Publicado con
EL PAÍS

24 DE FEBRERO 2018

FEBRERO 2018

Medicina

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

CARDIOLOGÍA
La TAVI se abre paso en los hospitales en el tratamiento de la estenosis aórtica
PÁG. 3

MEDICINA GENERAL
Dos tercios de los casos de gripe este año han sido por la cepa no incluida en la vacuna
PÁG. 6

ENTREVISTA
RAFAEL FONSECA
INVESTIGADOR ONCOLÓGICO
"El reto es encontrar dianas para células de mieloma"
PÁG. 7

Hepatitis C: casi la práctica totalidad de los pacientes tratados se curan

Los nuevos tratamientos facilitan el cumplimiento farmacoterapéutico y son más seguros y eficaces

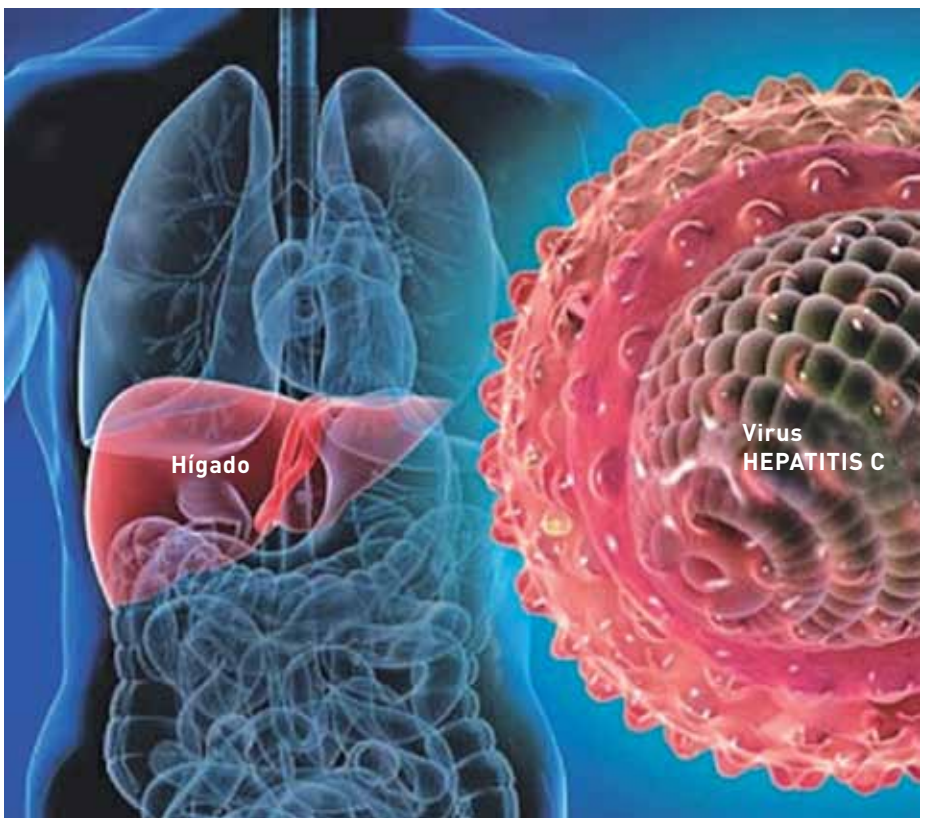
LUCÍA GALLARDO. **BARCELONA**

La aparición de los agentes antivirales de acción directa (DAA, por sus siglas en inglés), en el año 2014, ha supuesto una revolución para los pacientes con Hepatitis C. El Plan Estratégico para el abordaje de esta enfermedad ha permitido que prácticamente todos los pacientes en España con enfermedad hepática avanzada hayan sido tratados, con un porcentaje de curación próximo al 100%.

Los tratamientos han evolucionado y ya hay disponibles tratamientos pangenotípicos, que significa que son eficaces contra todos los tipos de virus que causan la Hepatitis C. "Es decir, que, con alguna excepción, todos los pacientes se pueden tratar de forma uniforme con los antivirales pangenotípicos, lo cual supone una comodidad para el paciente y el médico", expresa Xavier Forns, jefe de la Unidad de Hepatitis del Hospital Clínic de Barcelona, que añade que, a efectos prácticos, en pacientes con enfermedad leve (la mayoría actualmente) no es necesario proceder al genotipado, es decir, a la determinación del tipo de virus C.

Para acabar con la enfermedad es necesario contar con datos epidemiológicos

Para la presidenta de la Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH), Eva Pérez Bech, el tratamiento generalizado a todos los pacientes, independientemente del grado de fibrosis, ha supuesto un "salto de gigante" para estas personas.



Aparte de su eficacia, una de las ventajas es que la mayoría de pacientes puede tratarse (y curarse) con 8 semanas de terapia. "No hace muchos años, los pacientes con hepatitis crónica C recibían un tratamiento de un año de duración con interferón y ribavirina", recuerda Forns. Además, los medicamentos actuales tienen un perfil de seguridad muy bueno. "La forma de administración (oral), la duración (corta) y la tolerancia (excelente) son pasos muy significativos en el tratamiento de la enfermedad", añade.

Todo ello hace que el paciente requiera menos controles y que pueda llevar una vida normal, puesto que la toma de los antivirales no le impide ninguna actividad. La presidenta de la FNETH coincide con este experto en señalar que la nueva terapia aporta un valor añadido en la calidad de vida de los pacientes, reduce visitas hospitalarias y se evitan pruebas diagnósticas durante el tratamiento. También destaca de los AAD la disminución del tiempo de administración y que sean de una sola toma diaria, lo que facilita el cumplimiento farmacoterapéutico y reduce los efectos secundarios.

Según datos aportados por Forns, la prevalencia de la infección por virus C en España se sitúa en torno al 1,2% de la población. No obstante, una proporción significativa de estos pacientes no tienen enfermedad activa, muchos de ellos porque ya se han tratado y curado. Por tanto, se estima que existe alrededor de un 0,4-0,5% de personas con infección activa, a los que hay que tratar.

Para el diagnóstico de los pacientes que desconocen que tienen el virus, es necesario incidir en el cribado de la población de riesgo, entre la que se encuentran drogodependientes, personas con relaciones sexuales de riesgo o que se han sometido a procedimientos como tatuajes. Estrategias de detección en personas con franja de edad de mayor prevalencia o de toda la población son decisiones más complejas que deben estudiarse, según el jefe de la Unidad de Hepatitis del Hospital Clínic de Barcelona. En su opinión, la eliminación de la enfermedad pasa por disponer de datos epidemiológicos fiables de la infección y avanzar en la detección de casos no conocidos.

Desde organizaciones como FNETH reclaman medidas que mejoren el diagnóstico, como el cribado poblacional, el aumento de plantillas de profesionales sanitarios y la renovación de los equipos obsoletos. Para su presidenta, todos los agentes implicados en esta patología tienen el compromiso de acabar con la enfermedad. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha marcado ese objetivo para el año 2020. "En España, creemos que podemos conseguirlo, incluso antes de lo previsto por la OMS", afirma Pérez.

Bioinformática para dar con el tratamiento más adecuado para el cáncer

Un tratamiento contra el cáncer puede dejar de ser eficaz si muta el gen que lo provoca. Además, una terapia que funciona para un tipo concreto de tumor también puede hacerlo para otros que comparten mutaciones similares. La oncología de precisión ayuda a los clínicos a identificar lo más rápido posible el tratamiento que puede funcionar, a partir del gen alterado.

La tecnología implantada por Sistemas Genómicos, IBM Watson for Genomics, logra asociar la mutación a los tratamientos disponibles, con el fin de que para el especialista sea más fácil seleccionar la opción terapéutica óptima para cada paciente.

"A pesar de los avances significativos en oncología de precisión, el reto informático de interpretar información genómica sigue siendo una barrera crítica para que médicos y pacientes puedan acceder a importantes avances en terapias dirigidas", afirma Sonia Santillán, responsable de la Unidad de Genética Médica de Sistemas Genómicos. "Es realmente motivador poder extender el acceso a la oncología de precisión para que oncólogos de toda Europa dispongan de toda la información genómica en plazos realmente breves", añade.

Dependencia

Evitar el uso de sujeciones en el cuidado de mayores es positivo para su salud

La Confederación Española de Organizaciones de Mayores acredita a los centros que no utilizan estas limitaciones

GABRIELA GARETTO. **MADRID**

En el cuidado profesional de las personas mayores, la tendencia es eliminar el uso de sujeciones, tanto físicas, como farmacológicas. Según indica la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (Ceoma), las físicas son aquellas que limitan la libertad de movimientos, actividad física o el normal acceso a cualquier parte del cuerpo, y de las que no puede liberarse con facilidad. Se utilizan sobre todo en pacientes con demencia, especialmente para evitar el riesgo de caídas.

Al eliminar estas barreras, se evitan pérdidas de la función cognitiva y funcionamento físico

Al eliminar estas barreras, se evitan pérdidas de la función cognitiva y de funcionamiento físico, así como daños en la piel o pérdida del apetito, con el riesgo de desnutrición que ello conlleva. En casos más extremos, incluso muerte súbita o defunción por estrangulación, informan desde Ceoma. Además, se ha demostrado que sin sujeciones no se producen más lesiones por caídas de las personas mayores y que no es necesario más personal para atenderlas.

Que la eliminación de las sujeciones mejora la situación médica y psicológica es la principal conclusión del estudio "Reducción de Sujeciones Físicas en Residencias" realizado por la Fundación Maria Wolff y Sanitas Mayores entre 7.657 mayores de sus residencias.

Con el fin de contribuir a la mejora de la atención a las personas que se hallan en los centros residenciales, Ceoma promueve el Programa Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer y acredita nuevos "Centros Libres de Sujeciones". En opinión de Carmen García, presidenta de Ceoma, esta acreditación pone de relieve "que es posible trabajar sin sujeciones, y demuestra cómo cuando esto se logra todos ganan, también los profesionales, sobre todo en humanización de la asistencia y calidad de vida".

El 89% de centros de Sanitas Mayores ya dispone de este sello. David Curto, jefe de Gestión Asistencial, explica que, tras la eliminación de las sujeciones, aumentan ligeramente las caídas, pero disminuyen las que tienen consecuencias. En cuanto a los beneficios, se da una menor incidencia de osteoporosis y un mejor mantenimiento de la masa muscular. "Además, los residentes manifiestan menos dolores y molestias y están más contentos y tranquilos, lo que supone una mejora en el ambiente general de los centros", señala.

Lea el estudio completo en:
www.mariawolff.org / www.cuidarbien.es

Tecnología

Proteger a los profesionales sanitarios de las radiaciones

El personal médico que realiza las pruebas de imagen médica tiene mayor riesgo de padecer cataratas o cáncer

L.G.. **MADRID**

La radiación utilizada por los equipos de diagnóstico por imagen puede ser perjudicial para la salud de los profesionales que las realizan si acumulan demasiada cantidad de dosis. Este es un riesgo imperceptible para los pacientes sometidos a este tipo de exploraciones, pero no para las personas que están diariamente en contacto con estos aparatos.

En España se realizan cada año más de 47 millones de pruebas de imagen médica. En el ámbito sanitario la radiación ionizante se emite en equipos como el TAC y también de hemodinámica y en procedimientos intervencionistas guiados por imagen que precisan Rayos X.

Los principales riesgos para los profesionales son mayores posibilidades de sufrir cataratas y enfermedades como el cáncer, según Antonio Fernández Ortiz, jefe de la Sección de Intervencionismo del Hospital Clínico San Carlos, en Madrid.

Para proteger a los profesionales de las consecuencias para la salud de la radiación acumulada, la Comunidad Europea dio un paso definitivo con la normativa 2013/59/EURATOM, que acaba de entrar en vigor. Esta medida baja la dosis máxima de radiación permitida para cada persona de 150 a 20 milisieverts (mSv) al año, lo que obliga a las instituciones sanitarias a llevar un control más efectivo de los niveles de radiación de sus instalaciones radiológicas.

Con el fin de proteger a los profesionales y cumplir con la norma, un programa piloto desarrollado por el servicio de Cardiología del Hospital Clínico San Carlos, basado en el sistema DoseAware de Philips, registra en tiempo real la dosis de radiación recibida por cada profesional, en cada intervención y a lo largo de su carrera profesional. "El beneficio de esta nueva normativa es que mejoraremos la seguridad radiológica de pacientes y profesionales y que tendremos registros mejores en cuanto a las dosis de radiación, pudiendo justificar mejor los procedimientos y optimizarlos", señala Eliseo Vañó, ex-miembro de la Comisión Internacional de Protección radiológica (ICRP) e investigador principal del proyecto.

El sistema del Clínico San Carlos registra en tiempo real la dosis recibida por cada profesional

El software dispone de un sistema de alertas que avisa al profesional en la sala de intervención de su nivel de exposición en tiempo real, permitiéndole corregir su actuación o recolocarse para estar más protegido.

Farmacia

Tomar la medicación recetada

Casi dos de cada diez medicamentos recetados por el médico no son retirados en la farmacia, según revela un estudio del Instituto Universitario de Investigación en Atención Primaria (IDIAP) Jordi Gol, el Instituto de Investigación Sant Joan de Déu y el Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (Ciberesp).

Este trabajo, realizado sobre 1,6 millones de pacientes y con 2,9 millones de recetas, ha analizado la no iniciación del tratamiento farmacológico, que describe la situación en la que un medicamento ha sido prescrito por primera vez pero el paciente no lo recoge en la farmacia durante el primer mes.

Según Maria Rubio, investigadora principal del estudio, este "aporta una visión detallada de un fenómeno hasta ahora desconocido en Cataluña", y la información obtenida permitirá diseñar estrategias para minimizar este problema. Los resultados indican que la no iniciación es más elevada en analgésicos (22,6%). Es menor en fármacos para la hipertensión o la insuficiencia cardiaca, pero precisamente en estas enfermedades puede tener una repercusión clínica grave sobre el paciente.

Los efectos negativos sobre la salud derivados de la no iniciación del tratamiento comportan además un incremento de los costes sanitarios, otro factor importante a tener en cuenta a la hora de aplicar medidas correctoras. Entre estas se encuentra la potenciación de la figura del farmacéutico como agente de salud. Este profesional, por su cercanía y por contar con la confianza de los ciudadanos, es clave para concienciar a la sociedad sobre la importancia de realizar un correcto cumplimiento del tratamiento. Aparte del consejo farmacéutico sobre el uso de los medicamentos, dispone de herramientas que contribuyen a tomarla correctamente.

Una de las más importantes es el Sistema Personalizado de Dosificación (SPD). Se trata de un programa acreditado por los colegios de farmacéuticos que tiene como fin que los enfermos crónicos, que toman cinco o más medicamentos, realicen un mejor cumplimiento terapéutico, y entre sus objetivos también se encuentra la detección de interacciones entre medicamentos y duplicidades. Mediante unos envases especiales que prepara el farmacéutico, se les facilita la toma de las dosis de medicación para cada momento del día y durante una semana, de modo que evita confusiones y facilita al máximo el cumplimiento.

Otra medida para la mejora del control de la medicación que toman los pacientes es que la farmacia pueda acceder a la parte de su historial farmacoterapéutico. Esta es una propuesta histórica del sector que debería ser atendida por las Administraciones, puesto que acceder a esta información, de manera pautada y consensuada, permitiría intervenciones con las que se obtendrían mejores resultados en salud y se reducirían costes para el sistema sanitario.

AFB
Associació de Farmàcies de Barcelona
membre de:
FEFAC
Federació d'Associacions de Farmàcies de Catalunya

Cardiología

La TAVI se abre paso en los hospitales en el tratamiento de la estenosis aórtica

Aumento notable del uso de esta válvula artificial, que evita la cirugía y genera ahorros

J.S.LL. **MADRID**

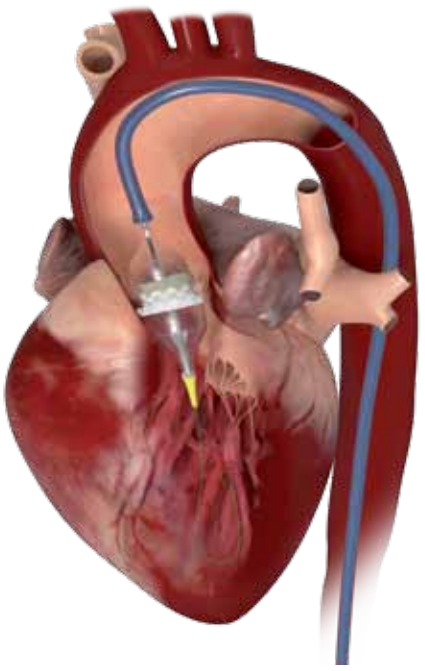
La estenosis aórtica es una enfermedad que afecta a las válvulas cardiacas, situadas entre las cámaras del corazón para unirlas entre sí, a modo de compuerta. La cirugía para substituir la válvula enferma por una prótesis ha sido en el último cuarto de siglo una solución para muchos pacientes.

Sin embargo, desde que, hace una década, apareciera el implante transcatéter de prótesis aórtica (TAVI, por sus siglas inglés), introducido habitualmente por vía femoral para substituir la válvula enferma, se abre paso como alternativa al tratamiento quirúrgico. Así lo corroboran las cifras aportadas por hospitales españoles.

En el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en Santander, "la TAVI se encuentra totalmente consolidada como el procedimiento de elección para los pacientes ancianos con estenosis aórtica degenerativa y sintomática", explica el jefe del servicio de Cardiología, Javier Zueco. Tras nueve años del inicio de la técnica, se han realizado 400 procedimientos, 142 de ellos en los dos últimos años. "Tenemos la tasa por millón más elevada de España, en línea con las de países donde la TAVI ha alcanzado su mayor desarrollo, como Francia, Alemania y Suiza", afirma.

> La TAVI presenta buenos resultados y ahora también se utiliza en pacientes más jóvenes

Otros ejemplos son la Policlínica Gipuzkoa, en San Sebastián, donde en los dos últimos años el uso de esta válvula artificial ha aumentado un 30%, y el HM Universitario Montepríncipe, en Madrid, donde, en los tres últimos años, el incremento ha sido del 10, 20 y 30% respectivamente cada año. Entre los motivos de este aumento, el jefe del servicio de Hemodinámica de Policlínica Gipuzkoa, Mariano Larman, señala que "la Administración Sanitaria se convenció de que, en los pacientes muy mayores, el uso de la TAVI mejoraba sus expectativas de vida y sobre todo su calidad de vida en el postoperatorio inmediato y a medio y largo plazo".



La TAVI se introduce habitualmente por vía femoral con un catéter para substituir la válvula enferma.

El jefe del servicio Hemodinámica y Cardiología de HM Universitario Montepríncipe, Eulogio García, destaca como motivos del incremento del uso de este procedimiento sus buenos resultados, de forma consistente, que desde el año 2017 está recomendado también para individuos más jóvenes (a partir de 75 años) y una mayor información de los pacientes sobre los beneficios de la TAVI respecto a la cirugía. Los excelentes resultados de esta técnica hacen prever a Zueco que "pronto se podrá decir que la cirugía será la excepción y la TAVI la regla para el tratamiento de esta patología".

La mayor ventaja de este procedimiento es la rápida recuperación funcional de los pacientes tras la intervención. "No solamente por la corta estancia hospitalaria tras la TAVI (3-4 días frente a los 12-15 días tras la cirugía), sino por la menor agresión física que supone y que les permite recuperar su vida normal en un corto espacio de tiempo", apunta Zueco.

La rápida recuperación es gracias a que se realiza mediante una punción percutánea sin cicatriz residual, solo con sedación, sin anestesia general en muchos casos, señala García. Además, la estancia en cuidados intensivos es menor, así como las hospitalizaciones en general, y hay también menor incidencia de complicaciones (como insuficiencia renal o aparición de nuevas arritmias).

Todas estas ventajas respecto a la cirugía hacen que el coste de la TAVI se vea compensado a largo plazo, según coinciden en destacar los tres especialistas consultados. "Con esta técnica se producen menos gastos de ingreso en la UVI, que en algunos casos se evita, estancias hospitalarias más cortas y menores complicaciones durante el ingreso y en el seguimiento", subraya Larman, para añadir que "esto conlleva a una disminución de los nuevos ingresos hospitalarios y de la medicación que tienen que tomar estos pacientes, lo que hace que, al año, considerando los gastos incluido el procedimiento, resulte más barata la TAVI".

La estenosis aórtica va en aumento como consecuencia del incremento de la esperanza de vida. En España, alrededor del 7% de personas mayores de 85 años tienen algún grado de estenosis aórtica.

Reducir el colesterol por debajo de 200mg/dL

REDACCIÓN. **BARCELONA**

Prestar atención al nivel de colesterol es una garantía de salud, ya que, según los expertos, tras las pasadas fiestas navideñas y otras celebraciones, puede aumentar hasta un 10%. La mejor manera de reducir el colesterol alto es empezar cuanto antes a llevar una vida saludable, a través de una alimentación cuidada, algo de ejercicio y la incorporación de lácteos con esteroles vegetales, ya que el colesterol alto puede ser una causa de riesgo en el desarrollo de enfermedades del corazón.

El colesterol es una sustancia grasa presente en nuestro organismo y necesaria para la formación de las células. Nuestro cuerpo se encarga de producir el colesterol que necesita, pero en ocasiones los niveles pueden aumentar por causas genéticas o alimenticias. Cuando nos dicen que tenemos el colesterol alto es cuando se sitúa por encima del límite de 200mg/dl., por lo que nuestro cuerpo tiene una descompensación en los niveles de colesterol, concretamente en el tipo LDL, denominado "colesterol malo", un enemigo silencioso que puede acumularse.

En España, 1 de cada 2 personas presenta el colesterol alto, un problema serio que afecta tanto a hombres como a mujeres. La Fundación Española del Corazón recomienda que el límite de colesterol esté por debajo de los 200mg/dl., ya que puede acumularse siendo una causa de riesgo en el desarrollo de enfermedades del corazón.

Unas pautas de conducta alimentaria pueden ser definitivas para mantener el colesterol en los niveles adecuados. Entre ellas: 1. Dieta equilibrada. Aunque se pueda comer de todo de forma moderada, algunos alimentos deben ser consumidos en menor medida. La clave: menos grasa saturada y un mayor consumo de alimentos ricos en omega-3 y esteroles vegetales. Legumbres, frutos secos, cereales, verduras y frutas forman una buena dieta, rica en fibra y antioxidantes. 2. La cesta de la compra. Priorizar los alimentos saludables, ricos en nutrientes. Reducir el consumo de los productos precocinados y la bollería industrial y optar por una gran cantidad de frutas y verduras, la base de nuestra alimentación. Aguacate, ajo, cebolla, calabaza o guisantes, entre otros alimentos. Cuenta con las legumbres y la proteína del pescado y de la carne, preferiblemente pavo y pollo. Para el postre, además de la fruta, elige yogures. 3. Cocciones recomendadas. Los métodos para cocinar los alimentos de manera saludable, sin grasas y para que conserven sus propiedades y nutrientes, son hervidos a la plancha o al horno. 4.Esteroles vegetales. Son compuestos de origen vegetal presentes de forma natural en algunos alimentos, pero en mayor medida en los lácteos enriquecidos con esteroles vegetales. Estos productos tienden a reducir el colesterol alto de forma natural, por lo que es importante incorporarlos a la dieta.

Oftalmología

Cataratas: principal causa de ceguera evitable

Una campaña de sensibilización pretende divulgar el conocimiento de la enfermedad

J.S.LL. **BARCELONA**

Un reciente estudio oftalmológico realizado por la multinacional Alcon revela que existe todavía un amplio desconocimiento por parte de la población sobre las cataratas, que son la principal causa de ceguera evitable en todo el mundo. En concreto, un 80% de la población conoce poco o nada la enfermedad. El estudio 'Mucho que ver' ha puesto de manifiesto la necesidad de sensibilizar acerca de la patología y de un correcto abordaje a tiempo. Entre las principales conclusiones se cita que 1 de cada 3 españoles no sabe que las cataratas son una enfermedad ligada al proceso natural de envejecimiento, mientras que cerca de 1 de cada 5 cree que es posible prevenir la aparición de la patología. Tan solo un 47% reconoce más de un síntoma de las cataratas, siendo la visión borrosa el más reconocido (76%), seguido por la dificultad de ver correctamente por la noche (34%), la aparición de halos alrededor de las luces (23%) y una percepción deteriorada de los colores (21%).

Campaña 'Mucho que Ver' de sensibilización sobre la catarata en los mercados de Barcelona.

A la vista de estos resultados, la multinacional suiza, líder del sector oftalmológico, puso en marcha el pasado año una iniciativa con el objetivo de sensibilizar a la población acerca del impacto que tiene esta patología en el día a día de las personas que la padecen, así como ofrecer información útil para ayudar a identificar los síntomas y concienciar sobre la importancia de un diagnóstico temprano y un correcto abordaje de la enfermedad. La primera manifestación tuvo lugar en Bilbao con ocasión del congreso Nagusi dirigido a la población senior, y en Oviedo en el marco del congreso SECOIR con acciones de información y con la realización de pruebas oculares a la población. Tras estas experiencias, el pasado mes de diciembre se realizó en diferentes mercados de la ciudad de Barcelona, con la participación del ayuntamiento de la ciudad y de la Fundación Barcelona Salud, una campaña de revisiones oculares de información y detección de cataratas.

Industria

Un tercio de los fármacos nuevos son para oncología

REDACCIÓN. **MADRID**

Alrededor de un tercio de las aprobaciones de nuevos fármacos durante el año 2017 correspondió a tratamientos contra algún tipo de tumor, según se desprende de los últimos datos ofrecidos por las agencias de medicamentos europea (EMA) y estadounidense (FDA). Es decir, que el cáncer es una de las áreas terapéuticas que atraen mayores esfuerzos por parte de la industria farmacéutica en materia de investigación y desarrollo de nuevos medicamentos a escala global.

En España, en 2017 hubo unos 228.500 nuevos diagnósticos de cáncer, que previsiblemente aumentarán hasta 315.400 nuevos casos en el año 2035, según datos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), que destaca que la supervivencia ha ido aumentando hasta situarse en el 53% a cinco años del diagnóstico, gracias sobre todo a los progresos en el tratamiento de algunos tumores, como los de mama y colon.

En lo que se refiere a los nuevos medicamentos e indicaciones, en Europa, el 26% de las 92 opiniones positivas emitidas por la EMA en 2017 correspondió a tratamientos contra el cáncer, porcentaje que asciende hasta el 31% en el caso de los 35 fármacos que incluyen nuevas moléculas. Estas opiniones positivas de la EMA se convierten, en un trámite posterior, en decisiones de autorización por parte de la Comisión Europea.

En total, recibieron este visto bueno 24 antitumorales, de los

que 11 son tratamientos que incluyen un principio activo completamente nuevo. Asimismo, un tercio de los medicamentos huérfanos que recibieron el visto bueno de la agencia reguladora europea durante el año pasado son nuevas terapias contra distintos tipos de tumores.

Los nuevos antitumorales aprobados en Europa se destinan a cánceres como el de pulmón, riñón, mama, próstata, el carcinoma de células de Merkel, la leucemia linfoblástica aguda, los tumores neuroendocrinos y la leucemia mieloide aguda, entre otros.

Que el cáncer centra parte importante de la investigación lo revela el hecho de que el 53% de todos los ensayos clínicos que la industria farmacéutica tiene en marcha en España se desarrolla en el área oncológica. Estos datos provienen del Proyecto BEST, promovido por la Farmaindustria, en el que actualmente participan 45 laboratorios, 55 hospitales, 13 comunidades autónomas y cuatro grupos de investigación clínica independientes.

Oncología

SBRT: alta tecnología contra el cáncer

Esta técnica para combatir el cáncer de próstata e hígado, también es apta para cáncer de pulmón y metástasis óseas o ganglionares

MONTSE FERRER. **BARCELONA**

El Institut IMOR de Barcelona, centro especializado en el tratamiento del cáncer, usa una terapia avanzada para pacientes con oligometástasis (cuando hay hasta 5 sitios visibles y localizables de enfermedad metastásica), llamada Radioterapia Estereotáctica Corporal o, conocida en inglés por SBRT, siglas de Stereotactic Body Radiation Therapy.

Esta metodología, que consiste en aplicar altas dosis de radiación por fracción con máxima precisión estereotáctica, logra su fin a través de la conocida por radioterapia de intensidad modulada (IMRT).

A diferencia de la radioterapia externa o estándar, que se prolonga durante aproximadamente 8 semanas, la SBRT sólo dura aproximadamente 15 días, con 1 a 5 sesiones. Ambos tratamientos se pueden complementar.

Para aplicar este tratamiento individualizado deben cumplirse una serie de condicionantes, tal como explica el máximo responsable del Institut IMOR, el doctor Benjamín Guix. El primero de ellos es el paciente, ya que el SBRT está pensado para personas no operables por diversas causas como, por ejemplo, por padecer diabetes.

En segundo lugar, hay que realizar un diagnóstico por imagen altamente preciso, que es posible gracias a la aparatología avanzada de las dos marcas que lo comercializan, la sueca Elekta y la norteamericana Varian.

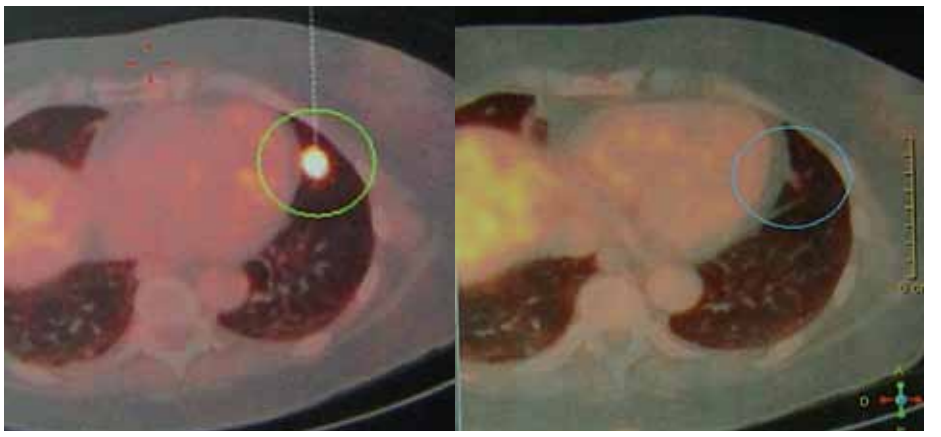


Imagen PET-TC de una paciente con un pequeño tumor de pulmón antes (parte luminosa) y después del tratamiento, ya sin el nódulo.

Asimismo es preceptivo realizar una optimización avanzada del tratamiento, a través de complejos cálculos.

Además, para conseguir la máxima precisión al radiar la zona con células cancerosas, la tecnología SBRT tiene en cuenta el llamado 'gating respiratorio', es decir, lograr la sincronización del tratamiento con el movimiento respiratorio. "La radiación sólo se hace cuando el tumor está situado exactamente en el lugar correcto y el haz de radiación se apaga automáticamente cuando el tumor se mueve fuera de ese campo", explica este profesional de reconocido prestigio nacional e internacional.

Por último, otro medidor fundamental es alcanzar la dosis exacta de radiación. Para ello, el director del Institut IMOR comenta que, antes de irradiar a la persona, se hace en un maniquí o molde. "La dosis calculada y la dosis administrada deben coincidir antes de aplicarla al paciente, con un margen de error del 1%", según cuenta. Para lograrlo, el personal especialista dispone de equipos informáticos que realizan cálculos en base a las características del tumor y del paciente.

Esta tecnología, que empezó a utilizarse en el Institut IMOR en 2010, está hoy totalmente implantada tras probar su eficacia. Ésta está avalada por numerosos artículos científicos, que se publican en revistas de impacto como' Applied Radiation Oncology' o 'Chinese Clinical Oncology'.

Importante mejora de la supervivencia en carcinomatosis peritoneal

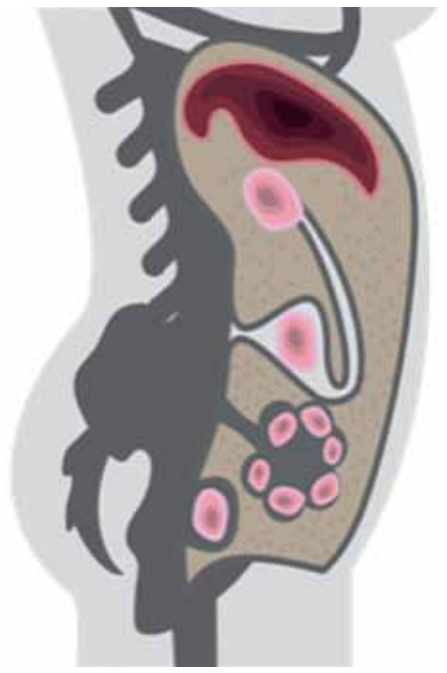
Buenos resultados de la extirpación del tumor complementada con quimioterapia HIPEC

L.G. **BARCELONA**

La carcinomatosis peritoneal es la diseminación de células neoplásicas (cancerosas) en el interior de la cavidad abdominal, principalmente en forma de implantes sobre la membrana que cubre dicha cavidad, denominada peritoneo. El origen de este cáncer, que antes era considerado terminal, suele ser un tumor intraabdominal, sobre todo digestivo o ginecológico, aunque también puede ser otros cánceres, como del propio peritoneo o de mama.

La incidencia de la carcinomatosis peritoneal depende del tumor de origen, apunta Juan José Torrent, ginecólogo especializado en cirugía ginecológica del Hospital El Pilar, de Barcelona. En el 80% de los cánceres ováricos se da este tumor en el diagnóstico inicial, mientras que en los colorectales la incidencia es del 10-15% en casos iniciales y del 30% si se producen recidivas. Si el origen es un cáncer de estómago, hasta en el 20% de las ocasiones el tumor se encuentra en forma de carcinomatosis en el momento del diagnóstico y llega al 30% en recidivas.

La detección de la carcinomatosis peritoneal no es fácil, ya que los síntomas, como molestias digestivas inespecíficas o hinchazón abdominal, se pueden confundir con otras alteraciones. Además, las pruebas de imagen todavía no son lo bastante sensibles. En opinión de este especialista, lo ideal es, ante la sospecha, realizar una laparoscopia y tomar biopsias para conocer el origen del tumor.



Diseminación de la carcinomatosis peritoneal en la superficie de cavidad abdominal.

El tratamiento de primera línea consiste en una cirugía de citoreducción completa, es decir, resecar y extirpar todo implante intrabdominal, que se consigue en el 80% de los casos. Esta cirugía se complementa con quimioterapia, que puede ser intraperitoneal (normotérmica o hipertérmica [HIPEC]) o sistémica, y frecuentemente se combinan ambas.

Un reciente estudio publicado en el New England Journal of Medicine en pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen ovárico, considerados irresecables inicialmente, demostró que, con la aplicación de HIPEC por parte de profesional experto en determinados casos de cáncer de ovario, se logra un año más de supervivencia.

En casos donde no es posible realizar cirugía de citorreducción, se dispone de una nueva técnica llamada PIPAC (administración de quimioterapia en forma de aerosol por laparoscopia), que permite la administración de quimioterapia directamente en el abdomen.

La supervivencia de estos pacientes ha cambiado drásticamente en los últimos años con estas técnicas. "Se logran supervivencias medias de unos 5 años en casos de origen colorectal, con la curación de hasta el 16 % de los pacientes, y de más de 10 años en casos de cáncer de ovario", afirma Torrent. En tumores de origen gástrico, los resultados obtenidos, aunque no tan espectaculares, están mejorando significativamente.

Además, la calidad de vida del paciente es muy buena, ya que no debe someterse a más tratamientos a menos que aparezca una recidiva y, generalmente, no hay que realizar estomías definitivas (derivaciones intestinales al abdomen).

Opinión

SILVIA ONDATEGUI-PARRA
Socia Global de Life Sciences de EY

Sistemas de reembolso en innovación

Los sistemas sanitarios a nivel mundial siguen, desde hace años, una senda económicamente insostenible en el largo plazo. Los costes aumentan de manera reiterada pero, lo que es más importante, este incremento no viene acompañado de una percepción, por parte del paciente, de que la calidad de su atención médica mejora de forma proporcional.

En este contexto, la construcción de acuerdos basados en valor y no solo en precio es una vía beneficiosa tanto para pagadores como para laboratorios y, por encima de todo, para el paciente. Un reciente análisis llevado a cabo por EY revela que el 44% de los nuevos fármacos lanzados entre 2005 y 2013 tuvo un comportamiento en el mercado menos satisfactorio del esperado. Cada caso tiene características propias, pero es posible encontrar motivos coincidentes: algunos criterios claves para el paciente, como la calidad de vida o la adherencia son difíciles de medir en los ensayos clínicos tradicionales. Requieren de evidencias reales recabadas mediante una metodología que todavía no está extendida y que necesita unos criterios estándares por patología que en muchos casos todavía no se han definido.

Empezamos a ver los primeros acuerdos de Value-Based Health en enfermedades cardíacas y en diabetes, áreas en las que es más fácil desarrollar marcadores para medir el comportamiento de un nuevo fármaco, pero la aportación real de una innovación es mucho más difícil de medir en otras áreas, como en oncología o en enfermedades inflamatorias.

Existen las herramientas necesarias para hacerlo, pero la realidad es que construir nuevos sistemas capaces de capturar y validar resultados en salud requiere inversiones considerables que un laboratorio o un pagador difícilmente asumirá en solitario. Además, los sistemas de información, protocolos y capacidades de análisis de datos varían entre organizaciones, y los pagadores todavía son muy reacios a compartir datos de pacientes, aunque sean anónimos y agregados.

Sin duda hay obstáculos en el camino, pero la creación de espacios de interlocución entre los stakeholders vinculados al lanzamiento de cualquier innovación en estadios más iniciales de la investigación es clave y beneficiosa para todos. Al laboratorio le permite recopilar evidencias con mayor antelación de cara a la definición de su estrategia de acceso al mercado. Además, este modelo da voz a pagadores y pacientes y permite construir una relación que facilitará la definición de acuerdos de riesgo compartido.

La sanidad del futuro requiere que seamos capaces de construir ecosistemas más colaborativos, interconectados y transparentes. Avanzamos lentamente, pero poco a poco estamos sentando las bases para conseguirlo.

Medicina General

Dos tercios de los casos de gripe de este año han sido por la cepa no incluida en la vacuna

Instituciones médicas reclaman que en las próximas temporadas la vacuna anual sea la tetravalente

JOAN OLIVA. **BARCELONA**

La vacuna anual escogida por las Administraciones Públicas para frenar la gripe es trivalente y actúa contra tres cepas del virus A (los subtipos H1N1 y H3N2) y una de tipo B (este año la elegida fue Victoria). Sin embargo, otra cepa tipo B (Yamagata) es la que más está circulando por el hemisferio norte, de tal modo que muchos de los pacientes a los que se les ha administrado la vacuna no están protegidos frente al virus.

De hecho, "el 65% de los casos de gripe este año han sido por la cepa no incluida en la vacuna", según afirma David Moreno, coordinador del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (AEP).

Ante esta situación, se plantea como opción la vacuna tetravalente, que es como la trivalente pero más completa, al tener una cepa B añadida (este año, la Yamagata), por lo que tiene más posibilidades de ser efectiva. Sin embargo, las Consejerías de Sanidad de las distintas comunidades autónomas han optado por financiar la trivalente. Según recuerda Moreno, en las recomendaciones oficiales de la AEP, aconseja el uso de la vacuna tetravalente.

La vacunación sigue siendo la principal medida de prevención.

En la misma línea, dado que este es el cuarto año consecutivo en que la cepa B incluida en la vacuna trivalente no concuerda con la cepa circulante, el Centro de Control de Enfermedades Europeo (ECDC) ha planteado que los Estados miembros realicen una mayor uso de la vacuna cuadrivalente de gripe en las siguientes temporadas.

> La vacuna tetravalente sí actúa contra la cepa circulante actual

Aparte de suponer una mayor protección ante el virus, el uso de esta vacuna evitaría costes al sistema sanitario.

Uno de los caballos de batalla de la Asociación Española de Pediatría es lograr un aumento de las tasas de vacunación contra la gripe, que en población infantil con factores de riesgo rondan el 50%, mucho menos de lo deseable y lejos de otras vacunas como las que les corresponden a los niños menores de dos años, que tienen una cobertura media del 97%. Según explica este experto, es fundamental aumentar la tasa de vacunación sobre todo de los niños con enfermedades crónicas, aunque lo ideal sería vacunar también a las personas que viven con ellos y a los profesionales que les atienden. "Es decir, que el niño vaya por un camino lo más libre de gripe posible", subraya.

La vacunación del personal sanitario es otro de los retos que se plantean. "Tenemos que dar ejemplo; si nos vacunamos, podremos pedir con mayor convencimiento a la población que lo haga. Además, si no lo hacemos podemos contagiar la gripe a un paciente con factores de riesgo, por lo que vacunarnos es un tema médico además de ético y social", asegura.

Dermatología

La dermatitis atópica grave puede llegar a ser discapacitante

REDACCIÓN. **BARCELONA**

La dermatitis atópica (DA), una enfermedad inflamatoria crónica que a menudo origina lesiones cutáneas, tiene entre las causas que la originan la hiperactividad del sistema inmunitario. En su forma grave, puede conllevar un impacto físico y psicológico significativo, debido a las lesiones en la piel, descamación, deshidratación y la aparición de grietas, aunque, sobre todo, a un picor constante e intenso que repercute de manera muy importante sobre la vida de los pacientes.

Aunque no existen estudios de peso que indiquen su incidencia, se calcula que entre el 3 y el 5% de toda la población padece dermatitis atópica en cualquiera de sus formas, y estos porcentajes aumentan hasta el 15% en la población infantil. En cuanto a la DA grave, la padece cerca del 0,08% de la población.

Las personas que sufren la forma grave ven afectadas todas las esferas de su vida, desde la familiar, relaciones personales y laborales, hasta cualquier tipo de actividad, de modo que se considera que puede llegar a un nivel de discapacidad. Aparte del picor difícilmente soportable, la pérdida de sueño de forma prolongada produce cansancio crónico, dificultad de concentración y reducción de productividad en el trabajo, a lo que hay que sumarle la estigmatización que produce, afirma Javier Ortiz, dermatólogo del Hospital 12 de Octubre, de Madrid, y miembro de la Academia Española de Dermatologia y Venereología (AEDV).

> Entre el 3% y el 5% de toda la población padece dermatitis atópica

La principal arma terapéutica hasta el momento han sido los tratamientos tópicos, especialmente los corticoides, y también se utiliza fototerapia (aplicación de luz ultravioleta). Asimismo, existen tratamientos orales o inyectados como corticoides, ciclosporina y otros inmunosupresores. Entre los nuevos tratamientos para combatir la enfermedad se encuentra el dupilumab, aprobado el pasado septiembre por la Comisión Europea (CE), que es el primer medicamento biológico para adultos con dermatitis atópica moderada o grave que ha demostrado su eficacia y seguridad.

Varios laboratorios españoles investigan desde hace años para conseguir reducir los efectos inflamatorios de esta enfermedad dermatológica.

Cardiología

Beneficios de la ablación con frío para curar la Fibrilación Auricular

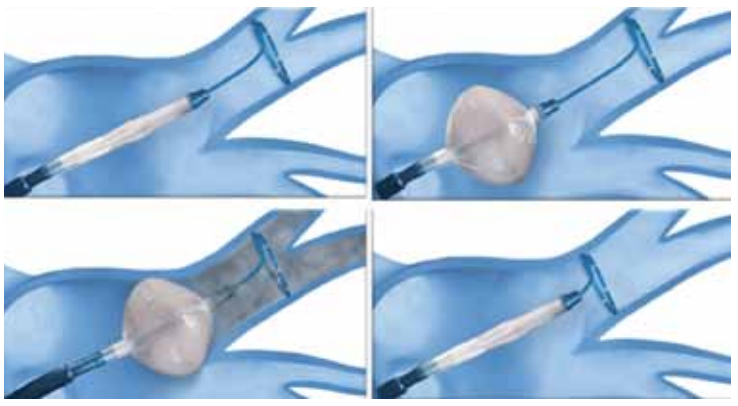
Esta técnica permite frenar la arritmia cardiaca de forma más rápida y conlleva actualmente menos hospitalizaciones

L.G. **BARCELONA**

La Fibrilación Auricular (FA) se origina en la desembocadura de una de las venas pulmonares en la aurícula izquierda, al producirse focos eléctricos que se propagan de forma rápida desde el interior de la vena al resto de la aurícula, lo que provoca un ritmo rápido e irregular.

La técnica de la ablación consiste en la introducción de un catéter por vía femoral para provocar lesiones alrededor del orificio por el que desemboca la vena pulmonar en la aurícula izquierda, de modo que los impulsos eléctricos que ocasionan la arritmia quedan aislados en el interior de la vena y no pueden propagarse al resto de la aurícula, lo que en buena parte de los casos implica la curación de la FA.

Según explica el cardiólogo electrofisiólogo Alberto Barrera, del Hospital Virgen de La Victoria, de Málaga, la técnica más utilizada es la ablación con radiofrecuencia, es decir, la aplicación de calor en puntos contiguos siguiendo el perímetro del orificio de la vena. Otro método, con idéntico objetivo, es la crioablación, que se realiza mediante frío, con la introducción de un balón plegado hasta la entrada a la aurícula que, al inflarlo, se acopla al orificio de la vena. Una vez situado aquí, se congela, provocando una lesión circunferencial que provoca la desconexión eléctrica entre el interior de la vena y la aurícula.



La crioablación aplica frío con un balón extensible para provocar las lesiones que frenarán los impulsos eléctricos.

Este segundo procedimiento tiene la ventaja de que es más rápido en su ejecución y más reproducible por los cardiólogos que lo realizan, por lo que requiere menor tiempo de aprendizaje, apunta Barrera.

El estudio Fire and Ice realizado en diversos centros hospitalarios europeos para comparar ambas técnicas, en el que participó el Hospital Virgen de La Victoria, reveló que, al año de la intervención, la proporción de pacientes libre de recurrencia de fibrilación auricular era la misma independientemente de la técnica empleada. Sin embargo, en un análisis posterior, se observó que la necesidad de repetir el procedimiento era significativamente menor con la crioablación, así como el número de ingresos hospitalarios por causa cardiovascular durante el seguimiento. Además, se requería la realización de menos cardioversiones eléctricas, que consisten en la aplicación de una pequeña descarga eléctrica para restablecer el ritmo normal del corazón cuando recurre la FA.

En cuanto al gasto durante todo el periodo de seguimiento de los pacientes, incluyendo todos los ingresos y reprocedimientos, un análisis posterior sugiere que es menor con la crioablacion que con la radiofrecuencia. En opinión de este experto, lo recomendable es que en los hospitales coexistan ambos métodos.

La ablación se aplica especialmente a pacientes con episodios frecuentes de Fibrilación Auricular con afectación sobre la calidad de vida y que no han respondido al tratamiento farmacológico. La arritmia desaparece entre el 65 y el 70% de las personas sometidas a estas técnicas y, en el resto de casos, un porcentaje elevado de pacientes experimentan una mejoría importante.

Entrevista

RAFAEL FONSECA, INVESTIGADOR ONCOLÓGICO DE LA CLÍNICA MAYO

"Tenemos las piezas del rompecabezas de la inmunoterapia, nos falta ordenarlas"

JAVIER GRANDA REVILLA. **PHOENIX**

El doctor Rafael Fonseca se licenció en Medicina en la Universidad Anahuac de Ciudad de México. Posteriormente, hizo su residencia en Medicina Interna en la Universidad de Miami y completó sus estudios en Hematología Clínica y Oncología Médica en la Clínica Mayo. En 1998 se incorporó a esta institución, donde es profesor de Medicina e investigador. Lidera el Consorcio de Investigación de Mieloma Múltiple en el Centro de Tratamiento Integral del Cáncer de la Clínica Mayo en Arizona.

Rafael Fonseca en una intervención en Arizona.

Pregunta: ¿Qué es el mieloma múltiple?

Respuesta: El mieloma múltiple es una enfermedad que nace de las células plasmáticas, un grupo muy pequeño de las células de la médula ósea. Se encargan de producir los anticuerpos, que nos dan la inmunidad y que se unen a los virus o bacterias que nos atacan.

P: ¿Cómo funcionan?

R: Cuando, por ejemplo, nos exponemos a la varicela, se forman los anticuerpos y el organismo guarda una copia en la médula ósea como planos para un futuro. Y, cuando nos volvemos a exponer, no vuelve a suceder. Es un proceso normal que pasa miles de veces durante la vida, con los catarros, los dolores de garganta...

P: ¿Y cómo se malignizan?

R: De vez en cuanto, en vez de quedarse 'dormidas' en la médula, siguen proliferando. Esa transformación puede llegar a ser un proceso benigno o uno maligno, que acaba destruyendo el hueso y, al liberar calcio, se elevan los niveles en sangre. Es una enfermedad dolorosa, que puede llegar a causar fracturas. Y las células, al ocupar el espacio de la médula ósea, provocan anemia y el paciente siente fatiga. Puede causar también fallo renal..

P: ¿Es fácil confundirla con otras enfermedades?

R: Muy fácil, porque los síntomas no son específicos. Vemos pacientes que llevan meses tratados, por ejemplo, de dolor de espalda. Y no se diagnostica hasta que alguien lo ve en una radiografía, en una resonancia o en una prueba de laboratorio.

P: ¿Ha mejorado el diagnóstico?

R: Sí. Y España es pionera en lo que denominamos enfermedad mínima residual: son herramientas de detección ultrasensible de las células malignas que permanecen después de un tratamiento efectivo. Existen dos técnicas: la citometría de flujo y la secuenciación de nueva generación. Las usamos para afinar el pronóstico y realizar ensayos clínicos. Y también ha sido muy útil el mapeo genético, otra técnica que nos ha permitido saber que hay siete tipos de mieloma y nos ayuda en el pronóstico: ahora conocemos las mutaciones y algunos tratamientos, procedentes de otras enfermedades, pueden ser útiles en mieloma en pacientes que tienen determinada variante genética.

P: ¿Cómo ha cambiado el panorama de tratamiento?

R: Muchísimo: se empezó a usar el trasplante de médula ósea en los años ochenta y noventa y, a partir de 1998, se comenzaron a utilizar fármacos como la talidomida. Era un medicamento con mala fama por los defectos congénitos que había causado en los años cincuenta y sesenta. Pero es altamente efectiva para el mieloma y, de ella, se han derivado otros tres fármacos. Y se desarrolló otra línea de investigación con los inhibidores del proteasoma.

P: ¿Qué supusieron todos estos avances?

R: Una revolución en el tratamiento: funcionaron los fármacos y, por otro lado, se vio que la FDA (la agencia estadounidense de medicamentos) aprobaba fármacos, lo que despertó el interés de las empresas de biotecnología en el mieloma múltiple y, afortunadamente, estamos donde estamos ahora.

P: ¿Cómo ha cambiado la supervivencia de los pacientes?

R: Cuando yo empecé a ejercer, se estimaba en dos o tres años. Y ahora tengo pacientes en consulta que llevan diez años y con una vida normal. No todo el mundo, obviamente, pero sí vemos estos casos.

P: ¿Qué papel juega la inmunoterapia en este campo?

R: Antes, hace quince años, era el hazmerreír porque se pensaba que no tenía futuro. Pero los expertos en este ámbito perseveraron y ahora es, sin lugar a dudas, el más interesante en oncología.

P: ¿En qué consiste?

R: El concepto es que las células cancerosas desarrollan formas con las que evaden el sistema inmune y así pueden creer metástasis. Son, por decirlo de algún modo, lobos con piel de oveja. Ya sabemos cómo es esta piel de cordero, pero no funciona en todos los cánceres y en todos los casos. Aun así, los avances que se han hecho, por ejemplo en cáncer de pulmón, son fundamentales.

La medicina basada en la evidencia permite tomar decisiones que mejoran la vida de los pacientes

P: Dentro de la inmunoterapia se ha hablado mucho de la técnica CART.

R: Sí, consiste en modificar genéticamente los linfocitos t, un tipo de glóbulo blanco. Hay datos muy buenos en muchas leucemias y los ensayos clínicos demuestran que funcionan bien. El reto es encontrar dianas específicas para células de mieloma.

P: ¿Hay más líneas prometedoras?

R: Los anticuerpos doble-específicos: básicamente son moléculas que ponen en yuxtaposición las células cancerosas y los linfocitos t. Y, cuanto más cerca las ponen, mayor efectividad. Ya hay un fármaco aprobado para leucemia linfocítica aguda y se están desarrollando otras para el mieloma y el linfoma.

P: ¿Qué otros retos cree que siguen pendientes?

R: Además de la búsqueda de dianas, la genética es clave: ya se ha secuenciado el genoma de más de mil pacientes con mieloma múltiple y tenemos todas las piezas del rompecabezas, pero nos falta la lógica para ordenarlas. Es como cortar todas las palabras de un libro y luego ordenarlas para entender la historia. No será fácil, pero lo lograremos poco a poco. Es como los puzles, que encuentras una esquina y empiezas a avanzar. Espero que estemos en ese punto.

Gastroenterología

El uso de biomarcadores y la optimización de la terapia anti-TNF mejora los resultados en la enfermedad de Crohn

La monitorización de la inflamación ayuda a la toma de decisiones terapéuticas

J.SLL. **BARCELONA**

La enfermedad de Crohn es una patología inflamatoria crónica inmunomediada que puede afectar a cualquier parte del aparato digestivo. Está asociada al desarrollo y "occidentalización" de la sociedad y en su aparición intervienen diversos factores, de forma variable, como los antecedentes familiares y el tabaquismo, la dieta, el uso de antibióticos, la contaminación o el cambio en la microbiota intestinal asociado al desarrollo económico, expresa Fernando Gomollón, gastroenterólogo del Hospital Clínico de Zaragoza.

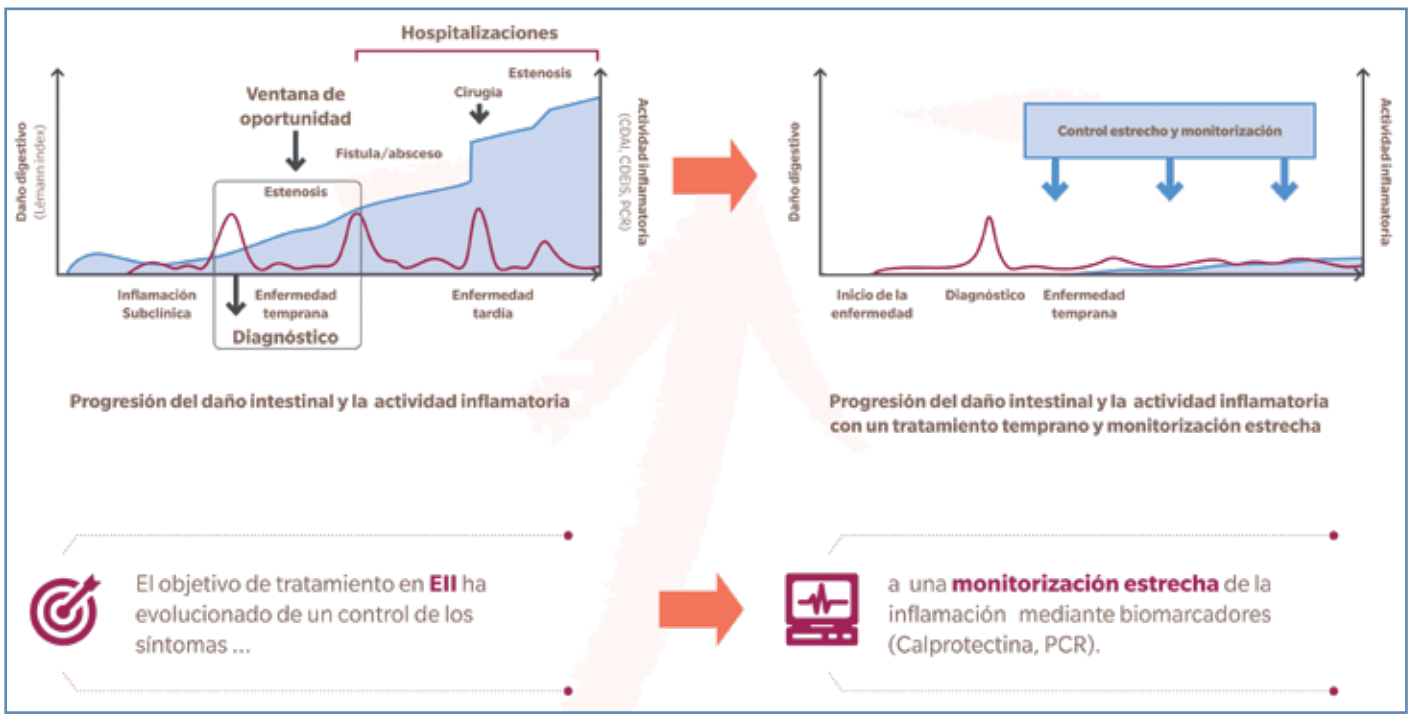
La prevalencia de la enfermedad de Crohn va en aumento, siendo actualmente en Europa de 10 a 200 casos por 100.000 habitantes. En España, se diagnostican al año entre 6 y 9 casos por cada 100.000 habitantes. La patología cursa en brotes, y los síntomas son muy variables, sobre todo digestivos, como dolor abdominal, diarrea a veces con sangre y pérdida de peso, aunque también pueden manifestarse otros, como fiebre, dolores en las articulaciones o afectaciones en la piel. Asimismo, pueden producirse fístulas, que son comunicaciones anormales del intestino.

El proceso inflamatorio causa un daño irreversible y acumulativo en los tejidos afectados, sobre todo en el intestino, por lo que, "para minimizar o evitar las consecuencias a largo plazo, el tratamiento ha de hacerse lo antes posible", subraya Gomollón. "En la actualidad, el tratamiento médico, y muy especialmente los diversos agentes biológicos, y quirúrgicos, consiguen habitualmente un buen control de la enfermedad; no solo respecto a los síntomas, sino por la remisión. Esta, tanto clínica como biológica, es un objetivo que hoy en día se alcanza en la mayoría de los casos" apunta este especialista.

En este sentido, destacan los resultados del estudio CALM, que compara dos estrategias diferentes, una basada solo en los síntomas y otra en el uso de biomarcadores y la optimización de la terapia.

Dado que la sintomatología es bastante inespecífica, estos marcadores biológicos son indispensables para un control más objetivo de la enfermedad, puesto que ayudan a cuantificar el grado de inflamación presente en un momento determinado, contribuyendo a la toma de decisiones sobre el tratamiento. Así, el mencionado estudio es el primero en demostrar que una estrategia de monitorización estrecha basada en biomarcadores (Calprotectina fecal y/o PCR) con el anti-TNF Humira, logra mejores resultados clínicos y endoscópicos en la enfermedad de Crohn comparado con un manejo clínico basado simplemente en evaluación de síntomas.

En este sentido, es preferible no centrarse solo en los síntomas y apostar por unos resultados a largo plazo. Adaptar el tratamiento a las necesidades del paciente es clave para inducir y mantener la remisión clínica, prevenir las complicaciones y mejorar su calidad de vida.



Un tratamiento temprano durante la ventana de oportunidad puede frenar la progresión y daño de la enfermedad.

Neurología

La integración social del paciente con esclerosis múltiple impacta sobre su calidad de vida

Fundaciones de pacientes trabajan por dar visibilidad a la enfermedad y normalizarla en los distintos ámbitos

J.S.LL. **BARCELONA**

"Cuando hablamos de la esclerosis múltiple (EM), nos referimos a la enfermedad de las mil caras, porque cada caso es diferente y tiene manifestaciones y repercusiones distintas". Así describe Carmen Valls, directora de la Fundación Esclerosis Múltiple Madrid (FEMM), esta patología crónica inflamatoria y degenerativa del Sistema Nervioso Central que afecta al cerebro y la médula espinal.

La enfermedad, padecida en España por unas 47.000 personas, se manifiesta con muy variados síntomas y cursa en brotes, afectando cada uno de ellos a funciones neurológicas de manera más o menos severa y reversible. Esta incertidumbre sobre la evolución de la EM y el grado de discapacidad que puede provocar tiene una importante carga emocional sobre el paciente, cuya forma de afrontar la enfermedad tiene un impacto directo sobre su calidad de vida. Por este motivo es tan importante concienciar a la población sobre la EM.

"Combatir el desconocimiento e incomprensión social es todo un reto al que nos enfrentamos desde las organizaciones de pacientes, y es que la esclerosis múltiple no solo afecta a la persona, sino también a sus familiares y entorno más cercano, y tiene una repercusión física, pero también emocional, laboral y social", apunta Valls.

Por este motivo, uno de los objetivos de la FEMM es tratar de normalizar lo máximo posible la convivencia con la enfermedad en todos los ámbitos. La forma de hacerlo es a través de la información y apoyo al afectado, puesto que un paciente mejor informado hará un mejor autocuidado, y mediante acciones que contribuyan a sensibilizar sobre esta enfermedad. Entre ellas, destacan los Premios Solidarios con la EM, promovidos por la Fundación Merck Salud, con el aval social de la Sociedad Española de Neurología y la Fundación del Cerebro, que fueron entregados el pasado mes de diciembre con motivo del Día Mundial de la Esclerosis Múltiple.

Los objetivos de esta iniciativa van en línea a lo que persiguen las entidades de pacientes, es decir, un aumento de la visibilidad, fomentar la divulgación de contenidos de calidad y concienciar a la sociedad, afirma la presidenta de esta Fundación, Carmen González. "Se trata de una enfermedad desconocida y existen prejuicios en torno a las personas que la padecen, especialmente destacados en el terreno laboral, y por este motivo es necesario motivar la comprensión por parte de la sociedad", subraya.

Entidades como la Fundación Merck Salud y la FEMM trabajan para romper estereotipos creados en el ámbito de la empresa. Tal y como apunta la directora de esta segunda fundación, es importante informarlas y que los trabajadores estén sensibilizados respecto a estos pacientes. "A cambio, se logra crear un entorno laboral protegido para el afectado, que incluye la adaptación de su puesto de trabajo, donde la flexibilidad y la empatía son básicas", señala. "Hay muchas personas afectadas por EM muy motivadas y con muchas capacidades; la cuestión es descubrirlas y ponerlas en valor", asegura.