

# 2015 Medicina

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



## OFTALMOLOGÍA

El glaucoma sigue siendo la principal causa de ceguera en los países industrializados

PÁG. 2



## ENTREVISTA

CARMEN VELA, SECRETARIA DE ESTADO DE I+D+i. "No podemos cuantificar la fuga de cerebros"

PÁG. 7



## NEFROLOGÍA

La diálisis no debe ser una limitación para viajar

PÁG. 8

# El 50% de los diabéticos no cumple adecuadamente el tratamiento

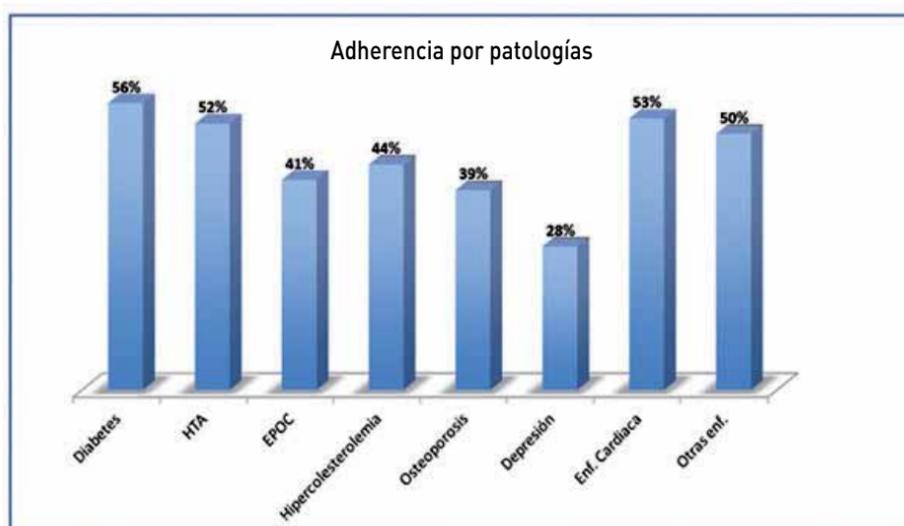
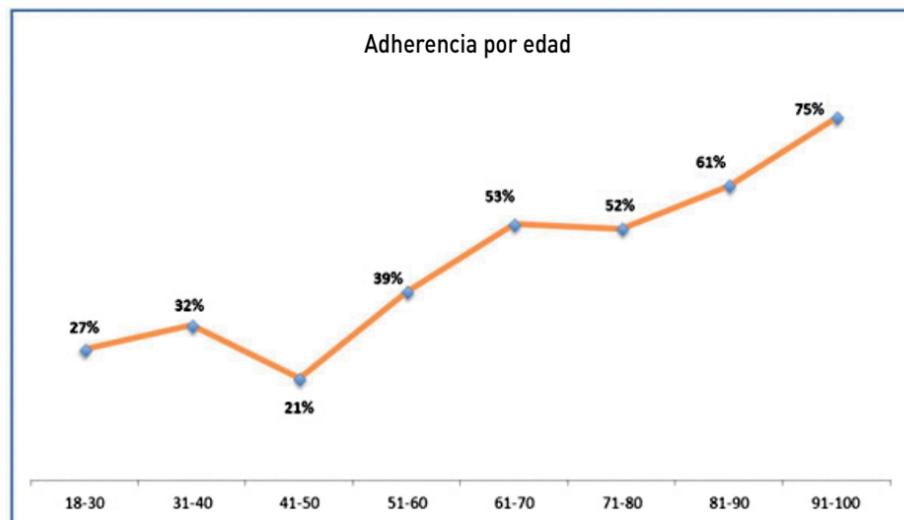
Miedo a hipoglucemias, a efectos secundarios o la falta de concienciación son los principales motivos que explican la general falta de adherencia

SOFIA LARRUCEA BARCELONA

Se calcula que la mitad de las personas que sufren diabetes no realizan correctamente el tratamiento. "Cuando hablamos de que el paciente tiene una buena adherencia nos referimos a que cumple correctamente en un 80% el tratamiento prescrito", apunta Antonio Pérez, director de unidad de servicio de endocrinología y nutrición del hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona. Miedo a hipoglucemias y a otros efectos secundarios como la ganancia de peso y molestias digestivas o la falta de concienciación por parte de los pacientes, son los principales motivos que explican esta falta de adherencia que, asimismo, contribuye a un peor control de la glucemia y, con el paso del tiempo, puede favorecer al desarrollo de complicaciones. Cerca de 5,3 millones de personas en nuestro país padecen esta patología y su incidencia va en aumento. Según datos de la Fundación para la Diabetes, se calcula que en el año 2030 un total de 472 millones de personas en todo el mundo la padecerán.

Existen dos tipos principales de diabetes, pero la más frecuente es la de tipo 2, que representa un 90% de todos los casos y afecta a cerca del 14% de la población española. Su diagnóstico cada vez es más preciso. Sobre todo a raíz de que se descubrieran los nuevos 14 biomarcadores en un estu-

Año 2014



como complejos. Muchos lo hacen por evitar los efectos secundarios. Éstos pueden ser desde molestias digestivas, náuseas hasta cansancio. Otros también lo evitan por miedo a padecer hipoglucemias y muchos otros, advierte Antonio Pérez, es por falta de formación. "En muchas ocasiones pueden caer en el error de pensar que por un día que no se tomen la pastilla no pasa nada". Como sucede en la mayoría de enfermedades crónicas, la diabetes no suele presentar síntomas molestos. Esto es una ventaja, pero en algunas ocasiones puede impulsar a que el paciente no vea la necesidad de medicarse diariamente. No obstante, no debe perderse de vista que, a pesar de que la diabetes tipo 2 no presenta consecuencias adversas de forma brusca, sí puede conllevar a problemas futuros si no está bien controlada. La afectación visual, renal y del corazón son las más frecuentes. Para evitarlo, el endocrinólogo Pérez, recuerda, además de la importancia de buscar fármacos que comporten menos efectos secundarios, la necesidad de impulsar mayor formación y educación en el paciente para que éste se sienta un agente activo en el control y en el manejo de su enfermedad.

Fuente: PMFARMA.

En el año 2030 un total de 472 personas en todo el mundo padecerán esta enfermedad

dio metabólico, pues se observó que los cambios en la concentración de los metabolitos pueden reflejar procesos patogénicos. El tratamiento depende mucho de cada caso y debe adaptarse a la fase evolutiva en la que se encuentra la enfermedad. "No es lo mismo una diabetes recién diagnosticada que cuando el paciente lleva 20 años con la enfermedad.

Cambia radicalmente porque la capacidad de producir insulina es distinta, disminuye con el paso del tiempo", explica Antonio Pérez. De este modo, mientras que muchos pacientes en fases iniciales de la patología sólo requieren seguir una dieta sana y algún fármaco, con el paso del tiempo, la mayoría necesitarán insulina para mantener un control adecuado.

A pesar de que la teoría parece fácil, en la realidad no lo es tanto y son muchos los que no cumplen adecuadamente el tratamiento. "Esto suele suceder en la mayoría de enfermedades crónicas", lamenta el especialista. Los motivos que explican esta falta de adherencia son tan variados

El bienestar de los pacientes, nuestro principal objetivo.

Grupo Ferrer  
Diagonal 549, 5ª planta - 08029 Barcelona  
Tel. +34 934 022 100 - Fax +34 934 907 078  
medic@gr.ferrergrupos.com  
www.ferrergrupos.com

TU SEGURO DE SALUD COMPLETO Y SIN COPAGOS

FIATC SEGUROS  
902 110 120  
www.fiatc.es

## Oftalmología

# El glaucoma sigue siendo la principal causa de ceguera en los países industrializados

Se trata de una patología que daña el nervio óptico y produce con el paso del tiempo que el campo visual se vaya deteriorando sin apenas dar síntomas evidentes

JON MASEDA BILBAO

Se calcula que en nuestro país un millón de personas padecen glaucoma, paradójicamente, sólo 300.000 están diagnosticadas. El motivo principal, advierten los especialistas, es el desconocimiento de esta patología por parte de la sociedad. A pesar de ser la principal causa de ceguera en los países industrializados, sigue detectándose tarde. Falta de información junto a la ausencia de síntomas en etapas tempranas hace que cuando se diagnostica, la persona ya haya perdido campo visual. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 80% de los casos de ceguera que hay en el mundo se pueden evitar o curar. Y el glaucoma no es una excepción, no puede curarse pe-

**Del millón de personas que sufren la afección, sólo 300.000 están diagnosticadas**

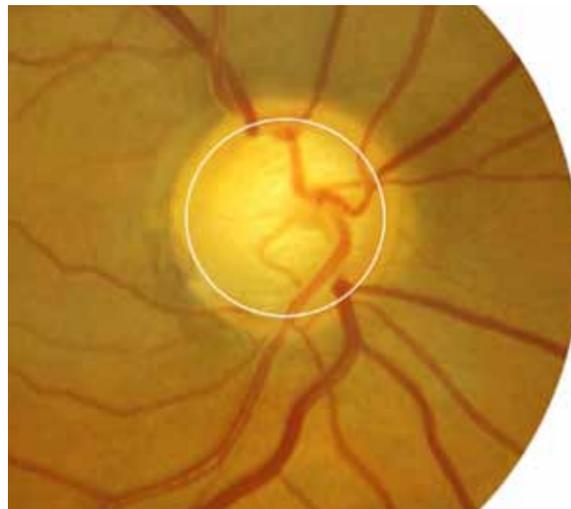
ro sí prevenir su progresión. "Con un buen tratamiento podemos conseguir que el paciente mantenga una buena visión hasta el final de sus días", afirma Julián García Feijoo, catedrático de



Es una patología que se produce debido a un daño en el nervio óptico, ocasionado, la mayoría de las veces, por una presión intraocular (PIO) elevada.

oftalmología de la universidad complutense de Madrid.

El glaucoma es una patología que se produce debido a un daño en el nervio óptico, ocasionado, la mayoría de las veces, por una presión intraocular (PIO) elevada. Ésta es un factor de riesgo principal y sus valores deben estar comprendidos entre 18 y 21. Pero no es el único dato que puede determinar si se padece glaucoma, pues la presión es un valor relativo y se debe comparar



con la tendencia al cambio del nervio óptico. En este sentido, además de observar si la PIO está dentro del rango de normalidad debe correlacionarse con el grosor de la córnea, pues existen córneas más finas que infravaloran la presión y córneas más gruesas que la sobrevaloran. "El glaucoma es un puzle en el que todas las fichas son importantes, pero el protagonista principal al final siempre es el nervio óptico", afirma M<sup>a</sup> Isabel Canut, oftalmóloga de

la unidad de glaucoma del centro de oftalmología Barraquer de Barcelona. "Muchos profesionales pueden caer en el error de diagnosticar erróneamente glaucoma sólo por observar una PIO elevada", añade el especialista García Feijoo.

El glaucoma suele manifestarse a partir de los 40 años, alcanzando su pico máximo a partir de los 65. "En la población de 70 años de edad, puede decirse que tiene una incidencia del 10-12%", advierte Julián García Feijoo. Su sintomatología suele ser casi inexistente en fases tempranas. Halos luminosos, coloreados, distorsión de la luz, acompañados de dolores de cabeza suelen ser los síntomas más comunes. "Puede suceder que se manifiesten en etapas incipientes, pero al hacerlo de manera muy puntual, el paciente no sospecha", advierte M<sup>a</sup> Isabel Canut. El tratamiento del glaucoma lo que pretende es impedir el progreso de la enfermedad y normalmente se consigue bajando el nivel de la PIO. "Sólo el 50% cumple correctamente el tratamiento", lamenta Julián García. La percepción de la enfermedad durante muchas fases es asintomática, por ello, añade, "puede ser más molesto ponerse las gotas varias veces al día que los síntomas de la enfermedad en sí".

## Consulta y laboratorio, cada vez más cerca

J.O. BARCELONA

Realizar diagnósticos rápidos y desde la propia consulta oftalmológica ya es posible gracias a las nuevas pruebas diagnósticas a través de test. De momento ha sido en dolencias como en conjuntivitis y en ojo seco donde han mostrado satisfactorios resultados. Muchas personas sufrirán un episodio de conjuntivitis a lo largo de la vida. Molestias como ojos enrojecidos, llorosos o legañosos son las más comunes, aunque en general la afección se cura sin dejar secuelas. Sus posibles causas son muy variadas: infecciosas, alérgicas, irritativas, incluso asociadas a enfermedades generales. Ante un cuadro inicial de conjuntivitis, los síntomas suelen ser poco indicativos de su origen. Entre los más frecuentes destaca el adenovirus, que produce una conjuntivitis muy contagiosa. Aunque ésta a menudo se cura incluso con simples lavados oculares, puede afectar a la córnea y dejar opacidades que reducen la visión y tardan meses en resolverse. Por tratarse de un virus, su diagnóstico en el laboratorio es complejo y no es raro que se recurra a tratamientos empíricos, que no siempre son los más acertados.

"Ante un ojo rojo es habitual que de entrada se dé un colirio con antibiótico más corticoide, lo cual puede, en caso de adenovirus, favorecer a que el problema se haga crónico y a la persistencia de infiltrados corneales", advierte Rafael Barraquer, director médico

del Centro de Oftalmología Barraquer de Barcelona. La aparición de un simple test llamado Adenoplus, permite en apenas diez minutos detectar la presencia de adenovirus en una muestra de la lágrima y orientar el tratamiento de forma precisa. Se evitan, de este modo, los riesgos de las terapias inespecíficas.

Aparte de identificar agentes infecciosos, las nuevas pruebas compactas se están aplicando en la detección de marcadores biológicos de diversas enfermedades. Otro ejemplo sería el del ojo seco, una de las causas de consulta oftalmológica que más ha aumentado en los últimos años. Aunque la mayoría de los casos de ojo seco son benignos, en ocasiones indican procesos sistémicos y pueden

**En las conjuntivitis por adenovirus, los corticoides pueden hacer que el proceso se convierta en crónico**

ser graves. En todo caso, su tratamiento debe ser prolongado y tiene múltiples facetas, desde las lágrimas artificiales hasta la cirugía en algunas situaciones.

La sequedad ocular hace que los párpados rocen con la superficie del ojo. Ello puede producir, además de irritación, una verdadera inflamación crónica. Cuando es-



Imagen de una queratitis por adenovirus.

to ocurre, la simple lubricación puede no bastar y hay que emplear antiinflamatorios o inmunomoduladores como la ciclosporina A. Para decidir este paso son útiles algunas pruebas de laboratorio, pero suponen una inversión económica y de tiempo. De nuevo, la aparición de test rápidos como el llamado Inflamadry permite detectar en la propia consulta ciertos marcadores inflamatorios en la lágrima del paciente. "Ante un tratamiento que puede ser de por vida y que requiera fármacos con potenciales efectos secundarios, disponer de un test que confirme objetivamente la presencia de inflamación facilita esa decisión", señala el especialista Barraquer.

Las nuevas pruebas compactas están llevando el laboratorio de análisis a la propia consulta. Y aunque aquél seguirá siendo un aliado necesario de la clínica, esta tendencia parece clara y en progresión. "Tener el laboratorio en el propio despacho permite un rápido diagnóstico específico y ayuda a decidir el mejor tratamiento con un claro beneficio para nuestros pacientes", concluye Barraquer.

Más información:



## Opinión



**SILVIA ONDATEGUI-PARRA**  
Socia, Life Sciences de EY

## Multicanalidad, también en salud

Si apenas ruido, pero a una velocidad desconocida, vamos incorporando a nuestras vidas cuantas posibilidades se ponen a nuestro alcance encaminadas a hacernos la vida más llevadera, o eso intentamos. Hoy podemos consultar productos y servicios en internet, seguir online el estado en que se encuentra lo que es objeto de nuestro interés, gestionar incidencias, modificar requerimientos y tiempos e, incluso, ponernos en contacto a través de las redes sociales con otros como nosotros o con los titulares de productos o servicios allá donde se encuentren. Y en tiempo real.

Y todo ello que ocurre en la vida normal y con especial incidencia en el terreno del consumo, también ocurre en otros sectores como es el de la salud, en el que los avances ligados a las nuevas tecnologías están siendo más significativos. Es curioso observar cómo barreras internas y externas que están observando organizaciones dedicadas a la salud para no aprovechar plenamente el potencial digital (eHealth), se tornan en inexistentes cuando de otras cuestiones se trata por ellos mismos (eConsumer).

En el campo de la investigación y desarrollo de nuevos medicamentos, tecnologías sanitarias y biotecnología se gestionan grandes bases de datos, lo que se conoce como big data, que debidamente cruzados con los datos de pacientes, ciudadanos e incluso poblaciones enteras aprovechando el potencial de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación permiten, no sólo diagnosticar y tratar mejor las enfermedades, sino incluso prevenir éstas siempre que a todo lo anterior incorporemos resultados en salud reales (Real World Evidence) de tal o cual acción.

Las organizaciones financiadoras tanto públicas, privadas (aseguradoras, etc.), como las prestadoras de estos servicios, en el sistema sanitario público y en el privado,

deben introducir más rápidamente de lo que lo han venido haciendo hasta ahora el modelo "multicanalidad", buscando principalmente la optimización de recursos frente a una cantidad inmanejable de datos, pero que adecuadamente utilizados son decisivos.

Tampoco los proveedores del sistema sanitario son ajenos a esta realidad ya que además de seguir investigando y desarrollando nuevos medicamentos más seguros y eficaces, deben aportar un nuevo valor a pacientes y sanitarios que los prescriben. Aquí los dispositivos móviles juegan un papel muy importante teniendo en cuenta el alto porcentaje de penetración de smartphones (mHealth) en nuestro entorno. Ambos son cada vez más inteligentes digitalmente hablando y permiten acceder a la información en tiempo real.

Todo ello en un contexto económico necesitado de hacer más con menos, obligado para ello de nuevos enfoques donde lo digital y el modelo "multicanalidad" son el eje vertebral. Los agentes que intervienen en la salud son muchos y con intereses diferentes, por ello este modelo de gestión permite centrar el contenido para el destinatario adecuado, mediante el formato idóneo en el momento óptimo y de la manera correcta. Y existe experiencia validada.

## Ventana del paciente "Foro Albert Jovell"

### Síndrome de Lynch, 80% de riesgo de padecer cáncer de colon

**MARIA RICART**

Presidenta de AFALynch, Asociación de familias afectadas por el síndrome de Lynch

Todas nuestras células tienen dos copias de cada gen, una del padre y otra de la madre. Normalmente, los genes reparadores funcionan por la expresión de las dos copias de éstos. En el síndrome de Lynch, una de las dos copias está inactivada en todas las células desde el nacimiento. Sin embargo, las células funcionan bien aunque solo tengan una sola copia. La segunda, podría fallar (principalmente en colon y en útero) a lo largo de la vida por factores que actualmente no se conocen. Entonces es cuando puede aparecer el cáncer, que es el principal problema de este síndrome. El Lynch es una condición hereditaria autosómica dominante, es decir, que existiría un 50% de probabilidad de transmitir la copia mutada a la descendencia, no necesariamente el cáncer.

Una persona afectada por el síndrome tiene un 80% de posibilidades de desarrollar un cáncer de colon y un 71% de desarrollar uno de endometrio, frente al 2% y 1,5% de riesgo en la población general. Además, las posibilidades de enfermar también son más altas y la esperanza de vida pue-

### Las posibilidades de enfermar también son más altas y la esperanza de vida puede ser reducida

de ser reducida. El ser conocedor de la enfermedad se traduciría en la posibilidad real de disminuir de forma muy significativa las cifras de aparición de tumores y/o de mortalidad asociadas a éstos.

Si técnicamente es posible reducir el riesgo de padecer uno o varios cánceres en las personas afectadas por el síndrome, nos preguntamos cómo es posible todavía que se den casos en los que la misma persona deba sufrir uno, dos, tres, cuatro o más procesos oncológicos y no despierte la sospecha de que pueda ser portadora de una mutación en el sistema MMR. La base del problema radica en un desconocimiento.

AFALynch nació para intentar llenar un vacío enorme que existía, y que existe aún, en nuestro país alrededor del síndrome. La comunicación entre los propios afectados, la transmisión de información entre profesionales y pacientes, la necesidad de ayuda psicológica en las distintas etapas, el conocimiento del síndrome por parte de las distintas administraciones públicas, son objetivos que pretendemos consolidar con el paso del tiempo. Hablamos con todas/os las afectadas/os que se comunican con nosotros, sobre todo a través de las redes o directamente a través del mail [afal.lynch@gmail.com](mailto:afal.lynch@gmail.com) todo el tiempo que ellas/os necesitan. La propia existencia de AFALynch es terapéutica. Uno de nuestros peores enemigos es la sensación de sentirnos muy solos ante el reto que significa tener el síndrome de Lynch.

## Odontología

Dientes correctamente alineados y encías perfectamente sanas son algunos de los cánones

### Aumentar la autoestima a través de la sonrisa

**IGNACIO RODRÍGUEZ BARCELONA**

Dicen que la sonrisa es el espejo del alma. Los especialistas coinciden, una sonrisa atractiva aumenta la autoestima y es la mejor tarjeta de presentación de uno mismo. Para conseguir y mantener una sonrisa ideal se deben plantear varios parámetros. El primero viene dado por los cánones de belleza de la sociedad actual y el segundo por la higiene bucal, para poder mantenerla a lo largo de los años. "Hoy en día los pacientes no sólo acuden a nuestras consultas porque les duela una muela, sino también porque desean tener una sonrisa perfecta", explica Jaime A. Gil, catedrático de prótesis dental de la Universidad del País Vasco.

Uno de los parámetros para conseguir la ansiada sonrisa es enseñar la encía al sonreír, "lo que se aprecia más es que se muestre entre dos y tres milímetros de encía y que ésta tenga un color rosa pálido, es decir, que no esté inflamada y que no haya sangrado", afirma José Nart Molina, especialista en periodoncia e implantes en Nart Clínica Dental de Barcelona. Además, también debemos mostrar los dientes, "al sonreír se deben ver los dientes superiores en toda su longitud, estar bien colocados y tener el color idóneo. Las palas deben tener una longitud en torno a 10 - 8mm de ancho. El incisivo lateral debe tener unas dimensiones armónicas con las del central e igualmente con las del canino", declara Jaime Gil.

Para tratar de conseguir todos los parámetros señalados, primero se debe realizar una jerarquía en cuanto al orden de tratamientos, de menor a mayor invasividad. Si el paciente lo que tiene son unos dientes de coloración poco apropiada, "el tratamiento menos invasivo consiste en realizar un blanqueamiento, que proporciona unos excelentes resultados y es muy fácil de realizar", explica el especialista Gil, también fundador y presidente de la European Academy of Esthetic Dentistry.

En segundo lugar habrá que analizar el correcto alineamiento de los dientes. El tratamiento para corregirlo es la ortodoncia. Actualmente el más solicitado es el Invisalign,

ya que no se aprecia a simple vista. El tercer paso es analizar qué cantidad de encía se visualiza cuando el paciente sonríe. "Aplicando una técnica muy sencilla de cosmética dental con un tratamiento quirúrgico de periodoncia, se recorta ligeramente la encía, ganando un milímetro de longitud de diente y restándolo a la encía", explica el profesor Gil. Por último, si resulta que al sonreír no se ve la estructura de los dientes superiores, "el tratamiento menos invasivo para alargarlos ligeramen-

### El fumador responde mucho peor al tratamiento de las encías respecto a las personas no fumadoras

te sería colocar unas carillas de cerámica, que sirven para alargar los dientes y hacerlos más visibles", apunta el odontólogo vasco.

Todas estas consideraciones estéticas carecen de sentido si la persona no se preocupa por mantener sus encías perfectamente sanas. Para ello es muy recomendable lavarse los dientes después de cada comida durante aproximadamente dos minutos. "Lo recomendable es utilizar un dentífrico con un alto contenido en flúor, superior a 2500 partes por millón", comenta José Nart. Asimismo, para mantener la salud gingival se recomienda, como mínimo, hacerse dos higienes dentales al año y realizar una revisión anual que incluya una toma de dos radiografías (aleta de mordida y ortopantomografía). Por último, el



tabaco es sumamente perjudicial para la salud bucal. "Ha quedado demostrado que el fumador corre el riesgo de tener más caries y demuestran tener más periodontitis. Además responden mucho peor al tratamiento de las encías, situándose al 50% de respuesta al tratamiento de lo que sería un paciente no fumador", advierte el especialista Nart.

Disfruta de  
una boca sana



Encuentra tu  
centro BQDC

[www.bqdc dentalcenters.es](http://www.bqdc dentalcenters.es)

Síguenos en:



[bqdc dentalcenters](https://www.facebook.com/bqdc dentalcenters)

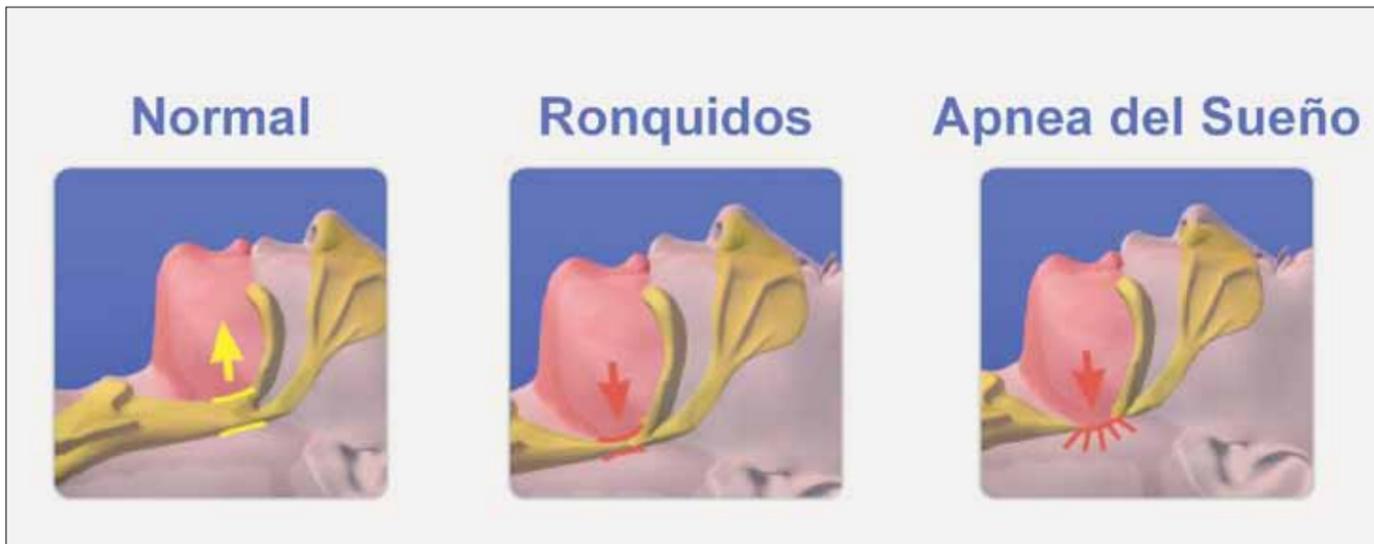


[@BQDentalcenters](https://twitter.com/BQDentalcenters)

## Neurología

# La apnea del sueño afecta hasta al 10% de la población

Roncar, despertarse de manera repentina o estar cansado durante el día son algunos de los síntomas de esta enfermedad



Esta patología está caracterizada por episodios repetidos de obstrucción del área faríngea, dando lugar a paradas de la respiración mientras se duerme.

I.R.

La apnea del sueño es una patología respiratoria muy frecuente que afecta al 7-10% de la población. En niños la incidencia está entre 1% y 3% y a partir de los 60 años se calcula que afecta al 20-30% de las personas. Cada vez son más los ciudadanos que conocen esta enfermedad y al comenzar a notar los primeros síntomas (roncar, la pareja note que deja de respirar y tener somnolencia o fatiga no explicada por otras causas) acuden a su médico para consultarle si pueden estar sufriendo apnea del sueño.

La apnea está caracterizada por episodios repetidos de obstrucción del área faríngea, dando lugar a paradas de la respiración mientras se duerme que provocan una alteración en la estructura del sueño, dejando de ser reparador. Estas pausas respiratorias conllevan una bajada de los niveles de oxígeno en sangre y en otros órganos llegando a causar comorbilidad. Es más frecuente en hombres obesos y en mujeres solo tras la menopausia.

La enfermedad está asociada a importantes patologías como hipertensión, cardiopatía isquémica o ictus, recuerda la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR),

que destaca, a su vez, su infradiagnóstico que llega al 80% de los casos.

Para conseguir un buen diagnóstico hay que entender un concepto de salud básico. Cuando una enfermedad es frecuente todos los niveles asistenciales deben de estar implicados y trabajar en red. Deben implicarse todos los hospitales, especialistas extrahospitalarios, médicos de familia y enfermeras. En la actualidad se están barajando nuevas opciones a tener en cuenta, aunque se precisan estudios científicos de gran calado y validación. Son las farmacias, afirma Josep María Montserrat, coordinador de la unidad de trastornos de sueño respiratorios del hospital Clínic

de Barcelona, y añade, "la farmacia ha evolucionado, ha pasado de vender sólo medicamentos a hacer otro tipo de cosas. Dentro de esta innovación, detectar el síndrome de apnea ayudaría mucho en la mejora del diagnóstico de esta patología". Según este profesional podría hacerse realizando unas simples preguntas como ¿Ronca?, ¿para de respirar por la noche?, ¿tiene más sueño de lo habitual? Pero en entidades o situaciones concretas. "El querer abarcar a toda la población probablemente es el inicio de un fracaso. Solo debe de hacerse en poblaciones concretas, al menos al inicio" declara el especialista.

Otro punto importante es el segui-

¿Ronca?, ¿para de respirar por la noche? Con preguntas como estas las farmacias podrían detectar la patología

miento del tratamiento cuando se detecta esta enfermedad. "Una vez que el enfermo está estabilizado, el control se puede hacer mediante varios sistemas y la farmacia podría conformar un elemento primordial en los casos simples, pero siempre y cuando los farmacéuticos estén bien formados, preparados y en consecuencia acreditados", afirma el especialista. Actualmente las farmacias no juegan el papel por falta de formación, "cuentan con la ventaja de que son cercanas pero les falta formación", advierte Josep María Montserrat y concluye, "estamos trabajando conjuntamente con el Dr. Burgos del Hospital Clínic para valorar e impulsar estas iniciativas. En Australia las farmacias debido a sus características distancias y población están muy desarrolladas con diagnósticos con transmisión telemática. Aquí aún queda tiempo, aunque no sólo es importante detectar, sino también que los pacientes cumplan el tratamiento".

## Una de cada veinte personas puede llegar a sufrir dolor de cabeza diariamente

Debido a cambios hormonales, las mujeres son las que más lo padecen aunque los hábitos de vida también influyen

GREGORIO LAVOREL MADRID

El dolor de cabeza es tan común como complejo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada veinte personas lo padece todos o casi todos los días. Su diagnóstico preciso resulta fundamental para su correcto tratamiento, aunque en la práctica no resulta sencillo. Existen más de 200 tipos de dolor de cabeza y en muchos de ellos no se conoce la causa. Mientras que la cefalea tensional es la más frecuente, la migraña es la más incapacitante.

Debido a los cambios hormonales, ellas son las que más lo sufren. Mientras que el índice de migraña en mujeres es de un 15%, en hombres, este porcentaje desciende al 8% de los casos. De hecho, existe un tipo de dolor denominado como "cefalea menstrual" que puede aparecer entre las 24 y 48 horas antes del inicio de la regla. A pesar de ello, los hábitos de vida son un aspecto fundamental que pueden intervenir en gran medida en la aparición de este problema. En este

Tipo de dolor de cabeza	Cómo reconocerlo	Tratamiento
Cefalea tensional	Dolor tanto en la parte superior como en ambos lados de la cabeza, puede confundirse con una afectación de las cervicales	Analgésicos como paracetamol o ibuprofeno. También es aconsejable darse un baño con agua caliente y dirigir el agua hacia la nuca.
Migraña	Dolor intenso llegando a afectar a un lado de la cabeza e incluso a toda ella. El dolor es repentino aunque antes se puede padecer alteraciones en la visión y/o náuseas. Se da en periodos variables tanto en frecuencia, duración como en intensidad.	El uso de fármacos como paracetamol, antiepilépticos y antidepresivos. Además ayudan los cambios en la alimentación y hábitos de vida.
Cefalea en racimo	Crisis de corta duración (hasta una hora) pero muy intensa concentrándose en los lados de la cabeza y alrededor de los ojos. Provocando hinchazón, enrojecimiento y lagrimeo de los ojos.	Tomando triptanes, vasoconstrictores e inhalando oxígeno puro.
Neuralgia del trigémino	Ardor repentino y muy intenso en la cara de hasta dos minutos.	Antidepresivos, antiepilépticos y relajantes.

sentido, saltarse comidas – que provoca una baja concentración de glucosa en sangre-, dormir poco; mucho o mal, padecer obesidad, llevar gafas mal graduadas o no beber la suficiente cantidad de agua son algunos aspectos que deben evitarse.

**¿Dolor?**

Este es tu **Gelocatil**

El dolor se irá en un **¡Puff!**

anep Paracetamol. Lea las instrucciones de este medicamento y consulte al farmacéutico. ferrer

## Oncología

# Más precisión, rapidez y comodidad en el diagnóstico de cáncer colorrectal

La biopsia líquida permite mediante una muestra de sangre saber el estado de mutación del gen RAS en apenas tres días desde su realización

S.L.

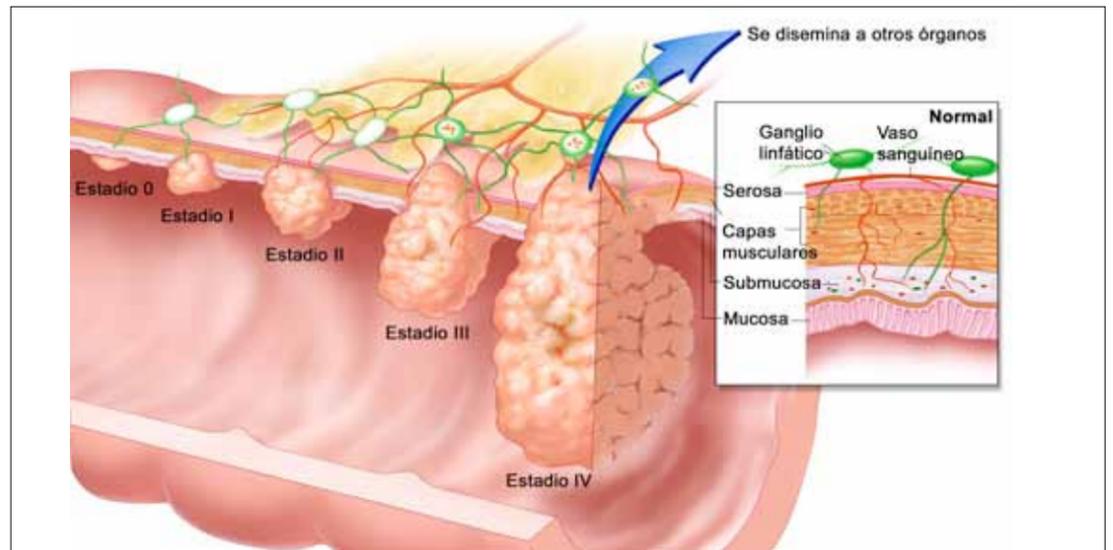
Cierto es que ya era posible saber cómo se iba a responder al tratamiento antes de iniciarlo en personas con cáncer colorrectal en fase de metástasis, pero cierto es también que una nueva técnica llamada biopsia líquida ha aportado, según los especialistas, notables ventajas. Ésta permite, además de evitar el quirófano y ser mucho más rápida y sensible, solucionar el problema de la heterogeneidad celular en el seno del tumor. "Tenemos el medio idóneo para conocer el estado de mutación global del tumor y no de una única metástasis o de la lesión en concreto, como sucedía hasta ahora con la biopsia de tejido", afirma César García-Rey, gerente médico de oncología del grupo Merck en España. El Vall d'Hebron Instituto de Oncología de Barcelona es el primer centro del mundo en acoger esta nueva técnica.

Los pacientes con cáncer colorrectal metastásico pueden responder de diferente forma a los tratamientos. Un factor primordial es conocer el estado de mutación del gen RAS (KRAS y NRAS). "Un gen RAS mutado responde peor a los tratamientos con anticuerpos monoclonales antiEGFR (contra el receptor

del factor de crecimiento epidérmico)", advierte el especialista. Saberlo y personalizar el tratamiento es importante porque, añade, "en los primeros meses es cuando mayor respuesta vamos a poder conseguir y ello condiciona el futuro del tumor". A pesar de que esto ya se conseguía con la biopsia de tejido convencional, la nueva técnica

**La técnica cuenta con una sensibilidad 500 veces mayor respecto a la biopsia de tejido**

ha permitido ir varios pasos más allá. No sólo detecta la mutación del gen RAS con mayor sensibilidad, sino que permite distinguir entre la gran heterogeneidad en cuanto a la mutación de dicho gen en las diferentes lesiones del tumor o incluso dentro de una misma lesión. "Cuando se hace una biopsia de tejido de una única metástasis de hígado, por ejemplo, el resultado de esa zona biopsiada puede ser distinto del estado RAS de otra lesión. En este sentido, puedes creer que el sujeto es de un tipo de RAS cuando en realidad no lo es. Esto ya se puede evitar mediante



El tumor colorrectal es el tercer tipo de cáncer más común a nivel mundial, en concreto, se detectan más de 1,36 millones de nuevos casos al año.

la biopsia líquida", apunta el especialista. Asimismo, esta técnica cuenta con una sensibilidad 500 veces mayor respecto a la convencional, pues es capaz de detectar una única molécula de ADN con el gen de RAS mutado de entre 10.000. "Se trata de la herramienta más sensible que tenemos en oncología", afirma el oncólogo.

Aparentemente todo parecen ventajas. No sólo es más sensible y precisa, también ahorra tiempo y resulta una técnica más cómoda para el paciente.

Mientras que con la convencional se tardan entre 7 y 15 días en obtener los resultados, con la biopsia líquida la espera se reduce a no más de tres días. Además, ya no es necesaria la intervención quirúrgica, sino que la prueba consiste en realizar una simple extracción de sangre. Por lo tanto, asegura César García-Rey, se evitan las complicaciones derivadas de una cirugía, como la posible hemorragia, hematoma, infección, fístula o el frecuente dolor, por ejemplo.

El tumor colorrectal es el tercer tipo de cáncer más común a nivel mundial, en concreto, se detectan más de 1,36 millones de nuevos casos al año y su incidencia, según la Asociación Española Contra el Cáncer, va en aumento en los países desarrollados. Con la biopsia líquida, concluye César García-Rey, "estamos a las puertas de lo que podría ser un cambio de paradigma en el manejo de los pacientes con cáncer colorrectal y posiblemente su uso también se extienda a otros tipos de tumores".

## El 60% de los pacientes con tumor necesitarán regularmente tratamiento para el dolor

Las indicaciones de los signos y los síntomas clínicos determinan una combinación farmacológica o la estrategia terapéutica inicial a adoptar

J.S. BARCELONA

Generalmente, la mayoría de las personas que padecen un tumor, padecerán dolor en algún momento del proceso. Eso se debe, principalmente a que por crecimiento o invasión, el cáncer afecta a terminaciones nerviosas encargadas de dar la señal de alarma y provocan inflamación de los tejidos dañados. Aproximadamente el 60% de los tumores necesitará tratamiento analgésico con fármacos que, de manera progresiva, incluirán antiinflamatorios, opioides débiles y coanalgésicos. Cuando el dolor es de intensidad moderada a severa, se requieren opioides potentes tipo morfina y derivados. No obstante, el director de la cátedra de cuidados paliativos de la universidad de Vic, Xavier Gómez Batiste, apunta acerca de la importancia que tiene cada vez más el estado emocional y anímico para la percepción del dolor, "hace tiempo que se descubrió que las personas que no

cuentan con apoyo familiar y están con un estado emocional bajo, tienen una percepción más intensa del dolor respecto a los que sí que tienen apoyo familiar, el tratamiento del dolor debe ser, en este sentido, integral".

La frecuencia de dolor aumenta cuando hay más extensión de la enfermedad. En las fases iniciales, la frecuencia

**El estado de ánimo también influye en la percepción de esta desagradable sensación**

del dolor es del 20-30%, mientras que cuando está en etapas de metástasis esta frecuencia aumenta a un 70-80% de los casos. También varía en función de los órganos a los que lesione la metástasis. "La afectación de los huesos produce fracturas y es mucha más dolorosa que la metástasis en el pulmón,

por ejemplo", afirma el especialista Gómez Batiste. Los casos más complejos son evaluados desde un punto de vista multidisciplinar por los diferentes profesionales implicados. No existe un medicamento opioide o analgésico que actúe por todas las vías posibles del dolor. Por ello, el tratamiento va dirigido por las indicaciones de los signos y síntomas clínicos, que proporcionan una información que determinará una combinación farmacológica o la estrategia terapéutica inicial, intentando emplear la farmacoterapia más específica y selectiva posible. En la actualidad, cerca del 10%, ya sea por intolerancia o por ineficacia de los tratamientos previamente realizados, acaba necesitando una técnica intervencionista, un 20% si sólo se tienen en cuenta los pacientes hospitalizados. Las más relevantes consisten en administrar los mismos fármacos opioides mediante bombas de infusión cerca de las vías que transmiten la sensación de dolor, en concreto alrededor de los nervios de la médula espinal, lo que permite reducir considerablemente

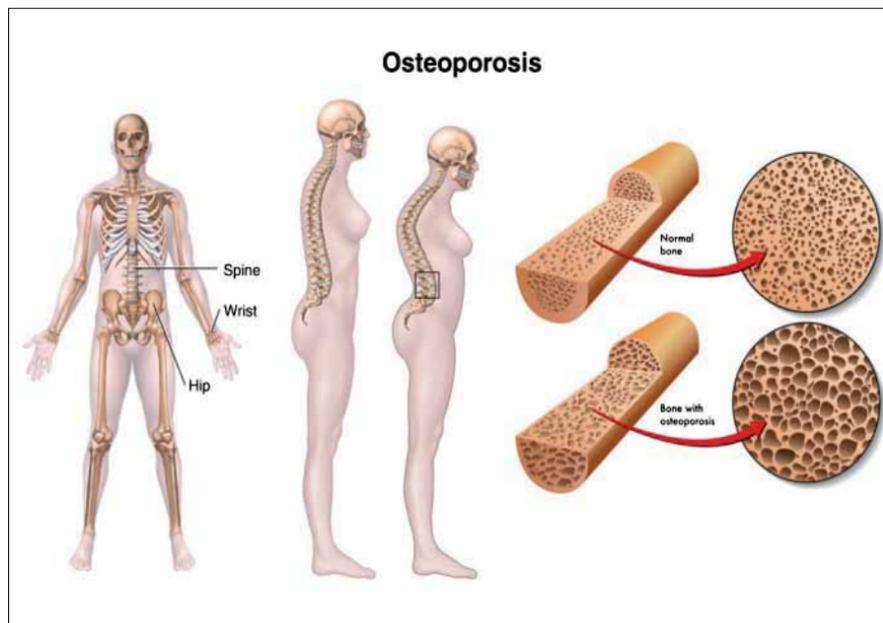
la cantidad de opioides que el paciente recibe, a la vez que se disminuye significativamente los efectos secundarios. Por otro lado, los bloqueos nerviosos periféricos, en los que se administran fármacos anestésicos locales o agentes neurolíticos, con inhiben (duermen) localmente la sensación dolorosa sin afectar al resto del cuerpo durante un tiempo variable.

A pesar de ello, el especialista Xavier Gómez advierte que no debe olvidarse de que la percepción del dolor es un aspecto somatopsíquico. Es decir, no sólo depende del estado somático, sino también del estado emocional que tenga el paciente. "Cuando nos planteamos el tratamiento del dolor de manera integral y comprensiva, no sólo tenemos que tratar la causa principal, sino también las adyacentes", apunta. De este modo, añade, para aquellas personas que no cuentan con apoyo familiar, existen servicios ofrecidos por voluntarios y que pueden ayudar en gran medida a que el dolor sea percibido de manera menos intensa.

## Osteoporosis

# Dos millones y medio de mujeres en España padecen osteoporosis

Según la OMS, el 40% de las mujeres mayores de 50 años sufrirá alguna fractura debido a la enfermedad



INÉS OSORIO BARCELONA

Se calcula que alrededor de dos millones y medio de mujeres en España padecen osteoporosis, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su incidencia más alta, advierten los especialistas, es especialmente después de la menopausia debido a la falta de estrógenos. La consecuencia más grave es la fractura. Además de causar dolor, puede crear incapacidad para realizar labores cotidianas y, en casos graves en edades avanzadas, puede provocar incluso la muerte. Según la OMS, el 40% de las mujeres mayores de 50 años sufrirá alguna debido a la osteoporosis.

Es entre los 20 y 30 años cuando se completa el proceso de mantenimiento de la ma-

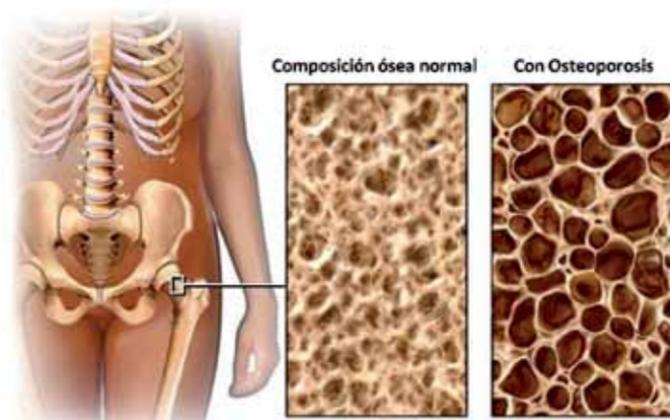
**Entre los 20 y 30 años es cuando se completa el proceso de mantenimiento de la masa ósea**

sa ósea. A partir de ese momento es cuando empieza a degenerarse la densidad, concretamente la disminución anual comienza a ser entre un 0,3 y un 0,5%. Asimismo, esta degeneración se acentúa aún más en las mujeres después de la menopausia. El motivo, la bajada de estrógenos. Durante el climaterio, ellas dejan de producirlos, de

manera que la masa ósea queda desprotegida. "El 80-85% de la masa ósea que nosotros podemos tener nos la da la herencia genética, en el porcentaje restante intervienen otros factores como los hábitos de vida", afirma Luis del Río, consultor del departamento del servicio de radiología del Hospital Sant Joan de Déu.

Aunque la genética juega un papel importante, los hábitos de vida tienen una gran influencia. Llevar una vida saludable es clave, y la nutrición, junto a la práctica diaria de ejercicio, representa un factor crucial. Aportar una cantidad adecuada de calcio y vitamina D a lo largo de toda la vida es fundamental para una buena salud del metabolismo óseo. El aporte de calcio se puede adquirir fácilmente a través de algunos alimentos.

Los lácteos y derivados (como los yogures), las aceitunas, los frutos secos, especialmente almendras, y los pescados con raspa, como los boquerones, por ejemplo, son algunos de los alimentos que deberían añadirse a la dieta de forma habitual. Pero para que ese calcio se absorba es esencial el aporte de vitamina D. Los especialistas recomiendan, además de tomar el sol de manera controlada sin protección unos 20 minutos al día, aportar la vitamina D en nuestra dieta. Los pescados azules, como sardinas, atún o anchoas, el queso, el salmón o las ostras son algunos de los pocos alimentos ricos en esta vitamina. Además, todas estas pautas se deben complementar con ejercicio físico diario. Los deportes que se realizan contra la gravedad son los más recomendados y, de ellos, caminar es, sin duda, la mejor opción.



## Reumatología

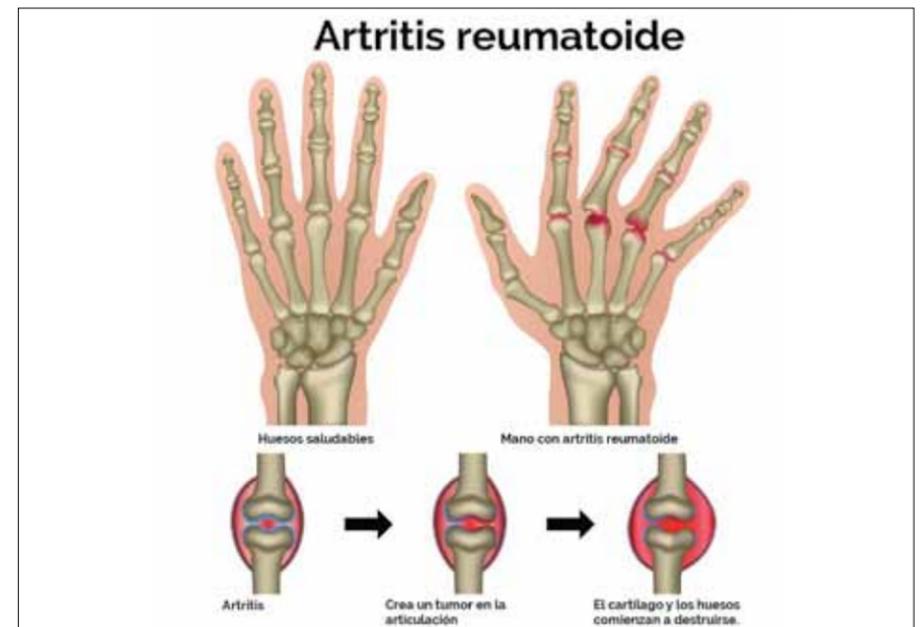
# Más de 200.000 personas padecen artritis reumatoide

Un diagnóstico temprano consigue una buena calidad de vida, pero uno tardío puede generar discapacidad

S.L.

“Las especies que sobreviven no son las más fuertes, ni las más rápidas, ni las más inteligentes; sino aquellas que se adaptan mejor al cambio”, esta célebre frase del naturalista Charles Darwin bien la conocen las personas que como Antonio Ignacio Torralba padecen una enfermedad crónica y han tenido que adaptar sus vidas para convivir con dicha patología que, en el caso de Torralba, es la artritis reumatoide (AR). Según datos de la Sociedad Española de Reumatología (SER), actualmente hay más de 200.000 personas diagnosticadas de AR en nuestro país y cada año se detectan 20.000 casos nuevos. Una detección que, desgraciadamente, suele ser tardía en la mayoría de los casos y condiciona claramente el pronóstico de la enfermedad. Antonio I. Torralba tuvo claro su objetivo después de verse obligado a

los 30 años. A pesar de ser la enfermedad reumática más común, sigue siendo una gran desconocida. Y los profesionales advierten, cuanto antes se detecte mejor será el pronóstico, pues puede evitar lesiones que, una vez producidas, son irreversibles. Lo ideal, en este sentido, es hacerlo antes de los tres meses desde su aparición, pues no sólo puede conseguirse su remisión sino que además- aunque el porcentaje es mínimo- puede llegar a lograrse su curación. “La posibilidad de que la enfermedad remita totalmente es mayor cuanto antes se detecte. Incluso hablamos de remitir sin tratamiento”, afirma Alejandro Balsa, jefe de sección de reumatología del Hospital La Paz de Madrid. A pesar de ello, la realidad es bien distante. De media una persona tarda cerca de diez meses en saber que padece AR. Una de las causas que explica este retraso en el diagnóstico es la sintomatología confusa. Los síntomas pueden ser muy leves, con dolores



dejar su profesión debido a la enfermedad, ayudar a otras personas a detectar de manera precoz esta patología. Ahora, como presidente de la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis), aporta su grano de arena advirtiendo, “la AR

**La AR puede aparecer a cualquier edad, aunque suele ser más frecuente que irrumpa hacia los 30 años**

es una enfermedad grave que puede generar discapacidad, pero que, paradójicamente, si se detecta a tiempo, puede conseguirse una buena calidad de vida e incluso entrar en fase de remisión”.

La AR es una enfermedad inflamatoria crónica y de naturaleza autoinmune. Causa la inflamación de las articulaciones y de los tejidos circundantes y, en algunos casos, puede dañar órganos y sistemas como el corazón, el pulmón o el riñón. Puede aparecer a cualquier edad, aunque suele ser más frecuente que irrumpa en pleno desarrollo profesional de una persona, es decir, hacia

articulares difusos, pequeñas hinchazones o rigidez, por ejemplo. “Una AR en fase inicial debe tratarse como una urgencia”, apunta el especialista Alejandro Balsa, también coordinador del grupo de trabajo de artritis de reciente comienzo de la SER.

Una vez diagnosticada la enfermedad, el sentimiento de rechazo suele ser frecuente. Antonio I. Torralba insiste en que la relación médico paciente es fundamental en el manejo de la enfermedad, algo que se apoya y fomenta desde las asociaciones de pacientes como es ConArtritis. El profesional debe explicar la función que tiene el medicamento y el paciente debe entender que los síntomas adversos que puede sufrir al principio son para conseguir una buena calidad de vida. Además, con el paso del tiempo la persona puede ir disminuyendo la dosis de tratamiento, como ha sido el caso de Antonio I. Torralba, quien después de más de 20 años conviviendo con la enfermedad, ha conseguido reducir las dosis. Porque, él bien sabe que, “Las especies que sobreviven, [...] son aquellas que se adaptan mejor al cambio”. Y su éxito ha sido fruto, concluye, “de haber aprendido a convivir con la patología”.

## Entrevista

CARMEN VELA, SECRETARIA DE ESTADO DE I+D+i

# “No podemos cuantificar la fuga de cerebros, pero sí tenemos un plan para retener a nuestros investigadores”

JOAN OLIVA. BARCELONA

Carmen Vela, bioquímica de formación, secretaria de Estado de I+D+i, está convencida de que el país ya ha atravesado el punto de inflexión económica que permitirá dotar de más recursos y controles de eficacia a las políticas de investigación, innovación y desarrollo en España en los próximos años. Insiste, no hay que denostar lo que tenemos, sino dar a conocer el verdadero potencial de la producción científica española: nuestro país sigue ocupando la décima posición internacional, con un 3% de la producción - “Si analizamos además las 68 mejores revistas científicas del mundo, y es un estudio que hizo Nature, estamos en el octavo lugar del ranking internacional”.

**Pregunta.** En España la investigación pública es la que tradicionalmente ha arrastrado al conjunto de la investigación científica, pero en el último año la privada la ha superado en importe.

**Respuesta.** Es una buena señal. Uno de los objetivos de Europa en financiación es que la I+D privada suponga las dos terceras partes del total. En los países más avanzados, ésta puede llegar a superar hasta el 80%.

**P.** Los objetivos que marca la UE para cada país, en términos de recursos para investigación, son del 3% del PIB. Aquí estamos en el 1,24%.

**R.** Llegar al 3% es el objetivo que tenemos marcado en la Estrategia Española de Ciencia y Tecnología y de Innovación 2013-2020, un reto complicado por la situación en la que nos movemos. Requiere de más fondos, tanto privados como públicos, así como de reformas estructurales dentro del propio sistema que haga que la utilización de los fondos sea más eficiente.

Además, estamos proponiendo una agencia para la investigación que podría ser realidad este año. El objetivo es que los fondos puedan manejarse con un me-



Carmen Vela en un momento de la entrevista en Barcelona.

yor criterio y que no sea solo el de la anualidad, sino que tengan más flexibilidad.

**P.** La investigación en España ha sufrido un recorte de casi el 40% del presupuesto de la Administración en los últimos años...

**“En 2015 la tasa de reposición de investigadores va a ser del cien por cien”**

**R.** Ha habido una disminución muy importante. Desde 2009 a 2014 el presupuesto para investigación estuvo cayendo constantemente. Desde los recursos pre-

supuestarios para Secretaría de Estado, el año 2014 fue el primero en que el presupuesto ha tenido una inflexión. Durante el año pasado hubo un cambio sustancial con un incremento presupuestario de 140 millones que cambia la tendencia y es la línea que queremos seguir.

**P.** ¿No habrá este año más recortes en los principales centros públicos de investigación de referencia del país?

**R.** Por ejemplo, en el Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO) nos encontramos con un problema de endeudamiento. Ha supuesto un gran esfuerzo devolver créditos en algunas instituciones. Otro centro como es el CNIO no tiene ningún problema desde el año pasado. Trabajamos conjuntamente con todos los estamentos para buscar la mejor opción y, ahora mismo, después de una aportación presupuestaria está en

perfecto estado, como lo está el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

**P.** ¿Cuánto dedicamos a investigación pública?

**R.** Ahora mismo está en algo más de 6.400 millones de euros, de los que casi 2.500 son capítulo 7 (ayudas directas) y el resto son créditos, que son muy útiles para empresas y para este tipo de instituciones.

**P.** En España trabajan unos 123.000 investigadores, 64% en el sector público, el resto, sector privado. Como consecuencia de la crisis, se destruyeron casi 11.000 puestos de trabajo a tiempo completo en investigación. ¿Se va a destruir más empleo en I+D+i?

**R.** No, sin lugar a dudas. Sí que podemos decir que estamos en un tiempo muy importante de inflexión. Parte de esos números se deben a que desde el año 2009 las tasas de reposición, es decir, la cantidad de personas que se jubilan y las que se incorporan, han distado mucho de ser del 100%... Eran tasas de reposición del 30%, 15% y desde el año 2011 hasta el 2015 han sido del 10%. Es verdad que ha habido, y estamos hablando del sector público, un escaso incremento de personal.

Esto cambia radicalmente en este año 2015. En la Ley de Presupuestos, las cinco profesiones especiales en las que había habido una tasa de reposición de apenas el 10% (en el resto de la función pública ha sido del 0%), cambian al 50%. Y para nosotros, esto tiene dos ventajas: la tasa de reposición de investigadores va a ser del 100%. Además, en otras tasas de reposición, por ejemplo en universidades, va a ser del 50%, y el 15% de ese 50% tiene que ser para investigadores Ramón y Cajal.

**P.** ¿Tenemos cifras sobre la fuga de cerebros en España?

**R.** Lo primero que hay es un plan para que eso no se produzca. No podemos cuantificar la fuga de cerebros, pero sí tenemos un plan para retener a nuestros investigadores.

## Calidad de vida

## Tener siempre batería en el móvil, una realidad

REDACCIÓN BARCELONA

La capital catalana se ha consolidado como la primera ciudad de España y la segunda a nivel europeo en instalar en sus calles los *Street Charge*. Se trata de dispositivos que permiten la recarga de móviles en el espacio público, de forma gratuita y eficiente energéticamente. Esta iniciativa municipal, llevada a cabo por la empresa Etreus Tech, de momento ya ha instalado un total de tres cargadores públicos. Dos en Plaça de les Glòries y uno en Sant Cugat y está previsto que se implanten también próximamente en zonas como Passeig de Gràcia, Avenida Diagonal y Passeig Marítim.

Estos dispositivos son autosuficientes energéticamente mediante luz solar. Para ello,

están equipados con paneles solares que captan la energía y con baterías de litio, que la almacenan. De esta forma, podrán utilizarse también por las noches o en los días nublados. Funciona igual de rápido que un cargador enchufado a la corriente eléctrica, un minuto equivale a un 1% de carga. Asimismo, el *Street Charge* puede abastecer hasta seis móviles al mismo tiempo. Contiene cables USB, micro USB, así como para Iphone 4 y 5.

Barcelona es la ciudad española con mayor número de usuarios de telefonía, ya que más del 65% de sus ciudadanos poseen un smartphone. Por su parte, España es el segundo país del mundo con mayor penetración de estos dispositivos. Cerca de 152 veces al día es lo que consulta un ciudadano su móvil y el 80% de personas con un smartphone necesita cargar su batería en el algún momento del día.

## Salud digestiva

## Un 70% de la población sufre mala digestión

I.O.

Gases, acidez estomacal, estreñimiento, digestiones pesadas o intolerancia a algunos alimentos suelen ser los principales síntomas que indican que se tiene una mala digestión. Problema que actualmente afecta a un 70% de la población. Las causas de dicha afección son varias, desde el estrés hasta una mala situación familiar.

Para paliar este problema, los especialistas insisten, además de seguir unas pautas de vida más saludables y menos estresantes, mantener una alimentación variada y rica en fibra. Según la Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD), la fibra dietética o alimentaria es un componente importante de

la dieta y debe consumirse en cantidades adecuadas. A pesar de que en España se consume menos fibra del que se recomienda, diferentes estudios demuestran que existe una relación directa entre el consumo de este carbohidrato con una clara mejoría en la salud digestiva. De este modo, se recomienda ingerir diariamente una cantidad de 25-30g. No obstante, la FEAD recuerda la importancia de aumentar el aporte de la fibra de manera gradual para evitar un posible malestar abdominal y flatulencias. Los lácteos fermentados con bifidobacterias también son grandes aliados en lo que a salud digestiva se refiere. Contienen las mismas bacterias que se encuentran de forma natural en el intestino humano y, de este modo, las refuerza y ayudan a modificar el sabor y la textura de los alimentos convirtiéndolos más suaves y menos ácidos.

## Dependencia

# La mitad de las complicaciones en personas mayores se debe al exceso de medicación

Debería prescindirse de aquellos fármacos que no presenten beneficios a corto plazo y, además, afecten de manera significativa a la calidad de vida de los pacientes

S.L. BARCELONA

**A**lrededor del 11% de la población mayor de 65 años toma más de cinco medicamentos diarios, es decir, están polimedificados. Los especialistas advierten que no siempre es mejor el remedio que la enfermedad. A pesar de que España es el segundo gran consumidor de medicamentos a nivel mundial, las cifras son claras: el 50% de las complicaciones que se tienen en edad avanzada se deben al exceso de medicación. Las más frecuentes suelen ser las caídas. En personas mayores se producen unas alteraciones debido a la polimedicación. "Un medicamento interacciona con otro, aumentando sus efectos y éstos pueden ser más perjudiciales que beneficiosos a corto plazo, debemos valorar si realmente son necesarios todos los fármacos", apunta David Curto, jefe de gestión asistencial de Sanitas Residencial.

Los objetivos de una medicación varían en función de la etapa de vida en la que se encuentre la persona. A medida que envejecemos las condiciones físicas de los órganos también lo hacen y, en consecuencia, la manera en que el cuerpo tolera los fármacos también varía. De este modo, explica Curto, en personas mayores debería prescindirse de aquellos fármacos que no presenten beneficios a corto plazo, pues además de afectar a su



calidad de vida, pueden provocar efectos adversos. "Una medicación efectiva para una patología concreta (control de hipertensión o de insuficiencia cardiaca) puede provocar excesiva hipotensión y que este paciente se caiga al suelo, con riesgo de fractura de cadera, por ejemplo", advierte. Asimismo, la polimedicación no sólo puede presentar consecuencias adversas debido a la interacción de los fármacos. Está demostrado que en población de edad avanzada, el exceso de medicamentos puede provocar una disminución de la adherencia al tratamiento.

Cierto es que la polimedicación no es buena, pero cierto es también que en ningún caso debe prescindirse de los fármacos de manera autónoma y sin consultar a un especialista. Éste, para valorar la necesidad de los fármacos utilizará, además de los criterios a nivel europeo STOPP-START, datos de las condiciones clínicas del paciente y datos sobre la evidencia científica existente respecto a los diferentes tratamientos. Actualmente no existe un número de medicamentos máximo por persona. Uno de los principales problemas es que cada patología es valorada por

un profesional diferente y en muchas ocasiones no existe una valoración global de la salud del paciente. "Es recomendable que en los centros geriátricos exista la figura de un coordinador que valore de manera conjunta la salud de los pacientes", afirma el profesional de Sanitas. Otro problema, añade, es que la sociedad es muy demandante de tratamientos, "en muchas ocasiones, no entendemos que alguna

**La figura del médico en un centro geriátrico es clave para coordinar la salud global del paciente**

patología no requiera medicamentos y si un médico no prescribe un fármaco a una demanda clínica, la gente tiende a pensar que ese médico no sabe". De este modo, explica, si cada especialista prescribe en función de cada patología, puede provocar que los medicamentos interfieran entre ellos y provoquen efectos secundarios no previstos. "Desafortunadamente, nos encontramos ante un grupo poblacional con una esperanza de vida reducida, donde, quizás lo primordial no sea mejorar cada patología, sino que lo verdaderamente importante sea que esa persona tenga la mejor calidad de vida hasta el final", concluye David Curto.

## Nefrología

La necesidad de acudir a un centro provoca que muchas personas vean, de forma errónea, limitada su vida y desplazarse se convierta en una actividad arriesgada

# La diálisis no es una limitación para viajar

J.M. BILBAO

**M**ientras millones de españoles han disfrutado de unas merecidas vacaciones durante la ya terminada Semana Santa, para muchos otros, visitar otra ciudad es toda una aventura. Para aquellos que necesitan un tratamiento constante, como los que padecen insuficiencia renal crónica, viajar puede resultar una tarea que no se limita simplemente a escoger destino y hotel, sino que además deben gestionar trámites burocráticos para asegurarse que durante los días de su escapada su salud no les juega una mala pasada. Actualmente, hay unos cuatro millones de personas que padecen la Enfermedad Renal Crónica (ERC) en nuestro país y 50.000 necesitan tratamiento sustitutivo. Se calcula que un 50% se tratan mediante diálisis, un 45% mediante hemodiálisis y un 5% mediante diálisis peritoneal, según la Sociedad Española de Nefrología (SEN) y la Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

La hemodiálisis es un tratamiento igual de importante como necesario, pues permite depurar de "forma artificial" lo que el riñón, en condiciones normales, haría sin problema. "Normalmente el tratamiento se realiza tres días a la semana, durante un tiempo medio de cuatro horas diarias,

en las que se filtran entre 70 y 80 litros de sangre", explica Teresa Martínez, área manager de Andalucía y Galicia del grupo Diaverum, primer grupo independiente europeo de diálisis con más de 22.000 pacientes en todo el mundo.

La necesidad de acudir a un centro para recibir el tratamiento provoca que muchos vean, de forma errónea, limitada su vida y viajar se convierta en algo arriesgado. La falta de información es el principal inconveniente. "Muchos tienen miedo de no poder ser capaces de organizarlo todo, porque no sólo es el viaje, sino que

**50.000 personas con ERC necesitan tratamiento sustitutivo en nuestro país**

también deben gestionar tanto el alojamiento como el centro de tratamiento. Nuestro papel es tratar de eliminar, en la medida de lo posible, todas las trabas burocráticas que puedan existir, para que viajen sin ningún temor o preocupación", explica Paulina Walkowiak, responsable del programa de diálisis vacacional a nivel nacional también de Diaverum. Éste, atiende a 2.700 enfermos y permite la movilidad para seguir el tratamiento en



las mejores condiciones durante las vacaciones. A nivel estatal cuenta con un total de 29 centros situados principalmente en zonas turísticas como Pineda de Mar, Oropesa, Vinaroz, Castellón, Motril, Torremolinos, Málaga, Torre del Mar, Estepona, Huelva y Villagarcía, entre otros. "En aquellas zonas donde no tenemos centros, nos encargamos de buscar la clínica más cercana y encontrar todas las alternativas para que el paciente pueda recibir su tratamiento", apunta Paulina Walkowiak. Además, añade Teresa Martínez, "también mantenemos

el contacto con los centros a los que van los pacientes para que haya un seguimiento a nivel médico".

El perfil del paciente suele ser una persona mayor de 65 años y que ya no es candidata a realizarse un trasplante. Muchos son en un inicio reacios a la idea de viajar, cuentan ambas especialistas. Pero una vez lo hacen, generalmente repiten. "Son tantas sus ganas de volver a viajar, que muchas veces me dicen las fechas en las que quieren hacerlo con dos años de antelación para que se lo gestionemos", concluye Paulina Walkowiak.