frecuentes

Entre un 20 y un 48% de la población adulta española sufre dificultad para iniciar o mantener



Uno de los hábitos que más benefician el descanso nocturno es evitar la exposición a pantallas al menos una hora antes de ir a dormir.

el sueño, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN). De éstos, el 40% no lo logra pensando en los problemas diarios o las dificultades económicas, el ruido exterior y el 12% por los ronquidos de la pareja. Existen cerca de 100 trastornos del sueño clasificados. Entre los más frecuentes están el insomnio crónico, que sufren seis millones de españoles, le siguen el síndrome de piernas inquietas, que afecta a un 5% de la población -principalmente mayores de 50 años-, y un 2-4% de la población sufre apnea obstructiva del sueño, aunque se cree que este porcentaje es muy superior porque la mayoría no están diagnosticados. Durante las apneas la respiración se interrumpe unos segundos, lo que provoca un microdespertar y hace que el descanso no sea reparador -además tiene riesgos añadidos, como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, pérdida de memoria, ictus e infarto, entre otros-. Finalmente, la narcolepsia, que afecta a unas 25.000 personas en España (hay muchas más, pero también están sin diagnosticar, según la SEN), resulta muy incapacitante al causar somnolencia excesiva diurna.

Principales riesgos

El sueño es un pilar tan fundamental para la salud como la alimentación. Pero no se trata sólo de cantidad (horas de sueño) sino también de calidad: el sueño sin interrupciones y profundo implica un descanso más reparador.

Reduce la esperanza de vida. Por un lado, se relaciona con proble-



AL HABLA CON
LA DOCTORA

Sección coordinada por la doctora María José Peiró, especialista en Medicina Familiar

1 ¿Qué signos pueden dar la alarma de que nos faltan horas sueño? Cansancio y somnolencia diurna, lentitud, falta de atención y concentración, irritabilidad, lapsos o pérdida de memoria, cambios de humor, sensación de dolor generalizado y disminución de la capacidad de reacción.

2 ¿Es cierto que hay personas que dicen dormir 5 o 6 horas sin que ello afecte a su salud? Aunque a cada persona puede afectarle en mayor o menor medida, la comunidad médica coincide que por debajo de siete horas, el descanso resulta insuficiente para la reparación del organismo y múltiples estudios demuestran que hay un mayor riesgo de sufrir hipertensión, diabetes, eventos cardíacos o ictus. También padecen más frecuentemente problemas de salud mental como depresión y deterioro cognitivo, que puede ser un indicador temprano de una demencia.

3 ¿Cuándo se puede recurrir a los somníferos? Cuando empieza a ser recurrente el insomnio. Previamente se debe intentar cambiar de hábitos para comprobar si eso basta.



20 Mayo, 2023

VIDA SANA

LA ALIMENTACIÓN TE PUEDE AYUDAR

Es muy importante tomar una cena ligera y, como mínimo, dos horas antes de acostarse para que la digestión no interfiera en el descanso, pero además determinados alimentos pueden ser de gran ayuda para lograr conciliar el sueño y dormir de un tirón al impulsar la producción de melatonina, la hormona del sueño.

- **Huevos.** Son una excelente fuente de zinc y de vitaminas del grupo B. El déficit de ambos se puede manifestar en forma de mayor número de despertares nocturnos.
- **Cerezas y plátanos.** Las primeras contienen melatonina y ayudan a aumentar la calidad y la duración del sueño, mientras que los segundos son conocidos por su aporte de triptófano y potasio, un mineral que favorece un sueño profundo.



- **Queso.** Es uno de los alimentos más ricos en triptófano, un aminoácido que ayuda a nuestro cuerpo a producir serotonina (la llamada «hormona de la felicidad» y cuyo papel es clave también en el sueño). Para que sus grasas no resulten excesivas para la última comida del día, opta por los desnatados o bajos en grasa. También es rico en calcio, que favorece un descanso reparador, ya que este mineral «controla» las fases del sueño.
- **Almendras o nueces.** Un puñadito de frutos

secos puede ser un buen tentempié antes de ir a dormir, ya que por su triptófano aumentan los niveles de serotonina y son una fuente excelente de magnesio, un mineral con propiedades relajantes.

- **Pollo o pavo.** Aportan triptófano, son una gran fuente de proteínas y son saciantes, por lo que no nos despertaremos por la noche con sensación de hambre. Y luego está su aporte de hierro, un mineral cuya carencia podría favorecer el síndrome de piernas inquietas.

mas cardiovasculares, y por otro, puede favorecer la aparición de cáncer, hipertensión, obesidad... También afecta al sistema inmunitario y nos deja desprotegidos frente a las infecciones, como demuestra un estudio de la Universidad de Bergen, en Noruega.

Perjudica la salud mental. La falta de sueño afecta al estado de ánimo y se relaciona con ansiedad, hiperexcitación y agotamiento. Además, perjudica al rendimiento: capacidades como la atención y memoria se ven reducidas.

Favorece el abuso de fármacos. España es el mayor consumidor mundial de benzodiacepinas. En este sentido, la recientemente creada Alianza por el Sueño –que reúne a profesionales sanitarios, investigadores y asociaciones de pacientes, entre otros– pretende concienciar sobre el abuso de éstas y paliar esta situación.

Soluciones a mano

La buena noticia es que muchos trastornos del sueño son tratables o incluso se pueden prevenir. Estas recomendaciones te ayudarán.

Higiene del sueño. Un 40% de los casos de insomnio se pueden tratar con medidas como levantarse y acostarse siempre a la mis-

ma hora, evitar hacer ejercicio a última hora de la tarde; no usar móviles ni tabletas en la cama; cenar al menos dos horas antes de acostarse y no tomar estimulantes como alcohol, café, té, chocolate; intentar que la habitación esté a oscuras, a una temperatura adecuada – unos 18 °C según los expertos– y sin ruido...

Ejercicio. Mayores niveles de actividad física en las dos horas siguientes al despertar se asocian con una mejor calidad del sueño. Si no puede ser a primera hora, es mejor el ejercicio durante la mañana o en la primera mitad de la tarde. Sus beneficios: mejora el estado de ánimo y reduce la ansiedad y el estrés, lo que también influye positivamente en la calidad del sueño.

Pasar más tiempo al aire libre. La exposición a la luz solar también puede ayudarnos a dormir mejor. Así lo afirma un nuevo estudio que destaca la importancia de salir al aire libre durante el día, incluso cuando está nublado. Si no nos exponemos suficiente tiempo a la luz durante el día, se «retrasa» nuestro reloj circadiano –el que nos dice cuándo ir a dormir– y el inicio del sueño por la noche. ■

PRÓXIMA SEMANA.

Alergia primaveral: cómo aliviar las molestias

VERDADERO O FALSO

EL SUEÑO SE RECUPERA

Falso Si has pasado, por ejemplo, el fin de semana durmiendo poco o sufres «jet lag» y tienes problemas durante unos días para conciliar el sueño, por mucho que duermas luego 12 horas de un tirón, no recuperas el daño causado por el déficit de sueño.

ES UN GRAVE RIESGO PARA LA SALUD INFANTIL

Verdadero Las consecuencias son tan graves como en los adultos: dificultad para concentrarse, irritabilidad y, si se mantiene en el tiempo, mayor tendencia a la obesidad, diabetes tipo 2, hipertensión e incluso la mortalidad se incrementa un 10%. Por otra parte, se ha probado la relación entre la obesidad infantil y la aparición de apnea del sueño en menores.

EL ALCOHOL AYUDA A CONCILIAR EL SUEÑO

Falso Es cierto que al principio provoca somnolencia, pero al cabo de dos horas ejerce un efecto estimulante que altera las fases de sueño. De hecho, suprime la fase REM, lo que hace que la persona se suela despertar antes y con la sensación de no haber descansado (al no haber dormido profundamente).

LA CANTIDAD DE SUEÑO ES TAN IMPORTANTE COMO LA CALIDAD

Verdadero Podemos dormir más horas, pero eso no significa necesariamente descansar. La calidad del sueño está relacionada, además, con que éste no se interrumpa y que sea suficientemente profundo. Los tres factores son los que aseguran un descanso verdaderamente reparador.



Entrevista



ARCHIVO

M. Ángeles Bonmatí Licenciada en Biología y doctora en Fisiología por la Universidad de Murcia

«El sueño se encarga de limpiar nuestro cerebro y reparar los tejidos»

Esther G. Valero. MADRID

La Sociedad Española de Neurología estima que el 48% de la población adulta española y el 25% de la población infantil no tiene un sueño de calidad. Por su parte, la World Sleep Society calcula que al menos un 45% de la población padecerá un trastorno del sueño grave. Estos datos son desgarradores, pues el sueño tiene un impacto directo en nuestra calidad de vida. María Ángeles Bonmatí, autora de «Que nada te quite el sueño», explica por qué dormir bien es vital para tener una salud de hierro.

¿Por qué es tan importante el sueño?

El sueño es un proceso fisiológico clave para la salud; se encarga de limpiar nuestro cerebro y reparar nuestros tejidos. Mientras dormimos eliminamos los residuos acumulados y segregamos hormonas que reparan nuestras células. También fija los recuerdos; la frase «lección dormida, lección aprendida» es una realidad. Además, el sistema inmunitario funciona con más intensidad.

¿Cuánto debemos dormir a diario?

Un promedio de siete u ocho horas, pero hay personas que necesitan más -dormidores de larga duración- y otras menos -dormidores de corta duración-. Es un error catalogar a las primeras de perezosas y a las segundas de productivas. No debemos halagar a quienes necesitan dormir poco; que alguien pueda permitírselo no significa que se pueda aplicar al resto.

¿Se puede recuperar el sueño perdido?

No, nuestra fisiología no entiende de días de trabajo y de descanso. No es buena idea sa-



El sueño no es solo una cuestión individual, también debe ser protegido por las autoridades»

crificar horas de sueño entre semana y recuperarlo el fin de semana. Hay que tratar de tener unos patrones de sueño regulares.

En su libro habla de varios cronotipos...

Existen tres: el matutino o alondra (no les cuesta madrugar y rinden más las primeras horas del día), el vespertino o búho (les cuesta madrugar y rinden más a última hora del día) y el intermedio o colibrí (engloba a los que funcionan relativamente bien en ambas situaciones). Debemos desterrar del vocabulario la afirmación de «soy diurno o soy nocturno». Como especie, todos los seres humanos somos diurnos por nuestra fisiología.

¿Qué nos quita el sueño?

La salud mental, concretamente la rumiación, se considera un gran factor de riesgo en la rueda del insomnio. Son esos pensamientos recurrentes que nos hacen entrar en bucle y darle vueltas a una preocupación. A menudo esto ocurre cuando nos vamos a dormir. También influyen el estilo de vida que llevamos, los horarios laborales, el ruido, el consumo de bebidas con cafeína, las cenas tardías, practicar ejercicio físico muy cerca de la hora de dormir, pasar demasiado tiempo durante el día en espacios interiores sin recibir la luz natural, el teléfono móvil... Todo esto y produce una activación mental que va en contra de la relajación necesaria para conciliar el sueño.

¿Qué ocurre si tienes insomnio?

Tanto el sueño insuficiente como la cronodisrupción (desajuste interno de la hora) te hace más propenso a padecer infecciones, desarrollar trastornos psiquiátricos o neurodegenerativos, problemas metabólicos como obesidad o diabetes tipo dos, enfermedades cardiovasculares, reduce la fertilidad, disminuye la esperanza de vida...

¿Algún consejo para dormir mejor?

Potenciar el contraste entre día y noche, respetando la alternancia entre luz y oscuridad. Por otra parte, es importante el silencio; cuidar la salud mental; mantener unos horarios y unas rutinas, practicar ejercicio físico siempre que se realice lejos del momento de dormir, no cenar demasiado tarde... Siempre recalco que, aparte del esfuerzo individual, el sueño debe ser protegido por las autoridades. La sociedad en su conjunto debería replantearse los horarios. Y, por supuesto, hay que dotar al Sistema Público de Salud de los recursos necesarios para abordar los problemas de sueño. Según el Ministerio de Salud, España es el primer país del mundo en el consumo de pastillas para dormir y es importante que no todo el peso recaiga sobre los fármacos.



21 Mayo, 2023

La enfermedad que no deja dormir a 10 fa

El insomnio familiar fatal es una patología rara, hereditaria y sin cura. Una vez diagnosticada, los pacientes sobreviven, de media, un año

LUCÍA CANCELA
 REDACCIÓN / LA VOZ



El insomnio familiar fatal es tan malo como suena. Se trata de una enfermedad hereditaria y neurodegenerativa que provoca la muerte de sus pacientes en cuestión de meses. De entre las raras, es ultrarrara; aunque el 70 % de los casos mundiales se encuentren en España. Se calcula que, en la actualidad, hay unas 300 personas portadoras de la enfermedad. En concreto, se concentran en las provincias de Álava, Navarra y Jaén, y salpican otros territorios como Cataluña o Castilla y León. En Galicia, se conoce un caso de un varón que procedía del País Vasco, donde se ubican la mitad de pacientes.

Esta enfermedad fue descrita, por primera vez, en el año 1986 en una familia de la región del Véneto, en Italia. Desde el año 1993 hasta el 2018, apenas había 74 casos detectados en toda España. La hipótesis es que el primer paciente portador de la mutación, conocido técnicamente como fundador, «podía proceder del este de Europa, luego migró a Italia y después se estableció en el País Vasco donde tuvo mucha descendencia», explica Joaquín Castilla, investigador de la fundación Ikerbasque que trabaja en el CIC BioGune de Derío (Vizcaya), en el que se encuentra el Laboratorio de Enfermedades Priónicas, tipología a la que pertenece este tipo de insomnio. «Aparece como consecuencia de un agente patógeno, que se llama prion, y se caracteriza por ser una proteína infecciosa que se propaga en el cerebro causando una enfermedad cuya clínica más común es el insomnio», detalla Castilla, que también es presidente de la Fundación que agrupa a familiares y afectados.

Es de herencia autosómica dominante, la mutación ocurre en el gen PRNP, encargado de sintetizar ciertas proteínas que controlan algunos procesos cerebrales. Esta alteración deriva en una producción anómala de proteínas priónicas, que se acumulan de forma progresiva y muy rápida, causando una lesión en la zona del cerebro que controla los ciclos de sueño-vigilia, el tálamo», indica la doctora Celia García Malo, vocal del grupo de estudio del sueño de la Sociedad Española de Neurología (SEN). A su vez, esta mutación

hace que «la proteína tenga una capacidad más alta para cambiar, de pasar de ser una buena a una mala», indica Castilla. Todos los genes tienen un alelo procedente del padre y otro de la madre, «que sea autosómica dominante significa que basta con que una de las partes esté mutada, para que el hijo tenga las mismas posibilidades de desarrollarla», cuenta Joaquín Castilla. En concreto, hay un 50 % de probabilidades. También puede aparecer de forma esporádica, aunque no suele ocurrir.

Insomnio y ataxia

La propia terminología ya indica que la manifestación más habitual entre quienes la padecen es la dificultad para descansar. No se trata de un insomnio completo, «sino que es una afectación, fundamentalmente, del sueño REM. Este es el sueño reparador», precisa el investigador. Sin embargo, no es el único. También puede debutar con un amplio abanico de alteraciones que varían en función de la zona del cerebro que más afectada se encuentre. Así, puede manifestarse con ataxia, que son problemas al andar, alteraciones motoras o cognitivas como pérdida de memoria, problemas en el control de la temperatura, diplopía (vista doble) o, incluso, brotes psicóticos, depresión y pérdida de peso. «La manifestación clínica es progresiva y aparece a medida que lo hace el daño en otras zonas», indica la doctora García.

La edad de aparición puede variar y la horquilla se sitúa entre los 18 y 60 años. La media se encuentra en los 50. La enfermedad, que avanza con rapidez, puede darse a dos velocidades distintas. Un tipo de progresión más corta, en la que la supervivencia media es de nueve meses, y otra más prolongada, de hasta 30 meses, en la que dominan estados oníricos y son más frecuentes los trastornos motores.

Precisamente, esto también difiere en función de las zonas del cerebro a las que afecte. Así, podrá ser más rápida o más lenta: «Con una afectación más talámica, tendremos una clínica de insomnio; y si la afectación se produce más a nivel del cerebelo, que es otra parte del encéfalo, tendrá más alteración motora, de ataxia y de incapacidad para mover-



«La edad de aparición de los primeros síntomas puede variar de una persona a otra, y la horquilla se sitúa entre los 18 y 60 años. La media, por su parte, se encuentra en los 50»

«Uno puede pensar que es un alzhéimer o una demencia rápida, pero en cuanto te das cuenta de la rapidez que toma el proceso, ya se empieza a sospechar de una enfermedad priónica»

se adecuadamente. Esto dirigirá los tiempos», detalla el investigador vasco. Con todo, no se conoce la razón exacta en los avances de uno y otro: «La media suele ser de un año, aunque hay excepciones contadas», añade.

La variedad de los síntomas puede dificultar el diagnóstico si la persona no conoce sus antecedentes. Por ello, «el médico suele preguntar si ha habido casos en la familia. Después, se hará un estudio genético, muy rápido, y si existe la mutación no hay otra opción», anticipa Joaquín Castilla. El investigador insiste en la importancia que tiene conocer el árbol genealógico, pues si la enfermedad debuta puede confundirse con otras. «Uno puede pensar que es un alzhéimer o una demencia rápida, pero en cuanto te das cuenta de la rapidez que toma el proceso, ya se empieza a sospechar de una enfermedad priónica», dice Joaquín Castilla.

De igual forma, en la actualidad, existen técnicas bioquímicas, «que son muy fieles a la hora de decirte si es una enferme-

dad de este tipo». El problema reside, según el investigador, en que desde algunos equipos de neurología no se suele tener en cuenta como la primera prueba por falta de conocimiento. Con todo, «estamos viendo que el diagnóstico es más rápido y mejorado», celebra. Un progreso que no se debe a este tipo de test, sino a que las pruebas de imagen han mejorado notablemente. «Cada vez hay más datos que permiten ver de una forma específica las enfermedades priónicas, ciertos rasgos fiables en las imágenes que especifican más el diagnóstico», detalla. Esto es un gran avance, pues antes solo se podía descubrir *post mortem* y, ahora, es algo que se sabe casi a ciencia cierta antes del fallecimiento.

Sin cura

No existe tratamiento ni se le espera a corto plazo. «Ni siquiera hay una terapia que pueda alargar la vida del paciente», lamenta Joaquín Castilla, quien explica que por el momento a lo único que se puede optar es al tratamiento paliativo de los síntomas:



21 Mayo, 2023

milias en España



«Al que tiene una depresión se le recetan antidepressivos, al que no duerme, hipnóticos, y al que está nervioso, relajantes», señala. Con la vista puesta en el futuro, guarda esperanza. Reconoce que hay muchos estudios en marcha, entre los que su equipo se encuentra: «Todavía estamos investigando en animales. Somos optimistas en los resultados, pero no en los tiempos, porque queda mucho para que llegue a los humanos», aclara. El experto cuenta que hay una empresa poseedora de unas moléculas, con muy buen efecto en animales, «y que se quiere empezar a testar pronto en humanos». Una buena noticia que esperan dar este año, aunque solo se trata de la fase I: «Sería algo muy novedoso porque sería la primera vez que tenemos algo parecido para esta enfermedad».

Precisamente, el grupo de investigación dirigido por el doctor Joaquín Castilla es uno de los seleccionados para formar parte de un consorcio de investigadores, cuyo objetivo es encontrar nuevos marcadores en material biológico de fácil acceso, como es la

sangre o la orina, los cuales pueden indicar la proximidad del comienzo de la manifestación clínica de esta enfermedad. Para ello, se recogerán muestras de orina y sangre dos veces al año de los afectados y familiares por esta patología. Esto permitiría su tratamiento de una terapia.

La única posibilidad para erradicar la enfermedad es la selección embrionaria para parar la cadena de transmisión hereditaria. Existen dos opciones: «Si la persona sabe que es portadora, se pueden descartar los embriones que tengan la mutación. Esta es la más rápida. Por el contrario, si no lo quiere saber, y están en todo su derecho, el proceso se complica más», detalla Castilla.

En este caso, se realiza un estudio de la familia de la persona que no tiene la mutación, «para analizar cómo son sus alelos y mirar si son los que ha heredado el embrión», precisa. Esta última opción suele ser la más demandada por la gente y a diferencia de la primera no está cubierta por la Seguridad Social.

«Vives tu propio duelo y el de tus familiares»

El padre y el hermano de Alberto Martínez y el marido de Juana Sánchez fueron pacientes de esta enfermedad, ambos temen que sus hijos hayan heredado la mutación

Así las cosas, una vez diagnosticado, el insomnio familiar fatal tiene un final de sobra conocido. Alberto Martínez vive en Barcelona, aunque es natural de Jaén. Su historia es de las que pesa en la conciencia de todo aquel que la conoce. Quiere visibilizar la enfermedad para conseguir más: más atención, más fondos y más esperanza de vida; pero reconoce, al mismo tiempo, que vive acompañado de la incertidumbre. Hace una lista de los afectados en su familia, «mi bisabuelo, mi abuela, mi padre y mi hermano», y de los que puede que lo estén, «en esta línea directa, yo, y después, mi hijo». También sabe que una de sus tías es portadora sin haberse hecho un test genético porque su hijo falleció hace casi un año por ello. «Es lo peor que les puede pasar a unos padres», dice Alberto, «parece que va en contra de la naturaleza». Además, en esta línea de segundo y tercer grado, «hay una familia de nueve o diez hermanos (no lo tiene claro), de los cuales han muerto seis y hay otra diagnosticada, también porque uno de sus hijos se murió».

«Muerte extraña»

La abuela de Alberto falleció a comienzos de los ochenta. Por aquel entonces, «la información no era poca, sino nula». Recuerda que decían que había muerto por lo mismo que su bisabuelo, con quién también había compartido síntomas. Dos réplicas exactas de la enfermedad que por aquel entonces no tenía nombre, «era una muerte extraña». No fue hasta finales de los noventa cuando, sin más remedio, tuvieron que volver a enfrentarse de bruces: «Mi padre cae enfermo en el 97 con los mismos síntomas. Empezamos a buscar más información, pero todavía era poco veraz e incompleta». Por suerte, encuentran respuestas con un doctor que les confirma el diagnóstico: «Nos dijo que con toda seguridad mi padre tenía lo mismo que mi bisabuelo, abuela y, probablemente, otros ancestros, era insomnio familiar fatal». La esperanza era cero y el desenlace la muerte: «No sabes cuándo sucederá, pero el paciente acaba falleciendo», describe. Para explicar cómo progresó en sus familiares lo compara con un alzhéimer, «que en lugar de durar diez años, dura de seis a

doce meses», precisa.

Encontraron al equipo de Joaquín Castilla de casualidad. «Nos pusimos en contacto con él porque mi hermano empezó a tener síntomas. Enfermó con casi 30 años y falleció con 37», recuerda. Esta longevidad no suele ser la habitual, sino que son casos puntuales.

Días de altos y de bajos

Alberto fue consciente del diagnóstico de su padre con 19 años. Le cuesta describir con palabras cómo lo vivió. Reconoce que lo llevó mejor con esa edad, que con 40, «porque al menos piensas que, como no es normal que debute antes, aún te queda tiempo». Aunque, como dice, luego nunca se sabe. Él y su familia pasaron por todas las etapas: «Vives tu propio duelo y el de los familiares que están contigo en ese momento, en la misa». Es una imagen que cuesta dibujar en la cabeza de quienes no lo han vivido. Se atreve a compararlo con estar enamorado: «Puedo intentar explicar qué se siente al estar enamorado, pero hasta que de verdad sucede, no lo sabes».

En su vida hay días de altos, de bajos, de tristeza, de euforia desmedida y de una melancolía que arrebatara: «Tengo un hijo y vivo con la intensidad de querer estar con él las 24 horas del día, los 365 días, porque no sé si el año que viene voy a estar aquí». Alberto se emociona al otro lado del teléfono. Existe la posibilidad de hacerse una prueba genética para adivinar una especie de futuro. «Prefiero no hacerla, pero cualquier decisión es igual de respetable», señala, para después añadir: «Prefiero vivir con la esperanza». Plenamente consciente de lo difícil que es la situación, Alberto espera que «esta pesadilla» se convierta para las generaciones futuras «en un sueño placentero»; desea poder decirle a su hijo, una vez que crezca, «que ya no se tiene que preocupar».

«Nunca piensas que te puede pasar»

El insomnio familiar fatal también causó estragos en la vida de Juana Sánchez. Su marido, Sergio, falleció a causa de esta enfermedad cuando tenía 38 años. Son naturales de Cortijo Nuevo, un pueblo de Jaén. «Yo sabía que en su familia existía la patolo-

gía, pero nunca te imaginas que te puede tocar a ti. A los cinco o seis años de casarnos, empezó a sentirse mal». Él trabajaba en el campo, y como uno de los primeros síntomas fueron los dolores de cabeza, lo achacaron al cansancio. «Pasamos por varios médicos pero su hermana, mi cuñada, ya me dijo: "No busquéis más, que él tiene la enfermedad de nuestra madre"». La suegra de Juana también había sido paciente, al igual que otros seis familiares directos.

A pesar de concienciarse, decidieron confirmar el diagnóstico con un neurólogo, quien les derivó a la Seguridad Social para hacerse un test genético. «Antes del resultado ya sabíamos lo que tenía». Cuando lo recibieron, su hijo tenía dos años y medio. «Me quedé en blanco, porque nadie conocía nada y yo no sabía qué hacer». El marido de Juana nunca había querido hablar del insomnio familiar fatal. Ni tan siquiera cuando empezaron los síntomas: «Creo que él lo pensaba, pero nunca me decía nada. Algunas veces, yo lo hablaba con sus familiares, pero él no quería tratar el tema», recuerda.

Intentar no pensar

La enfermedad progresó en cuestión de meses. «A veces no me conocía, no sabía quién era o perdía la movilidad. Todos los días era una incertidumbre de ver qué era lo que le tocaba», reconoce Juana, y añade: «Sabes que va a llegar un día en el que no va a estar, pero intentas no pensar». Como todos, trata de evitar lo negativo. Ahora se centra en su hijo, que también tiene un 50 % de probabilidades de heredarlo. No sabe cuándo, ni cómo. «Me he hecho a la idea de no pensar en ello», dice. La única forma de saberlo es someterse a un test genético, algo que todavía no puede hacer por no ser mayor de edad.

Comparte con Alberto la idea de sentirse abandonados. «Iba de doctor a doctor, de hospital a hospital, y siempre tenía que explicar lo que ocurría y lo que le venía mejor», lamenta Juana.

De igual forma, también critica la falta de comprensión en el terreno burocrático. «Estos pacientes duran meses. Pedí la ayuda a domicilio y tardaron tanto que llegó 20 días antes de que mi marido falleciera», recuerda.



21 Mayo, 2023

34 **CONOCER** Salud

Félix con su hija, Lourdes.

CADA AÑO SE DIAGNOSTICAN DIEZ MIL NUEVOS CASOS DE PÁRKINSON. LA ENFERMEDAD ESTÁ ASOCIADA A UNA PÉRDIDA DE MOVILIDAD, PERO LA CIENCIA Y NUESTROS PROTAGONISTAS HAN DEMOSTRADO QUE CON EL DEPORTE SON CAPACES DE BURLAR AL CEREBRO.

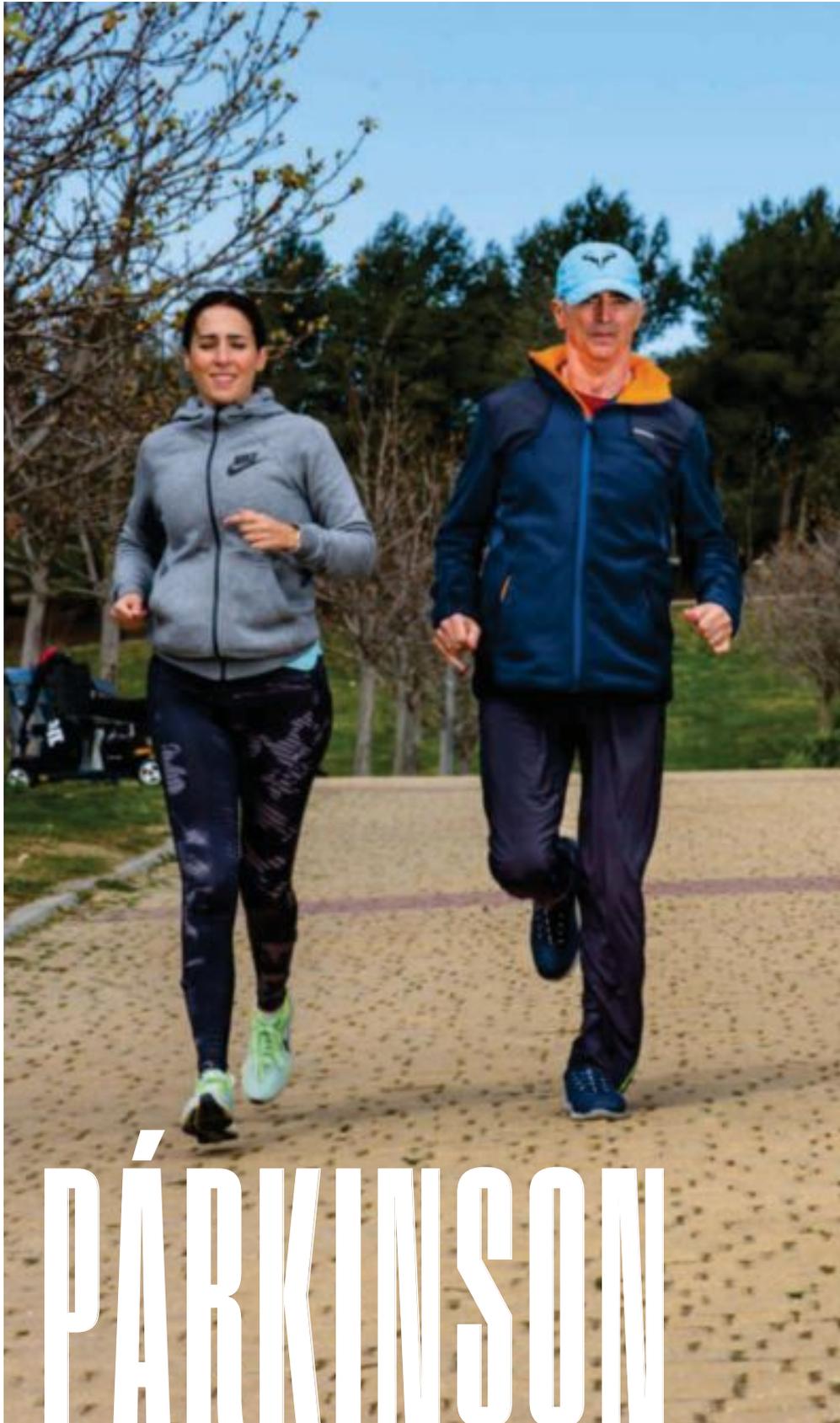
VO ENGAÑO AL

POR RAQUEL PELÁEZ
FOTOGRAFÍA: CARLOS CARRIÓN





21 Mayo, 2023

**FÉLIX,**
PARLA (MADRID)

"CAMINAR ES PARA MÍ UNA TAREA IMPOSIBLE, PERO PUEDO CORRER"

SUFRO PÁRKINSON ATÍPICO Y NO CONTROLO BIEN MIS MOVIMIENTOS. TENGO 65 AÑOS Y VOY EN SILLA DE RUEDAS. ADEMÁS DE CORRER, PUEDO HACER TAMBIÉN BICICLETA ESTÁTICA.

«Me diagnosticaron la enfermedad hace dieciséis años y es una modalidad que responde muy mal a las terapias y a los fármacos. Ahora estoy en fase cuatro y **dependo de mi mujer y de mi hija para que me ayuden con todo.** A veces tengo movimientos involuntarios muy pronunciados y voy en silla de ruedas. No puedo andar, pero sí correr. Y me hace muy feliz.

El primer neurólogo que me trató me dijo que en diez años la enfermedad se iba a haber hecho conmigo por completo y, aunque es evidente que está muy avanzada, eso no se ha cumplido. **Sigo teniendo muchas ganas de superarme** y, a lo mejor por eso, descubrí que soy capaz de correr. Me di cuenta un día que teníamos que venir desde el garaje donde dejamos el coche hasta casa →



21 Mayo, 2023

caminando. Mi hija, que no podía conmigo, me pidió medio en broma que me echara a correr... Y lo hice. Fue increíble. De hecho, me podía haber caído, como ha ocurrido otras veces. Pero no pasó. Y desde entonces no hemos parado. Salimos un par de veces a la semana. **Explican los neurólogos que es debido a que el cerebro utiliza partes distintas para correr que para caminar.** El cerebro es muy plástico y, cuando ve que no tiene salida, se amolda y busca una ventana para seguir creando conexiones. En mi caso, no puedo dar pasos normales, me quedo como bloqueado en el suelo. Sin embargo, sí puedo subir escaleras o hacer bicicleta estática. Por eso, si quiero intentar caminar, tengo que engañar al cerebro con trucos como simular que estoy subiendo una escalera o seguir el ritmo de una canción. Eso me ayuda a arrancar la marcha.

Yo siempre he sido muy deportista. Era policía nacional y fui instructor de educación física en la academia. Soy cinturón negro de kárate, primer dan. Pero un día empecé a notar que me temblaba la pierna al pisar el embrague del coche. En ese momento pensé que era por el estrés, porque estaba pasando una mala racha, pero cuando fui al médico y me hicieron las pruebas me dijeron que era párkinson. Al principio no me lo tomé muy mal porque al menos tenía un diagnóstico, pero después, cuando fui entendiendo

más sobre la enfermedad, sí que empecé a sentirme peor.

Correr no solo me ha venido bien físicamente, sino también mentalmente. Otro de los síntomas del párkinson es la depresión. Esta enfermedad reduce mucho los niveles de dopamina y el ejercicio me sube la moral. La dopamina es la hormona de la felicidad, de las ganas de hacer cosas. Por eso, **el párkinson también produce muchos efectos a nivel psicológico.** Se te quitan las ganas de hacer cosas, te machaca. Y, sin embargo, el deporte ayuda a que esas endorfinas y esa dopamina se incrementen. Yo ahora estoy bien, pero he pasado fases muy duras. He recibido tratamiento psicológico y me atiende un psiquiatra. También me ayudo con farmacología para la depresión.

Alguna vez me he planteado la eutanasia. Creo que podría ser una alternativa antes de acabar enclaustrado en una cama. Sé que a mi familia le duele mucho este tema, pero al final lo entenderán. Mi suegra estuvo agonizando durante tres días y no creo que haya necesidad de pasar por eso. Mi mujer se niega, pero es muy difícil. Tenemos una historia de amor muy bonita. Llevamos 44 años casados y seguimos totalmente enamorados. Siempre he sido yo quien la he llevado el desayuno a la cama, y ahora es a ella a la que le toca traérmelo a mí. Es una suerte haber vivido una historia de amor así». ●

JAVIER PÉREZ DE ALBÉNIZ
 TALAVERA DE LA REINA (TOLEDO)

"EL TENIS DE MESA ES MÚSICA Y, CUANDO SUENA, EL PÁRKINSON CALLA"

SOY PERIODISTA Y TENGO PÁRKINSON DESDE HACE OCHO AÑOS. AHORA, CON 63, HE PUBLICADO EL LIBRO 'LOS REVESES' (LIBROS DEL K.O.) DONDE CUENTO MI HISTORIA PERSONAL CON EL PING-PONG Y COMO LLEGUÉ A SUBCAMPEÓN DEL MUNDO PARA JUGADORES CON ESTA ENFERMEDAD.

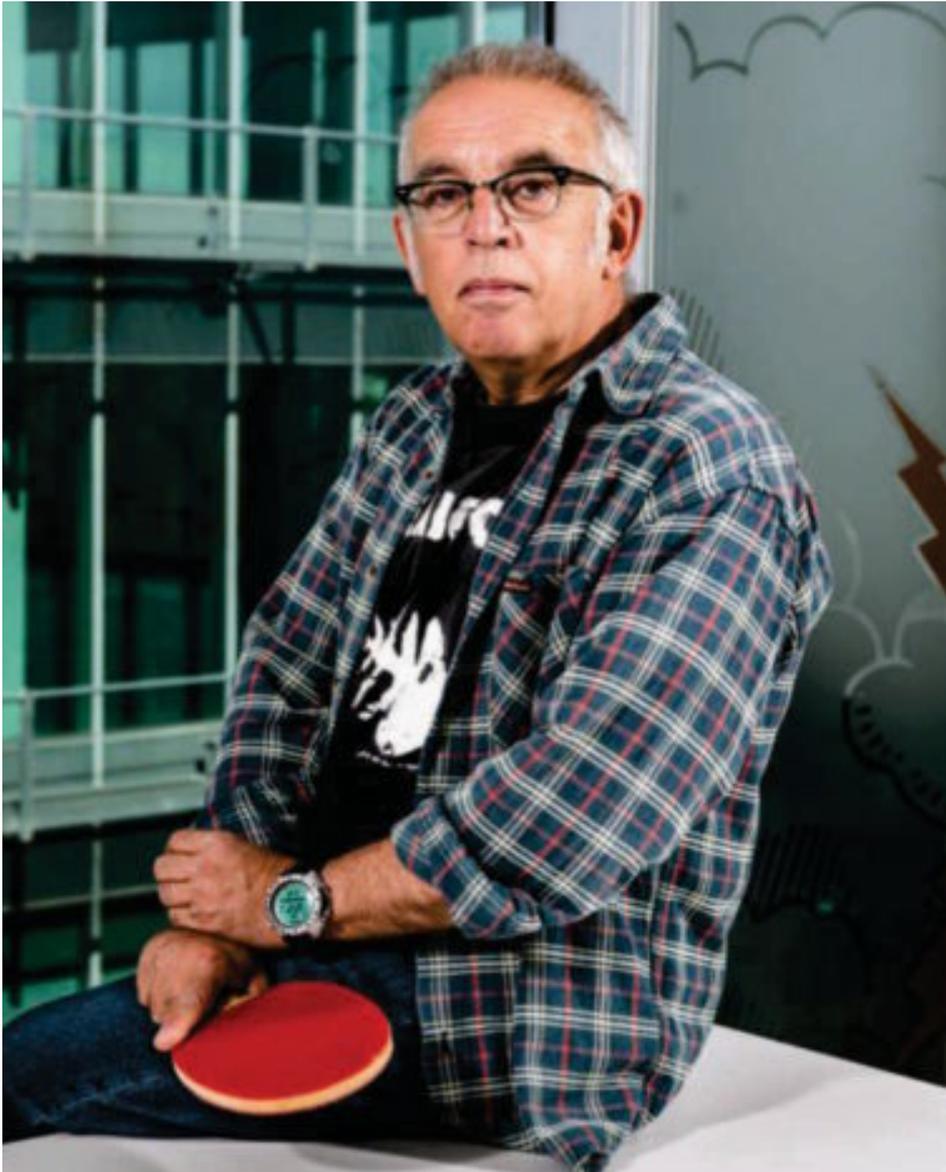


Destruyendo mitos: condenados a la inmovilidad

Según un estudio de la Rush University Medical Center (Estados Unidos), el ejercicio de alta intensidad realizado durante tres veces a la semana ralentiza los síntomas del párkinson. La investigación, publicada en la revista *JAMA Neurology*, analiza las repercusiones de la actividad física en las primeras etapas de la enfermedad.



21 Mayo, 2023



calla. Tiene técnica, exige estar muy despierto, se necesitan reflejos, velocidad... Y encima es divertido y te permite socializar, que es algo fundamental para los enfermos de párkinson porque tienden a aislarse. Cada vez te mueves menos y no quieras salir.

Y en esas estaba cuando me enteré de que había un campeonato del mundo de párkinson que se jugaba en Berlín... y allá que me fui pensando en hacer un poco de turismo. Me llevé hasta la guía *Lonely planet*, con todo marcado. Pero, de repente, empecé a ganar y a pasar de ronda. Allí todo el mundo con su equipación, su bolsa de deporte con su nombre... **Hasta fisioterapeuta tenían algunos. Y yo con una sola camiseta. Esas eran mis expectativas [se ríe].** La tenía que lavar por la noche en el hotel con champú para poder ponérmela al día siguiente. Pero acabé subcampeón.

Aunque sé que no es fácil, **le recomiendo a los enfermos de párkinson que practiquen este deporte.** Cada caso es un mundo, pero es muy común que los pies se nos queden pegados al suelo como si tuvieran ventosas.



«La primera vez que noté que los pies se me encogían, pensé que era un calambre, pero aquello se repitió hasta convertirse en una tortura. El dolor era insoportable. Ocurrió cuando tenía 55 años. No podía andar. Parecía una broma de mal gusto para alguien que no conduce y que lleva toda la vida caminando. Fui al médico y, tras un largo recorrido de pruebas, me diagnosticaron párkinson. Fue entonces cuando me dijeron que hay dos medidas para frenar el avance de la enfermedad: la medicación y el deporte.

Primero lo intenté con el bádminton, pero resultó un

Destruyendo mitos: pies como ventosas

Existen estrategias para desbloquear la marcha en los casos de bloqueo. Hay que hacer que el cerebro active circuitos alternativos a los que usa habitualmente para andar, como poner marcas en el suelo o imaginar subir una escalera. También funciona seguir el ritmo de una canción.

fracaso y me decidí por el tenis de mesa. Cuando lo probé, me di cuenta de que salía agotado, pero con muchas ganas de tomarme una cerveza, de cenar, de hacer las mismas cosas que antes del diagnóstico. Y me enganché. **El tenis de mesa es música. Y, cuando suena, el párkinson**

Eso sí, tenemos trucos. En mi caso me pongo a Iggy Pop, Alice Cooper o Bob Seger y marco el ritmo con los pies, que empiezan a subir y bajar con una energía capaz de reventar el bombo y la batería de Dennis Thompson. **La música me ayuda a burlar esta condena».** ●



21 Mayo, 2023

**MARÍA
 ANGIUSTIAS DÍAZ
 GRANADA**

**"ANDAR ME SUBE
 TANTO LA DOPAMINA
 QUE ME OLVIDO
 DE LA MEDICACIÓN"**

ME DIAGNOSTICARON PÁRKINSON HACE 17 AÑOS. AHORA TENGO 59 Y PRACTICO SENDERISMO CON UN GRUPO DE PACIENTES. HEMOS ALCANZADO LOS OCHO PICOS MÁS ALTOS DE ANDALUCÍA. MI ÚLTIMO RETO: SUBIRME A UNA TABLA DE 'PADDLE SURF'.

SUSANA GIRON



«**Todo empezó con un gran susto.** Iba conduciendo el coche y, al incorporarme a una calle por la que pasaba un autobús, casi me estrello porque el pie no me respondió cuando intenté frenar. Al principio llegaron a decirme que podía ser un ictus, pero después de varias pruebas concluyeron que era párkinson. Tenía 42 años. Ahora tengo 59 y **he encontrado en el senderismo una manera maravillosa de olvidarme de mi enfermedad.** Me sube tanto la dopamina que, a veces, ni me acuerdo de la medicación. Salgo con un grupo de pacientes con todo tipo de patologías y juntos nos marcamos el reto de alcanzar las ocho cumbres más altas de Andalucía. Aunque yo ya hacía senderismo antes, lo tuve que dejar y, cuando me lo propusieron hace unos años, pensé que no sería capaz. Pero ahora siempre voy la primera. Y no porque quiera llegar antes que nadie [se ríe], es que para alguien con párkinson llevar a una persona delante dificulta mucho la marcha. Estoy tan animada que mi último reto ha sido irme a Cerdeña a practicar *paddle surf*».

Se sabe poco sobre los síntomas del párkinson. Siempre lo asociamos a temblores, pero yo nunca los

he tenido. Empecé con una depresión. Luego me llegaron más síntomas motores como la dificultad de coordinar los brazos al caminar, pérdida de equilibrio, rigidez y luego empecé a arrastrar una pierna. Me costó más de un año aceptar mi enfermedad y no quería contárselo a nadie, pero entonces la vida me dio otro golpe. **Mi marido sufrió un ictus y tuve que dejar el trabajo para encargarme de él** y de mis hijos. Así que no tuve otra que volverme fuerte, asimilarlo y hacerme cargo de todo. Han sido años muy duros de rehabilitación y de situaciones muy complicadas en familia, pero ahora mi marido ya está mejor y disfrutamos de momentos preciosos.

Es muy importante que la gente que tiene párkinson y sus familias acudan a las asociaciones para informarse bien porque hay muchas cosas que no saben sobre los efectos secundarios de la medicación. He visto casos de gente que ve o escucha cosas donde no las hay. Conocí a una mujer que juraba que su marido la engañaba con otra y que los había grabado mientras hablaban, pero cuando nos enseñó el audio no se oía nada. También he conocido muchos casos de gente que se ha vuelto adicta al juego, a las compras o al sexo». ●

Destruyendo mitos: lo primero son los temblores

Aunque los síntomas más conocidos son los temblores, la lentitud en los movimientos o la rigidez muscular, muchos pacientes empiezan por presentar otros: depresión, ansiedad, trastornos del sueño, pérdida del olfato o estreñimiento. También se dan casos de alucinaciones o delirios que llevan a desconfiar incluso de la familia.



sus fuentes es por no haber descansado lo suficiente. También, el mundo de las noticias no ayuda al descanso personal. Los distintos medios de comunicación, las malas noticias ganan por goleada respecto a aquellas que podrían levantar un poco el ánimo.

Incluso una noticia negativa, según como es redactada o narrada, puede ayudar a rebajar la tensión que se produce en el receptor. Lo mismo se puede decir del entorno político, con sus constantes y permanentes enfrentamientos. El ruido es otro factor que no ayuda a conciliar el sueño, donde España se sitúa en uno de los países con mayor contaminación acústica. Descansar bien es todo un reto del presente siglo.

Sin duda, uno de los elementos que ayudan a la felicidad es dormir a pierna suelta.

SOCIEDAD

Vivir sin dormir

Pedro M. Usón
Zaragoza

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (Aemps) del Ministerio de Sanidad ha notificado un aumento del 110% en el consumo de diazepam, más conocido por su marca comercial Valium, siendo utilizado de píldora para poder dormir.

Además de este producto, se emplean el Orfidal y el Trankimazin, como fármacos con mayor consumo para poder conciliar el sueño; hace unos días este ministerio ha prohibido la venta Melatonin 3 mg cápsulas. Vivimos, pero una gran mayoría de personas no tienen el descanso necesario para poder reponer energías y dar comienzo a una nueva jornada. La Sociedad Española de Neurología establece entre un 20% al 48% la población española que padece insomnio, de los cuales 10% es considerado como trastorno de sueño crónico y grave. Todo ello es consecuencia de las distintas preocupaciones que el mundo actual nos está trayendo en: economía, sentimientos, relaciones laborales y educativas, causas familiares, etc. Otros estudios hacen alusión que el mal humor, una de



22 Mayo, 2023

Se recomendará a los neurólogos que en los informes den consejos bucodentales

La periodontitis aumenta el riesgo de sufrir un ictus

Las personas con periodontitis pueden tener casi el doble de riesgo de padecer alzhéimer o demencia y el triple de sufrir un ictus isquémico, según exponen la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA) y la Sociedad Española de Neurología (SEN) en un informe con el que esperan animar a la prevención.

Este documento presentado en La casa de las encías, un centro especializado de Madrid, explica la relación entre la periodontitis y la enfermedad cardiovascular (ECV) y recoge los estudios más relevantes al respecto y recoge las recomendaciones básicas para odontólogos y neurólogos.

A partir de este informe, la Sociedad Española de Neurología recomendará a todos los neurólogos que en sus informes hagan constar consejos preventivos específicos sobre salud bucodental del mismo modo que se pedirá a los dentistas que se dé a conocer esta realidad.

Pero, ¿es casualidad o causalidad que la periodontitis esté relacionada con estas enfermedades? “Existe evidencia científica de que esta infección a nivel bucal tiene repercusiones en otros órganos”, dijo el doctor Yago Leira, periodoncista que pidió colaboración entre los distintos especialistas para tratar de una manera óptima a los pacientes.

Una hipótesis sería la vinculación entre al efecto inflamatorio que produce la periodontitis, una inflamación crónica y de bajo grado, pero persistente en el organismo y que desencadena una casca-



Un dentista atiende a un paciente.

NACHO GALLEGO

da inflamatoria, que termina no solo provocando consecuencias negativas a nivel neurológico, sino también en otros órganos, lo que explicaría su incidencia en la salud cardiovascular o la diabetes.

Se pedirá
 a los dentistas que en las consultas extiendan esa información como una mancha de aceite

Si un paciente no se trata bien su problema periodontal, debe saber que existe esa relación con otras enfermedades. “En las consultas se debe extender esa información como una mancha de aceite”, pidió la doctora Ana Frank, que sugirió que en las clínicas dentales se incida de esa relación entre la salud bucodental y los problemas vasculares.

Tal y como explicó el doctor José Miguel Láinez, presidente de

la Sociedad Española de Neurología, “marcadores de riesgo como la periodontitis son de gran ayuda para tratar de evitar, reducir o minimizar el impacto de estos desórdenes neurológicos”. Como concluye la vicepresidenta de SEPA, Paula Matesanz, “el resultado del informe muestra que la periodontitis aumenta el riesgo de padecer ictus isquémico y demencia de tipo alzhéimer”.

El informe reporta la evidencia desde tres puntos claramente definidos: la asociación epidemiológica entre la periodontitis y estas dos enfermedades neurológicas, los mecanismos biológicos que puedan explicar estas asociaciones y los estudios de intervención sobre el efecto del tratamiento periodontal como medida preventiva primaria o secundaria de ictus y demencia.■



INVESTIGACIÓN 'NATURE'

USAR ELECTRODOS EN EL CEREBRO PARA MEDIR EL DOLOR

Por C. G. Lucio

El dolor crónico es un importante problema de salud pública que a menudo no recibe la atención que merece por las dificultades que plantea su adecuado diagnóstico y tratamiento. No siempre se puede establecer el origen del dolor y poder medir la severidad de los síntomas depende, en gran medida, del testimonio del paciente, lo que complica el abordaje del problema. Según datos de la Sociedad Española de Neurología, un 32% de la población adulta española sufre algún tipo de dolor y el 11% lo padece de forma crónica.

Una investigación publicada ayer en *Nature Neuroscience* podría, no obstante, allanar el camino para la obtención de biomarcadores objetivos del dolor, que podrían ser útiles para guiar tanto el diagnóstico como la utilización de tratamientos efectivos. Según sus datos, resulta posible utilizar señales del cerebro para medir y predecir la intensidad del dolor que una persona está experimentando.

Estos científicos, liderados por Prasad Shirvalkar y Edward F. Chang, de la Universidad de California en San Francisco (EEUU), han probado su estrategia en cuatro individuos con dolor neuropático refractario –una de las formas más intensas de dolor y que no responden a las terapias– a los que les implantaron electrodos de forma intracraneal en diferentes áreas del cerebro relacionadas con el dolor.

Durante un periodo de entre tres y seis meses, los electrodos registraron la actividad cerebral de estos cuatro individuos. A la vez, estos pacientes debían

apuntar pormenorizadamente los episodios de dolor que sufrían así como la intensidad de los síntomas que padecían. Mediante técnicas de *machine learning* los investigadores desarrollaron un método de análisis capaz de predecir con precisión y a través de marcadores de su



La imagen de rayos X de un participante del estudio muestra los electrodos en rojo. PRASAD SHIRVALKAR

actividad cerebral los niveles de intensidad del dolor que experimentaba cada paciente. Asimismo, el abordaje también permitía distinguir entre tipos de dolor, como el dolor agudo (en mayor medida relacionado con la actividad en la corteza cingulada anterior del cerebro) o el dolor crónico (que se asociaba principalmente con cambios en la actividad de la corteza orbitofrontal).

Los investigadores subrayan que estos datos, si bien se han obtenido en una muestra de solo cuatro pacientes, pueden ser muy útiles para el desarrollo de sistemas que detecten los circuitos de dolor en el cerebro y puedan guiar el diagnóstico o averiguar por qué en algunos casos los síntomas se cronifican. Además, añaden, también pueden servir para orientar el tratamiento de problemas de dolor crónico, como el que experimentan muchos pacientes tras un ictus o si sufren el denominado síndrome del miembro fantasma tras la amputación de una extremidad.

24 Mayo, 2023



El Cunqueiro cuenta con una consulta monográfica de epilepsia.

Unos 2.400 vigueses podrían tener epilepsia

El Cunqueiro cuenta con una consulta monográfica atendida por dos neurólogas que mejoran el control de la enfermedad

REDACCIÓN. VIGO
redaccionad@atlantico.net

■ ■ ■ Los expertos estiman que en una ciudad como Vigo puede haber 2.400 personas con epilepsia, porque es una dolencia que puede afectar al 0,8% de la población. El Hospital Álvaro Cunqueiro cuenta con una consulta monográfica de epilepsia atendida por dos neurólogas que realiza un seguimiento de más de 1.200 pacientes, según los últimos datos publicados en 2021. Ofrecen una atención personalizada y se ocupan de mejorar el control de la enfermedad para evitar

complicaciones o un mayor riesgo de traumatismos y muerte súbita.

La Sociedad Española de Neurología alertó ayer con motivo del Día Mundial de la Epilepsia que hasta un 18% de los casos diagnosticados pueden ser falsos positivos. De ahí, la necesidad de realizar pruebas diagnósticas a todos los pacientes sospechosos "principalmente una monitorización con electroencefalograma como primer paso para un correcto tratamiento y en las primeras horas tras producirse la crisis". La entidad reclama un "código crisis" similar al código ictus

para disminuir la morbimortalidad de las crisis epilépticas urgentes que requieren de una actuación y un diagnóstico terapéutico "precoz y preciso". La entidad destaca que aumentó el número de fármacos antiepilépticos disponibles, que ha permitido que cerca de un 70% de los pacientes puedan controlar sus crisis, y que aproximadamente un 5% de los pacientes con epilepsia también pueden beneficiarse del tratamiento quirúrgico. Sin embargo, alrededor de un 30% de los pacientes son farmacorresistentes. ■