



CARDIOLOGÍA

Ablación con medida de fuerza de contacto

PÁG. 2



GINECOLOGÍA

Tres décadas de la primera bebé probeta

PÁG. 5



ENTREVISTA

Ana Mato, ministra de sanidad
"Todos los ciudadanos deben tener acceso a las mismas prestaciones"

PÁG. 7

Las mujeres jóvenes, talón de Aquiles del cáncer de mama

Con el conocimiento de la biología molecular del tumor los tratamientos son cada vez más personalizados

A. SENDÍN BARCELONA

El cáncer de mama es ciertamente uno de los tumores que más se ha beneficiado del diagnóstico precoz, eficaz para disminuir la mortalidad. Sin embargo, las pacientes jóvenes todavía representan el talón de Aquiles en la detección temprana y mayor supervivencia de este tumor. Estas pacientes escapan de los programas de cribado poblacionales, que recomiendan una mamografía anual o bianual a partir de los 40 o 50 años. Por un lado, son mujeres que suelen presentar una alta densidad glandular y de difícil visualización, por tanto, los controles de seguimiento no se basan en la mamografía, y fuera de los controles ginecológicos habituales no hay ninguna recomendación específica. Sin embargo,

Hace cuatro décadas, se curaba apenas el 40% de casos, hoy esta cifra se sitúa entre el 75 y el 80%

en un número reducido de mujeres, aquellas que presentan una alteración genética específica, la resonancia magnética incrementa la sensibilidad hasta en un 90%. Además, la frecuencia del cáncer de mama es menor en pacientes jóvenes, por lo tanto, al haber menos casos, las técnicas de diagnóstico precoz son menos rentables. Forman parte, pues, de un cribado selectivo. A estas dificultades diagnósticas, se une que generalmente presentan tumores más agresivos y de peor pronóstico con un perfil molecular triple negativo

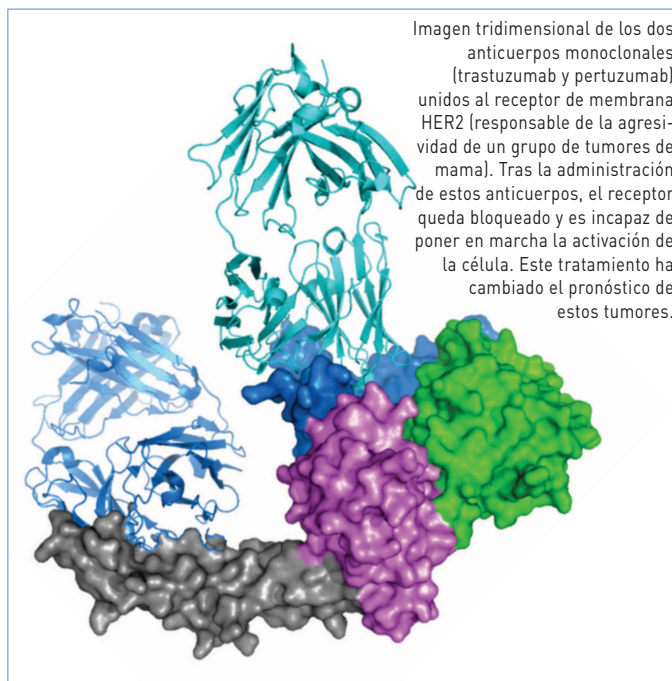


Imagen tridimensional de los dos anticuerpos monoclonales (trastuzumab y pertuzumab) unidos al receptor de membrana HER2 (responsable de la agresividad de un grupo de tumores de mama). Tras la administración de estos anticuerpos, el receptor queda bloqueado y es incapaz de poner en marcha la activación de la célula. Este tratamiento ha cambiado el pronóstico de estos tumores.

(negatividad de receptores de estrógeno, progesterona y HER2). En cualquier caso, el jefe del programa de cáncer de mama del hospital Vall d'Hebron de Barcelona, Javier Cortés, recuerda que la mayoría de casos se curan, por lo tanto, más que miedo, al cáncer de mama hay que tenerle respeto.

Los avances en cáncer de mama han sido remarcables en los últimos años. Hace cuatro décadas, se curaba apenas el 50% de casos, hoy esta cifra se sitúa entre el 75 y el 80%. "Hay más y mejores tratamientos", señala Cortés. Con el conocimiento de la biología molecular del cáncer cada vez se conoce con mayor precisión qué pacientes van a responder a la quimioterapia y, por el contrario, a quienes no va a representar un beneficio este tratamiento. "Ahora seleccionamos muy bien cada caso de manera individualizada. Hay diferentes tipos de tumores y, por tanto, también de tratamientos", puntualiza este oncólogo. Un tumor especialmente agresivo es el que se caracteriza por tener una proteína en la membrana llamada HER2. Desde hace años se han desarrollado tratamientos específicos contra esta proteína que todavía representa un reto dentro del cáncer de mama.

Recientemente, un grupo de oncólogos españoles, entre los que se encuentra Javier Cortés, ha liderado la investigación de una nueva terapia que aumenta la supervivencia en cáncer de mama avanzado en un 35%. Este nuevo medicamento (pertuzumab) está indicado para pacientes con cáncer de mama HER2 positivo con metástasis. Este avance terapéutico representa uno de los mayores logros terapéuticos de los últimos años.

En la actualidad la investigación en cáncer de mama sigue tres líneas básicas. Por un lado, se está trabajando para que los tratamientos sean más individualizados, para poder determinar quién necesita y quién no una determinada alternativa terapéutica. Otra línea de investigación destacada incide en la terapia dirigida dependiendo de las características individuales y concretas de cada tumor. Pero la vía más prometedora la protagoniza la inmunoterapia, es decir, fármacos o estrategias que modulan de una manera positiva o negativa la respuesta inmunológica frente a los tumores. "Ya se han visto datos espectaculares en melanoma y se espera que también se vean en otros tumores, entre

Las Apps como herramienta de apoyo

No es de extrañar que, habiendo aplicaciones móviles para prácticamente cualquier cosa imaginable, las haya también para el cáncer de mama. Estas Apps representan en muchos casos un aliado para las pacientes que sufren este tumor, aportando no sólo información detallada, sino acompañando a la mujer en cada etapa del cáncer. Sin embargo, los oncólogos recuerdan que para adquirir una información veraz es imprescindible asegurarse de que son aplicaciones fiables y, en caso de duda, consultarlo siempre con el especialista. Una de estas Apps es 'Contigo', una iniciativa que se centra en la experiencia de 16 mujeres que han superado un cáncer de mama. Cuenta con un riguroso contenido, avalado por 15 profesionales sanitarios, y supervisados por Laura García Estévez, oncóloga de la Unidad de Mama del Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC) de HM Hospitales.

ellos el de mama", apunta Javier Cortés. Para que la investigación avance en este tipo de tumores, este especialista anima a que las pacientes participen en estudios clínicos porque, asevera, "es una manera de recibir tratamientos seguros, aceptados y en ocasiones mejores que los estándares, pero en unidades fiables y siempre bajo el consejo del especialista en cáncer de mama".

El bienestar de los pacientes. Nuestra prioridad.

Grupo Ferrer
Diagonal 549, 5ª planta - 08029 Barcelona
Tel: +34 936 003 700 - Fax: +34 934 907 078
medic@gruferrer.com
www.gruferrer.com

JUNTOS CUESTA MENOS

PORQUE SI CONTRATÁIS DOS O MÁS PERSONAS VUESTRO SEGURO DE SALUD OS REGALAMOS UN MES Y MEDIO

www.fiatc.es 902 110 120 **FIATC** SEGUROS

Odontología

Halitosis e higiene oral están directamente relacionadas

La mayoría se produce por alteraciones de las encías, como gingivitis o periodontitis



El cromatógrafo calcula la cantidad y las concentraciones de gases sulfurados volátiles.

S. LARRUCEA BILBAO

El mal aliento es todavía de difícil diagnóstico. Por un lado, por la estigmatización que provoca la halitosis y, por otro, porque quien la padece raramente es consciente de ello. El olfato, debido a su capacidad de tolerancia, se acomoda y deja de percibir el mal aliento. Además, existe la halitofobia, que hace que algunas personas se obsesionen con el mal aliento sin que este problema esté presente. En torno al 85% de los casos responden a una causa bucal, un 8% por patologías de origen otorrinolaringológico y el restante por patologías sistémicas. Las causas orales se deben a la acumulación de componentes volátiles sulfurados. Estos contienen azufre que, al mezclarse con otros gases, generan el mal olor. Proceden del metabolismo celular, ya sea bacteriano o de las propias células epiteliales del individuo de las mucosas orales, el surco gingival, y sobre todo en el dorso de la lengua. "La lengua tiene una microanatomía muy compleja en la que se forman pequeñas criptas donde anidan comunidades bacterianas que producen con su metabolismo los componentes volátiles sulfurados", explica Ion Zabalegui, especialista en periodoncia e implantología de Albia Clínica Dental, de Bilbao. La halitosis y la higiene oral están directamente relacionadas. La mayoría de casos de origen oral se deben a infecciones de las encías como gingivitis o periodontitis que tienen una causa bacteriana y se desarrollan por el control higiénico inadecuado. El mal aliento también se relaciona con una disminución de la salivación, conocida como xerostomía, asociada a ciertos tipos de fármacos, principalmente antidepressivos. "Una de las principales funciones de la saliva es lubricar la boca, por eso en personas con poca salivación la emisión de gases que provoca el olor desagradable es más

notoria", señala Javier Cabezas, especialista en periodoncia y cirugía bucal de clínica Cabezas, de Cáceres. Durante el embarazo y en los ciclos menstruales la halitosis puede evidenciarse. Se debe a que los cambios hormonales pueden alterar la flora bucal y favorecer el crecimiento de determinadas bacterias. Ello hace que si existe un problema de base ya presente, el mal aliento de la cara, aunque en muchos casos de forma pasajera. Una alimentación con exceso de proteínas también favorece la presencia de halitosis. "En muchos casos esta patología suele ser el resultado de un cúmulo de factores", apunta Javier Cabezas.

Para el diagnóstico, inicialmente se realiza un análisis organoléptico. "El explorador acerca la nariz a unos diez centímetros del aire expirado del paciente y con su escala de valores mide el grado del mal olor. Es una forma subjetiva para orientar a los especialistas", expone Ion Zabalegui. Además, la aparición del cromatógrafo de gases ha ayudado a detectar la presencia de tres gases muy asociados a la halitosis de una manera objetiva. Calcula la cantidad y las concentraciones de estos gases sulfurados volátiles de manera muy precisa. De estos tres gases, dos están directamente asociados a un origen bucal. "Resulta muy útil en pacientes halitofóbicos para mostrarles de manera objetiva que no presentan halitosis", añade Zabalegui.

El tratamiento busca restaurar la correcta situación bucal mediante la eliminación de la causa que provoca el mal aliento. El uso de cepillos interdientales, hilo dental, limpiadores linguales y colutorios específicos con antisépticos para eliminar el mal aliento, se debe complementar con un tratamiento inicial para eliminar de manera profesional los depósitos bacterianos que están depositados en las encías y en el dorso de la lengua. Únicamente los casos más destacados suelen requerir tratamiento farmacológico.

Cardiología

Ablación con fuerza de contacto

Un nuevo catéter mide de manera instantánea y real el impacto con el tejido endocárdico

A. TORELLÓ MADRID

La ablación por radiofrecuencia es una técnica intervencionista ampliamente extendida en cualquier unidad de cardiología y la mejor alternativa para eliminar una arritmia. Consiste en quemar el lugar de origen de la arritmia para evitar que ésta se reproduzca. Con la ablación se destruye la parte afectada del tejido cardíaco, de manera que la anomalía eléctrica no puede producirse. Conseguir que se produzca la quemadura en una zona muy concreta del corazón depende del contacto que se establece entre la punta del catéter y la pared del músculo cardíaco. Este contacto debe mantenerse durante la intervención de cada punto de ablación, de aproximadamente un minuto. La práctica debe realizarse de manera manual por parte del profesional, quien debe intuir mediante la imagen el grado de contacto. Para facilitar este procedimiento, se ha desarrollado un nuevo catéter que mide de manera instantánea la fuerza real con la que el catéter impacta con el tejido endocárdico. "Poder conocer este dato influye en la cantidad de energía que transferimos", señala Jesús Almendral, jefe de la unidad de electrofisiología cardíaca y arritmias de HM hospitales (Madrid) y profesor titular de la Universidad CEU San Pablo. Con los catéteres convencionales, el médico sólo puede valorar si la energía transferida es la correcta analizando el resultado. "Si vemos que la arritmia se elimina ha ido bien, pero en caso contrario se deben realizar nuevas intervenciones", asegura Jesús Almendral. Con la nueva tecnología de ablación con catéter TactiCath Quartz, el especialista puede anticiparse y analizar en tiempo real la fuerza de contacto



Catéter TactiCath Quartz.

durante los procedimientos de mapeo electrofisiológico del corazón y de ablación con catéter, de manera que puede crear lesiones seguras y eficaces. "El problema de no disponer de este control de la fuerza es que si se hace una quemadura insuficiente, de poca transferencia de energía, se forman lo que se conoce como edema", explica este cardiólogo. En estos casos las sucesivas quemaduras resultan menos eficaces. Además, añade Almendral, "si la quemadura no se hace con la profundidad adecuada, aspecto que depende de la cantidad de radiofrecuencia transferida, al cabo de un tiempo, una estructura que se consiguió anular puede revitalizarse y, por tanto, volver la arritmia". Estas recurrencias pueden producirse de forma precoz al cabo de unas horas o incluso meses. Al cabo de un año, en fibrilación auricular se producen recidivas en el aproximadamente 40% de los pacientes. Los resultados obtenidos en un reciente estudio han demostrado que hasta ahora con el nuevo catéter, entre el 80 y el 90% de los casos quedan libres de arritmia al año.

Aunque todavía hacen falta datos a largo plazo, la evidencia clínica apunta que el uso de fuerza de contacto y la estabilidad del catéter durante los procedimientos de ablación terapéutica para la fibrilación auricular pueden reducir la duración del procedimiento, mejorar el aislamiento de las venas pulmonares.

Opinión

SILVIA ONDATEGUI-PARRA
Socia, Life Sciences de EY



El paciente en el punto de mira

El cambio en el modelo de atención sanitaria, las regulaciones cada vez más estrictas o la limitación de los recursos tienen su impacto, entre otras, en las empresas de tecnología médica. El aspecto más positivo es que todo esto está sirviendo para que muchas de estas compañías estén haciendo un ejercicio de creatividad a la hora de desarrollar productos y servicios innovadores y, con ello, para el desarrollo de nuevos modelos de negocio. Uno de los cambios más sustanciales a la hora de dar rienda suelta a este proceso es considerar la creciente influencia y protagonismo del paciente. Para ello, según se recoge en el último informe anual sobre esta industria 'Beyond Borders', de EY, las empresas de este sector están experimentando atendiendo a tres premisas: más allá del producto, más allá del tratamiento y más allá del hospital. La fórmula "más allá del producto" implica

innovar en servicios y soluciones que impliquen mejorar los resultados o costes de un producto o tratamiento, incluyendo acuerdos a largo plazo para, por ejemplo, gestionar un centro académico, incluyendo servicios de consultoría y tecnológicos. Al referirse a "más allá del tratamiento" el informe está aludiendo a cuestiones de prevención y desarrollo de herramientas, por ejemplo, de control remoto que redunden en mayor eficiencia de los tratamientos que recibe el paciente y de los resultados obtenidos. Y, por último, hablar de "más allá del hospital" implica desarrollar técnicas y elementos que permitan a los pacientes manejar su condición de enfermos desde su domicilio, evitando en gran medida incómodas y más costosas intervenciones clínicas o visitas hospitalarias. En definitiva, se trata de poner en marcha estrategias alineadas con los requerimientos actuales de los pagadores.

Disfruta de
una boca sana



BEST
QUALITY
DENTAL
CENTERS

Encuentra tu
centro BQDC

www.bqdentalcenters.es

Síguenos en: [bqdentalcenters](https://www.facebook.com/bqdentalcenters) [@BQDentalcenters](https://twitter.com/BQDentalcenters)

Diabetes

Resolver la diabetes tipo 2 sin dejar de comer

El bypass gástrico mantiene un estómago grande y deriva el intestino para que se absorba menos azúcar y grasas

M. AMARELLE ZARAGOZA

Para conseguir un control correcto de la diabetes tipo 2 y poder evitar las complicaciones de la enfermedad, es fundamental disminuir el peso. Desde hace años se utiliza la cirugía metabólica para lograr este objetivo en pacientes con obesidad mórbida. Últimamente, también se han empezado a tratar pacientes con sobrepeso. La cirugía metabólica está indicada para pacientes con diabetes tipo 2 que tengan un peso que sobrepase 15kg su altura, es decir, con un índice de masa corporal (IMC) superior a 30. Además, deben tener un funcionamiento del páncreas adecuado como para, una vez realizada la cirugía, poder asumir la producción de insulina suficiente y abandonar la medicación. "En función

de la técnica, de un 60 a un 90% de los pacientes resuelven su diabetes", señala Joaquín Resa, coordinador de la unidad de cirugía laparoscópica de la obesidad y el metabolismo de la Clínica Montpellier de Zaragoza.

Las diferentes operaciones se engloban en dos grupos. Por un lado, un conjunto de intervenciones buscan reducir el estómago para que se ingieran menos cantidad de alimentos y, por tanto, el paciente adelgace y mejore la resistencia a la insulina. La más utilizada de este grupo es la gastrectomía vertical. "Estos pacientes requieren unas pautas de ingesta muy estrictas para no volver a la situación anterior, necesitan estar muy concienciados y controlar muy bien su dieta", recalca Resa.

Otro grupo de técnicas, los bypass, consisten en derivar una porción del intestino de manera que los alimen-

tos ingeridos no atraviesen la parte descartada del estómago ni del duodeno. Se basan en resolver la diabetes consiguiendo una menor absorción de glucosa y grasas, reduciendo el peso y estimulando la hormona intestinal GLP-1, que mejora la función del páncreas y la insulina periféricamente. El bypass gástrico, a diferencia de la mayoría de las técnicas, mantiene un estómago más grande. "De esta manera el paciente puede seguir comiendo de forma prácticamente normal", asegura este especialista. Inicialmente se deben tomar vitaminas para prevenir su carencia por la menor absorción.

Estas intervenciones consiguen normalizar los niveles de glucemia, abandonar la medicación, evitar la progresión de la diabetes y, en definitiva, aumentar la supervivencia. Hemos de pensar que un pacien-

te con diabetes tipo 2 que haya tenido un infarto tiene un riesgo muy elevado de mortalidad en los próximos años. Además, la diabetes es la etiología más frecuente de ceguera, insuficiencia renal, polineuropatía periférica, etc. Los bypass consiguen una tasa de éxito entre el 80 y el 90%.



Intervención de bypass gástrico.

Opinión

MIGUEL ÁNGEL GONZÁLEZ-GAY MANTECÓN
Servicio de Reumatología Hospital U.
Marqués de Valdecilla de Santander

Artritis reumatoide, mayor riesgo cardiovascular

Estudios recientes han concluido que existe una predisposición genética que favorece que el riesgo de desarrollar complicaciones como el infarto agudo de miocardio pueda aumentar hasta en un 50% en personas con artritis reumatoide. Las causas son complejas, influyen factores clásicos de riesgo cardiovascular como la presencia de hipertensión, alteración de los niveles de colesterol, el tabaquismo o la diabetes. Además, la inflamación desempeña un papel fundamental en el proceso de arterosclerosis que desemboca en un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares. Debemos determinar el riesgo individualizado de cada paciente, pero las formas habituales de comprobación de riesgo de enfermedades cardíacas no son muy útiles para muchas personas con artritis reumatoide. La tabla de riesgo SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation) puede determinar el riesgo cardíaco en base a los llamados factores de riesgo. Pero estas herramientas no tienen en cuenta el riesgo adicional en personas con artritis reumatoide, por lo que puede perder fiabilidad y precisión. Estudios de nuestro grupo, publicados en la revista 'Annals of the Rheumatic Diseases' en 2013 y 2014, han confirmado que estas tablas de estratificación a menudo subestiman el riesgo real de padecer un evento cardiovascular en muchos de estos pacientes. Hemos comprobado que el ultrasonido de la carótida puede ser la mejor manera de saber si los individuos con artritis reumatoide tienen un alto riesgo de padecer enfermedades del corazón. Con esta prueba podemos saber quién es más propenso a tener problemas cardiovasculares, en base a la experiencia pasada de los médicos.

Dermatología

El agosto de los mosquitos



J. OLIVA MADRID

Si hay algo que nunca falla en verano es la llegada de los mosquitos. En España conviven diferentes especies, algunas llevan con nosotros mucho tiempo y otras han llegado hace relativamente poco. Es el caso del mosquito tigre, que en los últimos años ha tenido una notable presencia. Y aunque en nuestro país su picadura no suele comportar mayores riesgos, lo cierto es que sólo los mosquitos transmiten enfermedades a más de 700 millones de personas anualmente. De hecho, son la mayor fuente de transmisión de patologías del mundo, entre ellas malaria, dengue, fiebre amarilla, encefalitis japonesa y chikungunya. Las enfermedades las traen los humanos que han viajado a algún país del trópico y han sufrido picaduras de insectos que les han transmitido el parásito, bacteria o virus correspondiente. El viajero, cuando regresa, puede portarlos en la sangre y, a través de otra picadura, transmitirlo localmente a otra persona. Por ello, si se piensa viajar a países tropicales de América, África, Asia o el Pacífico, conviene acudir a los centros de orientación al viajero, donde se explica qué tipo de insectos se encontrará en el país y, en los casos en que sea necesario, se ofrece vacunación.

Generalmente son las hembras, por su necesidad de proteínas para la formación de los huevos, las culpables de las molestas picaduras que producen dolor, enrojecimiento y picor. Esta necesidad biológica del propio insecto unida al olor corporal que desprende la persona, el calor y la humedad de la piel inducen al mosquito a picar y extraer sangre. Aunque sólo viven unas dos se-

Aunque en nuestro país su picadura no comporta riesgos, son la mayor fuente de transmisión de enfermedades

manas, cada hembra de mosquito tigre puede poner hasta 80 huevos, cada cinco o seis días en verano. La saliva que inyectan al picar es la que produce la reacción inmunológica en el organismo. Normalmente el mosquito actúa al caer el sol, pero el tigre puede picar a cualquier hora del día. "No es fácil verlo porque acostumbra a volar muy bajo. Por este motivo las zonas más afectadas suelen ser las piernas", advierte Gabriela Bacchini, responsable médica de dermatocósmica y biocidas de Ferrer.

Los repelentes pueden aplicarse directamente sobre la piel, en la ropa o incluso en espacios pequeños. "En el caso de bebés, por ejemplo, puede ser útil impregnar el cochecito o la ropa para no aplicar el producto directamente sobre la piel, ya que es muy sensible", asegura la responsable médica de dermatocósmica y biocidas de Ferrer. De todas formas, cada vez más se opta por utilizar principios activos naturales que no tienen toxicidad para la persona. El PMD-Citriodiol es un aceite extraído del árbol Eucalyptus citriodora que ha mostrado ser eficaz frente a las picaduras de mosquitos (incluido el tigre). Al ser un ingrediente natural de gran eficacia y larga permanencia es una buena alternativa para los más pequeños. La oferta actual de repelentes es muy variada, se pueden encontrar desde sprays a cremas. Además, algunos productos cuentan con filtro solar, de manera que aporta protección no sólo frente a mosquitos sino también ante la radiación ultravioleta.

Para poder controlar la expansión de las patologías transmitidas por los mosquitos en 1996 se creó GeoSentinel, una red de 54 clínicas de todo el mundo, y una base de 15.000 pacientes, que tiene como objetivo la vigilancia y seguimiento de todas las enfermedades relacio-

nadas con viajes. Esta iniciativa permite la vinculación de los diagnósticos en poblaciones migratorias con exposiciones geográficas similares. Por su parte, siguiendo el modelo europeo en España se creó la Red Epidemiológica de Enfermedades Importadas (Redivi).

Mosi-guardTM Natural

¡LOS MOSQUITOS HUIRÁN DE TI!

Último Mosi-guard de forma segura. Los dermatólogos y pediatras recomiendan su uso.

ferrer

Dermatología

Psoriasis, una patología más allá de la piel

Las formas moderada y grave están relacionadas con un mayor riesgo de hipertensión, obesidad, diabetes, dislipemia y artritis psoriásica

A. S. BARCELONA

Seguramente, todo el mundo asociará psoriasis con lesiones cutáneas, sin embargo, sólo unos pocos saben que esta patología va más allá de la piel. Desde hace tiempo se conoce la asociación epidemiológica de la psoriasis con diversas enfermedades con las que comparte un sustrato patogénico común. La psoriasis, especialmente las formas moderada y grave, está relacionada con un mayor riesgo de desarrollar patologías como hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus o dislipemia, entre otras. La obesidad, por ejemplo, está presente del 11% al 34% de los pacientes con psoriasis. Se sabe que la inflamación mantenida, en este caso de la piel, hace que se segreguen una serie de sustancias que favorecen el desarrollo de factores de riesgo de patologías cardiovasculares. También se ha visto una mayor prevalencia de enfermedades inflamatorias intestinales como la enfermedad de Crohn. "Hasta hace unos años sólo se pensaba en la piel y a las articulaciones, pero se ha visto que los pacientes presentan diversas comorbilidades", indica Miquel Ribera, dermatólogo del Hospital Universitario de Sabadell, Corporació Parc Taulí y asesor científico de Acció Psoriasis. La artritis psoriásica es la patología más asociada a la psoriasis, una enfermedad que añade dolor, inflamación y dificultad de movimiento de las articulaciones. Estudios recientes demuestran que hasta el 30% de los pacientes con psoriasis pueden llegar a desarro-

llar artritis psoriásica. El tiempo y la probabilidad de aparición de estas comorbilidades es variable, pero Miquel Ribera asegura que si la psoriasis se controla adecuadamente muchas de ellas se pueden prevenir.

Si el tratamiento es el adecuado y la adherencia la correcta, la piel puede llegar a recuperarse al 100%

La psoriasis está producida por una interacción de los genes (tiene una base de predisposición genética) con el sistema inmune y los factores ambientales. Se debe a una activación indebida de los linfocitos T cutáneos, células blancas encargadas de proteger al organismo frente a infecciones y enfermedades, y los queratinocitos de la epidermis. "Los factores ambientales pueden hacer que la enfermedad dé la cara en una persona predispuesta genéticamente", aclara Miquel Ribera.

Hay diferentes tipos de psoriasis, la más frecuente es en placas, que puede llegar a extenderse por todo el cuerpo. No sólo afecta físicamente, sino que suele tener consecuencias psicológicas. "Hay mucha gente que todavía cree que la psoriasis es contagiosa, y eso provoca que el paciente en ocasiones sufra estigmatización y rechazo, lo que muchas veces acaba generando ansiedad y depresión", comenta Santiago Alfonso, director de la Acció Psoriasis. Esta asociación trabaja la información y formación de pacientes

con el objetivo de que puedan enfrentarse mejor a la patología. El reto es que el paciente sea un verdadero experto en su patología y pueda autogestionarla. "La enfermedad es para toda la vida, por eso es esencial tener un conocimiento a fondo, no sólo para un mejor control, sino también para que su calidad de vida y su manera de afrontar la enfermedad sea mejor",

añade Santiago Alfonso. El tratamiento depende de la extensión y del grado de inflamación de la enfermedad. Para las formas leves se recomienda tratamiento tópico: pomadas, cremas o geles. Las moderadas suelen tratarse con fototerapia. "Son cabinas parecidas a las del bronceado artificial de uso hospitalario bajo la supervisión de un dermatólogo", aclara este especialista. Las formas de moderadas a graves se tratan con fármacos, en pastillas o inyecciones. "En los últimos años ha habido una gran revolución con los tratamientos biológicos, que benefician sobre todo a las personas con psoriasis moderadas y graves", apunta Santiago Alfonso.

A pesar de ser una patología crónica, Miquel Ribera asegura que si el tratamiento es el adecuado y la adherencia la correcta, las lesiones pueden llegar a desaparecer totalmente y la piel se recupera al 100% sin que queden cicatrices.



'Danza' de Lorena Pernas©.

Oftalmología

P. GONZÁLEZ BARCELONA

La visión artificial es una esperanza para miles de personas ciegas afectadas por retinosis pigmentaria y ahora, además, una realidad. El pasado 12 de junio se implantó por primera vez en el Centro de Oftalmología Barraquer un chip que permite recuperar parte de la visión a estos pacientes. Aurora Castillo, una sevillana de 42 años, ciega desde los 13 años por una retinosis pigmentaria, ha sido la primera española en recuperar la visión mediante el dispositivo Argus II.

Debido a la complejidad de la cirugía y al sistema tecnológico que requiere este tipo de implantes, se realiza sólo en cinco centros en todo el mundo. "Es una cirugía muy compleja y es muy fácil lesionar la estructura electrónica de estos dispositivos", asegura Jeroni Nadal, coordinador del departamento de retina del centro y quien ha

El chip de visión artificial llega a los quirófanos

El 97% de los pacientes consiguen recuperar cierto grado de visión que les permite ver movimiento y contornos de los objetos

realizado esta operación pionera. De momento está indicado para personas afectadas de retinosis pigmentaria que sólo conserven percepción luminosa, patología que afecta aproximadamente a unas 10.000 personas en nuestro país. El 97% de los pacientes consiguen recuperar cierto grado de visión que les permite ver movimiento y contornos de los objetos.

Este tipo de dispositivo se basa en una cámara externa ubicada en las gafas del paciente. "Las imágenes que

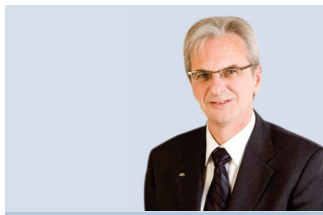
percibe la cámara se envían a un procesador que convierte la imagen en un impulso eléctrico y éste se transmite de forma inalámbrica al implante retiniano", explica Jeroni Nadal. Los pequeños impulsos de electricidad pasan por alto los fotorreceptores dañados de la mácula y estimulan directamente las células restantes de la retina, que transmiten la información a través del nervio óptico al cerebro, creando la percepción de patrones de luz. Cuantos más puntos de estimulación y mejoría

del software se consiga, mejor será la visión. De momento el sistema es capaz de estimular 60 puntos, que se van conectando paulatinamente para que el proceso de adaptación del paciente sea adecuado.



Tribuna

JAUME MIQUEL
DIRECTOR DE SALUD DE AXA



Células madre del cordón umbilical: prevención basada en la evidencia

“La sangre del cordón umbilical es un tesoro nacional. Dónala o guárdala para uso intrafamiliar, pero por favor, no la tires”. Estas palabras del célebre doctor John Wagner, autor del primer trasplante de sangre del cordón umbilical y artífice de mil de los 30.000 trasplantes ya realizados con células madre del cordón umbilical, resume a la perfección la importancia que tiene la crio preservación de las células madre del cordón umbilical.

Efectivamente, se trata de una oportunidad única del momento del parto –inocua, no invasiva y sin riesgo para el bebé o la madre– que será muy útil en la medicina del futuro, por lo que resulta, cuando menos sorprendente, el desconocimiento que existe en torno a las bondades de estas células.

Las células madre del cordón umbilical son capaces de generar todo tipo de células y tejidos, de ahí su utilización para la regeneración del sistema inmune, los fallos medulares, las enfermedades metabólicas o el tratamiento de más de 80 enfermedades oncohematológicas, como las leucemias o los linfomas.

Sin duda, su indicación más conocida es el trasplante de células madre a familiares directos, generalmente hermanos. ¿No sería ideal poder disponer de una muestra de sangre del cordón umbilical y evitar a un hermano la cirugía invasiva para obtener médula ósea? Estas células madre o progenitores hematopoyéticos presentan, además, menor riesgo de rechazo en el trasplante dada su inmadurez, con una tasa de supervivencia del 74% frente al 44% de médula ósea. Casi el doble.

Por el contrario, existe cierta controversia en su uso para un trasplante autólogo (aquel que se realiza con células madres propias) por el posible factor genético que estas células puedan contener, algo bastante improbable teniendo en cuenta que sólo un 20% de las enfermedades lleva asociada una predisposición genética y que este “error genético” sólo se manifiesta en los primeros años de vida (si la enfermedad apareciese en la edad media o adulta de la persona, estas células madre resultarían de primera elección en el tratamiento).

Actualmente, existen multitud de ensayos clínicos abiertos de células madre de cordón umbilical para expandir las células nucleadas (aquellas unidades de sangre con un número limitado de células que se podrán expandir y utilizar con éxito en un trasplante) y poder aplicarlas en el futuro en la medicina regenerativa (la formación de vasos sanguíneos y la regeneración de tejidos y órganos dañados). La importancia de estos ensayos es tal que ocupan el segundo lugar en el ranking de ensayos clínicos en fase III registrados en la web www.clinicaltrials.gov, desarrollada por la unión de institutos nacionales de Salud (US National Institutes of Health) de Estados Unidos, que ofrece información regular y actualizada sobre ensayos clínicos.

Estoy convencido de que los rápidos avances científicos en medicina regenerativa y expansión celular aumentarán la demanda del uso de las células madre del cordón umbilical, como lo demuestran los múltiples ensayos en fase avanzada que se irán finalizando con la seguridad y la eficacia esperada.

Ginecología

El 90% de las cistitis las produce la Escherichia coli

A. S. BARCELONA

El pico de aparición más alto de la cistitis, producida en aproximadamente el 90% de los casos por la bacteria *Escherichia coli*, se produce durante el verano. Permanecer con la zona vaginal húmeda es uno de los factores de riesgo. Se calcula que entre el 50 y el 60% de las mujeres adultas tendrán al menos un episodio de infección del tracto urinario en su vida. Se trata de una de las complicaciones bacterianas más comunes, sólo por detrás de las del tracto respiratorio.

La *Escherichia coli* es un microorganismo que coloniza la mucosa perineal hasta la vejiga a través de la uretra. Si no puede eliminarse por los mecanismos fisiológicos (principalmente la orina) acaba adhiriéndose al uroepitelio, provocando la infección y sus síntomas característicos. Se produce sobre todo en mujeres por una causa anatómica. La uretra de la mujer es muy corta, mide entre dos y tres centímetros, lo que facilita la contaminación y el paso de las bacterias procedentes de la zona perianal hacia la uretra y vejiga. La orina, que se forma en los riñones, desciende por los uréteres hasta la vejiga para ser expulsada por la uretra. En condiciones normales no contiene bacterias, pero en ocasiones pueden introducirse en la vejiga y acabar provocando una infección. Existen dos picos importantes de cistitis: tras las primeras relaciones sexuales y en la menopausia. Además, en el embarazo

también son más frecuentes. Dolor en la parte inferior del abdomen, escozor al orinar, micciones frecuentes pero escasas (poliuria), orina con color anormal y maloliente y sensación de no haber terminado de orinar son los síntomas más frecuentes. Aunque en algunos casos no vuelve a manifestarse nunca, muchas son recurrentes, es decir, se producen más de tres infecciones en un año o más de dos en seis meses. En un estudio realizado en mujeres entre 17 y 82 años con cistitis, el 44% tuvo al menos una recurrencia en el siguiente año. Existen determinados factores de riesgo que facilitan que la bacteria llegue a la vejiga. La actividad sexual es uno de ellos. La cistitis postcoital representa apenas un 4% del total de las infecciones, pero un 60% de las recurrencias. Por ello es muy importante vaciar bien la vejiga inmediatamente después del coito.

El tratamiento de la cistitis aguda pasa por la toma de antibiótico. A nivel preventivo, diversos estudios científicos han demostrado que los complementos alimenticios ricos en proantocianidinas tipo A del arándano rojo americano impiden la adhesión de la *Escherichia coli* a las células del uroepitelio de la vejiga. Este extracto natural ha formado parte de la dieta de los pueblos árticos durante milenios. Los indios de Norteamérica utilizaban el fruto como uno de los ingredientes principales de su alimentación. En las cistitis de repetición lo recomendable es tomar el extracto de arándano rojo cada noche y tras las relaciones sexuales, además del tratamiento con antibiótico.

Publicado con
EL PAÍS

Medicina

La mejor
información sanitaria en:



facebook.com/saludymedicina



twitter.com/SALUD_MEDICINA



youtube.com/user/SaludyMedicina

www.saludymedicina.org

BIOCORD®

Tecnología
en Células Madre

Condiciones especiales para asegurados de:

Adeslas asisa Cigna Caser Antares avansalud

info@bio-cord.com · T. 91 179 40 62 - 93 299 69 78 · www.bio-cord.es



Impreso en papel ecológico - Bio-Cord. Comprometidos con el Medio Ambiente

Uromil



Proantocianidinas de arándano rojo americano

SALUD NATURAL PARA LAS VÍAS URINARIAS



Nueva
presentación
Uromil
90 capsulas

Coste de tratamiento
muy económico

LV Laboratorios Vías

Medicina es una publicación mensual. En este número han colaborado los siguientes profesionales: Dr. Javier Cortés, Dr. Ion Zabalegui, Dr. Javier Cabezas, Dr. Jesús Almendral, Dra. Silvia Ondategui-Parra, Dr. Miquel Ribera, Dr. Jeroni Nadal, Dña. Yolanda Gallego, Dra. Mª Jesús Alsar, D. Manuel Escobar, D. Narcís Palahí, Dr. Luis Asmarats, Dr. Pedro N. Barri, D. Jaume Miquel, Dr. Joaquín Resa, Dr. Miguel A. González-Gay, Dr. Rafael Ruiz, Dr. Ignacio García y Dra. Gabriela Bacchini. Coordinador: Dr. Josep Brugada.

Para envío de comentarios, sugerencias y comunicados: info@espanasalud.org

Salud laboral

Cuidar la voz



YOLANDA GALLEGO FERNÁNDEZ
TÉCNICA EN PREVENCIÓN

La voz es uno de los principales medios que tiene el ser humano para comunicarse y, para algunos profesionales como profesores, teleoperadores, personal de atención al público, locutores, cantantes, etc., se convierte en su principal herramienta de trabajo. Como tal, es importante cuidarla para evitar trastornos de la voz o disfonías que nos afecten, no sólo durante el desarrollo del trabajo, sino en nuestra vida cotidiana. Además de las medidas organizativas que pueden llevarse a cabo, el uso que hagamos a nivel individual de la voz va a condicionar que tengamos mayor o menor riesgo de padecer disfonías. Aunque algunos profesionales, como los cantantes, son conscientes de este hecho y trabajan en gran medida las técnicas para prevenir posibles problemas, para otros es

“una asignatura pendiente” aprender a utilizar los recursos vocales.

Algunas de las medidas preventivas que puede aplicar la empresa son las relacionadas con las características acústicas de las zonas de trabajo (control del ruido ambiental, compartimentación, uso de materiales fonoabsorbentes, etc.); el mantenimiento de unas condiciones de temperatura y humedad adecuadas; la organización del tiempo de trabajo; así como la información y formación de los trabajadores, entre otras.

A nivel individual, pueden aplicarse también algunas medidas relacionadas con los hábitos correctos de la voz, como son: articular los sonidos de forma correcta y amplia, logrando un mayor alcance de la voz y permitiendo que se comprenda mejor el discurso; emplear un ritmo de emisión vocal correcto, ni excesivamente rápido ni monótono; evitar gritar y no forzar la voz; controlar la postura ya que ésta puede afectar en el desempeño de la voz y aplicar la técnica

de respiración abdominal; no hablar mientras se esté realizando algún esfuerzo físico; beber agua de forma frecuente (en pequeñas cantidades y espaciadas) evitando ingerir bebidas muy frías o calientes. Además, en caso de irritación de garganta, es mejor sustituir los caramelos de menta por los de miel o cítricos (limón, naranja). Es importante aplicar las recomendaciones anteriores en todo momento, pero especialmente cuando notemos algunos síntomas relacionados con una sobrecarga de la voz. El carraspeo frecuente o la necesidad de aclarar la voz, las molestias en la garganta, la sensación de que la voz “no sale” o las alteraciones del timbre y tono, son los más comunes.



Cardiología

El cierre de la orejuela izquierda reduce el riesgo de ictus

El estudio PREVAIL muestra un éxito del 95,1% y menos del 5% de complicaciones con la implantación de un dispositivo oclisor

A. T. MADRID

La fibrilación auricular no valvular, una arritmia que afecta al 7-10% de las personas de más de 75 años, origina más del 20% de los ictus isquémicos. Para estos pacientes, los anticoagulantes orales son la principal herramienta para reducir el riesgo de accidente cerebrovascular. Pero, pese a ser fármacos muy seguros, “existe aproximadamente un tercio de enfermos que tienen hemorragias de repetición y, por tanto, están contraindicados los anticoagulantes”, apunta Rafael Ruiz Salmerón, director de la unidad de terapia endovascular del Hospital Virgen Macarena de Sevilla. En estos casos, los dispositivos oclusores de orejuela izquierda repre-

sentan una alternativa efectiva. Es un procedimiento percutáneo para sellar la orejuela izquierda, donde se forman la mayor parte de los trombos que dan lugar a las embolias. Se realiza mediante cateterismo (sin cirugía abierta) de aproximadamente una hora de duración y que sólo precisa un ingreso de dos días. “De momento estamos ofreciendo este tratamiento a pacientes que ya han tenido una hemorragia y no pueden anticoagularse”, explica Ruiz Salmerón. “Es posible que en unos pocos años se aplique también a pacientes con riesgo de sangrado elevado”, añade Ignacio García Bolao director de la unidad de arritmias de la Clínica Universidad de Navarra.

Este mes se han publicado los resultados del estudio PREVAIL, realizado en 407 pacientes tratados

mediante el dispositivo WATCHMAN o anticoagulante oral. Los resultados reafirmaron la seguridad mejorada del implante con independencia de la experiencia del operador, presentando una tasa total de éxito del 95,1% y menos del 5% de complicaciones, mejorando significativamente los resultados del estudio anterior PROTECT AF que previamente, señala García Bolao, “también mostró que su eficacia no es inferior a la warfarina en cuanto a prevención de accidentes cerebrovasculares”. Aunque todavía hace falta disponer de más estudios concluyentes, en un futuro estos dispositivos de cierre de la orejuela izquierda podrían llegar a sustituir al tratamiento anticoagulante en pacientes con fibrilación auricular no valvular.

Opinión



MARÍA JESÚS ALSAR
DIRECTORA MÉDICA DE SANOFI ESPAÑA

Innovación donde hay retos de salud

En las últimas décadas hemos sido testigos de avances médicos significativos que han impactado de forma notable en la mejora de la salud y calidad de vida de los ciudadanos. A ello ha contribuido el desarrollo de fármacos innovadores por parte de la industria farmacéutica en colaboración estrecha con los profesionales y las autoridades sanitarias, así como el abordaje de la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de las enfermedades. Gracias a todo ello se ha conseguido cronificar enfermedades consideradas mortales en el corto plazo como la enfermedad por VIH o algunos tipos de cáncer, disminuir las complicaciones y la mortalidad de enfermedades crónicas como la diabetes (cerca de 5 millones de personas con diabetes en España) o la prevención, gracias a las vacunas, de enfermedades hasta hace poco mortales.

Pero, lamentablemente, seguimos teniendo importantes retos de salud contra los que luchar. A la cabeza de éstos están las enfermedades cardiovasculares, de las que se va a debatir ampliamente en el próximo Congreso Europeo de Cardiología que se celebrará en Barcelona a finales de agosto. Suponen la primera causa de muerte en el mundo (cerca del 24%) y son también la primera causa de muerte en España.

Durante los últimos años hemos sido capaces de identificar muchos de los factores que inciden en el riesgo de desarrollar estas enfermedades. Entre ellos está, sin duda, el aumento del colesterol. Es importante entender que existen diferentes tipos de colesterol. El adecuado control y manejo del conocido como ‘colesterol malo’ (LDL-C) supone sin duda un importante reto sanitario. La aparición de este colesterol ‘malo’ puede deberse a nuestros malos hábitos de vida (obesidad, sedentarismo, dieta inadecuada) pero también puede deberse a causas hereditarias. La hipercolesterolemia familiar (HF) es una enfermedad hereditaria que aparece desde el nacimiento, y supone un aumento en las concentraciones de colesterol LDL-C, por lo que estos pacientes desarrollan complicaciones cardiovasculares y eventualmente pueden fallecer por ellas si no controlan adecuadamente los niveles de su LDL-C. En España, alrededor de 100.000 personas padecen HF y alrededor del 50% de estos pacientes desarrollan enfermedades cardiovasculares graves antes de los 55 años de edad.

Actualmente existen tratamientos para el manejo de la hipercolesterolemia, pero en algunos casos no se logra la eficacia necesaria, medida como reducción de los niveles de LDL-C. Por ello, se están desarrollando nuevas generaciones de fármacos innovadores que mejoren el control del LDL-C y, por tanto, disminuyan a la larga las complicaciones cardiovasculares y la mortalidad debida a ellas. Es clave que donde haya retos para el manejo de enfermedades, la industria, los profesionales sanitarios y las autoridades sigamos trabajando juntos en beneficio de los pacientes y sus familias.

Entrevista

ANA MATO, MINISTRA DE SANIDAD

“Todos los ciudadanos deben tener acceso a las mismas prestaciones”

A. SENDÍN / S. C. CARPALLÓ BARCELONA

Los actores sanitarios le reconocen capacidad de diálogo y proximidad. Licenciada en ciencias políticas y sociología por la Universidad Complutense de Madrid, llegó a un Ministerio que abanderaba los recortes. Pese a ello, ha buscado la complicidad de las CCAA y ha impulsado una necesaria reducción de la deuda con los proveedores sanitarios.

Pregunta. Algunas CCAA se han mostrado favorables a devolver las transferencias en Sanidad. ¿Sería la solución para estandarizar un sistema público que tiene peculiaridades que los teóricos benéficos muchas veces no comprenden?

Respuesta. El papel del Ministerio es el de favorecer la cohesión y liderar medidas que permitan mejorar la equidad, como la Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud que hemos puesto en marcha. Para que todos los españoles tengan acceso a las mismas prestaciones con independencia de su lugar de residencia, o como la Tarjeta Sanitaria Común para toda España. Es decir, tenemos que ser capaces, entre todos, de configurar un único Sistema Nacional de Salud con 17 servicios de salud autonómicos perfectamente coordinados.

P. La media de los países de la UE-17 dedica a Sanidad el 7,4% del PIB. España el 6,3%. A nivel interior no existe igualdad en gasto por habitante a pesar de que hay regiones que aportan mucho más de lo que reciben. El presupuesto en Sanidad cae, pero la demanda no. ¿Cuál es el futuro?

R. En 2011, último año disponible, las estadísticas de la OCDE indican que el gasto total en salud en España representó el 9,4% de su PIB, por encima del promedio del 9,3% en la OCDE. 2012 y 2013 han sido los años en los que se ha hecho un mayor esfuerzo por la sanidad, pagando todas las deudas pendientes.

De hecho, en 2012, último año del que se dispone de datos completos de gasto sanitario público, si se tiene en cuenta lo que realmente se ha invertido (los pagos efectuados), se pone en evidencia que es el año que mayor esfuerzo económico ha hecho España en Sanidad: 71.418 millones de euros.

P. ¿El sistema sanitario sigue al borde de la quiebra?

R. En los últimos dos años hemos conseguido mantener nuestro sistema sanitario, a pesar de que, efectivamente, estaba al borde de la quiebra, con 16.000 millones de euros de deuda al inicio de la legislatura. Una deuda que desde 2009 a 2011, se había incrementado en un 173%. La reforma sanitaria ha introducido medidas de eficiencia que han permitido mantener



La ministra de Sanidad, Ana Mato, el pasado martes en Barcelona. / SANTI MEDINA

“A partir del 1 de agosto será financiado por el sistema público un nuevo tratamiento contra la hepatitis C”

el sistema público, gratuito, universal y de la máxima calidad mejorando la gestión. En este período, además, ha mejorado la esperanza de vida, se ha reducido la mortalidad infantil y han mejorado los indicadores de funcionamiento hospitalario.

P. Algo que afecta a los pacientes de hepatitis C: desde enero en que la EMA aprobó el sofosbuvir se sigue negociando con el laboratorio (Gilead) el precio con el que debe entrar en el SNS. Mientras tanto se establecieron supuestos para el suministro, pero al poco tiempo se restringió la entrega ante la demanda creciente. ¿Cuándo estará el fármaco en el sistema?

R. Seguimos negociando con la compañía, pues queremos que todos los fármacos innovadores, y el medicamento, ya autorizado, esté financiado en España en el plazo más breve posible.

A partir del próximo 1 de agosto será financiado por el sistema público un nuevo tratamiento innovador contra la hepatitis C, ya que hemos logrado un acuerdo con los laboratorios.

Además, hemos asegurado el acceso a los pacientes que necesitan un determinado fármaco por la vía de “medicamento extranjero”. Las CCAA, a través de los hospitales, son quienes proponen a los pacientes que lo precisan. Al menos 150 pacientes han tenido acceso a este tratamiento por la vía que antes le indicaba. **P.** ¿El repunte de la varicela en los meses precedentes se debe al bloqueo de la vacuna que ha dejado a 130.000 niños sin ella en el último año?

R. La vacunación es, sin duda alguna, la mejor inversión en salud pública. La de la varicela se incorporó a las recomendaciones de vacunación en adolescentes y

preadolescentes que no hubieran pasado la enfermedad, así como a grupos de riesgo, en 2005. En 2013, con el calendario común, se mantuvo a los 12 años, lo que significa que para todos los niños de esta edad está garantizada y es gratuita. Se trata de un criterio científico, pues se ha demostrado que la varicela en la primera infancia es una enfermedad normalmente benigna y es a partir de la adolescencia o la edad adulta cuando pueden darse complicaciones.

La Comisión de Salud Pública ha decidido en las últimas semanas que la vacuna se encuentre en la clasificación de uso hospitalario. Con lo cual, también está garantizado que todas aquellas personas, niños y niñas, a las que el médico les prescriba la vacuna de la varicela por algún riesgo concreto tienen y tendrán acceso a ella de forma gratuita en el hospital o centro de salud.

En cuanto a la cifra de casos, si se observan los datos del Instituto de Salud Carlos III, no se ha producido un repunte significativo.

P. ¿Titularizar la deuda con proveedores sanitarios y, quizás, con farmacias sería una solución? Está claro que con estas deudas millonarias no se puede seguir.

R. La solución pasa por ser más eficientes en el gasto. La sanidad debe ser cuestión prioritaria en los presupuestos de las CCAA. Por ello debe aplicar el principio de racionalidad y atender los pagos comprometidos. De hecho, hemos financiado con 41.814,6 millones de euros a CCAA y EELL para pagar más de ocho millones de facturas de casi 200.000 proveedores, de los que el 63% de los fondos (26.172,39 millones de euros), han ido destinados a proveedores sanitarios (laboratorios, empresas de tecnología, farmacias...).

Esto ha contribuido a revertir la situación: los datos de deuda y tiempo de pago en este momento son los mejores desde 2003. En el caso de las farmacias, se ha destinado una ampliación de los créditos del FLA 2014 dotados de 3.000 millones de euros.

P. Listas de espera, ¿el Ministerio es pasivo ante aquellas CCAA que las incumplen claramente?

R. En primer lugar, hay que recordar que, cuando hablamos de listas de espera, nos estamos refiriendo a intervenciones programadas que no son urgentes. Las operaciones urgentes, en nuestro país, no tienen lista de espera.

En cualquier caso, todas las Comunidades Autónomas están haciendo esfuerzos y poniendo en marcha medidas para mejorar la situación de la lista de espera quirúrgica. La prueba es que, en el último informe presentado, la lista de espera quirúrgica ha roto la tendencia iniciada en 2008 y baja por primera vez desde ese año.



Cuando se elige un Medicamento de Marca se obtiene mucho más. Aunque cueste lo mismo.

Cuando eliges un medicamento de marca, no sólo estás eligiendo un medicamento que se adecúa perfectamente a lo que necesitas, sino que estás obteniendo mucho más. Porque eligiendo la marca apoyas la investigación de nuevos fármacos, el desarrollo científico y la adherencia terapéutica. Y además, cuesta lo mismo. Elige marca.

farmaindustria

Hematología

INR controlado también en vacaciones

C. Q. MADRID

Viajar no supone ningún inconveniente para los pacientes anticoagulados. Los dispositivos de autocontrol portátiles han facilitado mucho esta posibilidad. Sin embargo, existen una serie de recomendaciones que deben considerarse antes de coger las maletas. Lo primero que deben comprobar los pacientes anticoagulados es que lleven suficiente medicación. España es prácticamente el único país que utiliza el sintrom (Acenocumarol), el resto de países suele utilizar la warfarina. "Si van a un país y se les termina la medicación, les tendrían que pasar a warfarina y conlleva unas gestiones que pueden ser complicadas y engorrosas", recuerda Manuel Escobar, enfermero educador de la unidad de hemostasia y trombosis del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Por otro lado, los profesionales recomiendan evitar los países tropicales. La diarrea del viajero suele ser una afectación muy común (como se explica en el artículo de al lado) y supone uno de los factores que más puede perjudicar a un paciente anticoagulado. Con el coagulómetro los pacientes pueden realizarse la medición de su nivel de anticoagulación y ajustarse la medicación según sus necesidades. El resultado expresado como INR determinará el tiempo que tarda la sangre en coagular. Este análisis suele realizarse semanalmente para que el paciente esté totalmente controlado, evitando así los dos grandes riesgos de la anticoagulación: las hemorragias y los accidentes trombóticos. El riesgo de trastornos trombohemorrágicos graves en pacientes en autocontrol es del 1-2%, si tienen seguimiento por especialistas del 5% y si se controlan en los ambulatorios del 12-15%.



Coagulómetro portátil para medir el INR.

Aquellos que opten por coagulómetros portátiles, antes de partir deben asegurarse de la correcta configuración del dispositivo, informarse bien sobre las especificaciones técnicas y mirar la fecha de caducidad de las tiras. También hay que tener en cuenta que los coagulómetros portátiles funcionan a una determinada altitud. Los nuevos dispositivos suelen llegar hasta los 4.200-4.500 metros. "Estos pacientes —asegura Escobar— pueden realizar muchas actividades sin problemas, pero si tienen pensado hacer un viaje de trekking, por ejemplo, es conveniente que comprueben esta característica para que no les falle en mitad de la excursión". Otro aspecto muy importante a considerar es la humedad, ya que en lugares con un alto grado de humedad las tiras podrían estropearse. Además, debido a las estrictas medidas de seguridad, sobre todo en aeropuertos, otra recomendación es llevar siempre consigo un certificado sellado en inglés donde se explique la necesidad de llevar siempre encima el coagulómetro. "Es un dispositivo electrónico que además lleva agujas, y ha habido pacientes que han tenido problemas a la hora de viajar con él", alerta Escobar. Ante posibles complicaciones, estos pacientes siempre deben incluir en su botiquín de viaje, además del sintrom, tres medicamentos imprescindibles: un coagulante tópico en caso de posibles lesiones con sangrado, ampollas de vitamina K y una jeringuilla de heparina recargada a dosis profilácticas.

Jurisprudencia

El TEDH obliga a aceptar la inscripción de los niños de vientre de alquiler

NARCÍS PALAHÍ GARRIDO
ABOGADO
@palahi_repulles

Si bien la postura inicial de nuestro Tribunal Supremo era negativa respecto a la inscripción en el Registro Civil de niños nacidos a través de "madres de alquiler" por no estar esa figura contractual contemplada en España, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) en fallo del pasado 26 de junio ha resuelto lo contrario, y ello en base al artículo 8 de la Convención Europea de Derechos Humanos que proclama el respeto a la vida privada y familia. El fallo del TEDH recuerda que el derecho a la propia identidad forma parte integral de la noción de vida privada, y que evidentemente existe una relación directa entre la vida privada de los niños nacidos de una gestación por sustitución y la determinación jurídica de su filiación. Así, para el TEDH, la negativa de un estado a inscribir esos nacimientos y a reconocer esas filiaciones, supone una vulneración del derecho al respeto a la vida privada y familiar, preconizada en el artículo 8 antes mencionado. El TEDH no centra su argumentación en los derechos de los padres, sino en ese respeto a la vida privada de los niños nacidos a

través de ese sistema, y señala que esos niños se encuentran en una situación de incertidumbre jurídica: Por un lado, en un estado extranjero se reconocen como hijos de sus padres de intención, pero por otro, el estado de origen de los padres les niega esa consideración. Esa situación afecta directamente a los niños y a su derecho a la vida privada reflejado aquí como el derecho a poder establecer la sustancia de su identidad y su filiación, remarcando el TEDH que el interés superior de los niños debe guiar cualquier decisión que les afecte. El margen que tienen los estados firmantes de la Convención para interpretar el fallo, al afectar éste a la filiación, es muy reducido. En ese sentido, si bien la sentencia del TEDH era en relación a un caso de Francia, la aplicación del fallo resulta de aplicación en España, y por ello el Ministerio de Justicia ha anunciado su compromiso para la elaboración de una Instrucción que ordenará a los consulados la inscripción de los nacidos mediante los contratos de gestación subrogada, adaptando así la legislación española a la resolución. Se calcula que anualmente unas 800 familias españolas recurren a la gestación subrogada, proceso admitido en algunos países como Estados Unidos, Rusia, Ucrania y México, siendo actualmente Ucrania el país donde acuden más españoles para su realización.

Medicina general

(Paracetamol o Ibuprofeno) **Termómetro**
Analgesicos
Antialérgicos Antiácidos, antidiarréicos y fórmulas de hidratación oral
Repelente de insectos
Medicamentos contra el mareo
Antisépticos (Desinfección pequeñas heridas)
Material de cura (Agujas estériles, algodón, esparadrapo, gasas, jeringas, pinzas, tijeras, apósitos y vendas)



Unas vacaciones seguras

J. S. LL. BARCELONA

La diarrea en los viajes es una de las molestias que más frecuentemente afecta a los viajeros. Pasar en pocas horas del cotidiano estrés al relax vacacional provoca unos cambios hormonales y del sistema nervioso que acarrea en algunas personas enfermedades durante el periodo vacacional. La solución: promover un cambio de hábitos progresivo, cuidar la dieta en esa época y reservar tiempo para el disfrute personal.

En muchas ocasiones las vacaciones se convierten en trabajo. Nos autoimponemos determinadas rutinas de ocio que al final condicionan nuestra conducta, lo que nos arrastra a una situación de estrés que es, precisamente, la que queríamos olvidar. Sin embargo, planificar unas buenas vacaciones merece su tiempo si queremos evitar una serie de contratiempos, especialmente si nos dirigimos a destinos exóticos. De entrada más de la mitad de los turistas españoles no se vacunan correctamente antes de emprender un viaje a zonas de riesgo, como son los países tropicales de África, Asia y Sudamérica.

Según Luis Asmarats, internista, "los viajeros deben consultar con el médico los riesgos del destino elegido y acudir a un centro de vacunación internacional al menos un mes antes de emprender el viaje pues algunas vacunas precisan ese tiempo para su efectividad total". Todos estos preparativos se verán incrementados necesariamente si, además, se viaja con niños, que merecen una especial atención. Pequeñas

contusiones, luxaciones, picaduras de insectos en algunos casos más agresivas de lo que estamos habituados, diarreas, etc., son algunos de los inconvenientes que nos pueden agriar el viaje. Por ejemplo, padecen diarrea un tercio de las personas que viajan en vacaciones o una vez han regresado. La causa más frecuente son las infecciones bacterianas. Hay una bacteria que es la responsable de la mayoría de los problemas, incluso en países con buenas condiciones sanitarias: Escherichia coli. Esta vive en el intestino grueso de cada uno de nosotros sin darnos problemas. Lo que sucede es que en cada región del mundo hay una variedad diferente, pero si un viajero tiene contacto con aquella bacteria, para la cual su organismo no ha desarrollado anticuerpos, sufrirá una diarrea. Esta también puede ser provocada por virus y parásitos. Fundamentalmente se transmite por una mala higiene que puede contaminar los alimentos al manipularlos. Los primeros síntomas acostumbran a aparecer entre las 12 y las 72 horas posteriores a la infección. El primero es un malestar abdominal, que va seguido de rampas dolorosas y de diarrea. Tampoco es extraño padecer náuseas y vómitos y, en algunos casos, fiebre. Suele durar unos tres o cuatro días, si bien puede alcanzar hasta 20 en casos extremos. Por ello es muy importante evitar la infección por agua, por lo que no hay que olvidar la necesidad de beberla embotellada.

Adoptar toda una serie de consejos prácticos y llevar un botiquín de viaje con aquello imprescindible puede evitar sustos imprevistos.

Cupón regalo:

Guía práctica "Salud y belleza durante el verano"

Acude a tu Farmacia Alphega más cercana y consigue tu guía presentando este cupón.

Válido del 11 de julio al 30 de agosto.
Limitado a una guía por persona, hasta fin de existencias.

Encuentra tu Farmacia Alphega en:
www.alphega-farmacia.es



tu salud es nuestra prioridad

