

INFORMACIÓN AOS MEDIOS

A XERENCIA DE SANTIAGO SÚMASE AO DÍA DA ESCLEROSE MÚLTIPLE, UNHA ENFERMIDADE QUE LLE AFECTA A MÁIS DE 3.200 PACIENTES EN GALICIA

- ***A xerencia compostelá é Referencia Nacional (CSUR) para esta patoloxía***
- ***No Hospital Clínico de Santiago realizáronse o ano pasado preto de 2.000 consultas e atendéronse 831 pacientes de forma periódica***
- ***A xerente, Eloína Núñez, e o responsable da unidade de EM, José María Prieto, visitaron esta mañá as mesas informativas que a Asociación Compostelá de Esclerose Múltiple instalou no Clínico***

Santiago, 18 de decembro de 2018.- A Xerencia de Xestión Integrada de Santiago súmase á celebración do Día Nacional da Esclerose Múltiple (EM), unha doenza que lle afecta a uns 3.200 pacientes de Galicia, unha prevalenza de 183 pacientes por cada 100.000 habitantes, cifra que vai aumentando cada ano (descoñécese o por que deste incremento), e que sitúa a Galicia como zona de alta frecuencia da enfermidade.

A esclerose múltiple é a enfermidade do sistema nervioso máis frecuente en adultos novos de entre 20 e 40 anos e despois dos accidentes de tráfico é a primeira causa de discapacidade en occidente. Hai poucos casos en nenos e en persoas maiores de 55-60 anos. Afecta con máis frecuencia a mulleres, nunha proporción de 2,5:1. En España existen uns 45.000 pacientes.

A xerente da área de Compostela, Eloína Núñez e o responsable da Unidade de EM no Clínico, José María Prieto, visitaron as mesas que a Asociación Compostelá de Esclerose Múltiple instalaron esta mañá no hospital.

O Hospital Clínico Universitario é o único centro de Galicia de referencia en Esclerose Múltiple (CSUR) e un dos 12 centros nacionais, dende decembro do 2012. Isto permítelle formar parte de ensaios de fármacos en estudo nesta enfermidade e desenvolver 3 proxectos de investigación propios con 8 publicacións en libros e revistas da especialidade así como 18 participacións en congresos nacionais e internacionais. Asemade teñen organizado 9 reunións científicas.

Dende 2009 dispón dun hospital de día cunha actividade asistencial que vai en aumento cunhas 2.000 atencións durante o 2017. O pasado ano realizáronse tamén preto de 2000 consultas e se atenderon de forma periódica 831. Deles, 267 (aproximadamente un 30%) son de fora da área.

A causa da esclerose múltiple descoñécese. O doutor Prieto asegura que “aínda que a enfermidade non é hereditaria, o paciente que a sofre nace cunha predisposición xenética,

Gabinete de Comunicación e Imaxe da Xerencia de Xestión Integrada de Santiago
Travesía da Choupana s/n - 15706 Santiago de Compostela
Teléfono: 981950023 / 981 950967

Correo-e: prensa.santiago@sergas.es

INFORMACIÓN AOS MEDIOS

e o contacto con algún factor medioambiental que hoxe descoñecemos desencadearía unha reacción do sistema defensivo do organismo (o sistema inmunolóxico) que non recoñecería como propias determinadas proteínas do cerebro provocando un rexeitamento e polo tanto unha lesión neurolóxica”. Neste sentido, Prieto destaca que “se estudaron factores tan diversos como virus, tóxicos, dietas, temperatura ou humidade ambiental, pero non se puido relacionar ningún deles coa aparición da enfermidade”. Esa lesión é na vaina que serve como illante dos nervios (a mielina) de tal xeito que a súa perda causa trastornos da condución nerviosa que dependendo da súa localización no cerebro dará lugar a distinta combinación de síntomas e de signos neurolóxicos (de aí o nome de múltiple). Segundo o doutor Prieto “a lesión desa vaina illante pode recuperarse por completo e polo tanto recobrase unha función normal ou deixar unha cicatriz endurecida, de aí o nome de esclerose, causante dunha secuela neurolóxica”.

Síntomas

A sintomatoloxía que presenta a esclerose múltiple é diferente en cada paciente e mesmo dentro do propio enfermo, xa que depende da estrutura do sistema nervioso no que estea. Así pois, explica Prieto “se está afectado o nervio óptico, o paciente notará unha diminución da agudeza visual, asociada ou non á dor, que vai durar polo menos 24 horas e que pode ter recuperación completa ou parcial nos días seguintes; noutros casos o paciente nota sensación de acorchamento ou entumecemento dunha metade do corpo ou dunha extremidade que pode ser transitoria (e menos veces permanente); se as lesións afectan ás vías motoras o paciente notará debilidade na parte do corpo que corresponda á zona lesionada; cando afecta as estruturas responsables do equilibrio o paciente nota sensación de mareo, inestabilidade e torpeza para camiñar e para realizar movementos finos; se lle afecta á medula espinal notará debilidade de extremidades con alteración da sensibilidade e dificultade para o control dos esfínteres con episodios de retención e/ou de incontinencia de ouriños. A duración destes síntomas habitualmente é de varios días ou poucas semanas e poden presentarse de forma illada ou combinados. Preséntanse bruscamente no que se denomina un brote da enfermidade.

Nun 10-15% de pacientes (habitualmente maiores de 40 anos) a enfermidade preséntase de forma lentamente progresiva e con síntomas frecuentemente debidos a afectación da medula espinal. Todo iso fai que existan tres formas clínicas: unha forma primaria progresiva, unha forma remitente-recorrente (forma “en brotes”) e unha forma secundaria progresiva (son pacientes con brotes da enfermidade e que tras 10-15 anos comezan a presentar síntomas de presentación lenta e progresiva sobreexpostos a brotes tras os que quedan secuelas neurolóxicas permanentes).

INFORMACIÓN AOS MEDIOS

Diagnóstico

O diagnóstico fundaméntase en demostrar a existencia de lesións diseminadas no sistema nervioso que se teñan producido en distintos momentos da súa vida e para elo é necesario realizar unha historia clínica e unha exploración neurolóxica detalladas que se teñen que complementar coa realización de tres tipos de estudos: Análise do **líquido cefalorraquídeo**, que consiste nunha punción lumbar para obter unha pequena cantidade do líquido que envolve as meninxes e demostrar unhas proteínas típicas da enfermidade; estudo de **resonancia magnética** que permite ver as lesións típicas da enfermidade e descartar outras doenzas que poderían simular una EM e o estudo de **potenciais evocados visuais**, que comprobará se hai alteración nos nervios ópticos, que se estudan con dificultade coa Resonancia Magnética.

Evolución

A evolución da enfermidade é impredecible e non existen marcadores que permitan dicir que evolución experimentará un determinado paciente. Algúns enfermos levan unha vida normal despois de moitos anos de ter realizado o diagnóstico e outros ven modificados os seus hábitos de vida e incluso o seu traballo como consecuencia das secuelas irreversibles que sofren tras os brotes.

Tratamento

O **tratamento** da enfermidade evolucionou moito nos últimos 25 anos, conseguindo que a vida media dos pacientes sexa a mesma que a da poboación xeral (gañando 10 anos de vida) e que a situación funcional dos enfermos se prolongue uns 12 anos. Ningún dos tratamentos son curativos. O que se pretende é evitar que exista un deterioro neurolóxico e cronificar a enfermidade nas mellores condicións posibles. Desde o ano 1993 utilizamos fármacos inxectables subcutáneos ou intramusculares (**Interferones** e **Acetato de glatiramero**), en 2007 incorporouse o **Natalizumab** (que se administra por vía intravenosa mensualmente) e no 2012 incorporouse o **Fingolimod** (que se administra por vía oral unha vez ao día). En xaneiro de 2016 incorporáronse tres novos fármacos: a **Teriflunomida** (que se administra por vía oral unha vez ao día), o **Dimetilfumarato** (que se administra por vía oral dous veces ao día) e o **Alemtuzumab** (que se administra por vía intravenosa durante cinco días e se repite un ano máis tarde durante tres días, evitando a actividade da enfermidade durante os 3-5 anos seguintes). As indicacións destes fármacos son diferentes dependendo da agresividade da enfermidade, da súa evolución e dos diferentes efectos secundarios potenciais que poidan ter; asemade, ao ser unha enfermidade que lle afecta a mulleres novas que poden desexar ter descendencia, o manexo destes fármacos tamén pode variar.

Gabinete de Comunicación e Imaxe da Xerencia de Xestión Integrada de Santiago
Travesía da Choupana s/n - 15706 Santiago de Compostela
Teléfono: 981950023 / 981 950967

Correo-e: prensa.santiago@sergas.es

INFORMACIÓN AOS MEDIOS

Dende hai un mes o SERGAS autorizou o financiamento dun novo tratamento: a **cladribina**. É un fármaco que se administra por vía oral en pacientes cunhas características clínicas específicas; ten unha pauta de administración moi cómoda para o paciente xa que con 20 comprimidos administrados nun ano, nunha elevada porcentaxe de pacientes pódese conseguir un bo control da enfermidade durante 4 anos.

En Galicia dispoñemos de todos os fármacos aprobados pola Agencia Europea del Medicamento e se utilizan segundo protocolos consensuados que deben ser modificados periodicamente en función das novas incorporacións e dos coñecementos adquiridos.

Outro aspecto moi importante é o tratamento sintomático. Dispoñemos de gran cantidade de fármacos e técnicas con resultados moi dispares e nos dous últimos anos se incorporaron dous novos medicamentos. Os **Cannabinoídes**, que se administran en forma de spray oral en dose que varían entre 4 e 8 aplicacións diarias e son moi eficaces no tratamento dos espasmos dolorosos dos pacientes con EM; cómpre destacar que a súa eficacia é superior á do cannabis utilizado por vía inhalatoria destacando ademais que neste último caso hai un efecto negativo sobre as funcións cognitivas. A **Fampridina** é un fármaco utilizado nos trastornos da marcha da EM e nos pacientes onde a resposta é adecuada pódese apreciar unha importante melloría na súa capacidade de deambulación.

Saúdos,