

**MIGUEL HERVÁS**

ENTREVISTA

EL ÉXITO PROFESIONAL DE LA NEUROLOGÍA NO SE ENTIENDE SIN LA AMPLIACIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA. EL DOCTOR HERVÁS, **NEURÓLOGO DEL HOSPITAL INSULAR Y TUTOR DE RESIDENTES**, DESGRANA EN ESTA ENTREVISTA LOS AVANCES MÉDICOS ANTE EL ICTUS, ALZHEIMER, PARKINSON O LA CEFALEA.

# «Las enfermedades neurológicas tienen mucho impacto social»

J.S.M. / LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

— **¿Qué grado de implicación social disfruta la neurología a cuenta de la prevalencia de algunas de las patologías más comunes que padece la población?**

— En esta especialidad confluyen patologías extendidas entre la población. Podríamos decir que las enfermedades neurológicas tienen mucho impacto social, como es el ictus, que se ha convertido en la primera causa de fallecimiento entre mujeres y la segunda entre hombres. Además, en nuestra especialidad nos hacemos cargo de enfermedades neurodegenerativas comunes, como el Parkinson o el Alzheimer, así que..., sí, pienso que está más que obviada esa implicación social entre el paciente y el sistema de salud en su conjunto.

— **¿Son los dolores de cabeza un indicador de pérdida de bienestar de salud? ¿Es normal padecer dolores de cabeza?**

— No es normal padecer dolores de cabeza, ahora bien, el 80% de la población lo ha sufrido en algún momento. En este contexto, que también corresponde al campo de la neurología, conviene matizar que las cefaleas arrastran un origen tensional en al menos el 40% de los casos, mientras que las migrañas afectan al 11% de la población femenina y al 6%-8% de la masculina.

— **¿Qué factores son los generadores de la migraña?**

— Con certeza, no lo sabemos. La susceptibilidad del dolor acumula varias causas, que van desde indicadores hereditarios y hormonales a ambientales (cambios atmosféricos o lumínicos) pasando por situaciones de estrés.

— **¿Es fácil de tratar?**

— Sí, sobre todo, para los dolores sintomáticos existen fármacos eficaces y podemos actuar incluso en la fase preventiva (para que no recurra el dolor) con el fin de reducir la frecuencia. Es importante resaltar que debe seguirse una pauta médica porque así evitamos un uso abusivo de los fármacos.

— **Eso es algo básico, que forma parte de la cultura sanitaria general.**

— Ya, pero conviene recordarlo. Se debe evitar la automedicación porque en la naturaleza de estos dolores existe el riesgo de cronificación. Está identificado la permanencia de cefaleas por abuso en la medicación. Lo mejor es acudir siempre al la consulta del médico.

— **¿Qué avances destacarías en el abordaje del ictus?**

— Muchos, incluso, en la fase aguda. La implantación del código ictus permite su identificación y tratamiento con éxito. Exige, eso sí, una



**Técnicas avanzadas.** El doctor Miguel Hervás, en una de las consultas del Insular, ante varias placas del cerebro.

J. PÉREZ CURBELO

**PERFIL**

**DOS DÉCADAS DE EJERCICIO**

Llegó de Málaga hace 15 años para quedarse en Las Palmas de Gran Canaria, una ciudad en la que confiesa sentirse «contento». Lleva dos décadas ejerciendo la medicina pública en el área de neurología. Cinco años en la capital mallorquina y otros 15 en las Islas. De tono y talante optimistas, Miguel Hervás es, en sí mismo, una catarata de datos sobre la trascendencia social de las enfermedades neurológicas, cada vez más extendidas entre la población a medida que crece la esperanza de vida. «Y las líneas de investigación de futuro son muy halagüeñas». En la actualidad, es médico titular de Hospital Insular de Gran Canaria y tutor docente de residentes.

sensibilidad y conocimiento por parte de la población para que, en cuanto detecte alguna anomalía, se traslade con urgencia a los hospitales o centros de salud.

— **¿Cómo se pueden identificar esos síntomas?**

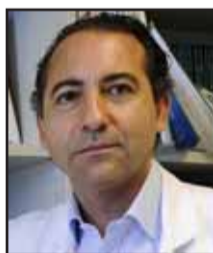
— Conviene alertarse cuando una persona observa o siente trastornos agudos en la sensibilidad, en el lenguaje o la fuerza. El infarto cerebral es siempre diferente al del corazón y su margen de actuación es decisivo. Como decimos los especialistas, *el tiempo es cerebro*, y a mayor precocidad, mejores resultados. El tiempo de demora ideal debería estar por debajo de las tres horas.

— **¿Qué líneas de actuación se siguen en la actualidad contra los ictus?**

— Los tratamientos son, sobre todo, trombolíticos. Los procedimientos están muy avanzados, tanto en la terapia como en la rehabilitación de las secuelas y la emisión de un diagnóstico para que no repita. Disponemos de tratamientos que rompen el trombo y favorecen la recuperación del tejido cerebral.

— **¿Y los procedimientos de futuro?**

— Son todavía más optimistas. Se avanza hacia técnicas intraarteriales, tanto para la extracción mecánica del trombo como para la apli-



**«El dolor de cabeza puede cronificarse por el uso abusivo de medicinas»**

**«Implantar el código ictus permite su identificación y tratamiento con éxito»**

cación *in situ* del tratamiento, es decir, muy localizada en la zona dañada. Cuando miramos con perspectiva la especialidad, nos damos cuenta de que recorreremos el mismo camino que los cardiólogos. Y es normal, porque los órganos del cerebro son más sensibles y las cautelas, por tanto, se vuelven más exigentes.

— **¿Qué puede hacer el paciente para prevenir el ictus?**

— Mantenerse alejado de los factores de riesgo cerebro-vascular. Es decir, hipertensión, diabetes, colesterol, tabaco, alcohol y sedentarismo, fundamentalmente.

— **Otras enfermedades con gran eco social son el Alzheimer y el Parkinson. ¿A qué trastornos están asociadas?**

— Los tratamientos resultan cada vez más satisfactorios teniendo en cuenta su origen neurodegenerativo. El Alzheimer afecta a la memoria y el Parkinson al movimiento. La más frecuente es el Alzheimer en tanto en cuanto crece la esperanza de vida. La sufre el 3% de la población mayor de 65 años, pero se sube al 30% para las personas por encima de los 85 años de edad. No es una patología heredi-

taria y su origen no está claro salvo que en la mayoría se observa la existencia de un sidemiento proteico (la betaamiloides) que nos hace sospechar en que puede ser el causante. En el campo médico nos queda aún un camino por recorrer para cubrir la calidad de vida deseada, que afecta a los pacientes y a sus cuidadores. Alzheimer y Parkinson no matan, y los deterioros motores o cognitivos mejoran con los tratamientos actuales, pero son enfermedades sociales, de gran impacto económico, en la que debemos seguir avanzando.

— **¿Es el mismo rol de las esclerosis múltiples o laterales?**

— No exactamente. Por fortuna, la Medicina avanza rápido y con eficacia. Las esclerosis múltiples son procesos inflamatorios recurrentes con origen en el sistema nervioso, que se manifiesta en forma de brotes. Los tratamientos reducen esos brotes y sus secuelas y alargan la esperanza de vida. En la lateral amiotrófica (la conocemos como ELA), el deterioro motor es más veloz por ser un fenómeno de estrés oxidativo. Requiere protocolos multidisciplinarios más específicos.