



+INKLE

La Sociedad Española de Neurología en la prensa

Semana del 27 de marzo al 12 de abril 2010



Un referente

LLUÍS BARRAQUER BORDAS (1923-2010)
Médico neurólogo

Con el fallecimiento del doctor Lluís Barraquer Bordas desaparece una de las personalidades más sobresalientes de la neurología catalana y, evidentemente, su figura de referencia en casi todo el último tercio del siglo XX. Nació en Barcelona el 27 de abril de 1923, y ha fallecido en su retiro de Sant Climent de Llobregat el 5 de abril del 2010. En sus últimos tiempos, aunque con limitaciones físicas evidentes, ha intentado mantener su actividad y presencia, como ha demostrado al dictar la lección inaugural de curso, que por antigüedad le correspondía, en la Real Academia de Medicina de Catalunya, el último domingo del pasado mes de enero, con un texto largo y denso de contenido. En él hacía un repaso del desarrollo de su especialidad a lo largo de sus años de práctica clínica. Estudió Medicina en Barcelona, se licenció en 1947, y presentó su tesis de doctorado sobre *La apraxia constructiva...* en 1966. En su obra como médico cabe destacar principalmente tres líneas: su herencia científica, la dirección de la Escuela del hospital de Sant Pau, y sus publicaciones.

Lluís Barraquer Bordas ha sido el tercer gran personaje de la que se ha definido como Escuela de Neurología Catalana, que nació por el impulso de Lluís Barraquer Roviralta en el viejo hospital de la Santa Creu, de la calle del Hospital. La siguió su hijo, Lluís Barraquer Ferré, con aportaciones de primer nivel en la descripción de algunas patologías neurológi-

cas, y la heredó, tradición y dirección, el nieto, Lluís Barraquer Bordas.

Barraquer ha sido un incansable trabajador de la medicina, que ha dedicado buena parte de su atención a la dirección de la Escuela del hospital de Sant Pau, en la que ha organizado a lo largo de muchos años cursos de la especialidad, y después ha sido un foco de formación importante tanto para futuros neurólogos españoles (formación MIR), como en su proyección para alumnos iberoamericanos, o de otros países. Sus cursos han tenido una justa fama y difusión. Junto a ello, maestro en la clínica, en el dispensario y el servicio, ha destacado su obra escrita, que es muy amplia. Su obra docente se plasmó principalmente en la Universitat Autònoma de Barcelona, y como catedrático extraordinario de la Universidad de Navarra en 1967.

De entre todos sus libros, que son muchos, destaca el importante texto de *Neurología fundamental*, cuya primera edición es de 1963, con prólogo de Raymond Garcin, uno de los más ilustres neurólogos de la escuela francesa. El libro tuvo una gran difusión, con una segunda edición de 1968. La tercera, de 1976, alcanzó las 1.144 páginas, con prácticamente tres mil citas bibliográficas.

Entre su obra pionera deben conocerse dos textos más breves pero básicos y de contenido más específico: *Patología general del sistema piramidal* (1952) y *Fisiología y clínica del sistema límbico* (1955).

El número de sus artículos en revistas de medicina sobrepasa los cuatrocientos.

A lo largo de su vida recibió muchos honores, entre los que brevemente se destacan: presidente de honor de la Sociedad Española de Neurología, premio Jordi Gol de la Academia de Ciencias Médicas, 1988; miembro numerario de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, 1988; doctor honoris causa de la Universitat Rovira i Virgili, 2003, y Creu de Sant Jordi, 2009.

JACINT CORBELLA

Presidente de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya



ARCHIVO



Revista electrónica quincenal dirigida a los profesionales de la Salud de habla hispana. PULSE PARA LEER LAS ÚLTIMAS PUBLICACIONES

NoticiasMedicas.es

El canal de noticias médicas de [PortalesMedicos.com](#)

- [Inicio](#)
- [Ultimas Noticias](#)
- [Archivo de noticias](#)
- [Noticias por especialidad](#)
- [Fuentes](#)
- [Noticias RSS](#)
- [Publique sus noticias](#)
- [Suscribase](#)
- [Widget de Noticias](#)

Terapia con Células Madre

Tratamiento con Células Madre de enfermedades degenerativas. www.xcell-center.es/CelulasMadre

Sanitas: Cirugía Ocular

Cirugía Rápida y Segura mediante Láser Excimer. ¡Sólo en 15 minutos! www.sanitas.es/promo/laserOcular

Fisioterapia del Deporte

Título de Experto Universitario Fisioterapia Gimbernat-Cantabria UC www.eug.es

Anuncios Google

- [Revistas Medicina](#)
- [Oftalmología](#)
- [Medicina Estética](#)
- [Sportska Medicina](#)
- [Medicina Argentina](#)

Síndrome de Tourette

Diana Vasermánas - Psicóloga - Tratamiento para afectado y familia www.psicotourette.com

MARBAN Libros

Líder edición y venta libro médico Madrid España - Tl 34-91543555 www.marbanlibros.com

Ansiedad Depresión Fobias

Psicólogo en cerdanyola y barcelona Talleres de desarrollo personal 5€ www.sinapsisbcn.es

Grau en Enfermería

Vols ser graduat/ada en Infermeria? EU Gimbernat adscrita a la UAB www.eug.es

Anuncios Google

Anuncios Google

Las últimas noticias médicas en su web o blog

[Ultimas Noticias](#) [Noticias por especialidad](#) [Noticias de Medicina](#) Fallece Lluís Barraquer i Bordas, Presidente de Honor de la Sociedad Española de Neurología.

[Ultimas Noticias](#) [Noticias por especialidad](#) [Noticias de Neurología](#) Fallece Lluís Barraquer i Bordas, Presidente de Honor de la Sociedad Española de Neurología.

[Ultimas Noticias](#) [Archivo de noticias](#) [Noticias Abril 2010](#) Fallece Lluís Barraquer i Bordas, Presidente de Honor de la Sociedad Española de Neurología.

Fallece Lluís Barraquer i Bordas, Presidente de Honor de la Sociedad Española de Neurología.

Por [Sociedad Española Neurología](#) | Publicada: Ayer | [Noticias de Medicina](#) , [Noticias de Neurología](#) , [Noticias Abril 2010](#) |

SOCIEDAD ESPAÑOLA NEUROLOGIA

Ver todas las noticias por Sociedad Española Neurología

- [Anuncios Google](#)
- [Neurologia](#)
- [Medicina Y](#)
- [Barraquer](#)
- [Las Medicas](#)
- [Cubo Medicas](#)

Fallece Lluís Barraquer i Bordas, Presidente de Honor de la Sociedad Española de Neurología.

- La Sociedad Española de Neurología (SEN) quiere expresar su condolencia por la pérdida de este neurólogo que influyó notablemente en todas las generaciones de neurólogos tanto en España como en el resto del mundo

Madrid, abril de 2010.- Lluís Barraquer i Bordas, Presidente de Honor de la Sociedad Española de Neurología, y ex-presidente de la Sociedad, nacido en Barcelona el 27 de abril del 1923, falleció ayer día 5 de abril en Sant Climent de Llobregat a la edad de 86 años. La misa funeral se ha celebrado esta mañana a las 11 horas en la iglesia parroquial de Sant Climent de Llobregat a la que han asistido familiares y amigos.

Medicopedia
El Diccionario Médico Interactivo de PortalesMedicos.com

Categorías

- [Noticias por especialidad \(3303\)](#)
- [Archivo de noticias \(2218\)](#)

Opciones para esta noticia

- [Enviar a un amigo](#)
- [Agregar a Noticias Favoritas](#)
- [Agregar a 'Noticias para leer'](#)

Síguenos en:

[facebook](#)

y en [twitter](#)

sMed NoticiasMedicas.es

2137
Recent Tweets

Acreditación de webs de interés sanitario en PortalesMedicos.com (95) [link](#) about 17 hours ago

NoticiasMedicas.es Noticias del 6/04 (15) [link](#) about 21 hours ago

Osakidetza aplica a los adolescentes un novedoso tratamiento de deshabituación del cannabis. [link](#) about 21 hours ago

[Get your own Buzzom badge!](#)



Noticias medicas mas leidas

- Prevenar* 13 (vacuna neumocócica conjugada polisacárida adsorbida 13-valente) de Wyeth recibe la primera aprobación de registro sanitario.
- Ya se pueden corregir enfermedades de la columna sin cirugía abierta.
- Reconstruyen y aumentan las mamas sin prótesis, mediante transferencia de grasa propia y células madre.
- Curso de Lectura rápida de Electrocardiogramas.
- Gardasil, la vacuna tetravalente frente al Virus del Papiloma Humano ha recibido la pre- cualificación de la OMS.
- Nuevo anticonceptivo produce efectos beneficiosos en la piel y el cabello.
- Daiichi-Sankyo España lanza Sevikar®, un nuevo tratamiento eficaz para la hipertensión leve, moderada y grave.
- El síndrome del intestino irritable afecta al 20% de la población española.
- La coruña será pionera en la utilización de un láser revolucionario y definitivo para el tratamiento de las hemorroides.
- Habrà una vacuna eficaz para la gripe 2009 antes de su previsible rebrote de otoño en el hemisferio norte.

Desde la Sociedad Española de Neurología quieren expresar su condolencia por esta sensible e irreparable pérdida. "Como neurólogo, ha ejercido una notable influencia en todas las generaciones de neurólogos que le han seguido no sólo en España sino en el resto del mundo" señalan desde la SEN. Su libro, Neurología Fundamental fue un referente para todo el mundo neurológico.

SAC-Sociedad Acupuntores

Acupuntores de Cataluña y España c.Jonqueres 18 (Bcn) T.93 268 29 64
www.sac-ae.com

Anuncios Google

Compartir esta noticia

- Meneame
- Delicious
- Fresqui
- Digg
- FaceBook
- MySpace
- Yahoo
- Google
- Live Favorites
- Technorati

Enviar esta noticia por e-mail

Pulse aquí para enviar esta noticia por e-mail a algun amigo

- [Anuncios Google](#)
- [Facultad En Medicina](#)
- [Clínica Barraquer](#)
- [Medicina Em Cuba](#)
- [Medicina Laser](#)
- [Guia Medicina](#)

Secciones y Servicios principales de PortalesMedicos.com:

- [Portada](#)
- [Buscar](#)
- [Especialidades](#)
- [Casos Clinicos](#)
- [Articulos](#)
- [Imágenes](#)
- [Diaspositivas](#)
- [Publicaciones](#)
- [Revista](#)
- [Diccionario](#)
- [Apuntes](#)
- [Exámenes](#)
- [Foros](#)
- [Empleo](#)
- [Enlaces](#)



- [PortalesMedicos.com](#)
- [DirectorioSalud.com](#)
- [ComprarMasBarato.com](#)
- [Medicopedia.es](#)
- [SpaSeleccion.es](#)
- [MedBook.es](#)



Siga PortalesMedicos.com en [f](#) y en [t](#)

Siga NoticiasMedicas.es en [f](#) y en [t](#)

Copyright 2010 [NoticiasMedicas.es](#). El canal de noticias de [PortalesMedicos.com](#) | [Condiciones de uso](#) | [Contactar](#) | [Publicidad](#)



ATRAPADOS POR EL COMA

En su retorno a la vida, hay pacientes que no recorren el camino completo y quedan atascados en estadios intermedios de la conciencia sobre los que se sabe poco dónde quedan las emociones y hasta dónde llega el umbral del dolor

Elena Alonso ● MADRID

Ni Blancanieves ni la Bella Durmiente. El viaje a través de la conciencia que recorre una persona cuando cae en coma tiene poco que ver con los cuentos de hadas. Aunque muchas veces tiene un camino de ida y vuelta, con un final feliz, es un trayecto lleno de obstáculos.

Hay distintos estadios que se pueden recorrer de la vigilia al coma profundo, y al revés. Al principio, se puede experimentar confusión, sin más. Luego obnubilación, cuando el paciente permanece dormido pero contesta si se le estimula verbalmente. El estadio antes del coma es el estupor, en el que el afectado sólo regresa a una situación de vigilia si se le estimula energicamente, habitualmente con dolor, explica David A. Pérez Martínez, jefe de la sección de Neurología del Hospital Infanta Cristina de Parla, en Madrid. «En esos momentos –indica–, hay una conciencia parcial que no se memoriza. Es decir, cuando se despiertan no recuerdan lo que ha pasado incluso horas antes».

EL ESTADO

Se considera coma cuando a pesar de cualquier estímulo energético e incluso dolor el paciente no despierta. En el camino de vuelta, el destino puede atrapar al paciente en un estado vegetativo (EV) y en el mejor de los casos, en una fase de mínima conciencia, «un término acuñado hace pocos años, con criterios diagnósticos recientes y que constituye una puerta a la esperanza».

En el estado vegetativo «el paciente abre los ojos; tiene un ritmo cardíaco correcto; puede no necesitar respiración asistida aunque sí alimentación con una sonda nasogástrica o una gastrostomía pero no parece haber en cambio ninguna respuesta al entorno y de haber movimientos, son reflejos», explica Pérez Martínez, también coordinador del grupo de estudio de Neurogeriátrica de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Este especialista indica que se pasa a un estado de mínima conciencia cuando el individuo empieza a mover alguna extremidad como buscando cosas; fija la mirada en algún objeto y lo sigue por el campo visual o aprieta y explora objetos y emite algún sonido.

Pero para algunos profesionales las fronteras entre uno y otro no están del todo claras. Carlos Jiménez Ortiz, jefe de la sección de Neurología del Hospital Puerta de Hierro de Madrid, prefiere no distinguir entre estado vegetativo y de mínima conciencia y opta por explicar que en la fase de EV hay una «escala de grises» en la que el nivel de conciencia de cada paciente es un caso único y particu-

lar, así como el pronóstico de tiempo de permanencia en ese estado o las secuelas que le quedarán si sale de éste.

Con todo y, como es lógico, los familiares quieren saber si la persona que yace frente a ellos en la cama día tras día sufre o qué umbral de dolor llega a soportar. En el estado de mínima alerta «la impresión es que sí se experimenta dolor», dice David A. Pérez. En cuanto al dolor en estado vegetativo, señala que es un tema polémico que no está resuelto. «Algunos estudios revelan que cuando se les estimula dolorosamente, las áreas de dolor en el cerebro se activan aunque con menor extensión y actividad que un sujeto sano y que puede tratarse sólo de una actividad automática, sin conciencia. Otros especialistas deducen que quizás puedan tener alguna sensación porque a veces el corazón se taquicardiza o sube la tensión», dice.

COMPRENDER

Otra de las dificultades para los familiares es que a partir del momento en el que a un paciente se le diagnostica un coma entran en juego un montón de términos y variables entorno a los pronósticos de recuperación. Los familiares oyen o leen informaciones que hablan de coma reversible, irreversible, estado vigil, estado vegetativo permanente o vegetativo persistente ¿A qué se refieren?

El doctor Jiménez Ortiz explica que si el tronco cerebral funciona y sólo está dañada la corteza, se puede valorar como un coma reversible con buen o mal pronóstico en función de la actividad que capte el electroencefalograma (EEG). En el primer caso, el EEG presenta una actividad superior a los 4 Hertzios (Hz) y

puede existir una recuperación rápida-mente progresiva en los siguientes días.

En el caso de un coma reversible con un mal pronóstico –continúa Carlos Jiménez Ortiz– el EEG registra una actividad muy lenta, 1-2 Hz EEG. Con este cuadro, el paciente puede iniciar una recuperación lenta y entrar en estado vegetativo o coma vigil. En este momento en el que el paciente abre los ojos «suele ocurrir que el familiar cree que está más consciente de lo que realmente está. Pero ni está tan despierto, ni memoriza ni reconoce tanto. Aunque tiene actividad vital y pueda hacer gestos», señala Jiménez.

Por último, cuando, habitualmente por

lesiones vasculares, una exploración neurológica detallada evidencia que toda la estructura del tronco cerebral está dañada, estamos ante un caso de coma irreversible, aunque el encefalograma registre actividad cerebral, advierte este especialista. Si éste es plano, se trata de una muerte cerebral.

¿UNA SALIDA?

Para el doctor David A. Pérez efectivamente puede haber comas con una recuperación rápidamente progresiva porque sea un trastorno reversible como una hipoglucemia, una encefalopatía hepática o renal o una disminución de oxígeno, de manera que el paciente recupera, está estupefado, luego obnubilado, luego coma confuso y finalmente en un estado normal. Pero si el cerebro ha sufrido un daño importante –por paradas cardiorespiratorias o falta de riego cerebral prolongadas, por ejemplo–, pueden quedar secuelas y pasar dos cosas: muerte cerebral o evolución hasta un estado vegetativo.

Explica que un EV de más de un mes se denomina «persistente». Señala que, de manera general, se estima que tras un año en caso de un traumatismo craneoencefálico o un accidente de tráfico severo, y después de tres a seis meses si es por una falta de riego global, se puede hablar de EV permanente, «porque las posibilidades de recuperación en esa situación son mínimas». Si, por el contrario, el paciente evoluciona a un estado de mínima conciencia «es el momento de intensificar la rehabilitación porque pueden llegar a tener una conciencia óptima aunque con posibles alteraciones de lenguaje o movilidad» continúa.

Muchos de estos pacientes pasan por la consulta de la neuropsicóloga Almudena Reyero en el Centro Lescer de tratamiento de la lesión cerebral, en Madrid. «No está demostrado que el paciente no perciba nada, más bien existen experiencias de lo contrario. Que no responda no significa que no perciba. La recomendación general es que se le trate siempre pensando que se entera de todo», dice. En este sentido, el doctor Jiménez Ortiz señala que «en general, la profesión médica trata a todos los pacientes en cualquiera de las situaciones de forma exquisita».

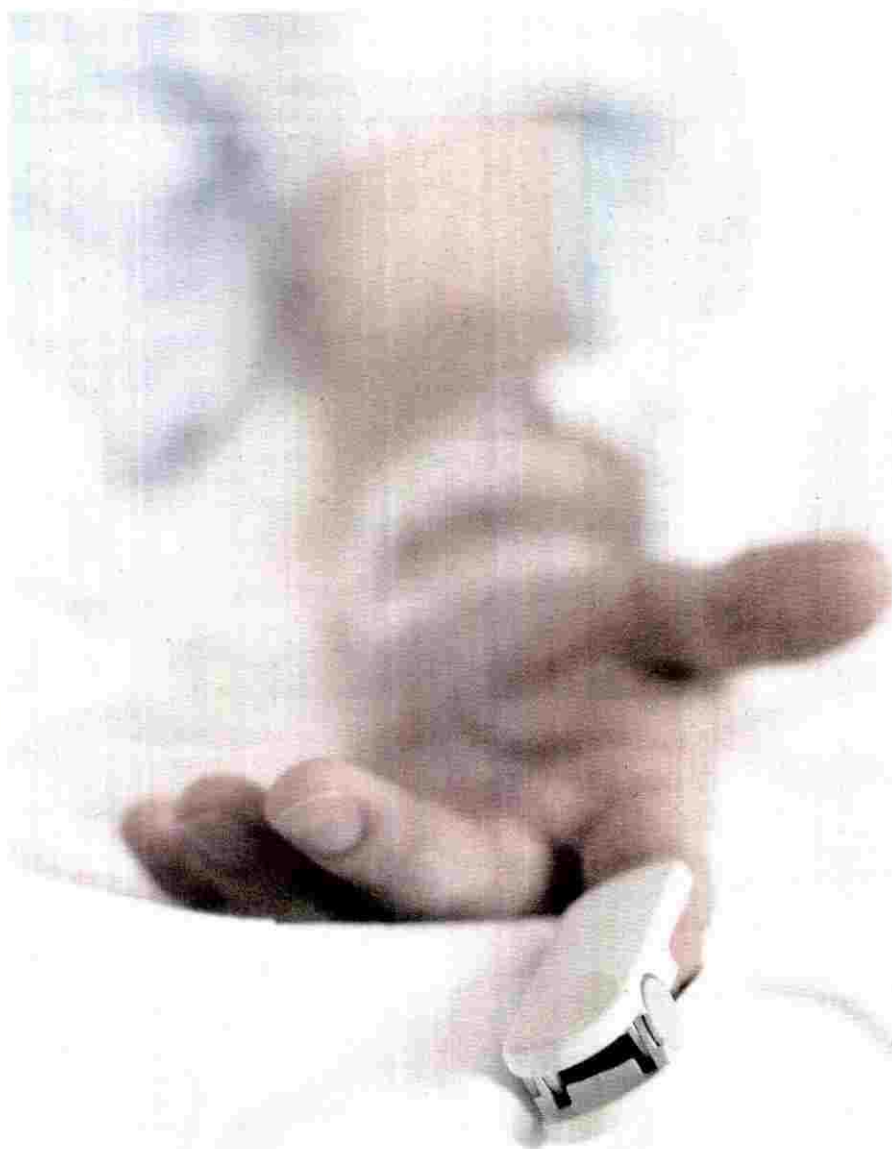
Facilitarle reconocer a otros a través de la asociación; decirle siempre lo mismo al llegar o hacerle la misma caricia de manera que pueda predecir de quién se trata y no se asuste; contarle todo lo que va a suceder con antelación; subir y bajar las persianas para que diferencie el día de la noche; dejar tiempo suficiente entre el estímulo y una posible respuesta y por supuesto, crear una rutina de actividades

Todos los que despiertan presentan en algún momento síntomas depresivos

Hay que trabajar con la familia y evitar el «estrés del cuidador», que se ve sobrecargado



El dolor en el estado vegetativo es un tema polémico que no está resuelto



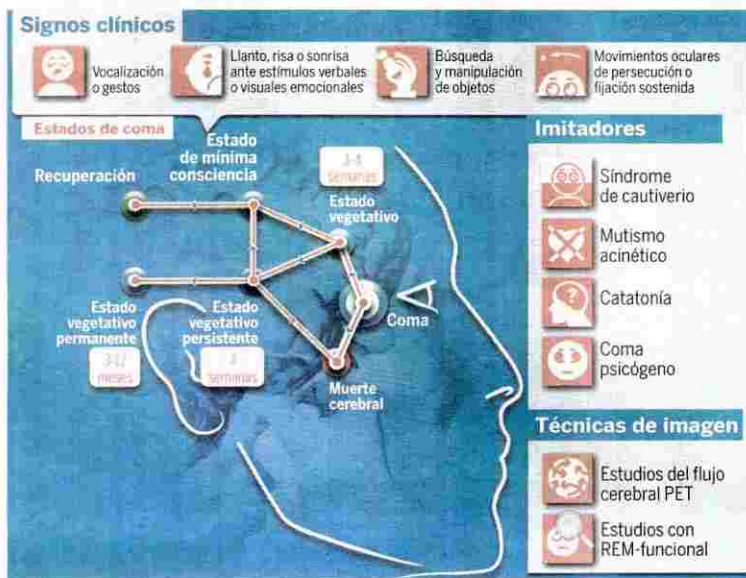
CORBIS

Hay distintos estadios que se pueden recorrer de la vigilia al coma profundo, y al revés

y gran contacto afectivo son algunas de las recomendaciones de Reyero.

Según Jaime del Corral, psiquiatra de la Clínica Nuestra Señora de La Paz y del Centro Lescer, a todos los individuos que salen del coma o en estado de mínima alerta se les va a presentar en algún momento síntomas depresivos, como falta de iniciativa. Además, recuerda que hay que trabajar con la familia y evitar el «estrés del cuidador» que se ve sobrecargado.

Aunque se presenta de forma excepcional, hay que diferenciar todos estos cuadros del síndrome del cautiverio en el que el enfermo preserva completamente la conciencia y puede establecer un lenguaje simbólico a través del parpadeo para comunicarse.





Diagnóstico difícil y tardío

Más de 3 millones de españoles sufren alguna enfermedad rara. Pero se calcula que el 20% de ellos tarda hasta diez años en ser diagnosticada. Por eso, la Sociedad Española de Neurología reclama más medios para avanzar en la investigación de este tipo de enfermedades minoritarias.

- [VIVIR EL DÍA](#)
- [COMUNICACIÓN TV](#)
- [RELIGIÓN](#)
- [LA RED](#)
- [LOS TOROS](#)
- [VERDE](#)
- [CIENCIA](#)
- [VD VIAJES](#)
- [MOTOR](#)
- [REPORTER](#)



Atrapados por el coma

27 Marzo 10 - Elena Alonso

En su retorno a la vida, hay pacientes que no recorren el camino completo y quedan atascados en estadios intermedios de la conciencia sobre los que se sabe poco dónde quedan las emociones y hasta dónde llega el umbral del dolor

Ni Blancanieves ni la Bella Durmiente. El viaje a través de la conciencia que recorre una persona cuando cae en coma tiene poco que ver con los cuentos de hadas. Aunque muchas veces tiene un camino de ida y vuelta, con un final feliz, es un trayecto lleno de obstáculos.

Hay distintos estadios que se pueden recorrer de la vigilia al coma profundo, y al revés. Al principio, se puede experimentar confusión, sin más. Luego obnubilación, cuando el paciente permanece dormido pero contesta si se le estimula verbalmente. El estadio antes del coma es el estupor, en el que el afectado sólo regresa a una situación de vigilia si se le estimula enérgicamente, habitualmente con dolor, explica David A. Pérez Martínez, jefe de la sección de Neurología del Hospital Infanta Cristina de Parla, en Madrid. «En esos momentos –indica–, hay una conciencia parcial que no se memoriza. Es decir, cuando se despiertan no recuerdan lo que ha pasado incluso horas antes».

El estado

Se considera coma cuando a pesar de cualquier estímulo enérgico e incluso dolor el paciente no despierta. En el camino de vuelta, el destino puede atrapar al paciente en un estado vegetativo (EV) y en el mejor de los casos, en una fase de mínima conciencia, «un término acuñado hace pocos años, con criterios diagnósticos recientes y que constituye una puerta a la esperanza».

En el estado vegetativo «el paciente abre los ojos; tiene un ritmo cardíaco correcto; puede no necesitar respiración asistida aunque sí alimentación con una sonda nasogástrica o una gastrostomía pero no parece haber en cambio ninguna respuesta al entorno y de haber movimientos, son reflejos», explica Pérez Martínez, también coordinador del grupo de estudio de Neurogeriatría de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Este especialista indica que se pasa a un estado de mínima conciencia cuando el individuo empieza a mover alguna extremidad como buscando cosas; fija la mirada en algún objeto y lo sigue por el campo visual o aprieta y explora objetos y emite algún sonido.

Pero para algunos profesionales las fronteras entre uno y otro no están del todo claras. Carlos Jiménez Ortiz, jefe de la sección de Neurología del Hospital Puerta de Hierro de Madrid, prefiere no distinguir entre estado vegetativo y de mínima conciencia y opta por explicar que en la fase de EV hay una «escala de grises» en la que el nivel de conciencia de cada paciente es un caso único y particular, así como el pronóstico de tiempo de permanencia en ese estado o las secuelas que le quedarán si sale de éste.

Con todo y, como es lógico, los familiares quieren saber si la persona que yace frente a ellos en la cama día tras día sufre o qué umbral de dolor llega a soportar. En el estado de mínima alerta «la impresión es que sí se experimenta dolor», dice David A. Pérez. En cuanto al dolor en estado vegetativo, señala que es un tema polémico que no está resuelto. «Algunos estudios revelan que cuando se les estimula dolorosamente, las áreas de dolor en el cerebro se activan aunque con menor extensión y actividad que un sujeto sano y que puede tratarse sólo de una actividad automática, sin conciencia. Otros especialistas deducen que quizás puedan tener alguna sensación porque a veces el corazón se taquicardiza o sube la tensión», dice.

Comprender

Otra de las dificultades para los familiares es que a partir del momento en el que a un paciente se le diagnostica un coma entran en juego un montón de términos y variables entorno a los pronósticos de recuperación. Los familiares oyen o leen informaciones que hablan de coma reversible, irreversible, estado vigil, estado vegetativo permanente o

vegetativo persistente ¿A qué se refieren?

El doctor Jiménez Ortiz explica que si el tronco cerebral funciona y sólo está dañada la corteza, se puede valorar como un coma reversible con buen o mal pronóstico en función de la actividad que capte el electroencefalograma (EEG). En el primer caso, el EEG presenta una actividad superior a los 4 Hertzios (Hz) y puede existir una recuperación rápidamente progresiva en los siguientes días.

En el caso de un coma reversible con un mal pronóstico –continúa Carlos Jiménez Ortiz– el EEG registra una actividad muy lenta, 1-2 Hz EEG. Con este cuadro, el paciente puede iniciar una recuperación lenta y entrar en estado vegetativo o coma vigil. En este momento en el que el paciente abre los ojos «suele ocurrir que el familiar cree que está más consciente de lo que realmente está. Pero ni está tan despierto, ni memoriza ni reconoce tanto. Aunque tiene actividad vital y pueda hacer gestos», señala Jiménez.

Por último, cuando, habitualmente por lesiones vasculares, una exploración neurológica detallada evidencia que toda la estructura del tronco cerebral está dañada, estamos ante un caso de coma irreversible, aunque el encefalograma registre actividad cerebral, advierte este especialista. Si éste es plano, se trata de una muerte cerebral.

¿Una salida?

Para el doctor David A. Pérez efectivamente puede haber comas con una recuperación rápidamente progresiva porque sea un trastorno reversible como una hipoglucemia, una encefalopatía hepática o renal o una disminución de oxígeno, de manera que el paciente recupera, está estuporoso, luego obnubilado, luego confuso y finalmente en un estado normal. Pero si el cerebro ha sufrido un daño importante –por paradas cardiorespiratorias o falta de riego cerebral prolongadas, por ejemplo–, pueden quedar secuelas y pasar dos cosas: muerte cerebral o evolución hasta un estado vegetativo.

Explica que un EV de más de un mes se denomina «persistente». Señala que, de manera general, se estima que tras un año en caso de un traumatismo craneoencefálico o un accidente de tráfico severo, y después de tres a seis meses si es por una falta de riego global, se puede hablar de EV permanente, «porque las posibilidades de recuperación en esa situación son mínimas». Si, por el contrario, el paciente evoluciona a un estado de mínima conciencia «es el momento de intensificar la rehabilitación porque pueden llegar a tener una conciencia óptima aunque con posibles alteraciones de lenguaje o movilidad» continúa.

Muchos de estos pacientes pasan por la consulta de la neuropsicóloga Almudena Reyero en el Centro Lescer de tratamiento de la lesión cerebral, en Madrid. «No está demostrado que el paciente no perciba nada, más bien existen experiencias de lo contrario. Que no responda no significa que no perciba. La recomendación general es que se le trate siempre pensando que se entera de todo», dice. En este sentido, el doctor Jiménez Ortiz señala que «en general, la profesión médica trata a todos los pacientes en cualquiera de las situaciones de forma exquisita».

Facilitarle reconocer a otros a través de la asociación; decirle siempre lo mismo al llegar o hacerle la misma caricia de manera que pueda predecir de quién se trata y no se asuste; contarle todo lo que va a suceder con antelación; subir y bajar las persianas para que diferencie el día de la noche; dejar tiempo suficiente entre el estímulo y una posible respuesta y por supuesto, crear una rutina de actividades y gran contacto afectivo son algunas de las recomendaciones de Reyero.

Según Jaime del Corral, psiquiatra de la Clínica Nuestra Señora de La Paz y del Centro Lescer, a todos los individuos que salen del coma o en estado de mínima alerta se les va a presentar en algún momento síntomas depresivos, como falta de iniciativa. Además, recuerda que hay que trabajar con la familia y evitar el «estrés del cuidador» que se ve sobrecargado.

Aunque se presenta de forma excepcional, hay que diferenciar todos estos cuadros del síndrome del cautiverio en el que el enfermo preserva completamente la conciencia y puede establecer un lenguaje simbólico a través del parpadeo para comunicarse.

[Enviar a un amigo](#)



en forma

Es frecuente hablar de dolor de cabeza, en singular, cuando lo apropiado sería hablar de dolores de cabeza –o cefaleas–, en plural, porque bajo el paraguas de esta expresión conviven múltiples dolencias diferentes. ¡Hasta 300!

Texto Mayte Rius

Prácticamente todo el mundo sabe, por propia experiencia, qué es una cefalea o dolor de cabeza. Pero no todas las cefaleas son iguales. Existen más de 300 tipos diferentes, según Pablo Irimía, neurólogo y responsable de la Unidad de Cefaleas de la Clínica Universitaria de Navarra. Hay dolores de cabeza que son una enfermedad en sí mismos, y otros que sólo son síntomas de otra dolencia. Por suerte, los más frecuentes son los primeros y, en su mayoría, resultan banales y se abordan con un simple analgésico. Pero también hay dolores de cabeza tras los que se esconden problemas de salud importantes, como el cáncer, el sida, infecciones, hemorragias o aneurismas cerebrales, que tienen en la cefalea uno de sus primeros síntomas. Los especialistas distinguen entre cefaleas primarias (aquellas en las que el dolor de cabeza es la única enfermedad) y secundarias (donde el dolor de cabeza es un indicador de una complicación), y aseguran que estas últimas suponen sólo entre el 1% y el 2% de los casos.

El dolor de cabeza más habitual, el que padece entre el 70% y el 80% de la población, es la cefalea tensional, provocada por estrés, por falta de descanso, por malas posturas, por falta de sueño... Constituye, junto con la migraña y la cefalea en racimos, una cefalea primaria, que normalmente cursa con dolor leve que puede solventarse con un analgésico simple, con frecuencia recurriendo a la automedicación. El problema es que, en ocasiones, se cronifica y provoca que los pacientes lo pasen muy mal, que se deterio-

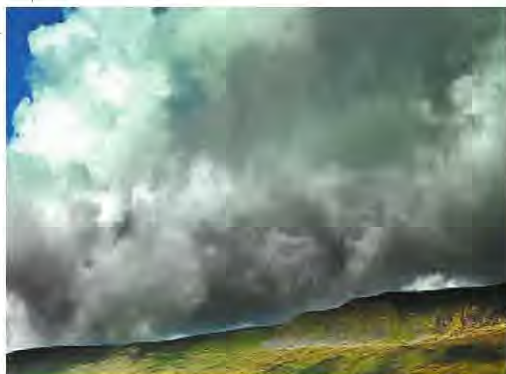
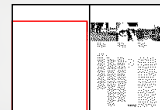
re mucho su calidad de vida. Porque cuando las cefaleas se repiten a menudo –se considera crónica cuando la persona la sufre más de 15 días al mes– resultan muy incapacitantes y obligan a la persona a modificar sus rutinas y actividades cotidianas. La situación es especialmente grave en el caso de la migraña, un tipo de cefalea en que el dolor aumenta si uno se mueve, con el ruido o con la luz. “Uno de los mayores hándicaps de quienes padecen dolores de cabeza es el desprecio del entorno, que hace que se sientan culpables de que les duela la cabeza y por ello tener que cesar su actividad, sobre todo cuando alguno les cuestiona ‘¿y por un dolor de cabeza no vas a trabajar?’”, explica la presidenta de la Asociación Española de Pacientes con Cefalea, Elena Ruiz de la Torre. Critica el desconocimiento social que existe sobre el impacto de la cefalea y recuerda que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que una crisis de migraña es tan discapacitante como pasar un día con tetraplejía, y que la cefalea en racimos es conocida como la enfermedad del suicidio por el dolor tan desesperante que ocasiona. Según los datos de la Asociación, en España hay 1,6 millones de personas con cefaleas crónicas incapacitantes.

Isabel Sánchez, médica y patrona de la Fundación Grunenthal, especializada en la investigación del dolor, enfatiza las graves consecuencias de las cefaleas, tanto para el afectado como en términos económicos. “Hay unos gastos directos, porque se acude a urgencias, se realizan pruebas diagnósticas, se toman medicamentos...; pero también costes indirectos, porque tanto la migraña como la cefalea tensional se producen ▶

CUÁNDO ALARMARSE

Hay una serie de síntomas relacionados con los dolores de cabeza que los neurólogos consideran signos de alarma y que justifican acudir a un servicio de urgencias médicas.

- > Cuando se tiene un dolor agudo, que aparece de forma rápida e intensa. Puede ser indicativo de un aneurisma cerebral o de una hemorragia.
- > Cuando la cefalea aparece en personas mayores de 50 años que antes no tenían.
- > Cuando personas con dolor de cabeza habitual notan algo diferente. Por ejemplo, personas con migrañas que comienzan a tener dolor bilateral.
- > Cuando el dolor de cabeza al que estamos acostumbrados va a más y no se nota mejoría entre crisis y crisis.
- > Cuando una persona que nunca ha tenido dolor de cabeza de repente comienza a tener y va a más.
- > Cuando la cefalea va asociada a otros síntomas neurológicos, como problemas en el habla o debilidad en una parte del cuerpo.
- > Cuando el dolor de cabeza te despierta en mitad de la noche.
- > Cuando la cefalea surge o se agrava con el ejercicio, con la tos o tras el coito.
- > Cuando el dolor cursa con fiebre y rigidez en el cuello.
- > Cuando se produce después de un accidente o de un traumatismo craneal.



Presión atmosférica Los cambios de presión atmosférica y de temperatura contribuyen a desencadenar cefaleas y migrañas



Helados Los alimentos fríos causan dolores de cabeza a algunas personas porque la baja temperatura del paladar afecta a los nervios



ES-3 DE ABRIL DEL 2010

Relaciones sexuales El dolor de cabeza tras el coito requiere consulta médica porque puede indicar alguna malformación craneal

PARA PREVENIR, UNA VIDA ORDENADA

La mejor receta para evitar los dolores de cabeza es, según los neurólogos y los afectados, llevar una vida ordenada y saludable.

- > Dormir durante un número suficiente de horas sin tampoco excederlo
- > Evitar cambiar los horarios de sueño durante el fin de semana
- > No trasnochar
- > Mantener unos horarios más o menos fijos de comidas y evitar ayunos prolongados
- > Practicar ejercicio físico de forma regular
- > Seguir una dieta variada en la que abunden los productos frescos
- > Evitar los alimentos precocinados
- > Evitar la obesidad, porque contribuye a que la cefalea se cronifique
- > Evitar el alcohol, el café y otras bebidas con cafeína u otros excitantes, así como el tabaco
- > No abusar de los analgésicos, ni automedicarse
- > Introducir algunos cambios en el estilo de vida para reducir los niveles de estrés

► sobre todo entre la segunda y cuarta década de la vida, cuando la gente está en su etapa laboral más intensa, y provocan absentismo, falta de productividad o trabajo mal realizado”, comenta. En el 2006, un informe de la Fundación Española de Enfermedades Neurológicas cifraba todos estos costes en 1.076 millones de euros, de los que el 68% correspondían a pérdida de productividad por absentismo y bajo rendimiento.

Pero si son muchos los pacientes que acuden al médico de cabecera o a los servicios de urgencias por su dolor de cabeza, también son muchos los que no van al médico. Según Ruiz de la Torre, un 60% de los pacientes de cefalea no están diagnosticados, lo que aumenta el riesgo de que la enfermedad se agrave y de que, cuando la persona llegue al especialista, ya esté cronificada. Y el diagnóstico es fundamental, porque cada dolor de cabeza tiene un tratamiento diferente, y una persona puede sufrir distintos tipos de cefaleas y necesitar una medicación diferente para cada una de ellas. “Si no están bien diagnosticadas y el paciente se automedica, puede acabar provocándose nuevas crisis por medicación, por abuso de analgésicos, y convertir la cefalea en crónica”, señala José Álvarez Sabin, jefe del servicio de neurología del hospital universitario Vall d’Hebron. Y explica que el dolor de cabeza puede convertirse en un círculo vicioso: “Hay personas que tienen cefaleas casi diarias y toman medicación a menudo y, cuando dejan de tomarla, la propia ausencia de analgésico provoca de nuevo dolor”. El coordinador del grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología, Samuel Díaz Insa, alerta de que estos pacientes son difíciles de tratar y que en ocasiones requieren de ingreso hospitalario para desengancharse de los analgésicos.

Y si a algunas personas son los propios analgésicos los que les desencadenan el dolor de cabeza, a otros son los helados o la ingesta de cosas frías, a otros son los helados o la ingesta de cosas frías, o practicar deporte, o la actividad sexual, o toser,

o defecar... Y algunos de estos dolores de cabeza son indicativos de un tumor o de un chiari, una malformación craneal. De ahí que sea tan importante un buen diagnóstico y tratamiento. También hay cefaleas producidas por problemas oculares, como astigmatismo o hipermetropía, que surgen exclusivamente durante la lectura o un trabajo que exige fijar la vista y se localizan detrás de los ojos y de la frente. “Estos dolores aparecen también en épocas de exámenes o de estrés en personas que ya de por sí presentan cefalea frente a otros estímulos, y también es común sufrir dolor de cabeza al cambiar la graduación de las gafas o lentes”, indica Álvarez Sabin.

Los especialistas consultados admiten que por un dolor de cabeza ocasional no hace falta acudir al médico, salvo que se trate de un dolor muy intenso o que vaya acompañado de alguno de los síntomas de alarma que apuntan los neurólogos, como debilidad del cuerpo, problemas en el habla, fiebre, dolor asociado a un esfuerzo... (véase información de apoyo). Pero siempre debe solicitarse diagnóstico médico cuando las cefaleas duran días o se repiten. Las primarias se diagnostican en función de las explicaciones y síntomas que relata el paciente y una exploración neurológica, mientras que las secundarias obligan a hacer más pruebas analíticas o de imagen, sobre todo en aquellos pacientes que tienen los denominados signos de alarma. Y si se tienen cefaleas resistentes, que se mantienen a lo largo de los meses o de años, el consejo médico es acudir a un neurólogo o a una de las unidades especializadas en cefaleas que existen.

De todos modos, por algunos de los síntomas que sufre, el afectado ya puede sospechar qué tipo de dolor de cabeza padece, pues mientras la migraña provoca un dolor pulsátil (como un latido) y localizado en un lado, el dolor de la cefalea tensional es bilateral, como si ejercieran presión en la cabeza, y suele empeorar a medida que transcurre el día. “Todas las cefaleas prima-

SI UNO TOMA A MENUDO ANALGÉSICOS PARA LAS CEFALÉAS SIN CONSULTAR AL MÉDICO, PUEDE HACERLAS CRÓNICAS



Deporte Algunas personas sufren cefaleas después de practicar deporte o de realizar un esfuerzo, como toser. Conviene acudir al médico



Problemas oculares Las cefaleas de causa ocular son muy poco frecuentes y se provocan durante la lectura o un trabajo de concentración



Alcohol El consumo de alcohol es un factor desencadenante de dolores de cabeza (la popular resaca) y agrava las cefaleas crónicas

LAS MÁS FRECUENTES

Cefalea tensional

Es la más común. De forma esporádica o episódica, la sufre entre el 70% y el 80% de la población. Y se calcula que entre un 2% y un 5% (según las fuentes) la han cronificado, es decir, la padecen más de 15 días al mes. Se caracteriza por un dolor bilateral y opresivo (como un torniquete que aprieta, o como un peso), que tiende a aumentar a medida que transcurre el día, que no siempre se localiza en el mismo sitio y que a veces se irradia por el cuello. Se produce por estrés, por tensión emocional, por cambios de presión atmosférica, por hambre, por comidas copiosas, por alcohol... Hay algunas personas a las que siempre se les desencadena a determinada hora del día. El tratamiento, más que farmacológico, consiste en identificar los factores desencadenantes e intentar evitarlos. Es decir, en reeducar el estilo de vida.

Migraña

Antes se conocía como jaqueca. Son migrañosos —es decir, han tenido al menos 5 episodios de migraña— entre el 12% y el 15% de la población. La sufren prácticamente tres mujeres por cada varón. Se produce por una alteración del sistema nervioso central, del encéfalo, y existe una predisposición genética a padecerla. Se trata de un dolor unilateral, pulsátil (como latidos), que empeora al mover la cabeza o al agacharse, que dura entre cuatro horas y tres días, que se acompaña de hipersensibilidad a la luz y a los ruidos, de sensación de náusea o vómitos y, en un 20% de los afectados, también de visión borrosa con destellos que afectan al campo visual y de hormigueos en una parte del cuerpo (lo que se denomina migraña con aura). Algunos pacientes sufren también alodinia, una alteración sensitiva que provoca que cosas tan simples como el tacto, peinarse o llevar gafas provoquen dolor. Algunos estudios hablan de hasta 150 factores desencadenantes de las crisis de migraña, entre los que figuran estrés, falta de sueño, dormir mucho, cambios hormonales, algunos fármacos, la luz intensa, estímulos intermitentes, cambios de temperatura y presión y muchos alimentos, como el chocolate, el vino tinto, los quesos, el embutido... Pero los factores cambian de una persona a otra, y lo importante es conseguir identificarlos.

Cefalea en racimos

También se denomina en brotes o cluster. Algunos estudios estiman que la padecen al menos 9 de cada 10.000 habitantes, aunque la Asociación Española de Pacientes con Cefaleas considera que su incidencia es bastante superior. Al contrario que la migraña, es más frecuente en los hombres que en las mujeres, en una relación de tres a uno. Se produce por una alteración en el encéfalo y provoca un dolor tan desesperante que algunos la denominan la enfermedad del suicidio, por la elevada tasa de este tipo de muertes entre quienes la padecen. Es un dolor que aparece de una a tres veces al día, normalmente siempre a la misma hora, en periodos que pueden durar semanas o, en el peor de los casos meses. El dolor suele centrarse en el área orbitaria, siempre en el mismo ojo, y muchos pacientes lo describen explicando que es "como si te metieran un destornillador por el ojo y otro por la sien". Suele ir acompañada de enrojecimiento del ojo, lagrimeo, moqueo, congestión facial y una agitación que impide a la persona estar quieta. Dura de 30 a 40 minutos y remite sola. Los neurólogos aseguran que actualmente hay tratamientos bastante efectivos con oxígeno o con estimuladores intracerebrales.

HAY QUE CONSULTAR AL MÉDICO CUANDO LA CEFALEA SE REPITE O DURA DÍAS

rias están causadas por alteraciones del sistema nervioso que provocan hipersensibilidad a algo", dice José Álvarez Sabin. Pero mientras en la migraña y la cefalea en racimos el dolor obedece a problemas vasculares, a la inflamación de las arterias, en la tensional lo que sufren son los nervios. Lo cierto es que ninguna de ellas se cura, pero los especialistas aseguran que con un buen tratamiento mejoran y se evitan muchas crisis. De hecho, lo que más ha avanzado en los últimos años son los tratamientos preventivos, destinados a reducir las crisis de cefalea o a minimizar sus efectos. "Cuando el dolor resulta incapacitante y no te permite ir a trabajar, los analgésicos simples, como paracetamol o ibuprofeno, no son suficientes, y es el momento de pasar a otros tratamientos específicos, como los triptanes en el caso de la migraña", indica el doctor Irimia. Álvarez Sabin, por su parte, recomienda iniciar tratamientos preventivos cuando se tienen más de tres o cuatro crisis de dolor de cabeza al mes: "En el caso de las migrañas, se utilizan betabloqueantes para prevenir la vasodilatación excesiva que las acompaña, y antidepresivos como el tryptizol para las personas con ansiedad; y en las cefaleas tensionales se están utilizando antidepresivos tricíclicos en pequeñas dosis".

Díaz Insa apunta que, para los casos más graves, aquellos que no responden bien a la medicación, se utilizan tratamientos con estimuladores intracraniales que potencian la actividad de las estructuras cerebrales que se encargan de cortar el dolor. En concreto, se está utilizando la estimulación sobre el nervio occipital mayor en la cefalea en racimo y en la migraña. "Otro tratamiento que se aprobará en breve y que ha demostrado su utilidad para la migraña crónica y para la cefalea por abuso de medicamentos son las infiltraciones de toxina botulínica en 15 o 30 puntos de la cabeza, porque desensibiliza e inhibe la transmisión del dolor hacia dentro", añade el coordinador del grupo de estudio de cefaleas de la Sociedad Española de Neurología. ■


[registrar en titulares](#) | [conectar](#)
ELPAÍS.com | Salud

Martes, 6/4/2010, 09:27 h

[Inicio](#) | [Internacional](#) | [España](#) | [Deportes](#) | [Economía](#) | [Tecnología](#) | [Cultura](#) | [Gente y TV](#) | **Sociedad** | [Opinión](#) | [Blogs](#) | [Participa](#)

[Educación](#) | [Salud](#) | [Ciencia](#) | [El Viajero](#) | [El País semanal](#) | [Domingo](#)
[ELPAÍS.com](#) > [Sociedad](#) > [Salud](#)

El ictus y el cáncer de pulmón cuestan más vidas en el sur

El 'Atlas de mortalidad' revela cómo la pobreza provoca más fallecimientos

ELENA G. SEVILLANO - Madrid - 30/03/2010

Vota

Resultado ★★★★★ 18 votos

Comentarios - 4

Está claro que no es cosa del azar. Si lo fuera, la distribución de las enfermedades sería uniforme en la región. Y no es así, como demuestra el [Atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid](#). Hay zonas que aparecen cubiertas de color rojo siguiendo patrones muy concretos. Son acumulaciones de casos, barrios o pueblos en los que el riesgo de muerte es muy superior a la media. Y hay una pauta que se repite, machacona: el sur sale peor parado. El sureste, en concreto.

Enfermedades con mayor mortalidad y las zonas (distritos sanitarios) donde causan más víctimas

Dónde nos morimos más

La noticia en otros webs

- [webs en español](#)
- [en otros idiomas](#)

Es así para el sida, la cirrosis hepática, el cáncer de laringe, la enfermedad crónica de vías respiratorias, el cáncer de estómago... ¿Qué lo explica? El epidemiólogo Javier Segura, uno de los autores del atlas, apunta a varios factores: los estilos de vida (dieta, tabaquismo...), el grado de acceso a la sanidad, las exposiciones laborales, las ambientales (tráfico, industrias contaminantes). Pero todas ellas, al final, se resumen en una: la situación socioeconómica.

Los investigadores han comprobado que, para la mayoría de las enfermedades, a menos recursos, más riesgo de muerte. El nivel socioeconómico explicaría, según los expertos, la distribución de zonas de riesgo para las principales causas de muerte en la región. En hombres, el cáncer de pulmón. En mujeres, las enfermedades cerebrovasculares (ictus). Las dos golpean más en el sur de la región. Aún más evidente es el patrón de la mortalidad por diabetes, una mancha roja muy compacta que se extiende por el cinturón sur.

La relación entre la situación socioeconómica y la mortalidad es lo que los expertos llaman gradiente social positivo o directo: a menos recursos, más riesgo de morir. "Llama la atención la magnitud de la desigualdad social del riesgo de morir en el caso del sida", destaca Segura, uno de los autores del estudio. "Los hombres que residen en las secciones más desfavorecidas tienen más de cinco veces más riesgo de morir que los de las más privilegiadas". El atlas dibuja "los territorios donde golpeó más intensamente la lacra de la droga, y donde siguieron muriendo de forma prematura un número importante de madrileños entre 1996 y 2003".

Los mapas que han elaborado los epidemiólogos describen la distribución geográfica de la mortalidad por sección censal (1.400 habitantes de media), sexo y causa de muerte a partir de los fallecimientos de un periodo amplio (1996-2003). Usar la unidad de información censal más pequeña disponible les ha permitido contar con una medida muy homogénea en términos socioeconómicos, mucho más que los distritos o las áreas sanitarias. Así es como han podido estudiar tan al detalle la asociación estadística entre el riesgo de morir y el nivel social y económico.

Para poner a prueba la hipótesis de que las zonas más deprimidas presentaban mayor mortalidad, los investigadores crearon un "índice de privación" a partir de varios indicadores: tasa de desempleo, de trabajadores manuales, asalariados eventuales, educación insuficiente... A cada sección censal le correspondía un valor numérico según ese índice. Las ordenaron, las agruparon y resultó que, en el caso de los hombres, las zonas con peores condiciones socioeconómicas tenían un riesgo de muerte un 50% superior a las más ricas. Entre las mujeres, del 16%.

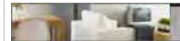
Los especialistas médicos también explican así las diferencias en mortalidad que se



Robot Roomba 520
Precio 359 €


 Lo más visto

1. ¿Esa falda no te está pequeña?
2. La Guardia Civil busca un objeto cortante como el arma del "asesinato" de Seseña
3. El iPad, pirateado
4. Un video muestra cómo militares estadounidenses matan en Bagdad a un fotógrafo de Reuters
5. "Son días de hablar poco y de rezar mucho"
6. Empieza el plazo para solicitar el borrador de la renta 2009
7. Un terremoto de magnitud 7,2 sacude el norte de México
8. ¿Uno más en la familia?
9. Raúl Castro se atrincheró contra el mundo
10. China veta a Bob Dylan



aprecian en los mapas:

- Enfermedad cerebrovascular. Principal causa de muerte en las mujeres. El riesgo se concentra en el sureste: Arganda, Aranjuez, Coslada, Navalcarnero... "Cuanto menos nivel económico mayor mortalidad cerebrovascular. Eso puede deberse a que al menor nivel económico corresponde menos cultura sanitaria, menos control de los factores de riesgo vascular, peor dieta, más tabaco, más alcohol y menos ejercicio físico", explica Jaime Masjuan, coordinador del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología.

El especialista apunta a otra hipótesis que, asegura, "habrá que tener muy en cuenta en futuros estudios". Las unidades de ictus (IU), atendidas por neurólogos especializados, "no están uniformemente distribuidas ni en la Comunidad de Madrid ni en España", asegura. "Aunque hay un Plan de Atención al Ictus en Madrid, según el que todos los pacientes con ictus de menos de seis horas de evolución deberían ingresar en una de las seis unidades de Madrid, muchas veces esto no es así, y los pacientes se quedan en hospitales de la periferia donde no hay neurólogos de guardia ni IU", subraya. La atención especializada del ictus "ha demostrado claramente que disminuye mucho la mortalidad y las secuelas", concluye.

- Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón. Es la enfermedad que mata a más hombres madrileños, según el último *Informe del estado de salud de la población*, de 2007. Y la culpa, en gran parte, es del tabaquismo. "En el mapa vemos la distribución típica del consumo de tabaco, que se concentra en las zonas más desfavorecidas. Además, el de peor calidad. Ocorre algo parecido con el alcoholismo", explica Ramón Moreno Balsalobre, experto en cáncer de pulmón de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica. Los distritos sanitarios con más exceso de mortalidad por esta causa son Vallecas, Centro, Usera, San Blas. Y destaca, fuera de Madrid, un punto rojo: Parla. Al experto le llama la atención que, en las mujeres, el patrón es el contrario: más mortalidad en los distritos de Salamanca, Retiro, Chamberí. Fuera de la capital, en Majadahonda. "Hace 20 o 30 años, las mujeres que fumaban eran las que tenían recursos económicos", explica. Pero se pregunta si las mujeres del sur no estarán infradiagnosticadas de estas dolencias.

- Diabetes mellitus.

Sólo hace falta echar un vistazo al mapa, a esa mancha roja que cubre toda la zona sur de la región. "Se observa un claro patrón" en el sur y el este, dice el estudio. Navalcarnero, Parla, Aranjuez, Arganda, Torrejón de Ardoz, Fuenlabrada, Móstoles... "El nivel socioeconómico es un factor que marca la diferencia inexorablemente", explica Pilar Martín-Vaquero, médica de la Unidad de Diabetes del hospital La Paz y secretaria de redacción de la revista de la Sociedad Española de Diabetes.

"La diabetes tipo 2 supone más del 90% de casos y está íntimamente relacionada con la obesidad. Es bien sabido que las clases más favorecidas se cuidan más y suelen tener un índice de masa corporal más bajo, y por ende, menos índice de diabetes y mejor control metabólico, lo que sin duda redundaría en menor mortalidad", añade. Eso explicaría por qué en los distritos de Retiro, Chamberí, Chamartín o Salamanca la tasa de mortalidad por diabetes sea tan pequeña comparada con el sur. Martín-Vaquero apunta a otros factores: el acceso a centros sanitarios que hacen tareas de prevención o, simplemente, la mayor facilidad de someterse a pruebas periódicas de determinación de glucemia, es decir, de control de la enfermedad. En hombres, el mapa muestra una distribución algo distinta, pero también centrada en el sur: más mortalidad en el centro de Madrid y Arganzuela, en Aranjuez y en Navalcarnero.

Enfermedades con mayor mortalidad y las zonas (distritos sanitarios) donde causan más víctimas

- **Sida. Hombres:** Centro, San Blas, Usera, Vallecas, Villaverde. **Mujeres:** Usera, Centro, Vallecas, Carabanchel,

San Blas.

- **Cáncer de estómago.**

H: Villaverde, Vallecas, Usera, Parla, Carabanchel.

M: Villaverde, Getafe,

cuenta
NARANJA

3%
T.A.E.

los 4
primeros
meses

- ◆ Siempre disponible
- ◆ Sin comisiones
- ◆ Para cualquier cantidad

para nuevos clientes

Abre tu cuenta aquí

ING DIRECT

R.B.E.: 494/09



Dia Internacional de la Salut

● El 7 d'abril va ser el Dia Internacional de la Salut. Una bona ocasió per agrair el treball que estan fent els científics en aquest camp, són incansables en investigació. Fets que ho justifiquen:

1) Catalunya és una de les comunitats amb el nombre més alt d'unitats per al tractament de l'ictus a l'hospital, segons es desprèn del balanç realitzat pel Grup d'Estudis de Malalties Cerebrovasculars de la Societat Espanyola de Neurologia. 2) S'està treballant per un nou tractament per l'esclerosi múltiple basat en el trasplantament de cèl·lules del mateix pacient. L'objectiu: combatre les causes de l'esclerosi, frenar-la. 3) A l'Hospital de Bellvitge, la unitat més antiga de l'Estat en el tracte del càncer de mama i la que té més volum de pacients, està aconseguint reduir el percentatge de morts per la reconstrucció mamària que s'està realitzant. 4) La Vall d'Hebron fa amb èxit el primer trasplantament de cara a Catalunya; és l'onzena intervenció d'aquest caire que s'ha fet al món. 5) Un altre camp lloable és el de les cèl·lules mare. Shinya Yamakana ja fa dos anys va descobrir que es poden reprogramar les cèl·lules adultes i convertir-les en pluripotents sense el risc que presentaven els altres sistemes. Els resultats prometen. Un d'ells aconseguit a la Vall d'Hebron: dos nens amb síndrome de Parry-Romberg, que provoca una gran deformació a la cara o pot atacar el sistema nerviós, en aplicar-los-hi cèl·lules mare han recuperat l'aspecte normal en tres mesos. 6) Som la novena potència mundial en investigació científica, però cal incentivar els joves si volem anar avançant. Els experts desitgen tirar endavant, però es queixen del poc interès polític; potser, diuen ells, no comprenen l'assumpte de la investigació científica, els queda lluny.

Anem, doncs, per bon camí. Que no es perdi l'esforç. / MONTSERRAT GUARDIOLA ROVIRA. Girona.



El ictus y el cáncer de pulmón cuestan más vidas en el sur

El 'Atlas de mortalidad' revela cómo la pobreza provoca más fallecimientos

ELENA G. SEVILLANO
Madrid

Está claro que no es cosa del azar. Si lo fuera, la distribución de las enfermedades sería uniforme en la región. Y no es así, como demuestra el *Atlas de mortalidad y desigualdades socioeconómicas en la Comunidad de Madrid*. Hay zonas que aparecen cubiertas de color rojo siguiendo patrones muy concretos. Son

acumulaciones de casos, barrios o pueblos en los que el riesgo de muerte es muy superior a la media. Y hay una pauta que se repite, machacona: el sur sale peor parado. El sureste, en concreto.

Es así para el sida, la cirrosis hepática, el cáncer de laringe, la enfermedad crónica de vías respiratorias, el cáncer de estómago... ¿Qué lo explica? El epidemiólogo Javier Segura, uno de los autores del atlas, apunta a

varios factores: los estilos de vida (dieta, tabaquismo...), el grado de acceso a la sanidad, las exposiciones laborales, las ambientales (tráfico, industrias contaminantes). Pero todas ellas, al final, se resumen en una: la situación socioeconómica.

Los investigadores han comprobado que, para la mayoría de las enfermedades, a menos recursos, más riesgo de muerte. El nivel socioeconómico explica-

ría, según los expertos, la distribución de zonas de riesgo para las principales causas de muerte en la región. En hombres, el cáncer de pulmón. En mujeres, las enfermedades cerebrovasculares (ictus). Las dos golpean más en el sur de la región. Aún más evidente es el patrón de la mortalidad por diabetes, una mancha roja muy compacta que se extiende por el cinturón sur.

PASA A LA **PÁGINA 2**

**Enfermedades con mayor mortalidad y las zonas (distritos sanitarios) donde causan más víctimas**

► **Sida. Hombres:** Centro, San Blas, Usera, Vallecas, Villaverde. **Mujeres:** Usera, Centro, Vallecas, Carabanchel, San Blas.

► **Cáncer de estómago.** **H:** Villaverde, Vallecas, Usera, Parla, Carabanchel. **M:** Villaverde, Getafe, Alcalá, Carabanchel, Vallecas.

► **Cáncer de colon. H:** Centro, Tetuán, Chamberí, Ciudad Lineal, Salamanca. **M:** Chamberí, Centro, Latina, Moncloa, Moratalaz.

► **Cáncer de recto. H:** Vallecas, Moratalaz, Villaverde, Usera, Carabanchel.

► **Cáncer de laringe.** **H:** Carabanchel, San Blas, Centro, Tetuán, Chamberí.

► **Cáncer de próstata.** Chamberí, Centro, Salamanca, Tetuán, Moncloa.

► **Cáncer de vejiga. H:** Usera, Centro, Arganzuela, Retiro, Vallecas. **M:** Centro, Alcalá, Navalcarnero, Collado Villalba, Arganzuela.

► **Diabetes. H:** Aranjuez, Centro, Arganzuela, Navalcarnero, Arganda. **M:** Navalcarnero, Parla, Aranjuez, Arganda, Torrejón.

► **Trastornos mentales.** **H:** Fuenlabrada, Getafe, Parla, Móstoles, Alcorcón. **M:** Navalcarnero, Parla, Móstoles, Leganés, Fuenlabrada.

► **Alzhéimer. H:** Alcobendas, Centro, Aranjuez, Hortaleza, Arganzuela. **M:** Navalcarnero, Parla, Collado Villalba, Colmenar Viejo, Getafe.

► **Cardiopatía isquémica.** **H:** Centro, Tetuán, Chamberí, Salamanca, Moncloa. **M:** Navalcarnero, Collado Villalba, Centro, Chamberí, Hortaleza.

► **Enf. crónicas vías respiratorias inf. (excepto asma).** **H:** Fuenlabrada, Parla, Aranjuez, Getafe, Arganda. **M:** Parla, Getafe, Arganda, Fuenlabrada, Aranjuez.

► **Cirrosis. H:** Centro, Vallecas, Carabanchel, Usera, Arganzuela. **M:** Arganzuela, Centro, Usera, Vallecas, Tetuán.

► **Envenenamiento accidental (sobredosis).** **H:** Centro, Arganzuela, Aranjuez, Salamanca, Carabanchel.

► **Suicidio. H:** Parla, Móstoles, Aranjuez, Centro, Fuenlabrada, Navalcarnero, Móstoles, Leganés, Chamberí.

► **Accidentes de tráfico.** **H:** Navalcarnero, Aranjuez, Arganda, Collado Villalba, Colmenar Viejo. **M:** Alcalá, Centro, Salamanca, Latina, Leganés.

El 'cinturón rojo' de la diabetes está en el sur

El 'Atlas de mortalidad' muestra una aglomeración de fallecimientos por el tipo mellitus de esta enfermedad

VIENE DE LA PÁGINA 1

La relación entre la situación socioeconómica y la mortalidad es lo que los expertos llaman gradiente social positivo o directo: a menos recursos, más riesgo de morir. "Llama la atención la magnitud de la desigualdad social del riesgo de morir en el caso del sida", destaca Segura, uno de los autores del estudio. "Los hombres que residen en las secciones más desfavorecidas tienen más de cinco veces más riesgo de morir que los de las más privilegiadas". El atlas dibuja "los territorios donde golpeó más intensamente la lacra de la droga, y donde siguieron muriendo de forma prematura un número importante de madrileños entre 1996 y 2003".

Los mapas que han elaborado los epidemiólogos describen la distribución geográfica de la mortalidad por sección censal (1.400 habitantes de media), sexo y causa de muerte a partir de los fallecimientos de un período amplio (1996-2003). Usar la unidad de información censal más pequeña disponible les ha permitido contar con una medida muy homogénea en términos socioeconómicos, mucho más que los distritos o las áreas sanitarias. Así es como han podido estudiar tan al detalle la asociación estadística entre el riesgo de morir y el nivel social y económico.

Para poner a prueba la hipótesis de que las zonas más deprimidas presentaban mayor mortalidad, los investigadores crearon un "índice de privación" a partir de varios indicadores: tasa de desempleo, de trabajadores manuales, asalariados eventuales, educación insuficiente... A cada sección censal le correspondía un valor numérico según ese índice. Las ordenaron, las agruparon y resultó que, en el caso de los hombres, las zonas con peores condiciones socioeconómicas tenían un riesgo de muerte un 50% superior a las más ricas. Entre las mujeres, del 16%.

Los especialistas médicos también explican así las diferencias en mortalidad que se aprecian en los mapas:

► **Enfermedad cerebrovascular.** Principal causa de muerte en las mujeres. El riesgo se concentra en el sureste: Arganda, Aranjuez, Coslada, Navalcarnero... "Cuanto menos nivel económico mayor mortalidad cerebrovascular. Eso puede deberse a que al menor nivel económico corresponde menos cultura sanitaria, menos control de los factores de riesgo vascular, peor dieta, más tabaco, más alcohol y menos ejercicio físico", explica Jaime Masjuan, coordinador del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología.

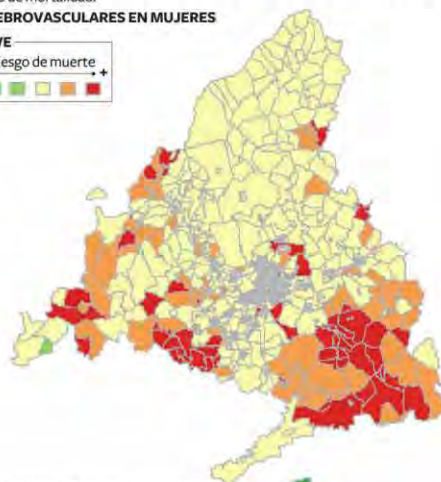
El especialista apunta a otra hipótesis que, asegura, "habrá que tener muy en cuenta en futuros estudios". Las unidades de ictus (IU), atendidas por neurólogos especializados, "no están uniformemente distribuidas ni en la Comunidad de Madrid ni en España", asegura. "Aunque hay un Plan de Atención al Ictus en Madrid, según el que todos los pacientes con ictus de menos de seis horas de evolución deberían ingresar en una de las seis unidades de Madrid, muchas veces esto no es así, y los pacientes se quedan en hospitales de la periferia donde no hay neurólogos de guardia ni IU", subraya. La atención especializada del ictus "ha demostrado claramente que disminuye mucho la mortalidad y las secuelas", concluye.

► **Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón.** Es la enfermedad que mata a más hombres madrileños, según el último Informe del estado de salud de la población, de 2007. Y la culpa, en gran parte, es del tabaquismo. "En el mapa vemos la distribución típica del consumo de tabaco, que se concentra en las zonas más desfavorecidas. Además, el de peor

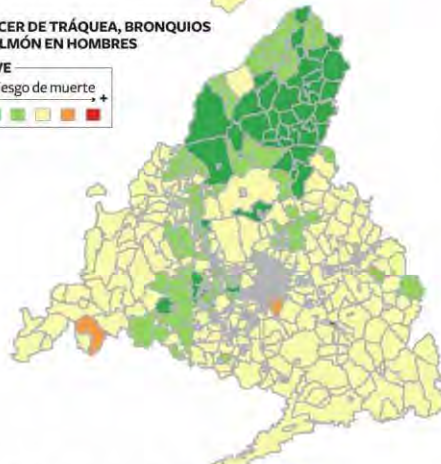
Distribución por zonas de las enfermedades

Los mapas muestran, en una gradación de colores, las zonas con menor y mayor riesgo de mortalidad.

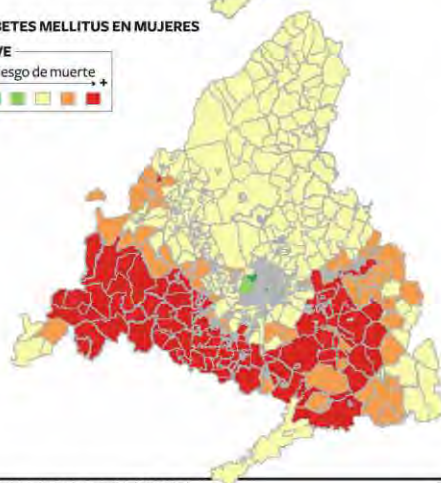
■ CEREBROVASCULARES EN MUJERES



■ CÁNCER DE TRÁQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN EN HOMBRES



■ DIABETES MELLITUS EN MUJERES



calidad. Ocurre algo parecido con el alcoholismo", explica Ramón Moreno Balsalobre, experto en cáncer de pulmón de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica. Los distritos sanitarios con más exceso de mortalidad por esta causa son Vallecas, Centro, Usera, San Blas. Y destaca, fuera de Madrid, un punto rojo: Parla. Al experto le llama la atención que, en las mujeres, el patrón es el contrario: más mortalidad en los distritos de Salamanca, Retiro, Chamberí. Fuera de la capital, en Majadahonda. "Hace 20 o 30 años, las mujeres que fumaban eran las que tenían recursos económicos", explica. Pero se pregunta si las mujeres del sur no estarán infradiagnosticadas de estas dolencias.

► **Diabetes mellitus.** Sólo hace falta echar un vistazo al mapa, a esa mancha roja que cubre toda la zona sur de la región. "Se observa un claro patrón" en el sur y el este, dice el estudio. Navalcarnero, Parla, Aranjuez, Arganda, Torrejón de Ardoz, Fuenlabrada, Móstoles... "El nivel socioeconómico es un factor que marca la diferencia inexcusablemente", explica Pilar Martín-Vaquero, médica de la Unidad de Diabetes del hospital La Paz y secretaria de redacción de la revista de la Sociedad Española de Diabetes.

"La diabetes tipo 2 supone más del 90% de casos y está íntimamente relacionada con la obesidad. Es bien sabido que las clases más favorecidas se cuidan más y suelen tener un índice de masa corporal más bajo, y por ende, menos índice de diabetes y mejor control metabólico, lo que sin duda redundará en menor mortalidad", añade. Eso explicaría por qué en los distritos de Retiro, Chamberí, Chamartín o Salamanca la tasa de mortalidad por diabetes sea tan pequeña comparada con el sur. Martín-Vaquero apunta a otros factores: el acceso a centros sanitarios que hacen tareas de prevención o, simplemente, la mayor facilidad de someterse a pruebas periódicas de determinación de glucemia, es decir, de control de la enfermedad. En hombres, el mapa muestra una distribución algo distinta, pero también centrada en el sur: más mortalidad en el centro de Madrid y Arganzuela, en Aranjuez y en Navalcarnero.

+ EL PAÍS.com

► Consulte todos los mapas en la web.



ENCUENTRO DIGITAL MONTSERRAT PUJOL

"La televisión y el ordenador, mejor fuera del dormitorio"

■ Redacción

"Los médicos debemos tratar sólo los casos de insomnio que sean absolutamente necesarios y sobre todo, indagar en las causas que los producen", ha afirmado Montserrat Pujol, miembro del Grupo de Trastornos de la Vigilia y el Sueño de la Sociedad Española de Neurología durante un encuentro digital en DIARIO MÉDICO.

La especialista ha abordado temas como la situación actual de la higiene mental de los adolescentes y ha dicho que este grupo de población da poca importancia al sueño: "Para muchos dormir es una pérdida de tiempo. Si partimos de esta base, el problema es grave porque nuestro cerebro necesita dormir para realizar una serie de funciones que sólo puede hacer durante el sueño".

Durante el encuentro Pujol ha explicado cómo afectan las tecnologías a nuestra

capacidad para conciliar el sueño y ha recomendado que no haya ni ordenador ni televisión en la habitación donde se duerme. Además, ante el creciente aumento de personas con malos hábitos de sueño, ha explicado que ese estado reparador "viene marcado por un reloj biológico interno que debemos respetar. Si nos acostamos y levantamos cada día a una hora diferente el reloj se estropeará y no será capaz de inducirnos al sueño de forma fisiológica; por tanto unos buenos hábitos son fundamentales para lograr un sueño reparador".

Sobre las últimas investigaciones Pujol ha especificado que en la actualidad existen muy pocos estudios.