



La relevancia de los DSS debe trasladarse en acciones concretas

CARTA DEL EDITOR



Santiago de Quiroga

Editor de
Gaceta Médica

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son una parte importante de la prevención y de la mejor comprensión de todo lo que afecta a la epidemiología. Se trata de todas las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, según la OMS. Para el director general de salud pública, Pedro Gullón, los DSS deben ser considerados a través de analizar el impacto en la salud de todas las políticas gubernamentales.

Diferencias de salud

Los DSS son capaces de explicar las diferencias entre la percepción de la salud de los españoles, la diferencia en su esperanza de vida o la influencia del PIB en la longevidad, que puede ser de más de 4 años entre regiones de España. Ya en 2011 la Conferencia Mundial sobre DSS en Rio de Janeiro marcó el compromiso para evaluar las desigualdades en resultados sanitarios y en asignación de recursos. En 2014 la Oficina Regional Europea de la OMS realiza un informe sobre desigualdades en salud y recomienda acciones de monitorización de los DSS. Se necesita una mejor evaluación de los impactos y beneficios de las políticas para reducir las desigualdades de salud, como se recomendó en 2019 en el informe "Healthy, prosperous lives for all". En dicho informe se explica el papel de los DSS en las desigualdades en salud.

En 2021 el ministerio de sanidad realiza una propuesta de medición de DSS en España. En dicho análisis se han dirimido 120 indicadores, incluido los determinantes estructurales (contexto socioeconómico y político), determinantes intermedios (indicadores de auto-percepción de la salud, morbilidad, salud sexual, etc.) y resultados de salud sensibles a la equidad (empleo, ingresos, vivienda, consumo tabaco, alcohol o factores psicosociales, entre otros).

Y ahora en 2024, la organización de los premios Best In Class ha llevado a cabo una reunión de trabajo para analizar la perspectiva de los DSS desde el prisma de distintas especialidades y sociedades científicas, de la farmacia y de la enfermería. El encuentro, celebrado en el ministerio de sanidad, contó con la presencia del director general de salud pública, Pedro Gullón.

La visión de las sociedades

La necesidad de profundizar en cada área y la calidad de la asistencia sanitaria, confluye en los indicadores de DSS, que tienen en cuenta los procesos y los resultados. La obesidad, el sueño o la soledad no deseada fueron destacadas durante la reunión. Se habló de la temperatura de la salud (proyecto de Semfyc) y del hecho que los DSS condicionan la mayoría de las enfermedades (SEMI).

Desde la SEMG afirman que los DSS y su abordaje es "pertinente y necesario". Y es que medicina preventiva y DSS están conectados (SEPS). La contribución desde la SEPAR al debate es que el entorno condiciona la epigenética, y dicho entorno se influye por los DSS. La SEN afirma que la enfermedad de Alzheimer muestra 3 veces más impacto en personas de barrios de perfil socioeconómico bajo. Desde SEOM han puesto en marcha un grupo de trabajo de factores sociales pronósticos y predictivos de cáncer. El envejecimiento está discriminando a los vulnerables, aseguran; los ancianos con cáncer se excluyen de ensayos clínicos. Para la AEV un buen plan de vacunación elimina inequidades.

SEISIDA constata que las personas VIH+ envejecen antes y hay hasta 100 veces más riesgo de contagio en función del género y la condición sexual. FESMES insta a incorporar la calidad del sueño y sus indicadores, ya relacionados con distintas enfermedades neurodegenerativas, entre otras.

Por ello, trabajar en los DSS y sus indicadores es una tarea que debe implicar a todo el sector, porque influye en toda la sociedad. Resulta estimulante reconocer la labor de aquellas administraciones que se preocupen por avanzar en los DSS, sus indicadores, su seguimiento, sus resultados y las acciones de intervención que sean precisas.

Desde el ministerio se aboga por analizar el impacto de la salud en todas las políticas



Reunión de Trabajo sobre DSS.



15 Abril, 2024

La actuación temprana ante el Parkinson, clave para ralentizar su avance y mejorar la calidad de vida de los pacientes

El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta por la triada clínica: temblor, rigidez y dificultad de movimientos. Sin embargo, en su evolución pueden aparecer síntomas más amplios como enlentecimiento en el pensamiento, depresión y trastornos comportamentales, dificultades en la deglución, trastornos del sueño, problemas olfatorios, alteraciones esfinterianas y apatía y astenia.

En el día mundial de esta enfermedad, que se celebró el pasado 11 de abril, cabe destacar que se trata de una patología que ha experimentado un notable auge en el mundo occidental en los últimos años. Según la Sociedad Española de Neurología, “el Parkinson afecta actualmente a 150.000 personas a nivel nacional, aunque el número de afectados se triplicará en 2050”. Asimismo, se estima que más del 50% de las personas que han comenzado a tener síntomas de la enfermedad están aún sin diagnosticar.

“Dado que hablamos de una afección neurodegenerativa progresiva, actuar en las etapas iniciales suele ralentizar su avance y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por ello, desde el punto de vista de los sanitarios, es necesario saber cómo ayudar y apoyar a quienes la sufren. Cuando afecta a la población mayor, la prioridad es potenciar su bienestar mediante una atención sanitaria integral que se adapte a las necesidades de cada paciente, teniendo en cuenta siempre el avance de la enfermedad”, explica David Curto, director médico de Sanitas Mayores.

En este sentido, la Unidad de Trastornos del Movimiento del Servicio de Neurología del Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela cuenta con un equipo especializado que trata de manera individualizada a los pacientes con Parkinson desde el inicio de la enfermedad hasta sus etapas más avanzadas. Este equipo lo componen el Dr. Alejandro Méndez, la Dra. Carolina Ochoa y el Dr. Ventura Anciones.

“Inicialmente, el manejo del Parkinson es más sencillo, con distintos fármacos que se toman vía oral o transcutánea, pero conforme se produce la pérdida de neuronas dopaminérgicas el control se hace cada vez más desafiante, debido a que ya no basta con administrar de forma pulsada la dopamina y esto conlleva efectos secundarios en muchas ocasiones discapacitantes”, comenta el Dr. Anciones.



17 Abril, 2024

Dormir poco pero mal



DESDE LA CAMPIÑA
CARMEN HERNANDO

Los que dormimos a pierna suelta y necesitamos despertador para levantarnos quizás no lo valoremos suficientemente, pero tener la posibilidad de descansar bien durante el tiempo adecuado es un regalo por el que suspiran incontables personas en todo el mundo.

Cuando todas las luces se apagan, en muchas casas hay gente que teme el momento de irse a la cama porque no logra dormirse, o se despierta varias veces cada noche, o simplemente duerme unas pocas horas y se desvela, incapaz de volver a conciliar el sueño. Estas personas se desesperan, noche tras noche, tila tras tila, pastilla tras pastilla. En mi opinión, es necesario dar más visibilidad a este problema que sufren tantos, ya que incide sobremanera en su bienestar y en el de sus seres queridos. No en vano la privación del sueño ha sido desde tiempos inmemoriales un espantoso método de tortura: afecta enormemente al estado físico de las personas, causando cansancio, somnolencia, inapetencia y aumentando el riesgo de padecer ciertas enfermedades. Pero sobre todo influye en su estado cognitivo, provocando irritabilidad, ansiedad, y minorando la atención, las capacidades intelectuales y hasta las ganas de vivir.

Por si esto fuera poco, los efectos de la falta de sueño van mucho más allá de estas consecuencias. Porque incluso para aquellos que con pocas horas de tregua consiguen que su cuerpo y mente funcionen perfectamente, existe otro efecto indeseable del insomnio: la frustración y soledad que provoca estar despierto mientras los demás duermen; el vacío que supone ir a contracorriente de los horarios de la mayoría; la insoportable sensación de que la mente no descansa y de que la vida es un día eterno.

Según la Sociedad Española de Neurología, más 4 millones de españoles padecen algún tipo de trastorno del sueño crónico y grave. Estamos por lo tanto ante un problema muy serio y extendido sobre el que queda mucho por hacer. Pongamos el foco en esta cuestión de vital importancia y dediquémosle más esfuerzo y recursos para que la calidad de vida de millones de personas mejore sustancialmente.



19 Abril, 2024



Fotografía de una mujer con un fuerte dolor de cabeza. / ALERTA

SALUD

Más del 74% de los españoles padece algún tipo de cefalea primaria

En el Día Nacional de la Cefalea, conmemorado cada 19 de abril, el doctor Pablo Irimia, recuerda que «aunque existen más de 200 tipos de cefaleas, la cefalea tensional y la migraña, son los tipos de cefalea más habituales»

E.P. / MADRID

En España, más de un 74 por ciento de la población ha padecido o padece algún tipo de cefalea primaria, siendo más común en mujeres (79%) que en hombres (69%), mientras que un 4 por ciento de la población sufre la cronificación de la misma, es decir, padece dolor de

cabeza más de 15 días al mes, según datos de la Sociedad Española de Neurología (SEN).

En el marco del Día Nacional de la Cefalea, conmemorado cada 19 de abril, el coordinador del Grupo de Estudio de Cefaleas de la SEN, el doctor Pablo Irimia, recuerda que «aunque existen más de 200 tipos de cefaleas, la cefalea tensional (con

una prevalencia superior al 60 por ciento en la población) y la migraña (con un 15 por ciento), son los tipos de cefalea más habituales».

«Y son precisamente estos dos tipos de cabeza, junto con la cefalea en racimos, los que aglutinan el mayor porcentaje de pacientes que padecen una cefalea crónica», explica.

Asimismo, desde la organización se insta a recordar que padecer cualquier tipo de cefalea no es padecer un simple dolor de cabeza. El dolor de cabeza que producen ciertos tipos de cefaleas puede ser de una gran intensidad y las crisis pueden producir una limitación en la actividad de quien las sufre, tanto en aspectos físicos, emocionales y sociales, como con la familia y trabajo.

En este sentido, los datos recogidos por la SEN revelan que el 78 por ciento de los pacientes con cefalea en racimos padecen restricciones importantes en su vida diaria, de los cuales hasta un 44 por ciento lo asocia a la depresión, y más del 50 por ciento de las personas que padecen migraña presentan un grado de discapacidad grave o muy grave.

Además, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la migraña es la segunda causa de discapacidad en el mundo y la primera entre personas de entre 15 y 49 años.

FACTORES GENÉTICOS Y MODIFICABLES. Existen diversos factores de riesgo para padecer una cefalea primaria. Algunos de ellos no son modificables, como puede ser la edad, ser mujer o la predisposición genética.

No obstante, desde la SEN detallan que existen otros factores modificables que, evitándolos o controlándolos, podrían reducir la aparición de las crisis, como puede ser la obesidad, el estrés, la depresión o padecer algún trastorno del sueño, como la apnea del sueño.

Además, detrás de las principales causas de cronificación de una cefalea se encuentran dos factores que también pueden ser modificables: la falta de diagnóstico y la automedicación.

En esta línea, la organización estima que más de un 40 por ciento de los pacientes que sufren dolor de cabeza de forma habitual está aún sin diagnosticar y que alrededor del 50 por ciento de los pacientes con cefalea se automedica con analgésicos sin receta. «Todo el mundo puede tener un dolor de cabeza puntual, pero cuando éste deja de ser esporádico, cuando el dolor interfiere en nuestras actividades diarias, es el momento de acudir al médico», señala el doctor Pablo Irimia.

«No todos los dolores de cabeza se tratan igual, por lo que es fundamental identificar correctamente el tipo de dolor de cabeza que padecemos y, sobre todo, intentar que no aumente la frecuencia de las crisis y que nuestra cefalea se cronifique, porque sin diagnóstico y sin tratamiento, no solo limitaremos cada vez más nuestra calidad de vida, sino que será cada vez más complicado que respondamos adecuadamente a los tratamientos», concluye el experto.



19 Abril, 2024



Sala de estimulación sensorial del Centro Alzhéimer de León. J. NOTARIO

El alzhéimer ya se detecta en la sangre

Los niveles de la proteína GFAP delatan el desarrollo de la enfermedad neurológica, que servirá como biomarcador para el diagnóstico y el seguimiento

EFE | MADRID

■ Un equipo de investigadores ha confirmado la relación entre los niveles en sangre de la proteína GFAP y el desarrollo del alzhéimer, un hallazgo que ayudará a mejorar el diagnóstico preciso de esta enfermedad.

Además, el estudio, realizado por científicos de la Fundación CIEN-Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas, ha establecido por primera vez en humanos la relación entre esta proteína y la activación de los astrocitos

en el cerebro, que es clave en los procesos inflamatorios de la patología. Los detalles de esta investigación se han publicado este jueves en la revista *Brain*.

Junto con los depósitos de proteínas tau y amiloide, los astrocitos (células cerebrales) son uno de los tres elementos necesarios para iniciar el desarrollo del alzhéimer.

Estudios recientes han sugerido que su activación es un paso necesario entre la patología amiloide y la tau que condu-

ce a la muerte neuronal del alzhéimer. Para investigarlo, el equipo estudió la relación entre los niveles de GFAP en sangre y el daño cerebral de la enfermedad de Alzheimer utilizando una cohorte de pacientes con demencia del Centro Alzheimer Fundación Reina Sofía. El equipo, liderado por Pascual Sánchez Juan, director científico de la Institución y miembro del grupo de estudio de demencias de la Sociedad Española de Neurología, estudió los niveles de GFAP en tres momentos: en el ingreso de los ancianos, en un momento intermedio y en una evaluación pre mortem. Los resultados demostraron que los niveles altos de GFAP se asocian con una mayor progresión de la enfermedad, mayor deterioro cognitivo y un menor peso del cerebro.

También revelaron que los niveles de GFAP se asocian a la activación de los astrocitos en el cerebro, lo que sugiere que este 'tercer elemento' funciona como un nexo entre la patología amiloide y la patología tau.

El estudio constató el papel de esta proteína como biomarcador para el diagnóstico y el seguimiento.



19 Abril, 2024

CARMEN GONZÁLEZ ORIA. COORDINADORA DE LA UNIDAD DE CEFALÉAS DEL VIRGEN DEL ROCÍO

● La neuróloga apuesta por un abordaje multidisciplinar y destaca la importancia de la salud mental

“La migraña es una enfermedad muy banalizada y estigmatizada”

Cristina Valdivieso

La responsable de la Unidad de Cefaleas del Hospital Virgen del Rocío, y coordinadora del Plan Integral de Cefaleas de Andalucía, la neuróloga Carmen González Oria, apuesta en este día mundial de la enfermedad por un abordaje completo y multidisciplinar, desde el diagnóstico precoz hasta tratamientos combinados, destacando la importancia de la salud mental en pacientes con migraña y la necesidad de tratar simultáneamente ambas condiciones.

La migraña afecta, según la Sociedad Española de Neurología (SEN), a un 12% de la población en España, lo que sitúa la cifra de

de la primaria, la más importante, porque es la que nos vemos en consulta y la que más discapacidad provoca, es la migraña o jaqueca.

–**Muchas veces se usa cefalea, migraña y jaqueca como sinónimos. ¿Es correcto?**

–El término de cefalea lo debemos utilizar como sinónimo de dolor de cabeza porque es hablar de algo muy general. La migraña o jaqueca, que sí son sinónimos, son un tipo de cefalea primaria.

–**¿Cuál es su causa?**

–Al haber tantas cefaleas, las causas son muy diferentes. Si nos centramos en la migraña, por ser la más común, hay que decir que tie-



La coordinadora de la Unidad de Cefaleas del Virgen del Rocío, Carmen González.



La neuróloga en su consulta.

“Se debe hablar de cefalea como sinónimo de dolor de cabeza; la migraña o jaqueca es la más común”

“Tomar analgésicos en exceso hace que se active muchísimo más la vía del dolor y eso cuesta mucho frenarlo”

afectados por encima de los cinco millones, que, extrapolado a la población de Andalucía, supone una afección de en torno al millón de andaluces. La experta habla de enfermedad “banalizada”, “mal tratada” e, incluso, “estigmatizada”. Lo explica en estas líneas.

–**¿Qué es una cefalea y qué tipos existen?**

–La cefalea es lo que vulgarmente se conoce como dolor de cabeza. Hay muchos tipos. De hecho, la clasificación de cefaleas dice que, fundamentalmente, se dividen en primarias, que es cuando la cefalea es el síntoma en sí, y secundarias, cuando el síntoma de cefalea forma parte de otra enfermedad. Dentro

de la primaria, la más importante que responde a la activación de unas estructuras cerebrales que se llaman sistema trigémino vascular. Las secundarias, como su nombre indica, son secundarias a muchas patologías. Hablamos de cefalea postraumática, por alteración de la estructura de la cara o cefaleas después de ictus, entre otras.

–**¿Está menos reconocida que otras enfermedades más visibles?**

–Es una enfermedad muy banalizada, que se ha tenido siempre muy poco en cuenta. Los pacientes lo pasan fatal, pero sus compañeros de trabajo o los propios familiares lo que comentan es la típica pregunta del ¿otra vez tienes dolor de cabeza? También hay

muchos chistes en relación al dolor de cabeza. Yo creo que esto también está relacionado con ser una enfermedad muy de mujeres y eso, al final, es un hándicap. Son pacientes que sufren un estigma importantísimo. La migraña, concretamente dentro de la cefalea, también se relaciona mucho con los cambios hormonales de la menstruación, con lo cual otro dato más para el estigma.

–**¿Cuál diría que es el peor caso de cefalea que ha visto en consulta?**

–Los casos que vemos en consulta y que más afectan al paciente son de cefalea en racimos. Es un tipo de cefalea con una prevalencia baja, un 0,1%, que padecen fundamentalmente hombres de

mediana edad, de en torno a 40 años, y que se llama también cefalea del suicidio. Se corresponde con crisis de dolor de cabeza que se localizan, fundamentalmente, en la zona del ojo y van acompañados de otros síntomas, como lagrimeo, moqueo e inquietud. Los episodios duran entre 15 minutos y tres horas, pero el nivel del dolor es intensísimo y lo pasan verdaderamente mal. Cuando esta patología se vuelve crónica, puede provocar siete u ocho crisis de este tipo al día.

–**Según la SEN, más de un 50% de la población con migrañas se automedica, ¿esta práctica puede empeorar los síntomas o agravar la enfermedad?**

–Claro, porque cuando el paciente empieza a tomar analgésicos, y además, muchas veces los toma en exceso, esto provoca que la cefalea primaria o migraña, con este componente de abuso de medicación, active muchísimo más la vía del dolor y eso cuesta mucho frenarlo. Por eso esa automedicación muchas veces empeora al paciente. Además, una vez que esos pacientes empeoran, necesitan un tratamiento preventivo, por lo que es importante que se pongan en manos de su médico.

–**¿Cuándo es necesario consultar al médico por un dolor de cabeza?**

–Cuando se tengan crisis de cefaleas que no se puedan controlar con la medicación habitual del tipo antiinflamatorio. Además, si esas cefaleas empiezan a ser ya semanales, y van aumentando, ese paciente tiene que consultar a su médico porque hay que ponerle un tratamiento preventivo. Y, en este caso, el primer contacto del paciente, debe ser su médico de familia, que es un médico especialista que está perfectamente preparado para tratar la migraña episódica, es decir, no todos los pacientes que tengan una cefalea tienen que llegar al neurólogo.

–**¿Cuándo pasa a ser crónica una cefalea?**

–Normalmente, hablamos de cronificación cuando una cefalea acompaña a un paciente a lo largo de la vida. En el caso de la cefalea, en general, utilizamos crónico para hablar de frecuencia. Cuando un paciente tiene una cefalea más de 15 días al mes durante más de tres meses, esa cefalea decimos que se ha cronificado.

–**Hasta donde llega el impacto personal y social de la cefalea?**

–La migraña, concretamente, es la segunda causa de discapacidad de todas las patologías y la primera en adultos menores de 50 años. Entonces, estos pacientes, cuando tienen la crisis y no tienen tratamientos adecuados, o, en las crisis concretas, no les hacen efecto, tiene una repercusión importante en su bienestar general y esto provoca, además, dado que la migraña no es solamente un dolor de cabeza, muchos síntomas asociados como náuseas, falta de concentración, ausencias laborales o presentismo laboral... La repercusión es importantísima porque además suele afectar a una población que tiene una vida laboral activa, que se puede ver muy perjudicada.

–**¿Cuál es el futuro de los tratamientos?**

–Han avanzado muchísimo. Además de los tratamientos preventivos orales no específicos para la migraña, que llevamos mucho tiempo utilizándolos, desde el 2012 empezamos a utilizar bótox para la migraña crónica, también usamos ya tratamientos específicos de la migraña, es decir, creados para ella, que son los anticuerpos monoclonales anti-CGRP. Y ahora vamos a empezar a utilizar los gepantes, que son fármacos contra el CGRP, pero son orales, y esa es la novedad.



19 Abril, 2024

CARMEN GONZÁLEZ ORIA. COORDINADORA DE LA UNIDAD DE CEFALIAS DEL VIRGEN DEL ROCÍO

● La neuróloga apuesta por un abordaje multidisciplinar y destaca la importancia de la salud mental

“La migraña es una enfermedad muy banalizada y estigmatizada”

Cristina Valdivieso

La responsable de la Unidad de Cefaleas del Hospital Virgen del Rocío, y coordinadora del Plan Integral de Cefaleas de Andalucía, la neuróloga Carmen González Oria, apuesta en este día mundial de la enfermedad por un abordaje completo y multidisciplinar, desde el diagnóstico precoz hasta tratamientos combinados, destacando la importancia de la salud mental en pacientes con migraña y la necesidad de tratar simultáneamente ambas condiciones.

La migraña afecta, según la Sociedad Española de Neurología (SEN), a un 12% de la población en España, lo que sitúa la cifra de

de la primaria, la más importante, porque es la que nos vemos en consulta y la que más discapacidad provoca, es la migraña o jaqueca.

–**Muchas veces se usa cefalea, migraña y jaqueca como sinónimos. ¿Es correcto?**

–El término de cefalea lo debemos utilizar como sinónimo de dolor de cabeza porque es hablar de algo muy general. La migraña o jaqueca, que sí son sinónimos, son un tipo de cefalea primaria.

–**¿Cuál es su causa?**

–Al haber tantas cefaleas, las causas son muy diferentes. Si nos centramos en la migraña, por ser la más común, hay que decir que tie-



La coordinadora de la Unidad de Cefaleas del Virgen del Rocío, Carmen González.



La neuróloga en su consulta.

“Se debe hablar de cefalea como sinónimo de dolor de cabeza; la migraña o jaqueca es la más común”

“Tomar analgésicos en exceso hace que se active muchísimo más la vía del dolor y eso cuesta mucho frenarlo”

afectados por encima de los cinco millones, que, extrapolado a la población de Andalucía, supone una afección de en torno al millón de andaluces. La experta habla de enfermedad “banalizada”, “mal tratada” e, incluso, “estigmatizada”. Lo explica en estas líneas.

–**¿Qué es una cefalea y qué tipos existen?**

–La cefalea es lo que vulgarmente se conoce como dolor de cabeza. Hay muchos tipos. De hecho, la clasificación de cefaleas dice que, fundamentalmente, se dividen en primarias, que es cuando la cefalea es el síntoma en sí, y secundarias, cuando el síntoma de cefalea forma parte de otra enfermedad. Dentro

de un componente inflamatorio que responde a la activación de unas estructuras cerebrales que se llaman sistema trigémino vascular. Las secundarias, como su nombre indica, son secundarias a muchas patologías. Hablamos de cefalea postraumática, por alteración de la estructura de la cara o cefaleas después de ictus, entre otras.

–**¿Está menos reconocida que otras enfermedades más visibles?**

–Es una enfermedad muy banalizada, que se ha tenido siempre muy poco en cuenta. Los pacientes lo pasan fatal, pero sus compañeros de trabajo o los propios familiares lo que comentan es la típica pregunta del ¿otra vez tienes dolor de cabeza? También hay

muchos chistes en relación al dolor de cabeza. Yo creo que esto también está relacionado con ser una enfermedad muy de mujeres y eso, al final, es un hándicap. Son pacientes que sufren un estigma importantísimo. La migraña, concretamente dentro de la cefalea, también se relaciona mucho con los cambios hormonales de la menstruación, con lo cual otro dato más para el estigma.

–**¿Cuál diría que es el peor caso de cefalea que ha visto en consulta?**

–Los casos que vemos en consulta y que más afectan al paciente son de cefalea en racimos. Es un tipo de cefalea con una prevalencia baja, un 0,1%, que padecen fundamentalmente hombres de

mediana edad, de en torno a 40 años, y que se llama también cefalea del suicidio. Se corresponde con crisis de dolor de cabeza que se localizan, fundamentalmente, en la zona del ojo y van acompañados de otros síntomas, como lagrimeo, moqueo e inquietud. Los episodios duran entre 15 minutos y tres horas, pero el nivel del dolor es intensísimo y lo pasan verdaderamente mal. Cuando esta patología se vuelve crónica, puede provocar siete u ocho crisis de este tipo al día.

–**Según la SEN, más de un 50% de la población con migrañas se automedica, ¿esta práctica puede empeorar los síntomas o agravar la enfermedad?**

–Claro, porque cuando el paciente empieza a tomar analgésicos, y además, muchas veces los toma en exceso, esto provoca que la cefalea primaria o migraña, con este componente de abuso de medicación, active muchísimo más la vía del dolor y eso cuesta mucho frenarlo. Por eso esa automedicación muchas veces empeora al paciente. Además, una vez que esos pacientes empeoran, necesitan un tratamiento preventivo, por lo que es importante que se pongan en manos de su médico.

–**¿Cuándo es necesario consultar al médico por un dolor de cabeza?**

–Cuando se tengan crisis de cefaleas que no se puedan controlar con la medicación habitual del tipo antiinflamatorio. Además, si esas cefaleas empiezan a ser ya semanales, y van aumentando, ese paciente tiene que consultar a su médico porque hay que ponerle un tratamiento preventivo. Y, en este caso, el primer contacto del paciente, debe ser su médico de familia, que es un médico especialista que está perfectamente preparado para tratar la migraña episódica, es decir, no todos los pacientes que tengan una cefalea tienen que llegar al neurólogo.

–**¿Cuándo pasa a ser crónica una cefalea?**

–Normalmente, hablamos de cronificación cuando una cefalea acompaña a un paciente a lo largo de la vida. En el caso de la cefalea, en general, utilizamos crónico para hablar de frecuencia. Cuando un paciente tiene una cefalea más de 15 días al mes durante más de tres meses, esa cefalea decimos que se ha cronificado.

–**Hasta donde llega el impacto personal y social de la cefalea?**

–La migraña, concretamente, es la segunda causa de discapacidad de todas las patologías y la primera en adultos menores de 50 años. Entonces, estos pacientes, cuando tienen la crisis y no tienen tratamientos adecuados, o, en las crisis concretas, no les hacen efecto, tiene una repercusión importante en su bienestar general y esto provoca, además, dado que la migraña no es solamente un dolor de cabeza, muchos síntomas asociados como náuseas, falta de concentración, ausencias laborales o presentismo laboral... La repercusión es importantísima porque además suele afectar a una población que tiene una vida laboral activa, que se puede ver muy perjudicada.

–**¿Cuál es el futuro de los tratamientos?**

–Han avanzado muchísimo. Además de los tratamientos preventivos orales no específicos para la migraña, que llevamos mucho tiempo utilizándolos, desde el 2012 empezamos a utilizar bótox para la migraña crónica, también usamos ya tratamientos específicos de la migraña, es decir, creados para ella, que son los anticuerpos monoclonales anti-CGRP. Y ahora vamos a empezar a utilizar los gepantes, que son fármacos contra el CGRP, pero son orales, y esa es la novedad.



Investigación

Un nuevo biomarcador permite detectar el alzhéimer en fases iniciales

EL PERIÓDICO
Madrid

Un equipo de investigadores ha confirmado la relación entre los niveles en sangre de la proteína GFAP y el desarrollo del alzhéimer, un hallazgo que ayudará a mejorar el diagnóstico preciso de esta enfermedad.

Además, el estudio, realizado por científicos de la Fundación CIEN - Centro de Investigación de Enfermedades Neurológicas, ha establecido por primera vez en humanos la relación entre esta proteína y la activación de los astrocitos en el cerebro, que es clave en los procesos inflamatorios de la patología, recogió Efe.

Los detalles de esta investigación se publicaron ayer en la revista *Brain*. Junto con los depósitos de proteínas tau y amiloide, los astrocitos (células cerebrales) son uno de los tres elementos necesarios para iniciar el desarrollo del alzhéimer.

Estudios recientes han sugerido que su activación es un paso necesario entre la patología amiloide y la tau que conduce a la muerte neuronal del alzhéimer.

Para investigarlo, el equipo estudió la relación entre los niveles de GFAP en sangre y el daño cerebral de la enfermedad de Alzheimer utilizando una cohorte de pacientes con demencia del Centro Alzhéimer Fundación Reina Sofía.

El equipo, liderado por Pascual Sánchez Juan, director científico de la Institución y miembro del grupo de estudio de demencias de la Sociedad Española de Neurología, estudió los niveles de GFAP en tres momentos: en el ingreso de los ancianos, en un momento intermedio y en una evaluación *pre mortem*.

Los resultados demostraron que los niveles altos de GFAP se asocian con una mayor progresión de la enfermedad, mayor deterioro cognitivo y un menor peso del cerebro.

También revelaron que los niveles de GFAP se asocian a la activación de los astrocitos en el cerebro, lo que sugiere que este tercer elemento funciona como un nexo entre la patología amiloide y la patología tau. ■



19 Abril, 2024

CARMEN GONZÁLEZ ORIA. COORDINADORA DE LA UNIDAD DE CEFALIAS DEL VIRGEN DEL ROCÍO

● La neuróloga apuesta por un abordaje multidisciplinar y destaca la importancia de la salud mental

“La migraña es una enfermedad muy banalizada y estigmatizada”

Cristina Valdivieso

La responsable de la Unidad de Cefaleas del Hospital Virgen del Rocío, y coordinadora del Plan Integral de Cefaleas de Andalucía, la neuróloga Carmen González Oria, apuesta en este día mundial de la enfermedad por un abordaje completo y multidisciplinar, desde el diagnóstico precoz hasta tratamientos combinados, destacando la importancia de la salud mental en pacientes con migraña y la necesidad de tratar simultáneamente ambas condiciones.

La migraña afecta, según la Sociedad Española de Neurología (SEN), a un 12% de la población en España, lo que sitúa la cifra de

de la primaria, la más importante, porque es la que nos vemos en consulta y la que más discapacidad provoca, es la migraña o jaqueca.

–**Muchas veces se usa cefalea, migraña y jaqueca como sinónimos. ¿Es correcto?**

–El término de cefalea lo debemos utilizar como sinónimo de dolor de cabeza porque es hablar de algo muy general. La migraña o jaqueca, que sí son sinónimos, son un tipo de cefalea primaria.

–**¿Cuál es su causa?**

–Al haber tantas cefaleas, las causas son muy diferentes. Si nos centramos en la migraña, por ser la más común, hay que decir que tie-



La coordinadora de la Unidad de Cefaleas del Virgen del Rocío, Carmen González.



La neuróloga en su consulta.

“Se debe hablar de cefalea como sinónimo de dolor de cabeza; la migraña o jaqueca es la más común”

“Tomar analgésicos en exceso hace que se active muchísimo más la vía del dolor y eso cuesta mucho frenarlo”

afectados por encima de los cinco millones, que, extrapolado a la población de Andalucía, supone una afección de en torno al millón de andaluces. La experta habla de enfermedad “banalizada”, “mal tratada” e, incluso, “estigmatizada”. Lo explica en estas líneas.

–**¿Qué es una cefalea y qué tipos existen?**

–La cefalea es lo que vulgarmente se conoce como dolor de cabeza. Hay muchos tipos. De hecho, la clasificación de cefaleas dice que, fundamentalmente, se dividen en primarias, que es cuando la cefalea es el síntoma en sí, y secundarias, cuando el síntoma de cefalea forma parte de otra enfermedad. Dentro

de la primaria, la más importante que responde a la activación de unas estructuras cerebrales que se llaman sistema trigémino vascular. Las secundarias, como su nombre indica, son secundarias a muchas patologías. Hablamos de cefalea posttraumática, por alteración de la estructura de la cara o cefaleas después de ictus, entre otras.

–**¿Está menos reconocida que otras enfermedades más visibles?**

–Es una enfermedad muy banalizada, que se ha tenido siempre muy poco en cuenta. Los pacientes lo pasan fatal, pero sus compañeros de trabajo o los propios familiares lo que comentan es la típica pregunta del ¿otra vez tienes dolor de cabeza? También hay

muchos chistes en relación al dolor de cabeza. Yo creo que esto también está relacionado con ser una enfermedad muy de mujeres y eso, al final, es un hándicap. Son pacientes que sufren un estigma importantísimo. La migraña, concretamente dentro de la cefalea, también se relaciona mucho con los cambios hormonales de la menstruación, con lo cual otro dato más para el estigma.

–**¿Cuál diría que es el peor caso de cefalea que ha visto en consulta?**

–Los casos que vemos en consulta y que más afectan al paciente son de cefalea en racimos. Es un tipo de cefalea con una prevalencia baja, un 0,1%, que padecen fundamentalmente hombres de

mediana edad, de en torno a 40 años, y que se llama también cefalea del suicidio. Se corresponde con crisis de dolor de cabeza que se localizan, fundamentalmente, en la zona del ojo y van acompañados de otros síntomas, como lagrimeo, moqueo e inquietud. Los episodios duran entre 15 minutos y tres horas, pero el nivel del dolor es intensísimo y lo pasan verdaderamente mal. Cuando esta patología se vuelve crónica, puede provocar siete u ocho crisis de este tipo al día.

–**Según la SEN, más de un 50% de la población con migrañas se automedica, ¿esta práctica puede empeorar los síntomas o agravar la enfermedad?**

–Claro, porque cuando el paciente empieza a tomar analgésicos, y además, muchas veces los toma en exceso, esto provoca que la cefalea primaria o migraña, con este componente de abuso de medicación, active muchísimo más la vía del dolor y eso cuesta mucho frenarlo. Por eso esa automedicación muchas veces empeora al paciente. Además, una vez que esos pacientes empeoran, necesitan un tratamiento preventivo, por lo que es importante que se pongan en manos de su médico.

–**¿Cuándo es necesario consultar al médico por un dolor de cabeza?**

–Cuando se tengan crisis de cefaleas que no se puedan controlar con la medicación habitual del tipo antiinflamatorio. Además, si esas cefaleas empiezan a ser ya semanales, y van aumentando, ese paciente tiene que consultar a su médico porque hay que ponerle un tratamiento preventivo. Y, en este caso, el primer contacto del paciente, debe ser su médico de familia, que es un médico especialista que está perfectamente preparado para tratar la migraña episódica, es decir, no todos los pacientes que tengan una cefalea tienen que llegar al neurólogo.

–**¿Cuándo pasa a ser crónica una cefalea?**

–Normalmente, hablamos de cronificación cuando una cefalea acompaña a un paciente a lo largo de la vida. En el caso de la cefalea, en general, utilizamos crónico para hablar de frecuencia. Cuando un paciente tiene una cefalea más de 15 días al mes durante más de tres meses, esa cefalea decimos que se ha cronificado.

–**Hasta donde llega el impacto personal y social de la cefalea?**

–La migraña, concretamente, es la segunda causa de discapacidad de todas las patologías y la primera en adultos menores de 50 años. Entonces, estos pacientes, cuando tienen la crisis y no tienen tratamientos adecuados, o, en las crisis concretas, no les hacen efecto, tiene una repercusión importante en su bienestar general y esto provoca, además, dado que la migraña no es solamente un dolor de cabeza, muchos síntomas asociados como náuseas, falta de concentración, ausencias laborales o presentismo laboral... La repercusión es importantísima porque además suele afectar a una población que tiene una vida laboral activa, que se puede ver muy perjudicada.

–**¿Cuál es el futuro de los tratamientos?**

–Han avanzado muchísimo. Además de los tratamientos preventivos orales no específicos para la migraña, que llevamos mucho tiempo utilizándolos, desde el 2012 empezamos a utilizar bótox para la migraña crónica, también usamos ya tratamientos específicos de la migraña, es decir, creados para ella, que son los anticuerpos monoclonales anti-CGRP. Y ahora vamos a empezar a utilizar los gepantes, que son fármacos contra el CGRP, pero son orales, y esa es la novedad.



CARMEN GONZÁLEZ ORIA. COORDINADORA DE LA UNIDAD DE CEFALIAS DEL VIRGEN DEL ROCÍO

● La neuróloga apuesta por un abordaje multidisciplinar y destaca la importancia de la salud mental

“La migraña es una enfermedad muy banalizada y estigmatizada”

Cristina Valdivieso

La responsable de la Unidad de Cefaleas del Hospital Virgen del Rocío, y coordinadora del Plan Integral de Cefaleas de Andalucía, la neuróloga Carmen González Oria, apuesta en este día mundial de la enfermedad por un abordaje completo y multidisciplinar, desde el diagnóstico precoz hasta tratamientos combinados, destacando la importancia de la salud mental en pacientes con migraña y la necesidad de tratar simultáneamente ambas condiciones.

La migraña afecta, según la Sociedad Española de Neurología (SEN), a un 12% de la población en España, lo que sitúa la cifra de

de la primaria, la más importante, porque es la que nos vemos en consulta y la que más discapacidad provoca, es la migraña o jaqueca.

–**Muchas veces se usa cefalea, migraña y jaqueca como sinónimos. ¿Es correcto?**

–El término de cefalea lo debemos utilizar como sinónimo de dolor de cabeza porque es hablar de algo muy general. La migraña o jaqueca, que sí son sinónimos, son un tipo de cefalea primaria.

–**¿Cuál es su causa?**

–Al haber tantas cefaleas, las causas son muy diferentes. Si nos centramos en la migraña, por ser la más común, hay que decir que tie-



La coordinadora de la Unidad de Cefaleas del Virgen del Rocío, Carmen González.



La neuróloga en su consulta.

“Se debe hablar de cefalea como sinónimo de dolor de cabeza; la migraña o jaqueca es la más común”

“Tomar analgésicos en exceso hace que se active muchísimo más la vía del dolor y eso cuesta mucho frenarlo”

afectados por encima de los cinco millones, que, extrapolado a la población de Andalucía, supone una afección de en torno al millón de andaluces. La experta habla de enfermedad “banalizada”, “mal tratada” e, incluso, “estigmatizada”. Lo explica en estas líneas.

–**¿Qué es una cefalea y qué tipos existen?**

–La cefalea es lo que vulgarmente se conoce como dolor de cabeza. Hay muchos tipos. De hecho, la clasificación de cefaleas dice que, fundamentalmente, se dividen en primarias, que es cuando la cefalea es el síntoma en sí, y secundarias, cuando el síntoma de cefalea forma parte de otra enfermedad. Dentro

de la primaria, la más importante que responde a la activación de unas estructuras cerebrales que se llaman sistema trigémino vascular. Las secundarias, como su nombre indica, son secundarias a muchas patologías. Hablamos de cefalea postraumática, por alteración de la estructura de la cara o cefaleas después de ictus, entre otras.

–**¿Está menos reconocida que otras enfermedades más visibles?**

–Es una enfermedad muy banalizada, que se ha tenido siempre muy poco en cuenta. Los pacientes lo pasan fatal, pero sus compañeros de trabajo o los propios familiares lo que comentan es la típica pregunta del ¿otra vez tienes dolor de cabeza? También hay

muchos chistes en relación al dolor de cabeza. Yo creo que esto también está relacionado con ser una enfermedad muy de mujeres y eso, al final, es un hándicap. Son pacientes que sufren un estigma importantísimo. La migraña, concretamente dentro de la cefalea, también se relaciona mucho con los cambios hormonales de la menstruación, con lo cual otro dato más para el estigma.

–**¿Cuál diría que es el peor caso de cefalea que ha visto en consulta?**

–Los casos que vemos en consulta y que más afectan al paciente son de cefalea en racimos. Es un tipo de cefalea con una prevalencia baja, un 0,1%, que padecen fundamentalmente hombres de

mediana edad, de en torno a 40 años, y que se llama también cefalea del suicidio. Se corresponde con crisis de dolor de cabeza que se localizan, fundamentalmente, en la zona del ojo y van acompañados de otros síntomas, como lagrimeo, moqueo e inquietud. Los episodios duran entre 15 minutos y tres horas, pero el nivel del dolor es intensísimo y lo pasan verdaderamente mal. Cuando esta patología se vuelve crónica, puede provocar siete u ocho crisis de este tipo al día.

–**Según la SEN, más de un 50% de la población con migrañas se automedica, ¿esta práctica puede empeorar los síntomas o agravar la enfermedad?**

–Claro, porque cuando el paciente empieza a tomar analgésicos, y además, muchas veces los toma en exceso, esto provoca que la cefalea primaria o migraña, con este componente de abuso de medicación, active muchísimo más la vía del dolor y eso cuesta mucho frenarlo. Por eso esa automedicación muchas veces empeora al paciente. Además, una vez que esos pacientes empeoran, necesitan un tratamiento preventivo, por lo que es importante que se pongan en manos de su médico.

–**¿Cuándo es necesario consultar al médico por un dolor de cabeza?**

–Cuando se tengan crisis de cefaleas que no se puedan controlar con la medicación habitual del tipo antiinflamatorio. Además, si esas cefaleas empiezan a ser ya semanales, y van aumentando, ese paciente tiene que consultar a su médico porque hay que ponerle un tratamiento preventivo. Y, en este caso, el primer contacto del paciente, debe ser su médico de familia, que es un médico especialista que está perfectamente preparado para tratar la migraña episódica, es decir, no todos los pacientes que tengan una cefalea tienen que llegar al neurólogo.

–**¿Cuándo pasa a ser crónica una cefalea?**

–Normalmente, hablamos de cronificación cuando una cefalea acompaña a un paciente a lo largo de la vida. En el caso de la cefalea, en general, utilizamos crónico para hablar de frecuencia. Cuando un paciente tiene una cefalea más de 15 días al mes durante más de tres meses, esa cefalea decimos que se ha cronificado.

–**Hasta donde llega el impacto personal y social de la cefalea?**

–La migraña, concretamente, es la segunda causa de discapacidad de todas las patologías y la primera en adultos menores de 50 años. Entonces, estos pacientes, cuando tienen la crisis y no tienen tratamientos adecuados, o, en las crisis concretas, no les hacen efecto, tiene una repercusión importante en su bienestar general y esto provoca, además, dado que la migraña no es solamente un dolor de cabeza, muchos síntomas asociados como náuseas, falta de concentración, ausencias laborales o presentismo laboral... La repercusión es importantísima porque además suele afectar a una población que tiene una vida laboral activa, que se puede ver muy perjudicada.

–**¿Cuál es el futuro de los tratamientos?**

–Han avanzado muchísimo. Además de los tratamientos preventivos orales no específicos para la migraña, que llevamos mucho tiempo utilizándolos, desde el 2012 empezamos a utilizar bóttox para la migraña crónica, también usamos ya tratamientos específicos de la migraña, es decir, creados para ella, que son los anticuerpos monoclonales anti-CGRP. Y ahora vamos a empezar a utilizar los gepantes, que son fármacos contra el CGRP, pero son orales, y esa es la novedad.