**HEMATOLOGÍA**

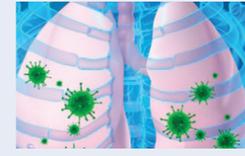
La pomalidomida en mieloma múltiple logra pasar de una supervivencia global de 8,1 a 13,1 meses

PÁG. 3

**ENTREVISTA**

Charles Swanton, investigador oncológico. "Actualmente el cambio de panorama en el cáncer es enorme"

PÁG. 5

**PEDIATRÍA**

Virus respiratorio sincitial, casi el 80% de bronquiolitis

PÁG. 7

La diabetes se incrementará un 55% en tres décadas

Del 14% de la población adulta con esta patología en España, el 6% ni siquiera tiene conocimiento que padece la enfermedad

A. SENDÍN. BARCELONA

El pasado día 14 se celebró el Día Mundial de la Diabetes, una enfermedad que en España afecta a casi 5 millones y medio de personas, 382 millones en todo el mundo según la International Diabetes Federation. Lo preocupante es que esta cifra va en aumento año tras año y, además, cada vez se diagnostica a edades más tempranas. Se estima que, si la tendencia sigue como hasta ahora, en 2035 estaremos hablando de unos 592 millones de diabéticos en el mundo, un incremento de un 55%. En Europa el aumento se calcula que podría ser del 22%. Otro dato alarmante que se puso de relieve en este Día Mundial, es el desconocimiento diagnóstico por parte de muchos afectados. En España el 14% de la población adulta tiene diabetes, el 8% está diagnosticada, pero el otro 6% ni siquiera conoce que tiene la enfermedad, según un estudio llevado a cabo por el CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas publicado en 2012. Otro estudio, realizado por investigadores de la escuela de Salud Pública Bloomberg, en la Universidad Johns Hopkins (Baltimore, EEUU), publicado en la revista *Annals of Internal Medicine*, analizó el aumento de esta alteración en el metabolismo de la glucosa en las últimas décadas. En él se observó que la prediabetes pasó de un 12% a un 30%. "Es en estas fases iniciales en las que sabemos que tiene mucha trascendencia el diagnóstico precoz y el control para la progresión futura de la patología", señala el especialista de endocrinología y nutrición y profesor titular de la Universidad de Oviedo, Elías Delgado.



Existen diferentes Apps móviles que ayudan al paciente diabético a controlar su enfermedad.

Para el manejo de la diabetes, tan importante es controlar el azúcar y la hemoglobina glucosilada como la tensión arterial, el colesterol o la antiagregación, entre otros. "Sólo el 12,9% de los pacientes tienen controlados todos los factores de riesgo cardiovascular", recalca Delgado. A pesar de ello, las complicaciones se han reducido no sólo en el pequeño vaso, la microangiopatía, sino también las enfermedades macrovasculares. "Pero estas últimas no han bajado tanto en la población diabética como en la general, por lo que todavía podemos mejorar mucho más. Este es el gran reto que tenemos sobre la mesa", añade este especialista.

En los últimos años han ido apareciendo gran cantidad de familias terapéuticas con dos ventajas fundamentales. La primera es que no producen hipoglucemias, el gran riesgo de los diabéticos, y la segunda es que se dispone de fármacos que consiguen reducir el peso. "En la actualidad tenemos hasta cinco o seis alternativas para asociar a la metformina, el primer escalón terapéutico", declara Elías Delgado. Cada una de ellas se valora en función de las necesidades concretas de cada paciente. "Uno de los grandes avances ha sido poder disponer, desde hace unos meses, de dispositivos subcutáneos que miden los niveles de glucosa sin necesidad de pincharse", subraya Delgado. La lectura de los niveles de glucosa se realiza a través de un sensor dotado de un filamento que se implanta bajo la piel, habitualmente en la parte posterior y superior del brazo, donde permanece un máximo de 14 días.

La diabetes, como la mayoría de enfermedades crónicas, consume buena parte de los recursos de la sanidad pública por el elevado coste que supone esta patología, concretamente entre un 5 y 8% de los presupuestos de Sanidad. Las complicaciones y los ingresos hospitalarios representan la mayor carga añadida. El papel del enfermo es especialmente decisivo. Se estima que en diabéticos tipo 1 el 90% de las acciones del tratamiento las realiza el propio paciente. De hecho, es la única enfermedad que ha demostrado que casi la mitad de las complicaciones crónicas son evitables con un buen control. La telemonitorización domiciliar permite

Sólo el 12,9% de los pacientes tienen controlados todos los factores de riesgo cardiovascular

reducir los ingresos hospitalarios y el uso de los servicios de urgencia, en beneficio de los centros de asistencia primaria. De este modo, explica Delgado, "el especialista puede tener información actualizada del paciente desde su centro de trabajo y el diabético recibe consejos por parte de profesionales médicos sin tener que desplazarse". Estas plataformas, además, consiguen una mayor implicación del paciente en su enfermedad, aspecto clave para un mejor control diabético.

Unidades de pie diabético: la salvación de la extremidad

JESÚS ALFAYATE GARCÍA
Especialista en angiología y cirugía vascular

La diabetes mellitus (DM) está considerada una de las plagas del siglo XXI. Se calcula que hasta un 20% de los pacientes diabéticos precisará hospitalización a lo largo de su vida por la aparición de una ulceración en el pie que, si se complica por falta de riego e infección, les conducirá hacia la pérdida de la extremidad en no pocas ocasiones. Por este motivo el tratamiento del pie diabético necesita un abordaje multidisciplinar, basado en la aplicación de distintas técnicas médico-quirúrgicas. En los últimos años se están creando en España unidades multidisciplinarias de tratamiento basadas en el modelo conocido como Toe-Flow, consistente



Ulceración en el pie.

en la asociación entre el podólogo especializado y el cirujano vascular como núcleo indispensable de la misma. Este modelo ha demostrado ser capaz de disminuir la tasa de amputación de estos pacientes en más del 50%. Actualmente esta forma de trabajo se está empezando a implantar en nuestros servicios de angiología y cirugía vascular con gran éxito, pero se calcula que solo el 25% de la población española tendría acceso a una unidad de pie diabético en caso de necesidad. Un problema importante a la hora de crear estos equipos es que la figura del podólogo no está entre los profesionales sanitarios incluidos en el sistema público de salud.

Diversos estudios internacionales han demostrado que la creación de estas unidades es coste-efectiva, dado que el paciente cicatrizado es mucho menos gravoso para el sistema que aquel que pierde su extremidad, sin hablar de la terrible carga personal, familiar y social que esto supone. Es preciso mejorar, por lo tanto, la atención al pie diabético en España, concienciando a pacientes, médicos y Administración sobre la verdadera magnitud del problema. Por ello, la creación de una red nacional de equipos especializados en pie diabético, debería ser nuestra mayor prioridad en la lucha para prevenir las amputaciones.

TU SEGURO DE SALUD COMPLETO Y SIN COPAGOS

FIATC SEGUROS

902 110 120
www.fiatc.es



Diabetes

El tratamiento de la retinopatía consigue evitar la ceguera

A.S. BARCELONA

Se calcula que un 60% de los pacientes con diabetes tienen cierto grado de lesión en los vasos de la retina a los 15 años, cifra que alcanza el 90% a los 20 años del diagnóstico de la enfermedad. Esta complicación representa una de las principales causas de ceguera. Los tratamientos actuales, asegura Javier Elizalde, cirujano de vítreo retina del Centro de Oftalmología Barraquer, "si se acompañan de un buen control posterior, consiguen detener la progresión de la enfermedad y evitar así la pérdida de visión, que en el peor de los casos puede ser total". Sin embargo, no son tratamientos curativos, el paciente con diabetes siempre requerirá controles periódicos para evitar que la retinopatía avance y afecte la visión. La fotocoagulación con láser se aplica selectivamente sobre los vasos anómalos de la retina que pierden líquido para reducir el edema o bien sobre las áreas isquémicas que no tienen riego sanguíneo para evitar la progresión de la enfermedad hacia formas más graves. Estas áreas isquémicas estimulan el crecimiento de neovasos con facilidad para sangrar. "Al destruir estas áreas con láser se evita la formación de estos capilares anómalos", explica Elizalde. Es frecuente tener que



Equipo médico realizando una cirugía de retinopatía.

realizar varias sesiones porque "tratamos las lesiones visibles que están produciendo pérdida de visión, pero si la enfermedad sigue progresando pueden aparecer nuevas lesiones", añade. Otra alternativa son las inyecciones intraoculares de fármacos antivasoproliferativos. Son capaces de estabilizar la permeabilidad de los vasos anómalos. Se puede utilizar como tratamiento único o asociado al láser o cirugía. Si un paciente tiene líquido acumulado en la mácula que procede de un capilar muy próximo a ésta, por ejemplo, el láser está contraindicado. En estos casos se puede optar por los fármacos antivasoproliferativos.

La cirugía se propone en casos más avanzados con hemorragia intraocular o desprendimiento de retina en

proliferativa. La indicación más frecuente es para la vitrectomía tras una hemorragia intraocular que enturbia el vítreo y ocasiona la pérdida de visión en el paciente. Si no se trata a tiempo los neovasos pueden producir un efecto de contracción sobre la retina y desprenderla. "En estos casos ya se habla de desprendimiento de retina traccional y se puede solucionar con cirugía", asegura Elizalde. Tras la cirugía, la mayoría de casos se complementan con tratamiento láser o inyecciones intraoculares.

Para más información:

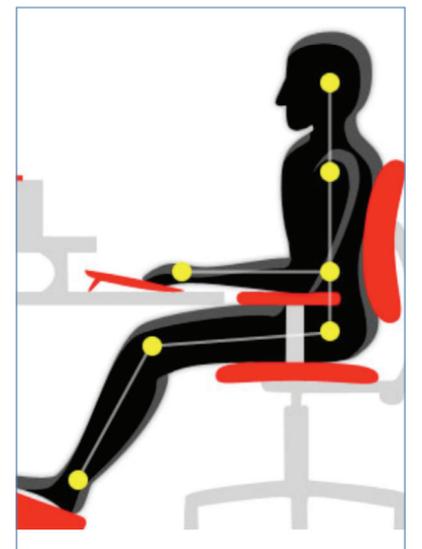


Laboral

¡Toma asiento!

YOLANDA GALLEGO FERNÁNDEZ
Departamento I+D+i
en prevención de MC MUTUAL

La postura sentada forma parte de nuestra vida. En el entorno laboral es la posición habitual en los puestos de oficina, pero también se permanece muchas horas sentado en la conducción de vehículos, algunos puestos en cadena, etc. La postura sedente comporta una serie de ventajas que facilitan la realización de determinadas actividades laborales, reduciendo el esfuerzo físico asociado. Al proporcionar un soporte estable para el cuerpo, facilita la ejecución de tareas de precisión y ayuda a descargar parte del peso corporal de piernas y espalda. Por el contrario, permanecer sentado limita nuestra zona de alcance operativa y reduce la capacidad de aplicar fuerza manual, dado que los músculos de piernas y espalda no participan de forma tan activa como al estar de pie. Además, si



Es importante regular la altura de la silla.

Más de la mitad de los diabéticos tipo 1 no calculan bien las dosis diarias de insulina

A. TORELLÓ MADRID

Para las personas con diabetes tipo 1 (DM1), y algunos casos de la 2, administrar correctamente las dosis diarias de insulina es imprescindible para el buen control de la enfermedad. En el tratamiento con múltiples dosis de insulina, o terapia basal-bolus, esta dosis depende de muchos factores y requiere un cálculo en ocasiones complejo. La alimentación, la actividad física o el nivel de glucemia influyen en la cantidad de insulina que el paciente debe administrarse en cada momento. "El cálculo se debe realizar como mínimo tres veces al día, con las tres comidas principales, aunque en algunos casos se hará hasta en cinco ocasiones", señala María José Picón César, médico adjunto del servicio de endocrinología y nutrición del Hospital Universitario Virgen de la Victoria, en Málaga. Diversos estudios publicados muestran que entre un 43% y un 64% de las personas con diabetes tipo 1 no calculan correctamente las dosis diarias de insulina rápida que se administran para cubrir sus ingestas diarias o para corregir las hiperglucemias. Los niveles de glucosa tras las comidas dependen de una adecuada dosis de insulina previa a la ingesta. Administrar la dosis de insulina justa, que regule el nivel de glucosa tras una comida, es fundamental ya que un mal control glucémico está relacionado con



Las calculadoras de bolus, además de medir la glucemia capilar, automáticamente calculan el bolo.

incrementos significativos en hospitalizaciones debido a episodios de cetosis e hipoglucemias graves. "Para poder calcular correctamente la dosis el equipo de atención diabetológica le da a los pacientes unos parámetros matemáticos para que puedan ser autónomos en el control de su enfermedad", añade. Sin embargo, en ocasiones estos cálculos pueden resultar complejos e incómodos. Las calculadoras de bolus son dispositivos que, además de medir la glucemia capilar del paciente, automáticamente calculan el bolo. "No hacen todo el trabajo, el paciente tiene que seguir siendo responsable del control de la diabetes, pero les facilita mucho el manejo de la enfermedad", aclara Picón César. En el dispositivo se programan una serie de parámetros necesarios en función de

cada paciente. De esta manera, antes de cada ingesta y en función de los carbohidratos que vaya a comer, el ejercicio que vaya a realizar y de los parámetros programados, el dispositivo calcula el bolo de insulina que requiere el paciente. "También se pueden introducir factores puntuales como que la persona esté enferma, se disponga a hacer ejercicio físico o, en el caso de las mujeres, su situación menstrual, entre otros, y el dispositivo los tiene en cuenta a la hora de aconsejar la dosis", explica esta especialista. Los estudios realizados en adultos y en la edad pediátrica con el calculador Accu-Chek confirman que la dosis estimada por el calculador comparado con los métodos estándar es más eficiente para conseguir los objetivos glucémicos posprandiales.

se mantiene de forma prolongada puede conllevar una carga estática para la musculatura. Por ello, es conveniente seguir algunos consejos para mejorar la manera de sentarnos y potenciar unos hábitos posturales saludables.

- Siéntate con la espalda bien apoyada en el respaldo, y no en el borde del asiento.
- Aproxímate con la silla a la mesa de trabajo.
- Asegúrate de que hay suficiente espacio libre para colocar y estirar las piernas.
- Regula la altura de la silla hasta que los codos queden aproximadamente al mismo nivel de la mesa de trabajo.
- Si tras ajustar la altura de la silla no llegas con los pies al suelo, utiliza un reposapiés. Las rodillas y caderas deben formar un ángulo de unos 90°.
- Regula el respaldo de la silla de forma que se acomode a las curvaturas de la columna y sujete el arco lumbar.
- Si es posible opta por sillas giratorias y con ruedas, de esta forma podrás girar o desplazarte moviendo la silla en lugar de forzar tu cuerpo.
- Apoya los antebrazos sobre la mesa.

Ninguna postura mantenida de forma estática es buena para nuestra salud, ni siquiera estando sentado, por lo que deberíamos promover la sedestación dinámica. Levántate cada cierto tiempo de la silla (haz estiramientos o camina) y ¡muévete mientras estás sentado! Así que: ¡Toma asiento y siéntete bien!

Hematología

La pomalidomida en mieloma múltiple logra pasar de una supervivencia global de 8,1 a 13,1 meses

M.A. MADRID

Hasta hace poco, los pacientes con mieloma múltiple refractario tenían pocas alternativas terapéuticas. Recientemente, el Ministerio de Sanidad ha incluido en el Sistema Nacional de Salud (SNS) la pomalidomida, una nueva terapia oral comercializada por Celgene bajo el nombre de 'Imnovid', en combinación con dexametasona para el tratamiento del mieloma múltiple resistente y refractario. La indicación es para pacientes que hayan recibido al menos dos tratamientos previos, que deben incluir bortezomib y lenalidomida y que, a la vez, hayan experimentado progresión de la enfermedad con el último tratamiento recibido. Son enfermos que tienen muy pocas opciones más de tratamiento.

La pomalidomida es la tercera generación de fármacos inmunomoduladores. Éstos actúan por un doble mecanismo. Por un lado, por una acción directa sobre la célula tumoral, destruyéndola, y, por otro, activando el sistema inmunológico, los linfocitos T citotóxicos y las células natural killer, que actúan a su vez controlando y destruyendo las células tumorales.

La aprobación del fármaco se ha basado en los resultados de un ensayo clínico internacional fase III dirigido por el director de medicina clínica y traslacional de la Universidad de Navarra, Jesús San Miguel. El estudio, cuyos resultados se presentaron en agosto de 2012, incluyó a 455 pacientes de 93 centros de Europa,

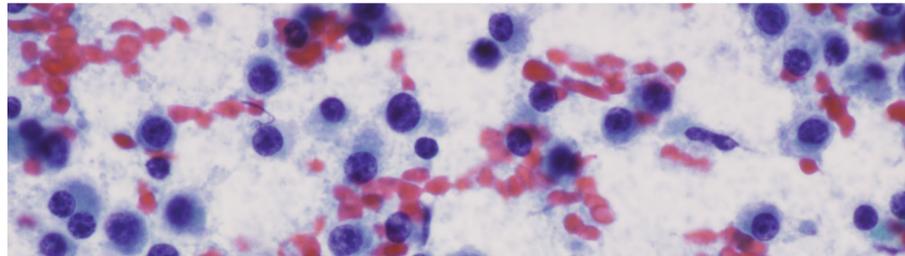


Imagen celular del mieloma múltiple.

Rusia, Canadá, Australia y EEUU. En él se comparaba el tratamiento de pomalidomida con bajas dosis de dexametasona frente a lo que entonces se consideraba el estándar de tratamiento para pacientes que no tenían otras opciones (altas dosis de dexametasona). Como peculiaridad de este ensayo, explica San Miguel, "los enfermos que no respondían a las altas dosis de dexametasona tenían la oportunidad de ser rescatados con pomalidomida". La combinación de pomalidomida con bajas dosis de dexametasona demostró una tasa de respuestas significativamente más alta y una prolongación en la supervivencia libre de progresión. Ésta pasa de 1,9 meses en el grupo control a cuatro meses con pomalidomida. En pacientes con respuesta parcial, la supervivencia libre de progresión fue de 8,4 meses. "Este dato se traduce en una ventaja significativa en la supervivencia global, que pasa de 8,1 a 13,1 meses, una diferencia de cinco meses, que aumenta a 7,6 meses si se excluyen los pacientes

de la rama control que cuando progresaron fueron rescatados con pomalidomida. Más aún, si nos centramos en los enfermos que logran respuesta parcial con pomalidomida-dexametasona, la supervivencia global llega a 20 meses", señala San Miguel. Estos datos se han mantenido tras más de un año y medio de seguimiento.

El mieloma múltiple, un tumor originado por la transformación neoplásica de las células productoras de inmunoglobulinas -las células plasmáticas de la médula ósea-, se caracteriza por la producción de lesiones óseas, anemia, aumento en los niveles de calcio e insuficiencia renal. Hasta principios de la década actual la única opción terapéutica disponible se basaba en la quimioterapia convencional, cuyos resultados no habían experimentado avances desde hacía casi 40 años. Los avances de los últimos años han logrado un aumento en los índices y calidad de las respuestas asociadas a una mejoría en el pronóstico.

Reumatología

Técnicas actuales para medir la osteoporosis

ÁNGEL ALBERICH BAYARRI

Grupo de Invest. Biomédica de Imagen (GIBI230) Inst. Invest. Sanitaria La Fe

La osteoporosis se considera como la epidemia silenciosa del siglo XXI, con una alta tasa de complicaciones, gastos y secuelas. Esta enfermedad tiene una mayor presencia en mujeres postmenopáusicas al estar claramente relacionada con factores hormonales. El primer síntoma de su presencia suele ser una fractura ósea, que principalmente ocurre en la muñeca, la cadera o las vértebras. En la actualidad, la técnica más extendida para diagnosticar y valorar la osteoporosis es la densitometría ósea, técnicamente conocida como "densitometría por absorción de rayos X de energía dual" (DEXA).

Cabe plantearse si es suficiente medir la cantidad de hueso en un sujeto para predecir su riesgo de fractura o si existen otros métodos o factores que puedan ayudar a ser más sensibles y precisos en el diagnóstico de la osteoporosis, valorando aspectos como la arquitectura interna de nuestros huesos. Para ello es necesario conocer los detalles de este tejido óseo.

El hueso de nuestro cuerpo se encuentra estructurado básicamente en dos componentes principales: el hueso cortical y

el hueso esponjoso o trabecular, que se encuentra en su interior. En este hueso esponjoso trabecular existe un continuo proceso de cambio o remodelación, que cuando se convierte en excesivo, es decir, se destruye más hueso del que se regenera, aparece un deterioro de la calidad de esta estructura o andamiaje óseo que conduce a su debilidad y a la aparición de fracturas por osteoporosis.

Al igual que en la construcción arquitectónica, no debemos basarnos únicamente en la cantidad de material utilizado para evaluar la probabilidad de derrumbe de un edificio, sino que deben valorarse todos los elementos estructurales y tensionales, en medicina existen técnicas de imagen que nos están permitiendo en la actualidad conocer la disposición u organización estructural de las trabéculas óseas, consideradas como los pequeños elementos microestructurales que componen el andamiaje del hueso esponjoso.

Todas estas técnicas de diagnóstico se basan en imágenes médicas obtenidas con diversos dispositivos. Los diferentes equipamientos disponibles, tales como como la RM, la tomografía computarizada multidetector (TCMD) y la tomografía periférica cuantitativa de alta resolución (TPC-AR), están permitiendo obtener imágenes digitales del cuerpo humano sin dañar al paciente.

Estas imágenes pueden actualmente procesarse mediante ordenadores y técnicas de ingeniería para reconstruir virtualmente el hueso del paciente en 3D y valorar su organización estructural. En el ordenador esta reconstrucción virtual del hueso se analiza mediante la extracción de propiedades morfológicas, valorándose por ejemplo el tamaño de los poros; la extracción de propiedades de irregularidad geométrica, analizándose la irregularidad de los contornos óseos; o la extracción de propiedades mecánicas, para lo que se somete al hueso a una simulación de cargas mecánicas similares a las que sufre en el día a día y así valorar su resistencia frente a la compresión y su predisposición a la fractura frente a un esfuerzo determinado.

El grupo de investigación GIBI230 ha desarrollado una nueva forma de analizar la estructura del hueso y su metodología se está explotando internacionalmente a través de la *start-up* QUIBIM. En particular, las imágenes de rayos X, TC o RM se pueden enviar a través de internet mediante procedimientos seguros y los investigadores realizan un análisis de la estructura trabecular del paciente, ya sea en 2D, si la técnica de exploración son los rayos X, o en 3D si se dispone de estudios de TC o RM de calidad. Este análisis comprende la extracción de información sobre el espesor de las trabéculas así como el tamaño de las cavidades con ausencia de hueso además de proporcionar medidas sobre la irregularidad de la microarquitectura y sobre la resistencia mecánica de la misma, tras someter al hueso a un esfuerzo de compresión mecánica.

Ventana del paciente "Foro Albert Jovell"

EUPATI, la Academia de los Pacientes

REDACCIÓN. MADRID

La Academia Europea de Pacientes (EUPATI en sus siglas en inglés) ya es una realidad en España. El pasado 4 de noviembre esta iniciativa de ámbito europeo se puso de largo en nuestro país con la celebración de una jornada de trabajo en la que las entidades impulsoras del proyecto detallaron ante medio centenar de asistentes su origen, su funcionamiento y sus objetivos: convertirse en un foro de información y formación para pacientes sobre la innovación y el desarrollo de medicamentos.

Los principales objetivos de esta iniciativa son elaborar y divulgar información de vanguardia de alta calidad, científica, objetiva y completa sobre la innovación terapéutica. En este ámbito, parte del trabajo de EUPATI es desarrollar y difundir material educativo en diferentes idiomas (entre ellos el español), ofrecer cursos de formación y crear una biblioteca pública en internet sobre esta materia.



En 2012, un consorcio formado por representantes de organizaciones de pacientes, industria farmacéutica e instituciones académicas puso en marcha la Academia Europea de Pacientes sobre Innovación Terapéutica (EUPATI). La Academia es una iniciativa, liderada por el Foro Europeo de Pacientes, en la que participan 30 organizaciones de 12 países europeos. El proyecto persigue aumentar la capacidad del paciente informado para ser consejero y asesor de las autoridades regulatorias en los ensayos clínicos o en comités de ética y en la elaboración de informes de posicionamiento terapéutico, por ejemplo.

EUPATI constituyó en cada país miembro un grupo de trabajo pequeño para gestionar la implantación de la academia a nivel local y la creación a medio plazo de una Plataforma Nacional en cada estado. En España, dicho grupo de trabajo, llamado en inglés NLT (National Liasion Team), ha estado integrado en estos dos años por FEDE, Gepac, Universidad Complutense y Farmaindustria.

Tras la presentación de la academia, y antes de final de año, se celebrará una nueva reunión con las entidades más interesadas en participar en la plataforma nacional de EUPATI en España para definir el modelo de gestión de la misma, establecer sus prioridades y objetivos y decidir qué actividades desarrollar en 2015. Cualquier entidad interesada en la iniciativa puede ponerse en contacto con la Plataforma Nacional de Eupati en España a través del mail es-nltteam@eupati.eu o vía twitter en @EUPATI_Esp.

Genética

Detección de anomalías cromosómicas en embarazos

J. S.L.L. MADRID

Los resultados de las pruebas de ADN no proporcionan información definitiva sobre los riesgos genéticos. Una prueba de ADN libre no sustituye la exactitud y la precisión del diagnóstico prenatal de un muestreo de vellosidades coriónicas o de una amniocentesis. Una paciente con un resultado positivo, un hallazgo adicional o un resultado con un alto nivel de riesgo, deberá derivarse a asesoramiento genético para ofrecerle la opción de una prueba diagnóstica prenatal invasiva para la confirmación de los resultados de la prueba. Recientemente han aparecido en el mercado dos pruebas no invasivas de detección de anomalías cromosómicas en embarazos: VisibiliT y Maternity T21 Plus, comercializados en España por BioCord y Cerba. La primera está indicada para aquellas pacientes con riesgo bajo de sufrir estas anomalías y que desean obtener información sobre las trisomías fetales más comunes (T18, T21) y el sexo del bebé por medio de una simple toma de sangre y con una tasa de precisión del 99%. Por su parte la segunda se utiliza en pacientes de riesgo, bien por la edad de la madre o por antecedentes familiares. Además de medir las trisomías comunes ofrece una amplia variedad de información genética detallada de otros tipos de desórdenes. Ambas pruebas se pueden realizar desde la semana 10 de gestación.

Dependencia

El cuestionable uso de las sujeciones

Impedir que el paciente se mueva con libertad acaba provocando problemas clínicos con repercusiones importantes, como las conocidas úlceras por presión

A. S. BARCELONA

El uso de sujeciones en las residencias ha representado una práctica estandarizada durante muchos años para evitar las caídas. Estos mecanismos, sin embargo, han sido cuestionados por multitud de profesionales por las complicaciones que conllevan al paciente, tanto a nivel físico como psicológico. Se utilizan sobre todo en pacientes con demencia. Las sujeciones pueden ser físicas o químicas. Las más conocidas son las primeras, mediante el uso, por ejemplo, de muñequeras, cinturones abdominales y nocturnos. Son equipos mecánicos que fijan la movilidad voluntaria del residente. Las sujeciones químicas hacen referencia principalmente al uso de fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central como los ansiolíticos, los neurolepticos o los sedantes, entre otros. "A diferencia de las sujeciones físicas -aclara el jefe de gestión asistencial de Sanitas Residencial, David Curto i Prieto-, las químicas son invisibles, lo que hace que muchas veces sea más difícil actuar frente a ellas". Aproximadamente el 25% de los residentes está sometido a sujeciones físicas. "Las personas que defienden su uso lo hacen como herramienta de prevención de caídas y el control de síntomas conductuales como la agitación o la deambulación", señala Curto i Prieto. Sin embargo, impedir que el paciente se mueva con libertad acaba provocando en muchos casos otros problemas clínicos, como úlceras por presión. Pero no es la única complicación relacionada con la movilidad. La atrofia muscular, la lentitud en el ritmo



Los expertos defienden asegurar al residente sin el uso de sujeciones.

intestinal o la incontinencia son otros de los problemas asociados a las sujeciones. "En Sanitas defendemos que se puede proteger y asegurar al residente sin la necesidad de utilizar sujeciones que limiten a la persona", comenta el jefe de gestión asistencial de estos centros especializados. Por ello, Sanitas puso en marcha el programa "Por una residencia sin sujeciones" en todos los centros españoles. Este proyecto, que se inició a finales del 2010, pretende preservar la dignidad y proteger la integridad de los residentes sin tener que utilizar sujeciones ni físicas ni químicas. El método de trabajo establecido incluye la retirada de barandillas y sujeciones diurnas, un nuevo diseño de circuito de deambulación, el ajuste de la medicación y la reducción de esfínteres. "Las alternativas a las sujeciones son muchas, nosotros

siempre valoramos cada caso concreto. Contamos, por ejemplo, con planes de fisioterapia específicos, el uso de camas ultrabajas, luces con sensores de movimiento en los pasillos o suelos acolchados, entre otras soluciones", explica David Curto i Prieto.

Tras tres años desde su implantación, la iniciativa ha demostrado que no existe un aumento en el número de caídas que sufren los residentes ni de las consecuencias más graves ante éstas. En Sanitas Residencial han conseguido que las sujeciones representen únicamente el 1,8%. A finales de año esperan contar con 27 centros acreditados como libres de sujeciones, lo que representará que más del 65% de los centros contarán con la certificación de la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (Ceoma) o Libera-Ger.

Nueva guía para el cuidado de personas dependientes

El documento recoge una serie de pautas para que el cuidador tenga la información necesaria para atender al familiar afectado

A.T. MADRID

Con frecuencia, el cuidador de la persona dependiente se encuentra en esa situación de manera obligada y repentina. En muchos casos son familiares sin conocimientos médicos sobre la enfermedad de la persona que pasa a estar a su cargo. El aprendizaje, seguramente basado en el día a día y no siempre sencillo, despierta numerosas dudas. Tener una persona dependiente a cargo es una responsabilidad enorme y lleva consigo una entrega total, renunciando personales y, en ocasiones, la desesperanza. El farmacéutico, al ser el primer escalón de la atención médica y estar en continuo contacto con el cuidador es quien a menudo responde a estas cuestiones. Ante esta situación, desde la red de farmacias Alphega se planteó la necesidad de disponer de una herramienta con pautas para los cuidadores y se creó la "Guía del cuidador del paciente dependiente". El do-

cumento estará disponible la primera semana de diciembre en todas las farmacias de Alphega.

La guía, elaborada por la psicóloga clínica Carmen García Sánchez, experta en neuropsicología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, y el médico Armando Estévez González, profesor del máster de Neuropsicología: diagnós-

El área de cuidados aborda la piel y el estoma, los déficits sensoriales, la medicación y el dolor

tico y rehabilitación neuropsicológica de la Universidad Autónoma de Barcelona, recoge información y consejos para que el farmacéutico tenga una herramienta para poder aconsejar a los cuidadores y que, además, la pueda entregar en forma

de documento. La persona dependiente, además, con frecuencia tiene problemas de movilidad, situación que puede complicar aún más el cuidado. "Van adquiriendo conocimientos casi de manera obligada, porque se ven en la situación, pero hay que tener en cuenta que no son cuidadores, son familiares convertidos en cuidadores", recuerda María Jesús Ariza, directora de Alphega Farmacia en España. Con esta iniciativa, explica Ariza, "también queríamos ofrecer un apoyo para los cuidadores, para que supieran que el farmacéutico está a su disposición para asesorarle". Algunas familias deciden contratar a un cuidador profesional. En estos casos, subraya la directora de Alphega Farmacia, "al estar redactada por médicos, también puede servir como recordatorio para estos profesionales, a modo de 'chuleta'".

La guía tiene cinco áreas temáticas. En la primera, el día a día, se habla de la higiene personal, el vestido y calzado, la alimentación y nutrición, el sueño o problemas como la incontinencia y el estreñimiento.



Portada de la guía de reciente aparición.

En el apartado de movilidad y accesibilidad se dan pautas sobre la actividad física y la estimulación y ayudas para la adaptación del hogar y la prevención de accidentes. El área de cuidados aborda la piel y el estoma, los déficits sensoriales, la medicación y el dolor. El cuarto apartado se centra en los aspectos psicosociales, en el que se habla de puntos como las demencias, los cambios emocionales y la depresión o las conductas difíciles. Por último, el quinto apartado se centra en el papel del cuidador. "En estas situaciones con frecuencia el cuidador está tan centrado en la persona dependiente que no se cuida a sí mismo", concluye Ariza.

Entrevista

CHARLES SWANTON, INVESTIGADOR ONCOLÓGICO

“Actualmente el cambio de panorama en el cáncer es enorme”

JAVIER GRANDA REVILLA. MADRID

El Profesor Charles Swanton se licenció en 1998 en el laboratorio del Imperial Cancer Research Fund, de Reino Unido, y finalizó su formación postdoctoral en 2008. Ese año fue nombrado líder del grupo del laboratorio de terapéutica del cáncer traslacional en el Instituto de Investigación de Cáncer de Londres, centrándose en medicina personalizada. Además, entre 2008 y 2011 trabajó como oncólogo médico en el Hospital Royal Marsden de Londres. Ha publicado en las revistas científicas más prestigiosas del mundo, como *Nature*, *Lancet Oncology* y *The New England Journal of Medicine*, entre otras.

Pregunta. El último congreso anual de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), celebrado en Madrid, se centró en la “Medicina de precisión en el tratamiento del cáncer”. ¿Cómo hay que entender este concepto?

Respuesta. La medicina de precisión es el término que se usa para denominar a la medicina oncológica moderna. El objetivo es proporcionar al paciente el fármaco adecuado para su tumor en particular en el momento preciso de su enfermedad. Y, para lograrlo, nos basamos en las características moleculares del tumor, que son definidas por secuenciación genómica.

P: ¿El tratamiento se basa entonces en los datos específicos de la secuenciación de cada cáncer?

R: Sí, en función de ellos informamos de las diferentes opciones de tratamiento que tiene el paciente. Nos estamos esforzando muchísimo en llevar a la práctica esta metodología, mediante ensayos clínicos que nos permitan comprender la utilidad de la secuenciación de los genes del cáncer en la práctica clínica. Y nos interesa mucho entender cómo los genes cambian con el tiempo y desarrollan resistencias a las terapias.

P: ¿Cómo ayudan estas herramientas a la hora de optar por un fármaco u otro para tratar al paciente?



Charles Swanton en una reciente visita a Madrid. / ESMO

R: Los resultados de los estudios de secuenciación nos dicen qué mutaciones están presentes en la célula cancerosa. Y, con esa información, podemos elegir entre los diferentes fármacos disponibles para administrarle el correcto al paciente. De momento ese es nuestro anhelo: que cada tumor tenga una mutación en particular para la que tengamos un fármaco que actúe de manera eficaz.

P: ¿Es esa la línea en la que trabajan?

R: Sí, es nuestra visión de futuro, no sé si será posible o no. Pero hay determinados ejemplos en los que esta teoría obtiene grandes resultados, como en melanoma con mutación BRAF.

P: Además de este tipo de tumor, su equipo está especialmente interesado en cáncer colorrectal...

R: Este tipo de tumores nos ha permiti-

do estudiar cómo determinados cánceres se hacen resistentes a los tratamientos, y lo hacen evolucionando al seleccionar una o dos células del propio tumor que crecen a pesar de recibir el fármaco.

P: ¿Y qué papel juega el estrés de la replicación del ADN en este ámbito?

R: Creemos que es la ruta que causa esta diversidad en el cáncer que acabo de comentar: proporciona lo que llamamos un “suelo fértil” para que las células desarrollen las resistencias a los fármacos.

P: ¿Cómo cambia entonces el rol del paciente al poder elegir cómo va a ser tratado?

R: En teoría, aumenta su importancia porque tiene diferentes posibilidades y puede elegir junto a su oncólogo una u otra opción. Aunque, en ocasiones, las opciones son pocas. Pero es cierto que la

comprensión mutua entre paciente y oncólogo es fundamental.

P: ¿Cuál cree que será el siguiente paso en investigación oncológica?

R: Entender por qué los tumores cambian y se adaptan durante el curso de la enfermedad y cómo metastatizan en una primera fase. Y me interesa especialmente cómo la diversidad en el cáncer acelera o frena la diseminación de células por todo el cuerpo. Creo que si logramos comprender estos mecanismos, conseguiremos mejores tratamientos dirigidos, que permitan prevenir la metástasis en tumores sólidos. Nuestros esfuerzos también se centran en entender cómo el cáncer se diversifica tanto: hemos visto que el estrés de replicación es un mecanismo en el cáncer colorrectal y estamos buscando otros mecanismos en cánceres renales, de pulmón y de cerebro como el glioblastoma o el mesotelioma, un tumor de la pleura, el revestimiento de los pulmones.

“Nuestro anhelo es que cada tumor tenga una **mutación** para la que tengamos un fármaco”

P: ¿El abordaje de otros tumores, como los hematológicos, podría ser igual?

R: Sí, o al menos similar. Creo que entender el proceso que regula la diversidad de los tumores va a ser muy importante para entender su manejo.

P: ¿Cómo ha cambiado el panorama del cáncer desde que usted comenzó a estudiarlo?

R: Ha sido un cambio enorme, nunca imaginé que sería tan rápido, es increíble. Hace 15 años tardábamos varios años en secuenciar un genoma completo y ahora lo hacemos en una noche. Y el coste entonces era cientos de miles de dólares, cuando ahora cuesta mil. Esta reducción de costes y este aumento en la velocidad de obtención de datos nos ha permitido estudiar mucho mejor los tumores.

Opinión

SILVIA ONDATEGUI-PARRA
Socia, Life Sciences de EY

Big Data, fuente de información y de beneficios para el sistema

El uso de las nuevas tecnologías por parte de las organizaciones y usuarios está impulsando la generación de una gran cantidad de datos de todo tipo, conocidos como Big Data. En el ámbito de la salud, estos datos provienen de diversas fuentes que van desde los resultados con evidencia comparativa, los sistemas de información y los dispositivos médicos de

los centros asistenciales, hasta los sensores y dispositivos individuales de los pacientes que monitorizan su actividad diaria.

Las técnicas avanzadas de análisis permiten unir diferentes fuentes de datos para obtener información agregada que aporta grandes beneficios a los individuos y a los agentes del sistema. Para los pagadores,

esta información es de gran utilidad, ya que facilita la toma de decisiones, el análisis predictivo, la evaluación económica y la introducción de sistemas de reembolso basados en resultados.

Por otra parte, gracias a esta información, los proveedores cuentan con mejores herramientas para evaluar su actividad y optimizar la asignación de recursos, promoviendo el diseño y la implantación de iniciativas que mejoran el diagnóstico, la elección terapéutica, la adherencia y el seguimiento del paciente. Para las compañías del sector salud esta información es de gran valor en varios ámbitos. Así, permite realizar una segmentación de los clientes para ofrecer productos y servicios que respondan a las necesidades de pacientes, proveedores y pagadores. Además, impulsa la mejora de la eficiencia en la cadena de valor y, por otra parte, optimiza los estudios clínicos y la determinación de los niveles de seguridad y eficacia de nuevos

tratamientos. En el campo de la innovación, el uso de Big Data favorece, entre otros, la investigación a partir de datos genómicos.

Se debe seguir avanzando en el desarrollo de un entorno que proporcione las condiciones de seguridad, privacidad y cumplimiento de riesgos para la obten-

Las técnicas avanzadas de **análisis** permiten unir diferentes fuentes de datos para obtener información

ción y el análisis de datos. Estos aspectos son clave para que las compañías del sector y otras organizaciones públicas y privadas apuesten por el uso de Big Data, contribuyendo a la mejora de la eficiencia del sistema de salud.

Medicina intensiva

El riesgo de mortalidad va asociado al tiempo de progresión de la sepsis

Pese a que se ha reducido drásticamente en los últimos años, todavía se sitúa en el 20%

M.A. MADRID

La sepsis es una patología que afecta a 150 personas por cada 100.000 habitantes. Es tan frecuente como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares. Aunque su incidencia va en aumento, debido en parte al envejecimiento de la población, la mortalidad se ha reducido drásticamente en los últimos años. Pese a ello, todavía se sitúa en el 20%.

Actuar con la mayor rapidez posible es vital. El riesgo de mortalidad va asociado al tiempo de progresión de la sepsis. La supervivencia disminuye cuanto más se tarde en administrar el tratamiento. Cada minuto cuenta. Y es que la sepsis puede progresar en apenas unas horas, y con cada hora de espera la mortalidad aumenta un 7,5%. "Ante una infección localizada el tiempo para iniciar la toma del antibiótico no es muy relevante, pero si se manifiesta como afectación sistémica, el tratamiento es una emergencia", recalca Ricard Ferrer Roca, jefe del servicio de medicina intensiva del Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

Existen tres acciones clave en las primeras horas para conseguir una buena evolución clínica: administrar el antibiótico, tratar el foco de la infección y administrar fluidoterapia para restaurar el estado cardiovascular del paciente.

La endotoxina es un mediador de la sepsis que se eleva en la sangre de los pacientes con in-

Añadir la hemoperfusión ha demostrado mejorar su pronóstico y supervivencia

fección intraabdominal y supone un potencial objetivo terapéutico para tratar el shock séptico. Entre las diferentes estrategias de tratamiento de la sepsis con endotoxemia elevada, se encuentra la hemoperfusión directa, que consiste en hacer pasar la sangre del paciente por un filtro que contiene el antibiótico Polimixina B (PMX-B) que bloquea específicamente la endotoxina. Añadir la hemoperfusión



Ya existe el código sepsis para pacientes que son detectados fuera del ámbito hospitalario.

a la terapia convencional en los pacientes con sepsis grave o shock séptico a consecuencia de una infección intraabdominal ha demostrado mejorar su pronóstico y reducir la mortalidad.

Este especialista recuerda la necesidad de disponer de organizaciones intrahospitalarias que permitan una atención multidisciplinaria. "En la sepsis intervienen diferentes profesionales. El médico de urgencias, que

probablemente hará el primer diagnóstico, el cirujano, el experto en enfermedades infecciosas y los especialistas de medicina intensiva cuando el paciente no presenta una mejora inmediata y requiere un ingreso en la unidad de cuidados intensivos", explica. Recientemente se ha creado el código sepsis en varias comunidades autónomas para pacientes que son detectados fuera del ámbito hospitalario. "Permite

que la persona sea trasladada rápidamente al hospital que le corresponda y, para casos más complejos, a un centro de referencia", explica Ferrer Roca. Se ha imitado el modelo del código ictus, código infarto y código politraumático. "Serán las cuatro enfermedades 'tiempodependientes' que van a disponer de un código propio", añade. En Cataluña se pondrá en marcha a principios del 2015.

Odontología

Una sonrisa sin edad

Ortodoncia, blanqueamientos o carillas son técnicas a las que cada vez acuden más personas mayores de 60 años

A. T. MADRID

Los dientes, como cualquier otra parte del cuerpo, se van desgastando con los años. El color, la posición, la forma o el tamaño son aspectos que se van modificando con el paso del tiempo llegando a alterar la sonrisa. Pero ni todo el mundo envejece igual ni todos los dientes se desgastan de la misma manera. Para cada necesidad existen diferentes alternativas. Ante un problema de posición se recurre a la ortodoncia, para recuperar el color natural del diente al blanqueamiento, si se trata de modificar la forma o el tamaño se pueden recubrir los dientes con carillas de porcelana... Todas las alternativas se ajustan a cualquier edad y, además, se pueden combinar para conseguir el mejor resultado. Hasta ahora, los pacientes mayores solían acudir al dentista

por pérdida de piezas dentarias. Sobre todo son personas que han perdido piezas en los sectores posteriores, los premolares, y tienen disminuida la dimensión vertical. Se rehabilita su aspecto a boca cerrada, además de la sonrisa. Muchas veces para sustituir un diente perdido se deben colocar correctamente los dientes adyacentes. Son dos soluciones en una. "Así conseguimos que el diente que reponemos sea exactamente igual al resto pero bien colocado", señala Luciano Badanelli, director médico de la clínica que lleva su nombre. Sin embargo, Arturo Ruiz Capillas, director de la clínica que lleva su apellido, opina que en el futuro esta situación cada vez se verá menos. "Hay un cambio sustancial desde las últimas tres décadas, los pacientes ya no pierden piezas porque los jóvenes de ahora cada vez tienen una mejor salud dental", explica. La

ortodoncia es una alternativa para cualquier edad. El objetivo es corregir la malposición de los dientes: desde los tradicionales brackets a materiales cerámicos prácticamente invisibles. Los huesos dentales se mueven a cualquier edad, aunque la capacidad de reponer hueso es distinta. "En niños se puede modificar la tendencia del crecimiento de los maxilares, pero los dientes siempre se pueden mover, ello hace que se puedan realizar movimientos dentarios a pacientes de más de 60 años", asegura Badanelli. Las opciones más actuales son las férulas o los brackets linguales. "Todavía está por definir si se pueden llegar a realizar todos los movimientos que consiguen los brackets, pero de momento los resultados son muy buenos", apunta Ruiz Capillas.

El blanqueamiento es un tratamiento menor. A diferencia de las carillas, se realiza en

pacientes que tienen una forma y disposición correctas y requieren modificar el tono. El nivel de blanqueamiento siempre se realiza teniendo en cuenta el diente y la edad del paciente, ya que el objetivo es lograr la máxima naturalidad. "A veces hay una obsesión por dientes excesivamente blancos, cuando lo más adecuado es intentar imitar a la naturaleza del diente para que se vea lo más natural posible", destaca Ruiz Capillas. Con las carillas, por el contrario, se pueden realizar pequeños cambios de la forma, el tamaño, la longitud, la anchura e incluso la disposición del diente. "Si tiene un diente un poco rotado, por ejemplo, se cambia el aspecto", añade. Además, la técnica es cada vez menos invasiva sin tener que



desgastar el diente para colocar las carillas.

La evolución de los materiales permite conseguir resultados cada vez más naturales. "El éxito de un tratamiento no está en conseguir unos dientes bonitos, sino en hacerlo de manera que nadie note que se ha sometido a un tratamiento estético", concluye Badanelli.

Disfruta de una boca sana



Encuentra tu centro BQDC

www.bqdccenters.es

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

Pediatria

Virus respiratorio sincitial, casi el 80% de bronquiolitis

C.Q. BARCELONA

La llegada del frío trae consigo los catarros y resfriados. El virus respiratorio sincitial (VRS) es el microbio más común que causa infecciones en los pulmones y en las vías respiratorias de los bebés y en los niños pequeños. Este virus campa a sus anchas especialmente entre los meses de octubre a marzo. A pesar de su alta prevalencia, ya que se calcula que todos los niños estarán en contacto con el virus durante los dos primeros años de vida, todavía es un gran desconocido. Con frecuencia se asocia a un catarro común debido a que su sintomatología inicial es muy parecida. En la mayoría de casos no comportará mayor gravedad, pero en un pequeño porcentaje puede afectar a los bronquios y provocar una bronquiolitis que requiera hospitalización.

Los primeros síntomas que suele experimentar el menor son tos y rino-rrea. "Al cabo de unos días, si el virus baja hasta los bronquiolos, éstos acaban inflamándose, dificultando el paso del aire", explica Josep Figueres Aloy, jefe de neonatología del hospital Clínic de Barcelona y presidente de la Sociedad Española de Neonatología. Ello da como resultado taquipnea, respiración acelerada, y disnea, dificultad respiratoria. Estos síntomas pueden ir acompañados de fiebre. El VRS es el causante de más del 70-80% de los casos de bronquiolitis en niños menores de un año. De estos, entre el 0,5% y el 2% requieren ser hospitalizados, una tasa que aumenta hasta el 13% en niños de alto riesgo.

Los pacientes considerados de riesgo son especialmente vulnerables.

Los bebés prematuros, los niños con displasia broncopulmonar, con alguna cardiopatía congénita o síndrome de Down representan los principales grupos de riesgo. "No quiere decir que en estos pequeños el virus respiratorio sincitial simple acabe en una

bronquiolitis. Del mismo modo, un niño sin alteraciones de base tampoco está exento de riesgo", aclara Rosa Rodríguez, pediatra de la sección de lactantes del Hospital Infantil Gregorio Marañón de Madrid.

No existe vacuna preventivo, como en el caso de la gripe, ni tratamiento específico para el VRS. Este se centra en la sintomatología. "Se intenta eliminar la obstrucción nasal con suero fisiológico, tratar la fiebre con antitérmicos y procurar que el niño esté bien hidratado", expone Figueres Aloy. Si hay signos de dificultad respiratoria requieren tratamiento con oxígeno e ingreso hospitalario. "En ocasiones también se utilizan aerosoles de adrenalina o de salbutamol, aunque su eficacia es dudosa", añade Rodríguez.

Además de la bronquiolitis, existen otras posibles complicaciones. La neumonía es una de ellas, a veces por el virus sincitial y otras porque se sobreinfecta por alguna bacteria como el neumococo. También se puede crear un tapón de moco o atelectasia, que rechace la alimentación y sea necesario goteo intravenoso o que, a pesar del tratamiento de sostén, progrese la enfermedad y acabe en una insuficiencia respiratoria aguda y requiera soporte ventilatorio.

Como ocurre con un catarro, en unos 7-12 días la enfermedad desaparece. Sin embargo, conviene tener en cuenta que la mitad de los niños que han sido ingresados por virus respiratorio sincitial pueden tener episodios de sibilancias recurrentes en los siguientes 24 meses. "Es importante extremar las medidas de prevención para evitar el cuadro de hiperreactividad bronquial, que se conoce como 'asma del lactante'", recuerda Rosa Rodríguez.

El virus se adquiere por contacto con objetos contaminados con el virus o por vía respiratoria, por ello, las medidas preventivas son clave. Lavarse las manos y mantener al menor en un ambiente totalmente limpio de tabaco es fundamental. "Incluso al llegar a casa, si se ha estado en un ambiente de tabaco, recomendamos quitarse la ropa y ventilarla", apunta Aurora Pimentel, gerente de Alianza Aire. También es muy importante ventilar los espacios. Con frecuencia el contagio se produce por los hermanos que están escolarizados. "En estos casos es recomendable que cuando lleguen a casa, antes de estar en contacto con el menor, se laven bien las manos, especialmente si el bebé tiene factores de riesgo", añade Pimentel. Además, cualquier persona con síntomas de resfriado, gripe o bronquiolitis debe evitar el contacto con estos niños. Asimismo, la lactancia materna hasta los seis meses ha demostrado que refuerza el sistema inmunológico y, por tanto, genera cierta protección ante el virus respiratorio sincitial.

A pesar de su alta prevalencia se conoce poco acerca de este virus. Desde Alianza Aire, asociación que engloba a distintas organizaciones vinculadas a las infecciones respiratorias agudas, trabajan en la difusión de esta enfermedad para fomentar su prevención. En este sentido, cada año ponen en marcha la campaña #StopBronquiolitis. A través de las redes sociales se difunden mensajes e infografías explicando qué es la bronquiolitis, cuándo se produce, su impacto -especialmente en las poblaciones de riesgo-, síntomas, transmisión y hábitos de prevención al alcance de todos, como es el lavado de manos frecuente.

BRONQUIOLITIS

Cómo se transmite y hábitos de prevención

La bronquiolitis es una infección respiratoria que se transmite por saliva o mocos, en casa, en la escuela y en lugares cerrados con mucha gente, etc.

Para prevenirla es conveniente:

El lavado de manos con agua y jabón o solución hidroalcohólica frecuentemente, así como de superficies y juguetes

Evitar el humo del tabaco y, aunque no se fume, los ambientes con tabaco

Evitar el contacto con personas con síntomas de infecciones respiratorias y los ambientes con alto riesgo de contacto

Fomentar la lactancia materna más allá de los primeros 4 meses de vida del bebé.

Infografía de la campaña #StopBronquiolitis.

Farmacia

El frío y la presión atmosférica afectan a las articulaciones

Los profesionales recomiendan evitar el frío en las zonas afectadas como prevención y los analgésicos comunes para aliviar el dolor

C.Q. BARCELONA

Los pacientes reumáticos observan expectantes la llegada del frío y las lluvias. Y es que para ellos no es la mejor época. Las variaciones de presión atmosférica y de temperatura afectan a las personas con enfermedades reumáticas. Concretamente, los pacientes con artrosis experimentan un aumento del dolor articular cuando baja la presión atmosférica (que se produce unos días antes de llover) y los enfermos de artritis reumatoide notan la caída del termómetro. Este curioso hecho se debe a que ciertos componentes de la articulación tienen distintos tipos de receptores capaces de percibir estímulos diversos y responder a ellos con diferentes sensaciones, entre ellos distintos tipos de dolor. "Los cambios

de temperatura y presión podrían constituir un estímulo para estos receptores y alterar también la consistencia del líquido sinovial, teniendo como consecuencia el aumento del dolor",

Si el dolor ya está presente, puede calmarse con analgésicos comunes de venta en farmacias

expone la directora del instituto Poal de Reumatología en Barcelona, Ingrid Möller.

Además, los pacientes con artritis pueden experimentar el síndrome de Raynaud, una afección que con el frío bloquea el flujo sanguíneo a los dedos de las manos y de los pies, las orejas y la nariz. "A estas personas

se les recomienda que utilicen prendas con aislamiento térmico para evitar el cambio de temperatura", señala esta especialista. Asimismo, en los pacientes con artrosis se ha visto que llevar las articulaciones calientes mejora la sintomatología. "En estos casos, y siempre que no tengan inflamación, recomendamos evitar que las articulaciones cojan frío, ya sea a través de la ropa o aplicando calor local", añade. Como medidas preventivas generales Möller recomienda, además, proteger las zonas afectadas del frío, hacer ejercicio de forma regular para desentumecer las articulaciones y controlar el exceso de peso.

Si el dolor ya está presente, puede calmarse con analgésicos comunes. El paracetamol, uno de los medicamentos más consumidos en España, tiene efecto analgésico y alivia dolores leves

y crónicos. A diferencia del ácido acetilsalicílico o el ibuprofeno no es antiinflamatorio. El paracetamol aporta un alivio satisfactorio del dolor con riesgo

de efectos indeseables notoriamente inferior al de los antiinflamatorios, por lo que suele ser la primera opción de tratamiento farmacológico.

1974 · 2014
Gelocatil
40 años

Contra el dolor, ahora y siempre

iPuff!

12 Comprimidos
Gelocatil 650mg
Comprimidos Paracetamol
Via Oral
Alivio sintomático del dolor ocasional leve o moderado, como dolor de cabeza, dental, muscular (contracturas) o de espalda (lumbago) y en estados febriles.
Para adultos y adolescentes mayores de 14 años. **ferr**

12 Comprimidos
Gelocatil 1g
Comprimidos Paracetamol
Via Oral
Alivio sintomático del dolor ocasional leve o moderado, como dolor de cabeza, dental, muscular (contracturas) o de espalda (lumbago) y en estados febriles.
Para adultos. **ferr**

Para adultos y adolescentes mayores de 14 años

anefp 34514 Para la fiebre y el dolor leve a moderado. Paracetamol. Lea las instrucciones de estos medicamentos y consulte al farmacéutico.

ferr

Oftalmología

Láser de femtosegundo, un avance en precisión en cirugía de cataratas

Esta nueva técnica oftalmológica facilita el proceso quirúrgico al automatizar algunos aspectos complejos de la cirugía que hasta ahora debían de realizarse de forma manual por parte del especialista

V.G. OVIEDO

Las cataratas son la principal causa de ceguera reversible en todo el mundo, representan el 48% del total de afectados, es decir, más de 18 millones de personas. La única alternativa de tratamiento es la cirugía. Antes era una cirugía más compleja y muchas veces no se actuaba hasta que la enfermedad no estaba avanzada. "Existía un axioma en oftalmología que decía que el paciente debía esperar a quedarse ciego para operarse", apunta Humberto Carreras, director médico de Eurocanarias Oftalmológica de Las Palmas. Los avances tecnológicos han cambiado el paradigma y en la actualidad las cataratas se operan en fases precoces.

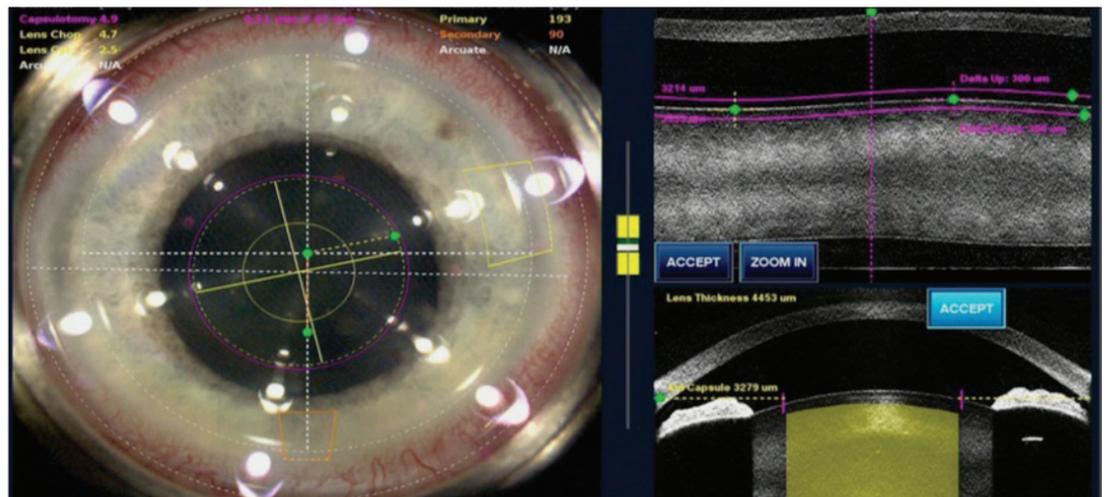
Las innovaciones tecnológicas en cirugía del cristalino han evolucionado en los últimos tiempos. No hace tantos años, la cirugía de cataratas suponía tener que abrir el ojo prácticamente de lado a lado para poder sacar la catarata del interior y posteriormente suturar la herida. Todo ello con anestesia general e ingreso hospitalario. "La recuperación era más lenta y el

riesgo de complicaciones mucho más elevado", comenta este especialista. En los años 90 la facoemulsificación supuso la segunda generación de cirugía de cataratas, una técnica que todavía hoy se sigue utilizan-

Anualmente se realizan casi 22 millones de intervenciones en todo el mundo

do. El gran cambio que aportó esta cirugía fue que ya no era necesario extraer la catarata, sino que se fragmentaba con ultrasonidos para posteriormente aspirarla. "Este avance permitió que prácticamente en ningún caso se requería suturas", expone este especialista. Además, ya no era necesario el uso de anestesia general.

Hace aproximadamente tres años surgió la posibilidad de llevar a cabo este procedimiento sustituyendo ultrasonidos por láser. Esto fue posible con la técnica de femtofac. "El bisturí pasa a ser sustituido por el láser, que hace que tengamos mucha más precisión en las fases más importantes de la cirugía", señala Carreras. "El láser de femtosegundo ha facilitado todo el proceso



Tomografía ocular para el tratamiento con láser de femtosegundo.

quirúrgico de las cataratas dando una mayor seguridad en todos los pasos de la intervención, por lo que permite minimizar las complicaciones", ha asegurado Luis Fernández-Vega, director del Instituto que lleva su nombre y presidente de la Sociedad Española de Oftalmología. Una de las partes más delicadas es la realización de una pequeña incisión en la córnea de unos 2mm para poder acceder al cristalino. "El láser de femtosegundo realiza este corte de manera automática y muy precisa en función de los parámetros que el especialista ha introducido previamente basándose en la tomografía

ocular", explica Carreras. Esta posibilidad permite trabajar en la estructura interna con una incisión más rápida e indolora. Además, añade Carreras, "aporta una mayor seguridad, porque no sólo realizamos la intervención de manera más eficiente, sino que además logramos una precisión que la mano del mejor cirujano no puede conseguir". La apertura de la catarata, la capsulorrexia, también ha dejado de ser un procedimiento manual. El reto está en conseguir que la aspiración de la catarata y la colocación de la lente intraocular también se puedan realizar mediante láser.

Estos avances han facilitado que la cirugía de cataratas sea una de las intervenciones quirúrgicas más comunes. Anualmente se realizan casi 22 millones de intervenciones en todo el mundo. Precisamente, esta pasada semana destacados oftalmólogos especialistas en cirugía se han reunido en el Instituto Oftalmológico Fernández-Vega de Oviedo para tratar las últimas novedades en cirugía de cristalino en un encuentro organizado por Alcon en el que se han revisado los principales hitos en la innovación tecnológica de estas intervenciones.

Medicina solidaria

Reto a la ciudadanía

"Comparte Bienestar" propone pequeñas acciones para lograr beneficios tanto a nivel personal como social

REDACCIÓN MADRID

Dicen que los pequeños gestos son los que marcan la diferencia. Siguiendo este lema, se ha creado la plataforma "Comparte Bienestar", que reta a la población a cambiar su vida con pequeñas acciones que mejorarán su día a día y el de los demás. Esta iniciativa, llevada a cabo por Philips, propone diversos proyectos en los que la población podrá

participar a través de sus retos semanales. Son pequeños cambios en la rutina y propósitos encaminados a conseguir un mayor bienestar tanto personal como social. La motivación será la clave, ya que cada participante decide en qué reto quiere inscribirse y es él quien se compromete de manera individual a cumplirlo.

Uno de los retos que ahora está en marcha, y a modo de lanzamiento de la campaña, es el de 10.000 meriendas para los niños, del proyecto "Promoción

del éxito escolar" que Cruz Roja lleva a cabo en España. El objetivo es llegar a 10.000 meriendas hasta diciembre de 2014. Para apoyar y comunicar este reto solidario, se ha contado con una madrina de lujo: la actriz y presentadora Nuria Roca. La multinacional holandesa convertirá cada registro en www.philips.es/compartebienestar, en una merienda para los niños que forman parte del proyecto de "Promoción del éxito escolar" y que tiene como objetivo incrementar el éxito escolar de los niños y niñas en dificultad social a través de voluntarios que realizan el acompañamiento educativo en todos los centros infantiles, ludotecas, etc., donde tienen presencia. Con este proyecto se beneficiarán niños, niñas y adolescentes de 6 a 16 años que presentan dificultades en su proceso de enseñanza-aprendizaje y en la adhesión a procesos formativos. Los



El reto es donar 10.000 meriendas hasta diciembre de 2014.

participantes pertenecen a familias en situación de riesgo social (con ingresos por debajo del umbral de la pobreza relativa). En los distintos retos de la plataforma "Comparte Bienestar" colaboran personajes de diferentes ámbitos sociales y culturales como la exnadadora de sincronizada Gemma Mengual, el presentador Óscar Martínez o el cocinero Rodrigo de la Calle. Algunos retos en marcha proponen comer cinco piezas de frutas y verduras al día, enseñar a los pequeños a reciclar o interesarse por los mayores del barrio, entre otros. Además, para añadir una dosis extra de motivación, todos los participantes podrán ganar diferentes premios que sorteará la compañía tecnológica.



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