FEBRERO

Medicina

Suplemento de promoción de la salud elaborado por Asociación España Salud, responsable de su contenido

ONCOLOGÍA



Un nuevo sistema aumenta la capacidad de detección del tumor de alto riesgo en un 30% y con menos biopsias

PÁG :



Biopsia líquida, toda una revolución en oncología

PÁG. 3



Un 50% de los pacientes oncológicos sufre dolor moderado-severo a causa del tumor o del tratamiento

PÁG 4



Retos en la era de la oncología de precisión

ALEIX PRAT Jefe del servicio de oncología médica del hospital Clínic de Barcelona

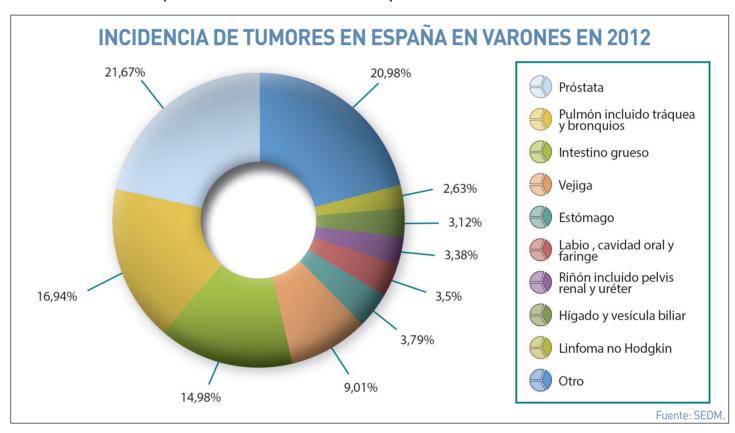
ace más de una década los tratamientos oncológicos se basaban en las características clínicas y morfológicas del tumor. Hoy, la oncología moderna, también conocida como de precisión, intenta tratar al paciente en base a las características biológicas de su tumor. Este tipo de enfoque está evolucionando de una forma vertiginosa gracias al avance tecnológico de la secuenciación del ADN tumoral y al desarrollo de nuevos fármacos muy específicos. La oncología de precisión supone un cambio revolucionario que abre la vía hacia la cura o cronificación del cáncer, pero que requiere una nueva manera de considerar la práctica médica y el enfoque del tratamiento del cáncer.

La biología del tumor es un actor importante en el comportamiento de la enfermedad

Un primer reto de la oncología de precisión es conseguir que el oncólogo combine sus habilidades clínicas con estos conocimientos farmacológicos y moleculares cada vez más específicos. Un segundo reto está relacionado con la manera en la que tratamos el cáncer. Si hace años pensábamos que el órgano donde se origina un tumor es de suma importancia, con la oncología de precisión nos damos cuenta de que la biología del tumor y el sistema inmunológico del paciente son los principales actores del comportamiento de la enfermedad. Este hecho hace necesario una nueva clasificación del cáncer que agrupe los tumores conforme a estos dos actores principales. Dichos avances también supondrían un cambio organizativo considerable a nivel hospitalario, formativo y de investigación. La oncología de precisión debería permitir tratar a los pacientes de forma mucho más individualizada. La evidencia que estamos obteniendo día a día gracias a la investigación clínica apoya continuar por este camino. El gran reto ahora es aprovechar todo el potencial que nos aporta esta nueva forma de diagnosticar, de tratar y de monitorizar el cáncer.

La unión entre especialistas también hace la fuerza contra el cáncer

Los comités multidisciplinares son esenciales en el tratamiento del tumor de próstata, cada vez más prevalente entre los hombres



SOFÍA LARRUCEA. BARCELONA

n muchos ámbitos de la vida bien es sabido que la unión hace la fuerza y ello, como es de esperar, cobra más sentido que nunca en luchas tan importantes como la que se produce contra el cáncer. En un momento en el que afortunadamente los avances en el campo de la oncología son tantos y sobre campos tan diversos (biología molecular, diagnóstico por imagen, tratamientos...) se ha visto que, además de que nos vamos acercando cada día más a la deseada medicina de precisión, cada vez es más necesario que los especialistas de diferentes áreas trabajen conjuntamente. Tal ha sido la evidencia que la mavoría de los centros hospitalarios de nuestro país ya cuentan con los llamados Comités Multidisciplinares (CM). Es decir, grupos de personas con diferentes disciplinas sanitarias que se reúnen en un momento determinado (va sea física o virtualmente) para discutir sobre casos de uno o varios pacientes y escoger, de este modo, la mejor alternativa terapéutica para cada uno de ellos. Si bien los CM son beneficiosos en cualquier tipo de tumor, en el cáncer de próstata podría decirse que los beneficios están más que probados, debido principalmente a que esta enfermedad cada vez es más prevalente y tiene más opciones de tratamiento a implementar. Concretamente, se trata del tumor más frecuente entre los hombres y si bien la supervivencia puede considerarse alta (casi un 66% sobrevive más de cinco años), se calcula que un 30% acabará desarrollando metástasis a lo largo de su vida

"La complejidad que puede presentar el cáncer de próstata sumado a que las alternativas terapéuticas cada vez son ma-

Un 30% de los pacientes con cáncer de próstata desarrollará metástasis a lo largo de su vida

yores, obliga a que un gran número de especialistas se tengan que involucrar en el proceso tanto diagnóstico como terapéutico", afirma Jose Rubio, jefe de servicio de urología del Instituto Valenciano de Oncología. Los equipos multidisciplinares para el cáncer de próstata (que deben estar estructurados y cumplir ciertos requisitos) suelen estar compuestos por urólogos, oncólogos médicos, oncólogos radioterápicos y expertos en radiodiagnóstico, entre otros. "Sin olvidar la importancia que también tienen los psicólogos en cualquier proceso oncológico", añade el urólogo Jose Rubio. Los beneficios de los CM no son pocos. Tal y

como explica Javier Puente, oncólogo del Hospital Universitario Clínico San Carlos de Madrid, los equipos multidisciplinares ayudan a que, además de que se produzca una mejora en la calidad del diagnóstico y de los resultados en salud, se mejore la coherencia, la coordinación y el costeefectividad de la atención de los pacientes. Aunque la formación de estos comités cada vez está más extendida en los hospitales de nuestro país, no siempre se cumplen todos los requisitos. "Los propios pacientes pueden preguntar directamente a su médico si su caso se está llevando por un equipo multidisciplinar", apunta el oncólogo Javier Puente y concluye: "El trabajo multidisciplinar es un aspecto que en algunos tumores está muy avanzado (mama, pulmón y colon, por ejemplo) y en otros quizás no tanto, sin embargo, esta forma de trabajar cada vez estará más instaurada".

La mejor información sanitaria en:



 $2\,\mathrm{Medicina}$ 18 de febrero 2017

Oncología

Aumento de la precisión en el cáncer de próstata

Un nuevo sistema aumenta la capacidad de detección del tumor de alto riesgo en un 30% y con menos biopsias

INÉS OSORIO MADRID

iopsiar justo en la zona donde se sospecha que existe el tumor y hacerlo solo en aquellos casos en los que el cáncer sea potencialmente letal es una mejora considerable que acorta los procesos de diagnóstico, los hace más certeros y provocando menos molestias en el paciente. Un tumor en el que el diagnóstico no siempre ha sido fácil debido, principalmente, a la carencia de herramientas que permitan visualizar de forma directa el tumor y fijar un objetivo para realizar de forma más precisa las biopsias. Algo que, sin embargo, gracias al nuevo sistema llamado Uronav, ha dado un giro positivo. Este sistema, desarrollado por Philips, combina imágenes de resonancia magnética y ecografía y actúa como un GPS para ofrecer a los especialistas información concreta del lugar donde está el tumor sobre el que deben realizar la biopsia. Un innovador sistema que puede aumentar la capacidad de detectar un tumor de alto riesgo en un 30% respecto a la biopsia tradicional.

Actualmente, el protocolo de detección de este cáncer más común consiste en la

realización de un tacto rectal si el paciente es población de riesgo y un análisis de PSA (antígeno prostático específico, principal marcador tumoral). Cuando este indicador es alto, se procede a la realización de una biopsia de próstata para conocer el carácter del tumor. Sin embargo, estas biopsias se suelen realizar "a ciegas", realizando unas 12 punciones del tejido de la próstata y que en ocasiones pueden no ser la zona en la que se localiza justamente el tumor. Esto condu-

Uronavactúa como un GPS e informa de la localización del tumor

ce a que, del mismo modo que a veces el cáncer de alto riesgo y potencialmente letal no se detecte (falso negativo), el de bajo riesgo (aquel que nunca llegará a matar al paciente) sea tratado de forma innecesaria. "El porcentaje de tumores que podemos detectar con la biopsia 'a ciegas' es bajo, pues solo se detecta el cáncer en un 20-45% de los casos", señala Antonio Luna, director



médico de HealthTime, grupo que cuenta desde el pasado
abril en el Hospital de la Cruz
Roja de Córdoba con el primer
equipo de Uronav en España.
Esta tecnología ha contribuido, por tanto, no solo a que la
fiabilidad y precisión diagnóstica sea mayor, sino a que el número de punciones se reduzca.
"Mientras que antes necesitábamos realizar entre ocho y once punciones, ahora con tres o

cinco dirigidas a la zona de sospecha visualizadas previamente en la resonancia magnética multiparamétrica ya es suficiente", afirma el especialista Luna.

En España se realizan unas 80.000 biopsias de próstata al año. Se trata de un tipo de tumor con una alta prevalencia pero con una mortalidad baja (aproximadamente un 65,5% de los pacientes en España

sobrevive más de cinco años). Según cifras de la AECC, en España fallecen aproximadamente unos 6.000 hombres al año por esta enfermedad (el 10% de todas las muertes por cáncer masculino y el 2,8 % del total de muertes entre los hombres). Es la tercera causa de fallecimiento por cáncer en el sexo masculino, tras el cáncer de pulmón y el colorrectal.

Mayor conocimiento del tumor gracias al Big Data

Un nuevo sistema permite extraer información de la enfermedad incluso en sus etapas más tempranas

J.S.LL. MADRID

l Big Data llega al campo de la oncología y la lucha contra el cáncer cada vez podrá hacerse de manera más precisa e individualizada. Médicos e ingenieros de ERESA-CETIR, grupo líder en diagnóstico por imagen y medicina nuclear en España, están desarrollando un innovador sistema de protocolos para la gestión y análisis de datos, capaz de extraer la máxima información sobre el tumor incluso en sus etapas más tempranas. Esta herramienta, bautizada con el nombre de Oncobytes, permite la detección de las células cancerígenas en sus primeras fases de desarrollo v revela factores clave para su valoración, como la heterogeneidad o la multifocalidad tumoral. Se trata de bioinformática de vanguardia que, gracias a cuatro décadas de investigación y a la sistematización de la información generada, hace posible convertir los datos de otros casos en oportunidades para los pacientes actuales. Además, aunará casos similares para la interpretación de información incrementando enfoques predictivos.

Gracias al sistema de protocolos Oncobytes, los especialistas



Se trata de bioinformática de vanguardia que hace posible convertir los datos de otros casos en oportunidades para los pacientes actuales.

pueden obtener una gran cantidad de información específica, lo que permite tratamientos más tempranos, personalizados y eficientes, además de una considerable reducción de los falsos positivos. Tal y como afirma José Ferrer Rebolleda, director médico del grupo ERESA, la importancia de esta conexión de protocolos y datos va más allá de lo puramente tecnológico, ya que la experiencia de los especialistas que los desarrollan permitirá estandarizar la gestión de información, sacándole el máximo partido a la ingente cantidad de datos que genera cada paciente. "La aplicación de Oncobytes será especialmente valiosa, ya que nos ayuda a ir más allá de una visión meramente anatómica y a obtener una imagen funcional de las células, evaluando su desarrollo metabólico y comportamiento también durante el tratamiento. Esto es fundamental para examinar con garantías los cambios que se producen, por ejemplo en la etapa postoperatoria, estableciendo un seguimiento personalizado", explica.

El desarrollo de este sistema está siendo posible gracias a la constante aportación de conocimiento por parte de médicos e ingenie-

Este sistema revela factores clave como la heterogeneidad tumoral

ros de diversas especialidades. Esta experiencia compartida, solo durante el pasado año, provino de la realización de más de 252.000 resonancias magnéticas, 59.000 tomografías computerizadas y 25.000 pruebas de medicina nuclear, además del tratamiento de alrededor de 1.300 pacientes en unidades de radioterapia del grupo situadas tanto en hospitales públicos como en centros privados.

18 DE FEBRERO 2017 Medicina 3

Oncología ___

Biopsia líquida, toda una revolución en oncología

Con una simple extracción de sangre ya puede conocerse la biología del cáncer colorrectal metastásico y la respuesta que tendrá a los tratamientos

S.L. BARCELONA

on un simple análisis de diez mililitros de sangre puede conocerse la biología del cáncer colorrectal metastásico y se puede saber la respuesta que los pacientes con este tipo de tumor tendrán a ciertos tratamientos. Algo que si bien suena a ciencia ficción, está lejos de serlo, pues ya es una realidad dentro de nuestras fronteras. La biopsia líquida es una nueva técnica diagnóstica que analiza los biomarcadores (particularidades del tejido tumoral) en sangre. Algo que para especialistas como Clara Montagut, jefa de sección de cáncer gastrointestinal del Hospital del Mar de Barcelona, se trata de un avance que está marcando un antes y un después en la práctica clínica. Y es que sus ventajas frente a la clásica biopsia de tejido no son pocas. Además de ser una prueba más fiable y cómoda, los resultados se obtienen de forma más rápida. "Con la biopsia de tejido debíamos esperar alrededor de diez días para obtener los resultados, mientras que con la nueva técnica, en cuatro días como máximo ya podemos tenerlos", apunta esta oncóloga. Aunque de momento la biopsia líquida solo

El siguiente paso será ampliar el uso de esta prueba a otros tipos de tumores

tiene practicidad clínica en el cáncer colorrectal metastásico - debido a que en estos casos los niveles de DNA (double-strand nucleic acid) en sangre son más altos-, hay numerosos estudios que están investigando su utilidad no solo en fases más precoces de la enfermedad, sino también en otros tipos de tumores, como es en el de pulmón o en el melanoma, por ejemplo. Investigaciones que, según cuenta Clara Montagut, no tardarán en mostrar unos resultados prometedores.



Fuente: www.merckgroup.com

El biomarcador más conocido en el tratamiento del cáncer colorrectal metastásico es el conjunto de genes llamado RAS. De manera que, analizando si existe mutación en estos genes, puede saberse si el paciente se beneficiará o no de una terapia de precisión. Un análisis que, además, gracias a la biopsia líquida puede hacerse de manera más global y, por tanto, más fiable. Debe recordarse que el tumor no es una masa homogénea, sino que presenta una gran heterogeneidad celular y existen, por tanto, subgrupos de poblaciones dentro de un mismo tumor. De este modo, mientras que con la biopsia de tejido solo puede analizarse una sola zona de la masa cancerosa, con la nueva técnica pueden estudiarse todas las alteraciones de cualquier zona del tumor debido a que cualquier región del cáncer libera DNA al torrente sanguíneo. "La sensibilidad de la biopsia líquida es prácticamente del 100%", añade la especialista Montagut. Asimismo, al ser una técnica menos invasiva, complicaciones relacionadas con la biopsia tradicional, como son los sangrados, el dolor o las infecciones, pueden evitarse. Sin olvidar que llegar al tejido tumoral para biopsiarlo no siempre es una tarea fácil y puede ser algo incómodo para el paciente en muchas ocasiones.

La biopsia líquida se basa en la tecnología BEAMing, desarrollada por Sysmex-Inostics en colaboración con Merck, y requiere de un gran equipamiento por parte del laboratorio. De momento son doce los centros de referencia en nuestro país que disponen de esta nueva técnica diagnóstica, aunque su acceso ya está generalizado al total de

La sensibilidad de la biopsia líquida es prácticamente del 100%

los pacientes. Según datos de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), el tumor colorrectal afectará a 1 de cada 20 hombres y a 1 de cada 30 mujeres antes de cumplir los 74 años de edad. Si bien en España la supervivencia a los cinco años se sitúa en este momento por encima de la media de los países europeos, con un 64% frente a un 57% de la media europea, en fase de metástasis y con un adecuado tratamiento puede llegar hasta los 40 meses en pacientes sin mutación de RAS.

Opinión

"Después del genoma del cáncer: ¿Y ahora qué?"



as frías cifras en oncología nos dicen que un 40% de los pacientes acaba sucumbiendo. Se logrará mejorar esta cifra usando tratamientos personalizados para cada paciente en función de las alteraciones de su genoma. No obstante, el cáncer es una enfermedad compleja y multifactorial. Afecta no solo a nuestro ADN, sino también a la regulación de este, el contexto celular del tumor y la manera en la que nuestro cuerpo reconoce a ese tejido anómalo. Estos tres últimos conceptos se refieren respectivamente a la epigenética, el microambiente y la inmunidad del paciente. Estudiémoslos por partes. La epigenética estudia el conjunto de marcas

químicas de nuestras células que controlan la actividad de nuestro ADN. Dos hermanos gemelos con el mismo ADN pueden tener incidencia de cáncer distinta. Esto se debe a que, aunque su secuencia genética sea la misma, el control químico de esta (el epigenoma) puede ser distinto. Se han descrito importantes genes supresores de tumores cuya función se pierde por una epigenética alterada. En este sentido, los biomarcadores epigenéticos se suman a los genéticos para decidir qué tratamiento es meior para ese paciente. Pero es que además las marcas epigenéticas son dinámicas y determinados fármacos son capaces de revertirlas en ciertos tumores, aplicándose sobre todo en el contexto de las leucemias y linfomas. También es importante recordar que el cáncer no és homogéneo. Es decir, que cuando se diagnostica una masa tumoral existen diferencias entre las células malignas de ese mismo paciente. Además, las células sanas que lo integran (células de sostén, vasos sanguíneos y linfáticos,

etc) también cambian, es lo que se denomina el microambiente tumoral. Por tanto, cada vez se estudiará más en detalle esta heterogeneidad intratumoral para decidir cuál es el mejor tratamiento.

Finalmente, recordad que si se dice que "un hombre no es una isla", un tumor tampoco se encuentra flotando en el espacio, sino dentro del contexto de otros órganos y de tejidos que interacccionan con él. En este sentido, debemos destacar el sistema inmune. Este suele reconocer a las células tumorales como cuerpos extraños y seguramente elimina a cientos de ellas. Pero no debemos olvidar que el cáncer suele "disfrazarse" molecularmente para evadir nuestra inmunidad. Por suerte, en los últimos años han surgido nuevos fármacos de inmunoterapia que les quitan ese "antifaz", siendo especialmente esperanzadores en melanoma, cáncer de riñón y pulmón.

Estemos atentos a los nuevos retos de esta oncología post-genómica.

Opinión ____

El futuro del cáncer de mama

JAVIER CORTÉS

Jefe de sección de cáncer de mama del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid



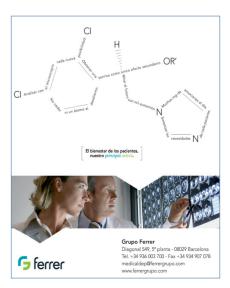
unque el cáncer de mama es curable en un gran número de pacientes, todavía produce muchos fallecimientos al año. Es por ello que la investigación no puede cesar y cada día se necesitan más y mejores tratamientos y herramientas diagnósticas. Tres son las áreas donde se pone más énfasis en el momento actual en lo que a investigación se refiere.

Si bien el conocimiento de la biología molecular ha permitido la mejora terapéutica en numerosos tumores, entre ellos, el cáncer de mama, el desarrollo de resistencias es uno de los campos donde la investigación está más enfocada. En este aspecto, hemos conocido en los últimos años algunos de los mecanismos más importantes por los que un tumor deja de ser sensible a un determinado tratamiento y empezamos a tener herramientas terapéuticas que revierten esta resistencia. El segundo foco de atención es la inmunoterapia. Estos fármacos, encargados de potenciar el sistema inmunológico propio, han dado resultados muy llamativos en algunos tipos de tumores

Empezamos a tener herramientas que revierten la resistencia al tratamiento

y en el cáncer de mama se perfila como una buena estrategia para algunas pacientes. La biopsia líquida es el tercer campo de investigación intensa. Esta nos va a ayudar a caracterizar el tipo de tumor al que nos enfrentamos, a observar su evolución, a detectar precozmente las recidivas y a un largo etcétera de posibilidades que el futuro nos irá proporcionando.

No quiero terminar estas líneas sin hacer un llamamiento a la importancia de la segunda opinión. La medicina en nuestro país es de un altísimo nivel, y muchos profesionales sanitarios están entre los mejores del mundo; sin embargo, la heterogeneidad en las posibilidades terapéuticas es un hecho. El tratamiento del cáncer de mama no es una urgencia terapéutica, pero las decisiones pueden acarrear consecuencias irreversibles.



4 Medicina 18 DE FEBRERO 2017

Oncología

El cáncer duele

Un 50% de los pacientes oncológicos sufre dolor moderado-severo a causa del tumor o del tratamiento

S.L. BARCELONA

l cáncer duele, y no nos referimos únicamente a nivel emocional, sino también a nivel físico. De hecho, se estima que un 50% de los pacientes con cáncer padecerá dolor moderado-severo y en un 30% de los casos este será muy severo. Paradójicamente, son muchos los que hoy en día siguen sin consultar este aspecto con su médico. Tal y como explica Belén González, oncóloga del hospital Son Llàtzer de Palma de Mallorca, esto puede deberse principalmente a la falsa creencia de considerar el dolor como un aspecto secundario. "Algunos temen que el médico 'se distraiga' paliando el dolor y se desconcentre de su principal misión, que es el tratamiento del cáncer", explica esta oncóloga. Asimismo, añade, "también suelen pensar que el dolor significa que la enfermedad va empeorando y por ello no quieren prestarle mucha atención". Miedo a los efectos secundarios, a crear una posible adicción o pensar que los medicamentos pueden dejar de hacer efecto son otros de los motivos por los que los pacientes pueden ser reacios a la idea de tratar este síntoma. Sin olvidar que, tal y como destaca la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM) en su estudio El dolor en el paciente oncológico, muchos aceptan el dolor como algo

inevitable. Pero no lo es. De hecho, con los tratamientos actuales y con la idea cada vez más generalizada de tratar el dolor de forma integral (física y emocionalmente) se estima que hasta un 90% de los casos puede controlarse.

El dolor se debe principalmente a que por crecimiento o invasión en células, el cáncer provoca inflamación en los tejidos dañados y afecta a terminaciones nerviosas. Los tumores más dolorosos son los que afectan a los huesos, el cáncer de páncreas, el de cabeza y cuello, el de cérvix y el de estómago, entre otros. Sin embargo, el dolor no solo puede deberse al tumor en sí, sino que el propio tratamiento oncológico también puede generarlo. Hoy en día se dispone de muchas alternativas terapéuticas para pa-

Con las terapias actuales, hasta en un 90% de los casos puede controlarse el dolor

liar este síntoma. "Se puede y se debe tratar el dolor, y no solo para que el paciente gane en calidad de vida durante el proceso oncológico, sino también para aumentar la efectividad de los tratamientos, (al permitir administrarlos de una forma más adecuada) y para reducir costes (al evitar ingresos hospitalarios)",

Prevalencia de tipos de dolor oncológico Dolor Somático Dolor Neuropático Dolor Visceral 15,2% 5,2% 10,8%

Fuente: Dolor crónico oncológico. IV update de oncología. Rafael Trujillo Vilchez

señala la especialista Belén González. Los opioides (morfina y derivados) son los fármacos de elección pero también se usan otros analgésicos y medicamentos coadyuvantes que potencian el efecto analgésico -ansiolíticos, antidepresivos, corticoides, etc- además de otras medidas no farmacológicas como la psicoterapia o la rehabilitación.

A pesar de ello, algunos pacientes acaban necesitando una técnica invasiva o intervencionista para el control de su dolor o para disminuir los efectos secundarios de los fármacos. Sin embargo, no debe olvidarse que la percepción del dolor es un aspecto somatopsíquico y subjetivo. Es decir, no solo depende del estado físico, sino también del estado emocional que tenga el paciente. Por ello, la oncóloga Belén González insiste en la importancia que tiene impulsar las llamadas terapias integrativas. "Cuando el dolor se trata de una forma integral e individualizada y se presta atención al estado psicológico y anímico de la persona puede conseguirse que su percepción sea menor y se controle mejor", señala. Postura muy defendida por muchos especialistas, y desde hace mucho tiempo, pues como decía el prestigioso doctor Eric Cassell, "los que sufren no son los cuerpos, son las personas".

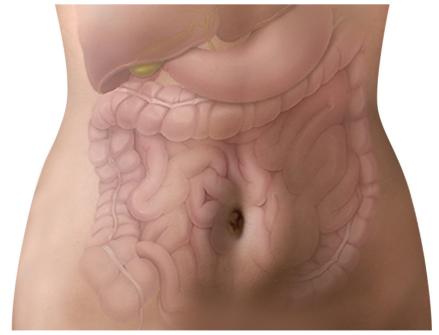
Gastroenterología

El uso de terapias biológicas abre nuevos caminos en el tratamiento de la colitis ulcerosa

SILVIA FIDALGO. BARCELONA

s habitual hablar de la Colitis Ulcerosa (CU) como Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII), aunque este término se refiere a una serie de enfermedades que afectan al intestino y que producen una inflamación crónica. La CU daña el intestino grueso y cursa con brotes que se alternan con fases de inactividad. Los síntomas más comunes son diarrea (deposiciones con sangre, moco y pus), dolor abdominal, y sensación continua y urgente de ir al baño (tenesmo). Estos síntomas limitan la calidad de vida de los pacientes, que frecuentemente son personas jóvenes y activas laboralmente, ya que su diagnóstico se suele hacer entre los 20 y los 40 años. Según datos del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU), la CU afecta a 10 de cada 100.000 habitantes y el número de enfermos va en aumento en nuestro país.

En las fases activas de la enfermedad, los pacientes se ven obligados a acudir repetidamente a urgencias o a las consultas monográficas de EII, y en el peor de los casos son hospitalizados. Las personas que padecen CU siempre están en tratamiento, puesto que, tal y como indica Manuel Barreiro de Acosta, responsable de la unidad de enfermedad inflamatoria intestinal del Hospital Clínico Universitario



Los síntomas más comunes de esta afección son diarrea, dolor abdominal y sensación continua y urgente de ir al baño.

de Santiago y miembro de la junta de GETECCU, "es tan importante tratar el brote como evitar que aparezca. El 90% de los pacientes con colitis ulcerosa necesita seguir un tratamiento de mantenimiento". Mientras la enfermedad está controlada, pueden llevar una vida prácticamente como el resto de la población general, en

cambio, cuando están en brote les incapacita para hacer muchas actividades de su día a día. "El trabajo, los estudios e incluso las relaciones personales se van a ver afectadas, ya que van a ausentarse en muchas ocasiones", añade el experto.

El tratamiento convencional para los brotes han sido los corticoesteroides. El

problema que presentan es que si se administran de forma continuada tienen muchos efectos adversos y generan corticodependencia, por lo que hay que buscar tratamientos alternativos. También disponemos del grupo de fármacos aminosalicílatos, pero estos actúan solo en las colitis leves-moderadas. "Los pacientes de CU necesitan constantemente nuevos fármacos y van a pasar por distintos tratamientos a lo largo de su vida. En este contexto, el uso de las terapias biológicas como Adalimumab está suponiendo un gran avance en el campo de la colitis ulcerosa", indica el especialista. Este fármaco es útil tanto para inducción como para mantenimiento, sobre todo en casos de CU moderada-grave.

El trabajo y las relaciones personales se ven afectadas por esta enfermedad

Un porcentaje importante de pacientes se va a beneficiar del uso de terapias biológicas como adalimumab, que ya ha demostrado eficacia en otras EII como el Crohn. Este tratamiento consigue cicatrizar la mucosa y que remitan los síntomas y el sangrado. Según los resultados del estudio InspirADA, con Adalimumab, siete de cada diez pacientes presentan respuesta a partir de la segunda semana, mejorando su calidad de vida y también la productividad laboral, reduciendo en un 56% el absentismo laboral y cerca de un 70% el número de consultas y hospitalizaciones

18 DE FEBRERO 2017 Medicina 5

Tribuna ____

No le des motivos al cáncer

JORGE PARICIO Director de Salud y Accidentes de AXA

l pasado 4 de febrero se celebró, como cada año, el Día Mundial contra el Cáncer, enfermedad que constituye la segunda causa de muerte a nivel mundial. Concretamente, cerca de nueve millones de personas fallecieron en 2015 por esta patología.

Según la OMS, podríamos prevenir el 40% de cánceres sólo evitando el consumo de tabaco, practicando ejercicio de forma regular y manteniendo una dieta equilibrada y saludable. El diagnóstico precoz y los hábitos de vida saludables previenen y son fundamentales para detener el alarmante aumento de la incidencia de esta enfermedad. El consumo de tabaco, por ejemplo, es la principal causa prevenible de cáncer en el mundo, y explica el 22% de las defunciones por esa enfermedad. Asimismo. la introducción de la dieta mediterránea, controlar la obesidad y el consumo de alcohol, evitar la exposición prolongada al sol y realizar ejercicio físico pueden llegar a reducir el 30% de tumores.

De entre todos los tipos de cáncer, el de mama es el más frecuente en mujeres entre 35 y 50 años, siendo la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres. Aunque el número de nuevos casos ha aumentado, su mortalidad ha disminuido por la universalización de los programas de diagnóstico precoz.

El cáncer de próstata es el cáncer más frecuente en hombres a partir de los 50 años, con una prevalencia muy alta y la segunda causa de muerte por cáncer en hombres.

En el cáncer de pulmón, se puede atribuir el tabaquismo como la única causa en un 70% de los casos. Se ha demostrado que el humo ambiental, causa cáncer de pulmón en adultos no fumadores.

El cáncer de colon es el tumor maligno que más está aumentando en nuestro país y, en general, en todos los países desarrollados. AXA trabaja contra el cáncer en diferentes acciones desarrolladas a través de AXA Research Fund, Constantes y Vitales y AXA de Todo Corazón. Se apoya la investigación de esta enfermedad con diferentes aportaciones económicas, una primera de 9,7 millones de euros en 24 provectos de investigación o una segunda con la que se contribuve a la creación de una cátedra y un proyecto liderado por los famosos investigadores Mariano Barbacid y María Blasco. A través de la Fundación AXA se colabora con la creación de la Poción de Héroes para avudar a la recuperación de niños con cáncer. No le des motivos: invierte en hábitos saludables. Es tu mejor renta para el día de mañana.

Oftalmología.

Decir adiós a las gafas cada vez es más fácil

Una nueva LIO corrige tanto el astigmatismo como la presbicia en pacientes que se someten a cirugía de cataratas

S.L. MADRID

orregir la presbicia y el astigmatismo en aquellas personas que se someten a cirugía de cataratas es algo que se consiguió hace relativamente poco, pero hacerlo generando las menos molestias posibles ha sido un avance considerable que ayuda a que cada vez sean más las personas las que se animen a decir adiós a las gafas. Claro ejemplo de ello es una nueva lente intraocular trifocal tórica que acaba de presentarse. Esta consigue, además de que el paciente pueda ver a distancia cercana, media y lejana sin ayuda de las gafas ni de las lentes de contacto, que la persona sufra menos deslumbramientos o halos de luz, molestias típicas que presentaban las lentes de este tipo hasta ahora. "Estas incomodidades se daban sobre todo durante los primeros meses tras la implantación, ahora, con la nueva lente, el proceso de adaptación (que antes podía resultar ligeramente molesto) es más fácil y, por lo tanto, más rápido", afirma el profesor Luis Fernández-Vega, catedrático de oftalmología en la universidad de Oviedo y director del Instituto Oftalmológico Fernández-Vega. Además, añade, "su innovador diseño hace que su implantación resulte más sencilla".



La nueva lente intraocular trifocal, desarrollada por Alcon, está indicada tanto para pacientes que solo sufren cataratas como para aquellos que, además cataratas, también padecen presbicia y astigmatismo. Algo importante a considerar, sobre todo al saber que, a nivel mundial, más del 70% de los pacientes que se somete a cirugía de cataratas también tiene niveles

de astigmatismo que se pueden tratar. Desde el punto de vista óptico, son unas lentes difractivas, es decir, que dividen la luz en tres focos (lejos, intermedio y cercano) y además presentan una graduación distinta por una parte de la lente que por otra, por lo que también sirven para corregir el astigmatismo. "Sin innovaciones como esta, muchos de mis pacientes

sometidos a cirugía de cataratas todavía necesitarían utilizar gafas o lentes de contacto para corregir los problemas de presbicia o de astigmatismo después de la operación", señala Thomas Kohnen, profesor y presidente del departamento de oftalmología de la universidad Goethe de Frankfurt. "La disponibilidad de opciones de corrección de la visión como esta nueva lente les ayuda a volver a conducir, leer libros y usar dispositivos electrónicos sin lentillas ni gafas, con efectos secundarios tolerables en comparación con las tecnologías anteriores.'

Al igual que con cualquier procedimiento quirúrgico, existen riesgos asociados. Aunque tal y como apunta el especialis-

Las cataratas y el astigmatismo son patologías muy relacionadas

ta Fernández-Vega, si la cirugía se realiza adecuadamente, las complicaciones postoperatorias son mínimas. De hecho, se calcula que se producen en menos de un 1% de los casos. La LIO es una vía definitiva, pues la presbicia se soluciona de por vida. Sin embargo, como explica el oftalmólogo, "no debemos olvidar que el ojo es un órgano vivo y que, en consecuencia, puede modificarse a lo largo del tiempo". "Las modificaciones serán muy pequeñas. Y si en algún momento hubiese una un poco más relevante, esta siempre podría corregirse con láser, aunque generalmente no es necesario", concluye este experto.



n el Centro de Oftalmología Barraquer hemos iniciado la implantación de técnicas microinvasivas para el tratamiento quirúrgico del glaucoma como el implante Xen y hemos obtenido excelentes resultados.

Estamos asistiendo a una nueva era quirúrgica en relación a las llamadas técnicas MICS o microinvasivas, cuyo común denominador es el de hacer una menor manipulación de los tejidos oculares, acompañado de la máxima seguridad y eficacia esperada. Son técnicas menos invasivas que conllevan menos riesgos y, además, son más cómodas para el paciente. Como no se hacen suturas, el postopera-

torio genera menos molestias. El glaucoma se define como una enfermedad del nervio óptico donde el daño generado resulta irreversible. Son varias las causas a las que se debe y el factor de riesgo más importante es la presión intraocular elevada. Esta, a su vez, viene determinada por el equilibrio entre la velocidad de producción

Nueva técnica microinvasiva para el glaucoma



del humor acuoso (el líquido intraocular responsable de nutrir la córnea y el cristalino), y por la resistencia y dificultad en su drenaje. El Xen es un implante de 46 micras de diámetro y 6 milímetros de longitud, elaborado con material de colágeno biocompatible que, en contacto con las estructuras oculares, adopta una consistencia blanda, favoreciendo la llamada filtración del humor acuoso, para conseguir que se restituya el

equilibrio entre entrada y salida de este y así se regularice la presión intraocular. Se utiliza un inyector para facilitar su implantación, la cual puede realizarse de forma aislada, o bien combinada con un procedimiento quirúrgico de extracción de catarata.

El posicionamiento dentro de la escala terapéutica en este momento es muy concreto y abarca glaucomas de ángulo abierto, en un estadio de daño glaucomatoso

de incipiente a moderado, pudiendo ser una alternativa a algunos tratamientos médicos y láser. En glaucomas en fase avanzada, la cirugía filtrante (trabeculectomía, esclerectomía profunda no perforante) y los dispositivos valvulares de drenaje (Ahmed o Baerveldt, como los más representativos) siguen siendo las técnicas de elección. El poder ampliar el abanico de posibilidades quirúrgicas hace que asistamos a una medicina más personalizada. La técnica microinvasiva con el implante Xen es muy prometedora para el control quirúrgico del glaucoma. El control de la enfermedad glaucomatosa acompañado de una mejor calidad de vida de nuestros pacientes es nuestro principal objetivo.



www.barraguer.com

6 Medicina 18 DE FEBRERO 2017

Opinión _____

Fibrilación auricular: la importancia del diagnóstico precoz

JESÚS M. PAYLOS

Director de la Unidad de Arritmias del Hospital Universitario HLA Moncloa de Madrid

a fibrilación auricular (FA) es la arritmia más común en los seres humanos por encima de los 50 años. Se trata de un problema de salud que afecta a un elevado número de personas y que genera un importante coste económico y sanitario, aumentando hasta cinco veces el riesgo potencial de padecer un ictus en las personas que la sufren requiriendo anticoagulación oral. Sin embargo, las técnicas para su diagnóstico y tratamiento presentan elevadas tasas de eficacia con un único condicionante: cuanto antes se diagnostica la FA, mayores son las posibilidades de éxito.

El origen de la FA se halla en las venas pulmonares. Desde hace algunos años, para tratar de forma definitiva estas arritmias se ha apostado por desconectar eléctricamente y de forma circunferencial completa las venas pulmonares de la aurícula izquierda. Para ello se han utilizado diversas formas de energía, como la radiofrecuencia, el láser o, en nuestro caso, el frío. Esta técnica consiste en utilizar un balón de doble cámara, sobre el que se hace recircular óxido nitroso que permite lograr esa desconexión congelando el punto crítico de la unión de las venas con la aurícula izquierda, todo mediante una aplicación de 240 segundos a una temperatura media de -50° C. La lesión generada por frío, a diferencia de la del calor, no produce proliferación de fibroblastos, que son la base de la formación del tejido cartilaginoso responsable de la retracción fibrótica de una cicatriz, minimizando de esta manera el riesgo potencial de complicaciones, entre otras, la estenosis de las venas pulmonares.

Esta técnica la aplicamos desde 2008, año en que se introdujo en España con muy buenos resultados, publicando los primeros casos en la Revista Española de

Cardiología en 2009. Asimismo, la revista Journal of Atrial Fibrillation también evidenció este trabajo con el seguimiento a más largo plazo de pacientes tratados con esta técnica. En estos más de siete años, hemos logrado un porcentaje de éxito muy elevado tras una primera intervención y un 11% de recurrencias clínicas. Tras una segunda intervención, un alto porcentaje de estos pacientes permanecen en ritmo sinusal sin medicación.

Parte del secreto de ese alto porcentaje de éxito está en la selección de los pacientes, puesto que la eficacia de la técnica varía mucho en función del estadio de la FA en el que se realice. Junto a

La FA aumenta hasta cinco veces el riesgo potencial de padecer un ictus

los resultados ya mencionados en la fase paroxística, en el segundo estadio, la FA persistente de corta duración, con episodios de siete a diez días y que responden bien a la administración de fármacos, la tasa de curación con la intervención con frío se sitúa entre el 60 y el 80%. Por último, cuando se trata de FA persistente de larga duración, aquella en la que el paciente lleva más tiempo padeciendo los episodios y ha sufrido ya el remodelado eléctrico, anatómico y hormonal de la aurícula, el porcentaje de curación puede alcanzar el 60% en una primera intervención, el 72% tras la segunda y el 78% si se apoya con fármacos.

Precisamente aquí está nuestro reto, en ser capaces de mejorar los porcentajes de curación de la FA en estadios más avanzados.

Industria _____

Mayor transparencia sanitaria

REDACCIÓN. MADRID

a publicación individualizada por parte de los laboratorios de sus colaboraciones con profesionales sanitarios refuerza aún más la apuesta por la transparencia que la industria farmacéutica innovadora lleva años haciendo y que tuvo uno de sus hitos el año pasado, con la publicación de toda esta actividad por parte de las compañías. Así se ha puesto de manifiesto en la I Jornada sobre Transparencia en el Sector Farmacéutico, celebrada recientemente en Madrid y organizada por Transparencia Internacional España y Farmaindustria.

La jornada se centró en el significado y en los retos de la transparencia en la sociedad moderna y, en particular, en el sector farmacéutico, al hilo de la iniciativa pionera de autorregulación de la industria innovadora en Europa, aprobada en 2013, recogida en el caso de España en el Código de Buenas Prácticas de la industria farmacéutica al año siguiente y concretada en junio de 2016 con la primera publicación de datos. Esta publicación se repetirá anualmente cada mes de junio y engloba cuatro grandes conceptos: donaciones (en este

caso solo se pueden hacer a organizaciones sanitarias, no a personas individuales), apoyo para actividades formativas y reuniones científico-profesionales, retribuciones por servicios profesionales y colaboraciones en materia de I+D. Responsables de la patronal farmacéutica han recordado que todas las colaboraciones que los laboratorios hagan con profesionales sanitarios desde el pasado uno de enero se publicarán ya de forma individualizada en junio de 2018, tal como se recoge en la última actualización del Código de Buenas Prácticas de la industria farmacéutica. La publicación individualizada de las transferencias de valor es solo una de las bases sobre las que se asienta la política de transparencia que en los últimos tres lustros está desarrollando la industria farmacéutica innovadora y que se concreta en el citado Código de Buenas Prácticas.

En este sentido, tal y como ha indicado el director de la Unidad de Supervisión Deontológica (USD) de Farmaindustria, José Zamarriego, el Código forma parte de un robusto Sistema de Autorregulación que garantiza que la conducta de los laboratorios se rige por los más estrictos principios éticos de responsabilidad y profesionalidad.

Medicina interna _____

La hipercolesterolemia, mal controlada en España

Uno de cada dos adultos tiene el colesterol alto y solo un 10% de ellos ha logrado controlarlo

JON MASEDA. BARCELONA

lgo más de 17 millones de españoles tienen el colesterol LDL elevado. De ellos, sólo el 24% está bajo tratamiento y únicamente el 10% está controlado. Estos datos se revelan en el Estudio de Nutrición y Riesgo Vascular en España (Enrica) publicado en la Revista Española de Cardiología (REC). Se trata de la mayor investigación sobre nutrición y riesgo cardiovascular realizado en nuestro país que pone en relieve uno de los grandes problemas sanitarios de los ciudadanos: el colesterol elevado.

Tal y como declara Xavier Pintó, presidente de la Sociedad Española de Arterioesclerosis (SEA) del Hospital de Bellvitge, muchos médicos no actúan o lo hacen de forma menos activa de lo que requeriría esta situación. "Existen, además, determinados colectivos especialmente descontrolados como, por ejemplo, los autónomos, que realizan una actividad laboral muy exigente sin que practiquen revisiones médicas, a diferencia de los trabajadores de la gran mayoría del tejido empresarial de España a los que se les ofrece un reconocimiento anual", ha explicado. Los peligros de este descontrol no son pocos. Bien es sabido que la enfermedad cardiovascular (altamente relacionada con el exceso de colesterol, junto con otros factores de riesgo) sigue siendo la causa número uno de fallecimiento en los países desarrollados. Concretamente, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), las enfermedades cardiacas son la causa de tres de cada diez muertes (30%) que se producen en España, una cifra superior a los fallecimientos producidos por cáncer (28%) y a las enfermedades del sistema respiratorio (11%). Y es que el exceso de este lípido daña las arterias, además, de forma silenciosa y en muchos casos no se detecta hasta que aparece el infarto, la angina o el ictus. ¿Lo más paradójico? Que puede controlarse de forma sencilla en la mayoría de los casos. Para ello, en muchas ocasiones basta con cuidar la dieta y por supuesto, seguir las recomendaciones farmacológicas (si se



El consumo de lactobacilus puede disminuir el colesterol alrededor de un 5%.

En cuanto a la alimentación, el estudio PREDIMED ha demostrado que el consumo de aceite de oliva virgen y frutos secos dentro de una dieta equilibrada disminuye hasta en un 30% el riesgo de infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares y la mortalidad cardiovascular. Asimismo, en diferentes estudios se ha observado que el consumo de un preparado lácteo con una alta concentración de lactobacilus puede disminuir el colesterol alrededor de un 5%. Los probióticos pueden actuar en la disminución del colesterol a través de diversos mecanismos. El más frecuente es mediante la alteración de la actividad enzimática, capaz de desconjugar los ácidos biliares, unas sustancias que fabrica el hígado a partir del colesterol para ayudar a digerir las grasas. Los ácidos se desconjugan por acción de los probióticos de manera que no pueden ser reabsorbidos por el intestino y se eliminan a través de las heces. Por ello, son muchos los profesionales los que aconsejan añadir a la dieta los probióticos. Estos pueden, además de disminuir la cantidad de colesterol en la sangre, evitar o a reducir el tratamiento farmacológico en los casos leves.



18 DE FEBRERO 2017 Medicina

Entrevista.

HOWARD FILLIT, NEUROCIENTÍFICO DEL HOSPITAL MOUNT SINAI DE NUEVA YORK

"Creo que podremos llegar a reducir hasta el 50% los casos de demencia"

JAVIER GRANDA REVILLA. NUEVA YORK

oward Fillit es un geriatra y neurocientífico reconocido internacionalmente y experto en enfermedad de Alzheimer. Es director ejecutivo y fundador de la Fundación para el Descubrimiento de Fármacos para el Alzheimer (ADDF). Se formó en Medicina Interna en el Centro Médico Beth Israel de Nueva York y, con una beca de investigación, en nefrología en el New York Hospital. Posteriormente fue miembro y profesor asistente en la Universidad Rockefeller, en el laboratorio del profesor Maclyn McCarty. En 1987 se unió al departamento de geriatría y desarrollo del adulto en el Hospital Mount Sinai, logrando en 1992 la condición de profesor titular de Medicina Geriátrica, Medicina y Neurobiología.

Pregunta. ¿Hasta qué punto es la enfermedad de Alzheimer un problema global?

Respuesta: Es la principal causa de discapacidad en ancianos y se está convirtiendo en la primera causa de muerte. Incluso ya hay estudios que indican que es responsable de más muertes en Estados Unidos que algunos tipos de cáncer, como el de próstata o el de mama.

P: ¿Qué coste supone?

R: Enorme. Los estudios económicos demuestran que la enfermedad de Alzheimer es la más cara en Estados Unidos y, probablemente, en otras partes del mundo, incluyendo Europa y Japón. Así que se va a convertir en un problema aún mayor, porque la población está envejeciendo.

P: Se ha investigado mucho en este campo, se han desarrollado fármacos, pero lamentablemente sin éxito. ¿Cómo se explica este relativo fracaso?

R: El Alzheimer no se descubrió en personas ancianas hasta 1970. Cuando yo fui a la facultad de Medicina, a principios de los 70, nunca me hablaron de esta enfermedad. Y la investigación no comenzó en realidad hasta principios de los años 80,



El neurocientífico Howard Fillit en Biospain 2016.

"El Alzheimer es responsable de más muertes en EE.UU. que algunos tipos de cáncer"

mientras que por ejemplo, llevamos investigando el cáncer o la diabetes casi 100 años o la hipertensión desde hace 90.

P: ¿Y cómo está la situación ahora?

R: Tras 30 años de investigación hemos conseguido el suficiente conocimiento para empezar a desarrollar nuevos fármacos y a eso es a lo que nos dedicamos en la Fundación ADDF.

P: Una de las dificultades para el desarrollo de nuevos fármacos para el Alzheimer es la cantidad de mecanismos presentes en la enfermedad. ¿Hasta qué punto esto complica la investigación?

R: El cerebro es muy complejo y, de los diferentes mecanismos, yo diría que el en-

vejecimiento es el factor de riesgo clave. Pero también lo es en cáncer, diabetes, hipertensión... Así que podemos aprender de estas enfermedades, que además precisan de terapias combinadas para ver incrementar los beneficios: quizá los medicamentos anti-amieloides logren un beneficio. Y este será mayor si se combina con un fármaco neuroprotector o con un antiinflamatorio. Y puede que así consigamos interferir en la progresión clínica de la enfermedad.

P: ¿Por qué?

R: Porque el objetivo real es retrasar el inicio de la enfermedad, que ronda los 76 años, cuando la esperanza de vida es de unos 80. Así que, si podemos retrasar el inicio cinco años, las personas mayores podrán vivir toda su vida con las funciones cognitivas intactas, podrán disfrutar de sus nietos o seguir trabajando y morir de cualquier otra cosa en vez de perder la memoria, lo que es una pesadilla para mucha gente. Por tanto, es un objetivo muy mo-

desto y, si lo logramos, creo que podremos llegar a reducir hasta el 50% los casos de demencia y eso será un gran beneficio.

P: ¿Y respecto al diagnóstico temprano de la enfermedad?

R: Ese era un gran problema. Pero ahora disponemos de técnicas de imagen como el PET que nos permite diagnosticar la enfermedad. Cuando empecé mi carrera como médico, hace 35 años, no había manera de saberlo. Y desde 2012 se confirma con un escáner cerebral, lo que es un gran cambio.

P: ¿Qué papel juega el tratamiento personalizado en este ámbito?

R: Es crucial. Por ejemplo, algunos de los ensayos clínicos que se están realizando ahora se centran en la inflamación, pero no todos los pacientes van a tenerla ni les afecta negativamente el cerebro aun cuando la tengan. Así que hay mucho trabajo en marcha para desarrollar biomarcadores que nos permitan detectar a los pacientes que tienen inflamación. Esto nos ha llevado a lo que llamamos ensayos clínicos enriquecidos, en los que usamos medicina personalizada: usamos fármacos conocidos que pensamos que pueden ser útiles en Alzheimer y que se usan en otras enfermedades, por lo que son seguros y conocemos su eficacia y mecanismo de acción y pensamos que, por ejemplo, podrían ser neuroprotectores. Estamos financiando 17 estudios de este tipo en este momento, utilizando medicamentos para la ELA, el Parkinson, la diabetes o la hipertensión.

P: ¿Debemos ser optimistas?

R: Llevo 35 años trabajando en este campo y he visto cambios increíbles. Soy muy optimista, pero la expectativa de que habrá una cura a día de hoy no es real. Sí es razonable decir que tendremos fármacos que funcionarán y que tendrán un impacto en la enfermedad. Pero seguiremos precisando de buenos médicos, enfermeras y sistemas sanitarios que cuiden de las personas cuando envejezcan y de nuevo aquí soy optimista, porque eso también va a suceder.

Cardiología .

Menos irradiación en la intervención cardiaca

S.L. BARCELONA

rradiar lo mínimo posible al paciente siempre ha sido un objetivo de la medicina. Claro ejemplo de ello es la cardiología intervencionista, donde los intentos por reducir la dosis de radiación no han sido pocos. Uno de ellos es el sistema llamado NavX desarrollado por Abbott que permite realizar algunas intervenciones cardiacas sin fluoroscopia. Un dato alentador sobre todo al considerar que la fluoroscopia, al ser una técnica radiológica, no está exenta de riesgos. Aunque la radiación ha producido muchas mejoras sanitarias, no debe olvidarse que es fuente de efectos nocivos tanto para los pacientes como para los médicos y que puede llegar a inducir un cáncer y mutaciones genéticas. "En el mundo

occidental, podría estimarse que casi el 20% de los tumores son inducidos por los actos médicos", afirma Miguel Álvarez, cardiólogo del Hospital Virgen de las Nieves de Granada. Asimismo, tal

La fluoroscopia, al ser una técnica radiológica, no está exenta de riesgos

y como afirma el artículo Ablación con catéter no guiada por fluoroscopia. Resultados de un registro prospectivo multicéntrico publicado por la Revista Española de Cardiología y que ha dirigido el especialista Álvarez, los peligros de la fluoroscopia no solo están relacionados con el riesgo potencial de la mutaciones genéticas. Según dicha publicación, las pren-

das de protección radiológica también pueden generar ciertas dolencias como lesiones vertebrales, que pueden derivar en tratamientos invasivos y bajas laborales.

Los sistemas de navegación intracardiaca no fluoroscópica (SNINF) han supuesto, en este contexto, una gran mejora en la seguridad de muchos pacientes. Este sistema permite, gracias a unas señales eléctricas y a través de un software especial, dibujar los catéteres y las cámaras cardiacas, así como hacer una reconstrucción anatómica de la cámara donde se encuentra cada catéter. Todo ello con una alta precisión. "Puede haber una diferencia de menos de un milímetro", señala el cardiólogo Álvarez. A pesar de que lo ideal sería que dicho sistema pudiera sustituir por completo a la convencional fluoroscopia, es algo que de momento no es

posible. Y es que las arritmias de peor acceso aún requieren el uso del sistema de navegación tradicional. Normalmente las alteraciones cardiacas más complejas se encuentran en el lado izquierdo del corazón. Es en estos casos en los que, aunque pueda reducirse el uso de la fluoroscopia gracias a los nuevos sistemas de navegación, aún no es posible obviarlo al 100%. Sin embargo, podría decirse que aproximadamente un 60% de las arritmias se producen en el lado derecho del corazón. Estas suelen ser de fácil acceso v. por ello, el nivel de fluoroscopia puede reducirse a cero en la mayoría de las ocasiones. "Nos espera un futuro prometedor donde los sistemas de navegación sin irradiación podrán sustituir con toda probabilidad a la fluorocopia en todo tipo de arritmias", concluye el experto Miguel Álvarez.

 3 Medicina 18 DE FEBRERO 2017

Opinión



SILVIA ONDATEGUI-PARRA Socia, Life Sciences de EY

El imperativo de la innovación

on varias las fuerzas que están transformando el modelo de negocio de las empresas farmacéuticas y biotecnológicas. También están cambiando los propios productos, los consumidores y los competidores, alterando la forma en la que la industria farmacéutica crea valor. Los compradores de productos farmacéuticos (sean públicos o privados) son cada vez más sensibles al precio y reclaman datos que demuestren de forma más palpable los resultados de las innovaciones que llegan al mercado. Es más, estos compradores disponen hoy de mayor cantidad de datos gracias a las herramientas de data analytics y esperan, al igual que los pacientes, que las empresas aporten productos que mejoren la experiencia del cliente o del paciente.

La industria farmacéutica tiene, además, el reto de diferenciarse de sus competidores, sea mediante los resultados de sus innovaciones o con un precio más competitivo. Las nuevas tecnologías pueden contribuir a aportar parte de esta diferenciación, pero también están abriendo el mercado a nuevos competidores. Apple y Alphabet (grupo Google) ya operan en varias partes clave de la cadena de valor del sector con plataformas móviles o programas de innovación, y no solo acumulan un mayor conocimiento en experiencia del cliente y construcción de imagen de marca, sino que cuentan con un amplio abanico de herramientas de data analytics y el expertise necesario para interpretarlas.

En este contexto, las empresas ganadoras serán las que pongan al paciente en el centro de su propuesta de valor, desarrollando soluciones terapéuticas holísticas en las que los fármacos se complementen con herramientas y dispositivos que mejoren su efectividad.

Para lograrlo, muchas compañías deberán abrirse a colaboraciones con socios nuevos para la industria farmacéutica. En este sentido, estamos viendo cómo empresas activas en el mundo de la diabetes se alían con fabricantes de wearables para ofrecer soluciones que monitoricen los niveles de glucosa. En oncología, un número creciente de laboratorios se está apoyando en firmas de data analytics para medir de forma más precisa el comportamiento de sus innovaciones y afinar los tratamientos en función del historial genético de los pacientes.

Este nuevo paradigma implica un necesario cambio cultural en las empresas, y la incorporación de perfiles profesionales nuevos para la industria farmacéutica. Para hacerlo posible, hará falta líderes con la voluntad de desarrollar organizaciones empresariales más versátiles y en contacto permanente con las grandes tendencias que marcarán el futuro del sector de las ciencias de la salud.

Nefrología

Cada vez es más sencillo viajar para los pacientes sometidos a diálisis

Un programa de diálisis de vacaciones ofrece a los afectados por esta enfermedad tratamientos en las zonas más turísticas de España

LUCÍA GALLARDO. MADRID

os pacientes con insuficiencia renal sometidos a diálisis, aproximadamente 25.000 en España, según datos de la Sociedad Española de Nefrología (SEN), ven su vida cotidiana, social y laboral limitada por el hecho de tener que acudir a recibir el tratamiento tres veces por semana, durante sesiones de cuatro horas.

Esta dependencia comporta consecuencias sobre la calidad de vida de estas personas, así como su estado anímico y psicológico, con repercusión negativa sobre su estado de salud. Esta situación, sufrida también por su entorno familiar, se hace más patente en período de vacaciones, cuando el paciente concibe la diálisis como un obstáculo en ocasiones insalvable a la hora de viajar. Con el objetivo de ayudar a estas personas, facilitando el disfrute de unas vacaciones, existen opciones dentro de lo que se denomina la Medicina Turística. Una de ellas es el programa de Diálisis de Vacaciones de Diaverum, uno de los mayores proveedores del mundo de servicios de terapia renal. El programa consiste en ofrecer a los pacientes la posibilidad de viajar, gracias a que pueden recibir el tratamiento en una de sus clínicas ubicadas en los lugares más turísticos. En España, disponen de centros en 23 ciudades, sobre todo en Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana e Islas Las administraciones autonómicas conciertan este servicio de diálisis a este grupo, dado que es un tratamiento financiado por el Sistema Nacional de Salud. Esta empresa se ocupa de gestionar todo el proceso, coordinándose con el hospital del paciente en su comunidad autónoma de origen. Luis Vargas, consejero delegado de Diaverum, explica que el enfermo, al que se solicita la última analítica, está perfectamente controlado, garantizando su seguridad. El programa va más

Se prevé un incremento de este tipo de alternativas, puesto que la insuficiencia renal va en aumento

allá de la administración del tratamiento, puesto que, con la voluntad de facilitar la realización del viaje, se ofrece un paquete vacacional global. "La tecnología en diálisis está cada vez más avanzada, la supervivencia aumenta y personas con edad avanzada en diálisis reclaman una vida cada vez más normalizada", expresa Luis Vargas. Esta realidad hace que aumente el número de personas de mayor edad que utiliza este tipo de programas. En Diaverum, el 50% de pacientes tiene más de 65 años, y el 25% supera los 75 años de edad.

Se prevé un incremento de este tipo de alternativas, puesto que la insuficiencia renal,



que actualmente afecta al 10% de la población, es una enfermedad que va en aumento, debido al envejecimiento, a los hábitos alimenticios y a la elevada incidencia de enfermedades implicadas en la aparición de esta patología, como la hipertensión arterial y la diabetes tipo II.

Medicina general

¿Adiós a la gripe?

La incidencia de la influenza ha descendido tras alcanzar el pico máximo a principios de enero

REDACCIÓN. BARCELONA

unque en algunos puntos de nuestro país aún se observa una evolución creciente de la gripe, como es el caso de Ceuta y Extremadura, en el resto del territorio el virus se está despidiendo, pues su incidencia ha ido disminuyendo progresivamente en las dos últimas semanas. Según datos del Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE), la difusión es epidémica, con un nivel de intensidad baja y con una evolución decreciente.

A pesar de ello, no hay que olvidar que se trata de una enfermedad que aún afecta a muchas personas, concretamente a 135,64 ciudadanos por cada 100.000 habitantes, según datos de la SVGE. A pesar de que en la mayoría de las ocasiones suele tratarse de una afección pasajera, no siempre es así. En lo que en lo que va de temporada, la gripe ha provocado el fallecimiento de casi 250 personas. Tal y como informa la citada SVGE, todas las defunciones se asocian al virus A [138 A(H3N2). 110 A no subtipado y una A(H1N1)pdm09]. El 84% de los fallecidos era mayor de los 64 años de edad y un 96% padecía factores de riesgo. Además, a pesar de que 219 de

las personas fallecidas eran susceptibles a vacunarse, solo la mitad lo hizo.

Cada año circulan dos tipos de virus de la gripe A, más uno de la gripe B. Clínicamente no se pueden diferenciar. El B es humano, no afecta a animales y se mantiene siempre muy estable a lo largo del tiempo. En cambio, el virus A varía notablemente. Está ampliamente distribuido en la naturaleza, puede infectar a animales y a humanos y ha sido responsable de diversas pandemias. La combinación de la vacuna se decide entre enero y febrero y es diferente cada año debido a que la composición antigénica del virus varía.

La gripe tiene un periodo de incubación de uno a dos días y, en la mayoría de casos, acaba curándose sola sin necesidad de tratamiento. Prevenirla no es fácil, ya que es en lugares cerrados donde confluyen los virus y, por tanto, continuamente se está en contacto. A pesar de esto, se pueden seguir ciertas pautas de higiene para extremar las precauciones. Siempre se recomienda lavarse las manos con frecuencia con agua y jabón, taparse la boca al toser o estornudar y ventilar las estancias. Su tratamiento farmacológico se centra en paliar los molestos síntomas con anticongestivos, antitusígenos y antitérmicos, pero nunca la toma de antibióticos. También es importante hidratarse con frecuencia. Además del agua, es bueno beber leche caliente (que ayuda a calmar la garganta y además alimenta) y zumo de naranja natural, que además de hidratar también aporta vitamina C. El uso de fármacos antivirales se limita a determinadas circunstancias. En caso de fiebre alta persistente, aparición de dolor torácico, taquicardia, o dificultad respiratoria se debe acudir al médico porque, aunque la gripe suele ser una patología sin riesgo, en algunos casos se comporta de forma más agresiva. Las complicaciones más comunes son neumonías o bronquitis, especialmente en personas con enfermedades de base.

