



Detectar intolerancia a la lactosa con un análisis de orina

Se trata de una prueba no invasiva que solo requiere tomar previamente un tipo de azúcar sintético

Se calcula que en España, alrededor de un 20 y 40% de la población sufre algún grado de hipolactasia

INÉS OSORIO

El 75% de la población mundial padece hipolactasia, problema más conocido como intolerancia a la lactosa. Para detectar esta afección, son varios los métodos existentes, pero el más reciente es el test de gaxilosa. Se trata de una prueba no invasiva y que simplemente requiere que el paciente tome un tipo de azúcar sintético (que es un análogo sintético de la lactosa) para posteriormente analizar la orina y detectar, de este modo, si padece o no esta afección.

El azúcar sintético en cuestión es 4-galactosil-xilosa, cuya Denominación Común Internacional (INN por sus siglas en inglés) es Gaxilosa. Este disacárido sintético, sustrato de la lactasa intestinal, es hidrolizado por esta, resultando en dos productos fisiológicos: galactosa y xilosa.

Niveles bajos de xilosa en orina se asocian a una baja actividad de la lactasa

La galactosa se transforma en glucosa en el hígado. La xilosa, sin embargo, que es absorbida de forma pasiva, un 50% es metabolizada de forma endógena mientras que el resto va apareciendo en la sangre y finalmente es excretada por la orina. De este modo, la cantidad de

xilosa en orina y en sangre se correlaciona con la actividad enzimática de la lactasa intestinal y, por tanto, niveles bajos de xilosa en orina se asocian a una baja actividad de la lactasa, factor principal que da lugar a la intolerancia.

La sensibilidad y especificidad de esta prueba es mayor al 90% y, a pesar de que no ofrece información acerca de la tolerancia (pues no existe una correlación entre el grado de malabsorción con el grado de intolerancia clínica) sus ventajas respecto a otros métodos diagnósticos es su sencillez de aplicación y la ausencia de molestias en el paciente. Además, se trata de una herramienta diagnóstica que no solo parece ser espe-

cialmente útil en la detección de la hipolactasia, sino que también resulta una herramienta eficaz para evaluar la integridad funcional de la mucosa intestinal, la enfermedad celíaca o infecciones intestinales, por ejemplo.

En España, entre el 20 y el 40% de la población sufre intolerancia a la lactosa, según fuentes de la Fundación Española del Aparato Digestivo (FEAD).

Esta afección tiene diferentes orígenes, pero la causa más frecuente es de tipo genético y progresivo y suele aparecer a partir de los dos años de edad, pues la

actividad de la lactasa desciende bruscamente. No todas las personas padecen el mismo grado de intolerancia, ni todos los alimentos contienen la misma cantidad de lactosa. Los quesos curados y, sobre todo, los productos lácteos fermentados como el yogur son más aconsejables para las personas intolerantes, pues durante su proceso de elaboración las bacterias encargadas de fermentar la leche (*Streptococcus thermophilus* y *Lactobacillus bulgaricus*) generan la enzima lactasa, ayudando a la asimilación de la lactosa y a la digestión, tal como indica Lluís Asmarats, jefe del servicio de medicina interna de la Clínica Sagrada Familia.

PROCEDIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DEL TEST DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO ESPECIALISTA	PREPARACIÓN	ADMINISTRACIÓN DE GAXILOSA	RECOLECCIÓN DE ORINA	MEDIDA DE XILOSA	COMPARACIÓN CON VALORES DE REFERENCIA
<ul style="list-style-type: none"> Medicamento diagnóstico, requiere receta Solicitud de analítica a laboratorio 	<ul style="list-style-type: none"> Ayuno (8 horas) Vaciamiento de la vejiga 	<ul style="list-style-type: none"> 1 sobre de 0,45 gramos de gaxilosa disuelto en agua 	<ul style="list-style-type: none"> Recolectar la orina excretada en las siguientes 5 horas 	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la cantidad total de xilosa excretada en orina (concentración x volumen) 	<ul style="list-style-type: none"> Por debajo de los valores de referencia el paciente se considera intolerante



INDUSTRIA

La innovación farmacológica, clave en el cuidado de la salud

La industria farmacéutica invierte al año más del 17% de su facturación en I+D en nuestro país

J.S.LL.

La industria farmacéutica invierte en Europa cada año en investigación 33.737 millones de euros (más del 17% de su facturación), en una potente maquinaria que implica a casi 114.000 profesionales (el 16% de la plantilla total de los laboratorios). Solo así puede impulsarse un modelo de investigación capaz de hacer frente a los 12-14 años que de media necesita el proceso de I+D de un medicamento, con una inversión de más de 2.400 millones de euros y un alto riesgo, dado que apenas una de cada diez mil moléculas en investigación logrará en efecto convertirse en un medicamento.

Con todo esto, y bajo el lema *#WeWontRest* (no descansaremos), la industria farmacéutica europea ha lanzado una iniciativa informativa con el objetivo de mostrar cómo la investigación en medicamentos ha transformado el cuidado de la salud y la esperanza de vida. Según datos que ofrece Farmaindustria, que se ha sumado a esta iniciativa impulsada por la Federación Europea de la Industria Farmacéutica (EFPIA), en el último cuarto de siglo las muertes por cáncer se han reducido un

20%, hasta el punto de que el 70% de los pacientes de cáncer sobrevive cinco años después del diagnóstico, y solo en lo que va de siglo los fallecimientos por patologías cardiovasculares han caído un 37%; enfermedades como el sida han dejado de ser mortales, y otras incurables, como la hepatitis C, ya tienen solución.

El lema *#WeWontRest* trata de reflejar cómo la enfermedad "nunca duerme", lo que se convierte en un desafío constante para los pacientes, y cómo tal desafío y la posibilidad de hallar una solución que alivie, frene o cure se convierten a su vez en estímulos para la labor compleja de las personas que trabajan en la industria farmacéutica.

La iniciativa se estructura en torno a anuncios visuales y un vídeo que desarrollan el lema principal, así como a través de distintos compromisos que irán haciendo públicos, tanto de forma individual como colectiva, profesionales de las compañías farmacéuticas, centrados en posibles mejoras en las distintas áreas terapéuticas.

Junto a ello, a lo largo de los próximos meses se irá incorporando a las webs y cuentas en redes sociales de los laboratorios y de Farmaindustria información que ilustrará cómo la investigación ha ido lo-



grandos resultados en los pacientes. Sobre esa realidad positiva se apoyan los compromisos de los profesionales de la industria y se concretan las expectativas de próximos hallazgos, a su vez esperanzas para muchos pacientes.

"Dados los plazos de tiempo, el volumen de las inversiones necesarias y, sobre todo, los altos riesgos, es impensable la consecución

de nuevos medicamentos sin la experiencia, el conocimiento y la estructura de la industria farmacéutica -sostiene Jesús Acebillo, presidente de Farmaindustria-. Esta iniciativa informativa quiere explicar esto, y hacerlo también desde los resultados tangibles de un modelo investigador de éxito y desde la perspectiva y el compromiso de las personas que trabajan en la industria".

NEUMOLOGÍA

Pocos pacientes controlan adecuadamente el asma

Alrededor de un 33% de los afectados no realiza un manejo correcto de los inhaladores, según un reciente estudio

LUCÍA GALLARDO

El asma no tiene cura, pero un control adecuado de la enfermedad consigue evitar crisis y reagudizaciones, así como las consiguientes visitas a los servicios de urgencias y hospitalizaciones. No obstante, dos tercios de pacientes no la controlan, y en ello intervienen una serie de factores, analizados recientemente por un grupo de profesionales implicados en el abordaje del asma, en un coloquio organizado por Philips con la colaboración de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ).

Cerca de un 10% de los niños de los países industrializados padece esta patología

El control de la enfermedad pasa por la ausencia de síntomas, es decir, la persona no debe ver su vida cotidiana condicionada. Una de las claves para conseguirlo es la información de la que dispone el paciente sobre su enfermedad y cómo tratarla, lo que contribuye a un mejor autocui-



dato, siendo uno de los aspectos fundamentales el correcto cumplimiento del tratamiento terapéutico.

Sin embargo, diversos estudios coinciden en que alrededor de un 33% de pacientes no realiza un manejo correcto de los inhaladores, según Carlos Almonacid, neumólogo del Hospital

Quirón Salud Sur, en Madrid. Entre los motivos, se encuentra que no reciben la información suficiente sobre el uso de estos dispositivos, así como la diversidad de aparatos existentes, que varían en función del fabricante y del tipo de tratamiento.

De ahí que los expertos reunidos en el coloquio

incidieran en la necesidad de que todos los profesionales sanitarios se impliquen en la mejora del conocimiento sobre el uso de los inhaladores y en concienciar sobre la importancia de la correcta administración del medicamento.

Aunque se ha mejorado en el diagnóstico del asma, continúa habiendo dificultades para detectarla, debido a la falta de información de la población y a que presenta síntomas inespecíficos, pudiéndose confundir con otros procesos o patologías más benignas.

Es por ello que la educación sanitaria es tan importante en su diagnóstico y tratamiento, según Eva Martínez Morago, jefa de Neumología del Hospital Doctor Pesset de Valencia, que destacó que existen experiencias positivas en países donde han sido implantados planes nacionales de atención a esta patología.

Se desconocen con exactitud las causas por las que el asma va en aumento, aunque influye la contaminación medioambiental y el estilo de vida (sedentarismo, obesidad o tabaquismo), lo que explica que en los países industrializados existan más casos.

La incidencia es mayor en niños (aproximadamente el 10% tiene algún tipo de asma) que en adultos (la padecen entre el 5 y el 6%), lo que no significa que desaparezca con la edad, sino que evoluciona en ciclos, de manera que pueden pasar décadas sin que se presenten síntomas.

SABOR CON SALUD

Hipercolesterolemia o exceso de colesterol

El colesterol es una sustancia indispensable para nuestro organismo porque forma parte de las membranas de las células y produce hormonas y sales biliares. Sin embargo, la hipercolesterolemia es perjudicial para la salud cardiovascular porque el colesterol se deposita en las arterias, las endurece y las estrecha por unas lesiones o placas de ateroma. Se considera que es excesivo cuando el colesterol total en sangre es mayor a 200 mg/dl, pero es el colesterol LDL el verdadero responsable de la aparición de las placas de ateroma. Aunque la concentración de colesterol en la sangre está determinada por nuestros genes, la dieta inadecuada y la falta de actividad física favorecen su aparición. Su tratamiento requiere un

cambio en el estilo de vida (controlar el peso, practicar al menos tres horas semanales de ejercicio físico y seguir una dieta hipocalórica, pobre en grasas saturadas y rica en frutas, verduras, legumbres, pescado (mejor azul) y aceite de oliva virgen. Se aconseja reducir los lácteos enteros, el alcohol, los fritos, las carnes rojas, la bollería y los azúcares. Cuando el riesgo cardiovascular es alto se prescriben fármacos, siendo las estatinas las más utilizadas porque disminuyen el riesgo de muerte por procesos vasculares cerebrales, cardíacos y de las extremidades.

Lluís Asmarats

Unidad de Riesgo Vascular Clínica Sagrada Família

Arturo Cabanas Balastegui
Can Pollastre · Barcelonawww.canpollastre.com**Bacalao con garbanzos y salsa romesco**

Ingredientes para 2 personas: 2 lomos de bacalao, 150 g de garbanzos cocido, 1 cebolla mediana, harina de maíz, perejil, sal y pimienta al gusto.

Ingredientes para salsa romesco: 2 tomates maduros, 2 dientes de ajo, 25 g de almendras, 10 g de avellanas, 1 cucharada de pulpa de ñora, 1 rebanada de pan tostado, 100 ml aceite de oliva virgen extra, 25 ml vinagre blanco, sal y pimienta.

Preparación:

1.- Freír ligeramente el bacalao rebozado con harina de maíz en una sartén para que se selle.

2.- Para hacer la salsa romesco, se ponen los tomates y ajos en el horno hasta que se tuesten a 200°C. Una vez enfriados, se pelan y se añaden en el vaso de batidor, junto a la rebanada de pan impregnada en vinagre, la pulpa de la ñora, las avellanas, las almendras y un poco de sal y pimienta y batir, emulsionando el aceite de oliva hasta conseguir una textura un poco espesa.

3.- En una sartén, con un poco de aceite, añadir la cebolla cortada en cuadritos, salpimentar y rehogar a fuego lento hasta que empiece a transparentar para caramelizarla. Agregar los garbanzos, y pasados unos 3 min, poner la salsa romesco, mezclándolo y añadiendo un vaso de agua. Reducir unos minutos y agregar el bacalao, y un poco más de agua, lo dejamos durante 6 min y lo apartamos del fuego aunque esté un poco líquido. Añadir el perejil para la presentación del plato y lo dejaremos reposar durante 4 min, justo el tiempo que la salsa espesará. Servir.

ONCOLOGÍA

La supervivencia del cáncer de próstata se aproxima al 95%

Las nuevas técnicas de braquiterapia mejoran su eficacia y disminuyen algunas complicaciones como el riesgo de disfunción eréctil

SOFÍA LARRUCEA

Por difícil que parezca, todo es mejorable. Y la braquiterapia aplicada al cáncer de próstata es un buen ejemplo de ello. Si bien este tipo de tratamiento mejoró hace años la tasa de supervivencia de estos pacientes, podría decirse que la aparición de nuevas técnicas ha permitido mejorar los resultados aún más. “Actualmente, podríamos decir que la curación del cáncer de próstata se consigue en aproximadamente un 95% de los casos”, afirma Benjamí Guix, director de Fundació IMOR de Barcelona, centro monográfico especializado y pionero en la práctica de esta técnica en nuestro país.

La primera braquiterapia en España se realizó en 1999. “Ahora, tras 18 años de experiencia en más de 1.400 pacientes, los resultados ya empiezan a ser contundentes”, explica el director de la Fundació IMOR. Las nuevas técnicas de braquiterapia han permitido, no solo mejorar los datos de supervivencia, sino también disminuir el tiempo de tratamiento y

El riesgo de sufrir disfunción eréctil tras la cirugía es de un 50%, con la braquiterapia es de un 10-15%

las complicaciones asociadas. En los pacientes de bajo riesgo, que representan alrededor del 60% de los casos y a los que se les aplica la braquiterapia de baja tasa de dosis (técnica de semillas), la llegada de la

preservación de las bandeletas con planificación a tiempo real ha mejorado aún más la calidad de vida de este colectivo tras el tratamiento. Y es que gracias a la preservación de las bandeletas a tiempo real, el riesgo de disfunción eréctil, entre otras complicaciones, disminuye considerablemente. “Con la cirugía, la probabilidad de sufrir impotencia es del más del 50%, mientras que con la braquiterapia es de un 10-15%”, señala el experto de IMOR. Una técnica que, además, solo requiere de una sesión y el paciente no necesita quedar ingresado en el hospital. “Si le sometemos a este tratamiento

por la mañana, por la tarde puede irse a casa”, añade.

Pero no solo los pacientes de bajo riesgo se han visto beneficiados por los avances de la braquiterapia, sino que los que padecen tumor de próstata de riesgo moderado-elevado (40% de los casos y a los que se les aplica la combinación de braquiterapia de alta tasa de dosis con radioterapia externa) también han notado mejorías. Además de aumentar la supervivencia, se ha disminuido el tiempo de tratamiento. De manera que si hace unos años el paciente debía someterse a sesiones durante siete u ocho semanas, ahora basta con dos.

CIFRAS CÁNCER DE PRÓSTATA

1°

En número de diagnósticos de cáncer en hombres

95%

De los pacientes se cura

40%

De los tumores son de riesgo moderado-elevado

80-85%

De los pacientes con cáncer de próstata podría tratarse con braquiterapia

Centro monográfico dedicado a la atención de calidad del paciente oncológicoC/Escoles Pies, 81 - 08017 Barcelona
Tel: 932 531 670 · www.imor.org

➤ **Radioterapia:** 3D conformacional, Radiocirugía estereotáxica fraccionada sin marco, IMRT, IGRT, VMAT, SBRT (Radiocirugía extracraneal), Radioterapia 4D

➤ **Braquiterapia:** HDR con fuente de Ir-192, Braquiterapia de próstata con semillas de I-125, Braquiterapia oftálmica con aplicadores de Ru-106 o semillas de I-125

➤ **Radioterapia Intraoperatoria**

BMD BARCELONA
BARCELONA MEDICAL DESTINATION

BCM

BARCELONA CENTRE MEDIC
BARCELONA CENTRE MEDIC
BARCELONA UNITS MEDIC

Barcelona salut



Casanovas212

08036 Barcelona

932 187370

www.canxurrades.es

DEPENDENCIA

La socialización en los mayores tiene efectos positivos sobre su salud

Una persona activa en la esfera social reduce el riesgo de presentar deterioro cognitivo y, por tanto, Alzheimer

S.L.

Según datos del informe *La participación social de las personas mayores*, publicado por el IMSERSO, la socialización en las personas de edad avanzada tiene efectos favorables en determinadas patologías como el dolor articular; en el control de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial o la diabetes; así como en la prevención de patologías de la esfera psicosocial como la depresión y la ansiedad. Además, ayuda a mejorar las habilidades cognitivas de los mayores y consigue, por tanto, que sean más autónomos y mantengan al máximo su independencia.

Tal y como explica David Curto, jefe de Gestión Asistencial de Sanitas Mayores, las relaciones sociales favorecen también la reserva cognitiva, es decir, la habilidad del cerebro para tolerar o compensar mejor los efectos de enfermedades asociadas a la demencia. “Es por ello que ser una persona socialmente activa reduce el riesgo de presentar un deterioro cognitivo asociado a la edad y protege, en cierta medida, frente al desarrollo de enfermedades neurodegenerativas, como puede ser



el Alzheimer”, añade. La relación social que tiene más peso para las personas mayores es la pareja, pues suele ser el vínculo más fuerte emocionalmente. Cuando esta falta, la familia tiene una función esencial, tanto como red de apoyo instrumental como emocional. Las redes de amigos también son muy im-

portantes ya que estos vínculos se eligen en base a intereses comunes, por lo que tienen un papel fundamental relacionado con el cuidado fuera del ámbito del hogar debido, principalmente, a que con ellos se comparten actividades y aficiones. “Numerosos científicos afirman que los seres humanos, tengan la

edad que tengan y sin distinción de género, son más eficaces y felices si confían en tener a su alcance personas que puedan brindarles apoyo, compañía, amor, etc. En las personas mayores, una vida social activa supone un aumento de los recursos y opciones relacionados con la salud y apoyos emocionales directos,

promoviendo indirectamente conductas de vida saludables que favorecen la longevidad”, explica Laura Llaguno, psicóloga de Sanitas Residencial Alameda.

Conscientes de los beneficios que comporta una buena socialización en la salud de los más mayores, la citada compañía ha querido implementar en todas sus residencias un programa que ha sido bautizado como *La vuelta al mundo en 80 días*. Lo que pretende esta iniciativa, que ha comenzado este verano, es recrear, mediante decoración,

La relación social que tiene más peso para las personas mayores es la pareja

música y ambientes, viajes a diferentes partes del mundo. De manera que los mayores podrán disfrutar de festividades y platos típicos de ciudades como Londres, París, Nueva York o Roma, entre otras. Además, el chef Xabier Garmendia ha realizado ocho creaciones gastronómicas únicas para que los residentes puedan degustarlo a la *llegada* de cada ciudad.

OPINIÓN

JORGE PARICIO

Director
de Salud de AXA

Para un verano sin lesiones

Los expertos recomiendan dosificar convenientemente el inicio la actividad física

En esta época del año es más evidente el aumento de la práctica deportiva: unas mejores condiciones climatológicas constituyen el escenario adecuado para la realización de todo tipo de ejercicio físico al aire libre. La mayor actividad física mejora la función mental, la autonomía, la memoria, la rapidez, la imagen corporal y la sensación de bienestar, lo que nos vuelve más optimistas, alegres y con mayor flexibilidad mental.

Además, el deporte tiene una gran influencia en la prevención de muchas enfermedades crónicas, como la obesidad, la hipertensión y la diabetes, y se estima que entre un 9 y un 16% de las muertes en los países desarrollados pueden ser atribuidas a un estilo de vida sedentario.

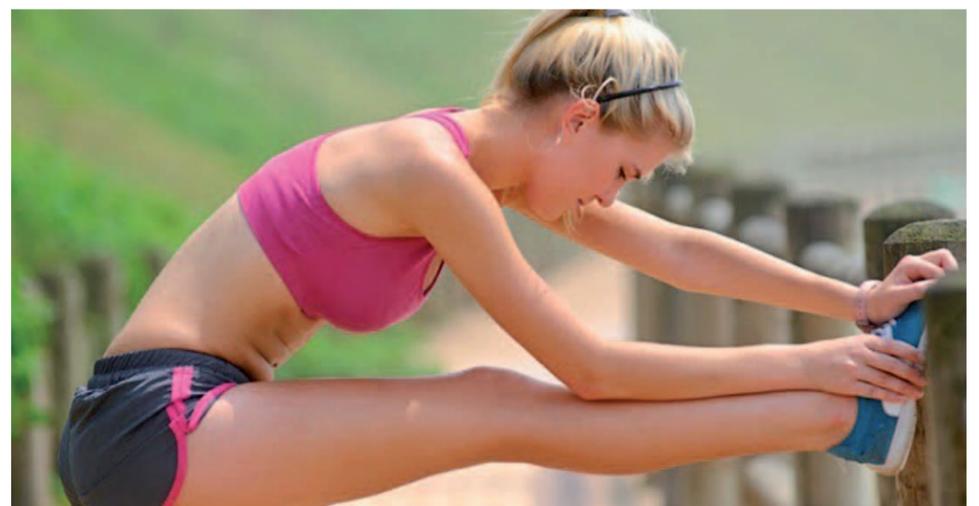
El contrapunto es la proliferación de lesiones deportivas por múltiples motivos, pero en el caso de personas sedentarias pueden incrementarse si no se adoptan medidas preventivas. Cuando llega el buen tiempo, es frecuente que personas no habituadas a realizar actividad física comiencen a hacer algún tipo de deporte y, según los expertos, es recomendable dosificar la intensidad al principio, con al menos un par de jornadas previas de calentamiento e incrementar la intensidad gra-

dualmente. En general, las personas que están menos preparadas físicamente tienen más probabilidades de lesionarse: esguinces de ligamentos y desgarros de músculos y tendones, lesiones en las rodillas, y un largo etcétera.

Como dato ilustrativo, un estudio avalado por la Sociedad Española de Medicina del Deporte revela que tres de cada cuatro corredores no se han hecho nunca una prueba de esfuerzo y solo uno de cada diez (10,1%) acude a la consulta de un médico especialista. En cuanto a los nadadores, el año pasado se produjeron un total de 264 ahogamientos en España, un 20% más que en todo 2015, según publica la Federación Española de Salvamento y Socorrismo.

Para prevenir o reducir estos riesgos, es importante realizarnos una revisión previa con un médico, que nos hará un estudio exhaustivo y nos procurará los cuidados, consejos, diagnósticos y tratamientos necesarios para poder practicar deporte con total seguridad, de acuerdo con nuestra edad y forma física, ayudándonos a evitar lesiones o a diagnosticarlas y tratarlas en caso de que estas aparezcan.

Es importante ir equipados con el material deportivo apropiado, calzado, ropa, complementos



o accesorios adecuados a cada actividad. Valorar el espacio físico en el que vamos a desarrollar el ejercicio: tipo de superficie, estado del mar y de sus señales de alerta, vigilar la temperatura ambiental y momento del día en el que practicaremos deporte, teniendo en cuenta que en verano debemos huir de las horas de mayor intensidad solar, calentamiento previo y estiramientos al terminar.

Y no olvidarnos de la hidratación, imprescindible cuando se practica deporte y más en esta época del año. Si aun así nos lesionamos, retirarse y dejar de hacer la actividad que estamos desarrollando, pues podría empeorar, y consultar con un profesional para que valore el alcance de la lesión y la necesidad de algún tratamiento. Hacer deporte sí, pero sin riesgo.

CARDIOLOGÍA

Algunos ictus pueden prevenirse

Según los especialistas, si se tratasen todas las fibrilaciones auriculares, podrían evitarse alrededor de un 20% de los infartos cerebrales

JON MASEDA

El ictus puede prevenirse en algunas ocasiones. “Se estima que al menos un 20% de los infartos cerebrales son producidos a causa de una Fibrilación Auricular (FA)”, afirma Jose Luis Zamorano, jefe de servicio de Cardiología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid y presidente Global Affairs de la Sociedad Europea de Cardiología. De manera que, tratando la FA, puede evitarse que esta ocasiona un ictus. La FA es una alteración del ritmo cardíaco producida por una activación eléctrica rápida y desorganizada de las aurículas. Es la arritmia más prevalente en la práctica clínica, una de cada diez personas mayores de 40 años la padecerá durante el resto de su vida y es un problema que va asociado a la edad avanzada. A pesar de ello, se trata de una enfermedad que está muchas veces infradiagnos-

ticada. “Algunas personas pueden padecer dicha afección sin saberlo debido a que no sienten ningún síntoma”, apunta Zamorano. Su tratamiento suele ser efectivo.

Para restablecer el ritmo cardíaco normal, actualmente los especialistas cuentan con tres vías. Una es la farmacológica, otra es la cardioversión eléctrica (reservada normalmente para casos de urgencia) y,

Algunas personas pueden padecer FA sin saberlo debido a que no sienten ningún síntoma

por último, la ablación de las venas pulmonares, único tratamiento considerado como definitivo. Existen diversas formas de energía para realizar dicha ablación,

como es la radiofrecuencia o el frío. Esta última técnica, conocida también como crioablación, recientemente ha demostrado ser más sencilla que la radiofrecuencia y consigue que siete de cada diez pacientes logren la eliminación de la arritmia cardíaca al cabo de un año. La técnica del frío consiste en utilizar un balón de doble cámara. Sobre este se hace recircular óxido nítrico que congela el punto crítico de la unión de las venas con la aurícula izquierda, todo mediante una aplicación de 240 segundos a una temperatura media de -50°C.

Asimismo, la lesión generada por frío, a diferencia de la del calor, no produce proliferación de fibroblastos, por lo que consigue minimizar las complicaciones potenciales. “No podemos prevenir que la FA aparezca con el paso de los años, lo que sí podemos evitar, siempre y cuando detectemos la enfermedad y la tratemos, es que esta cause complicaciones como el ictus”, concluye Jose Luis Zamorano.

Síntomas del ictus

Los síntomas generalmente se presentan de manera súbita y sin aviso o pueden ocurrir a intervalos durante el primer o segundo día. Se puede presentar un dolor de cabeza, especialmente si el accidente cerebrovascular es causado por sangrado en el cerebro.



Pérdida de equilibrio o coordinación.



Confusión o dificultad para hablar o entender.



Debilidad o adormecimiento de un brazo, una pierna o la mitad de la cara.



Pérdida de la vista.



Dolor agudo de cabeza.

FARMACIA DE GUARDIA

Seguimiento a los que toman diversos medicamentos



Unas 90.000 personas en Cataluña toman más de diez medicamentos, según el informe de la Central de Resultados del Servicio Catalán de Salud (CatSalut) del año 2016 presentado recientemente. Si bien se ha conseguido reducir el porcentaje de estos pacientes, pasando en un año de 1,4% a 1,2% de la población, queda camino por recorrer en la racionalización del uso de los medicamentos. De manera que hay que implicar a todos los profesionales sanitarios en el control de la población en cuanto a la utilización de los fármacos. Las farmacias, como agentes de salud más próximos y accesibles a la ciudadanía y por ser el farmacéutico el experto en medicamentos, realizan una importante contribución en el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, según la Federación de Asociaciones de Farmacias de Cataluña (FEFAC).

Son múltiples las iniciativas llevadas a cabo en estos puntos sanitarios para la mejora del uso de los medicamentos, siendo una de las más destacadas el Sistema Personalizado de Dosificación (SPD).

Este programa, acreditado por los colegios de farmacéuticos, tiene como objetivo la mejora del cumplimiento terapéutico de las personas mayores que siguen diferentes tratamientos farmacológicos, así como la detección de interacciones entre medicamentos y duplicidades.

El SPD es un sistema que, mediante unos envases especiales que prepara el farmacéutico, facilita al paciente la toma de las dosis de medicación de cada momento del día y durante una semana, evitando confusiones y facilitando al máximo el cumplimiento. Las farmacias han demostrado estar implicadas en el desarrollo de este servicio. A modo de ejemplo, en la provincia de Barcelona, 5.774 farmacéuticos han realizado el curso del Colegio de Farmacéuticos barcelonés para ofrecer el SPD.

Otros datos del informe de la Central de Resultados del CatSalut también revelan la gran oportunidad que supone contar más con las farmacias como agentes de salud. Uno de ellos es el aumento del número de visitas a los centros de Atención Primaria en 2016, más de 46 millones, un 1,8% más que el año anterior. Una mayor potenciación de las farmacias como puntos donde resolver consultas sobre síntomas menores, aconsejar sobre el uso adecuado de los fármacos y derivar el paciente al médico en caso necesario evitaría el uso de otros recursos sanitarios como también las urgencias, contribuyendo a la mejora de la salud de la población y la sostenibilidad del sistema.

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

Primacol® Plus
con monacolina K te ayuda a mantener niveles normales de colesterol.*



*La monacolina K del arroz de levadura roja contribuye a mantener niveles normales de colesterol sanguíneo. El efecto beneficioso se obtiene con una ingesta diaria de 10 mg de monacolina K procedente de preparados fermentados de arroz de levadura roja.

Lacer

OPINIÓN

10.000 razones

En Catalunya mueren cada año unas 45.000 personas a causa de patologías evolutivas como el cáncer. Su proceso de enfermedad suele estar salpicado por periodos de angustia, situaciones de toma de decisiones relevantes sobre aspectos capitales de la persona (dónde ser atendido, aceptar o no un tratamiento invasivo, decidir un ingreso en unidades de pacientes críticos, etcétera), pe-

La atención paliativa supone un modelo de atención centrado en la persona y sus valores

riodos de dependencia física y de gran impacto emocional tanto en la persona enferma como en su familia. Nuestro sistema sanitario intenta adaptarse para atender mejor estas situaciones de enfermedad crónica avanzada modificando su organización para dar respuesta a una demanda cada vez mayor de atención en un entorno socioeconómico cuanto menos difícil.

La atención paliativa supone un modelo de atención centrado en la persona y sus valores teniendo en cuenta las necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales de ciudadanos en situación de enfermedad avanzada. Este modelo de atención ha demostrado su eficiencia a lo

largo de los años y cuenta en Catalunya con una extensa implantación territorial que ha llevado a reconocer al Institut Català d'Oncologia (ICO) como centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Cuidados Paliativos. En los últimos años existe una creciente evidencia científica sobre que la intervención precoz de los equipos de cuidados paliativos en pacientes con cáncer avanzado junto al tratamiento antitumoral habitual, no solo mejora la calidad de vida de los pacientes sino que aumenta su supervivencia.

Es mandatorio, por tanto, que las personas afectadas por enfermedades evolutivas con un pronóstico limitado de vida tengan un rápido y precoz acceso a la atención paliativa de manera coordinada con su atención especializada habitual.

Esta es la visión con la que trabajan los profesionales del Servicio de Soporte Integral y Cuidados Paliativos del ICO Badalona y que ha llevado a atender 10.000 pacientes y sus familias desde su puesta en marcha en 2003 en el Hospital Germans Trias i Pujol. 10.000 razones para promover el bienestar físico, la atención psicológica, el soporte a las familias y para acompañar a los que sufren.

JOAQUIM JULIÀ I TORRAS

Coordinador. Servicio de Soporte Integral - Cuidado paliativos
Institut Català d'Oncologia. Badalona



TECNOLOGÍA

Miedo a la resonancia magnética cerrada

Alrededor de un 2,5% de los pacientes deniegan someterse a dicha prueba por sentir claustrofobia



La RM abierta, como las desarrolladas por Esaote, minimizan el estrés en los pacientes.

GABRIELA GARETTO

Aunque los porcentajes pueden variar, se estima que aproximadamente un 2,5% de los pacientes que necesitan someterse a una Resonancia Magnética (RM) no se la puede realizar. ¿Por qué? Principalmente por sentir claustrofobia a los equipos cerrados. Algo preocupante ya que, como afirma Javier Hernández, médico especialista en Radiodiagnóstico de la Clínica Diagonal de Barcelona, esta prueba resulta esencial para conseguir un diagnóstico preciso y fiable de muchas enfermedades, como múltiples cánceres, patologías del Sistema Nervioso Central o lesiones del aparato locomotor, por ejemplo. De manera que, hasta hace no mucho, aquellas personas con claustrofobia que debían realizarse una resonancia se veían obligadas a someterse previamente a terapia o bien a sedación. Una situación que, gracias a la resonancia magnética abierta, ha podido cambiar, pues los pacientes ya no deben encerrarse dentro de una máquina para que esta obtenga las imágenes.

“Las resonancias cerradas tienen una estructura en forma de donut por la que se debe colocar la parte del cuerpo que debe estudiarse. De este modo, en patologías del tronco superior, gran parte del cuerpo está en el interior de la estructura cerrada, lo que puede llegar a causar una sensación que puede variar de un simple agobio, a un auténtico ataque de pánico”, explica el radiólogo Javier Hernández, especialista de unos de los centros de nuestro país que cuenta con una resonancia abierta. El hecho de ser abierta no le hace ser menos eficaz. “La RM abierta tiene prácticamente la misma efectividad que la RM cerrada, es-

pecialmente en el estudio del aparato locomotor”, afirma Jose Antonio Narváez, jefe de la unidad de radiodiagnóstico de la mencionada clínica. Los equipos de RM emplean potentes campos magnéticos y ondas de radio para obtener imágenes detalladas de los tejidos y órganos estudiados. El sistema de funcionamiento de ambos sistemas es el mismo, pero en las unidades abiertas la intensidad del campo magnético necesario para obtener las imágenes suele ser menor. “La principal diferencia entre una RM abierta y una cerrada radica en el tipo de imán que genera el campo magnético, tal y como explica Jose Antonio Narváez. “En la mayor parte de los equipos de RM abier-

La resonancia magnética abierta obtiene las imágenes sin que el paciente se vea ‘encerrado’

ta se emplean imanes permanentes, que si bien proporcionan intensidades de campo magnético menores, su mantenimiento, a diferencia de los equipos de RM cerrada, es más sencillo”, añade.

Si bien estos equipos abiertos empezaron estudiando exclusivamente articulaciones periféricas, los nuevos sistemas ya son capaces de obtener el diagnóstico de zonas cerebrales, de columna y, por supuesto, de zonas articulares. Una tecnología que, además, tal y como concluye Javier Hernández, es capaz de hacer estudios dinámicos y en bipedestación, pues el equipo cuenta con una mesa basculante móvil que hace que el paciente no necesite estar tumbado durante la prueba.

Publinterapia.com

La Semana Mundial del Sueño es como el día de los enamorados: lo mejor es celebrarlo todos los días



#Duerme 1HoraMás

En Asisa nos importa tu salud, y aunque hoy termina la Semana Mundial del Sueño, hemos reservado esta página para recordarte que el resto del año puedes seguir haciendo algo grande por tu corazón, tu mente y tu organismo... duerme una hora más.

Empresa Colaboradora:

200
AÑOS

asisa.es 901 10 10 10

Nada más que tu salud
Nada menos que tu salud

asisa

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Disfagia para líquidos: cuando beber es una odisea

Un 80% de las personas que han sufrido un infarto cerebral presenta posteriormente dificultades para tragar

S.L.

Imagínese por un momento lo que sentiría si un día empezase a no poder tragar ningún líquido. ¿Aterrador, verdad? Pues esa situación es más común de lo que se cree. La disfagia para líquidos, nombre con el que se conoce esta afección que incapacita a la persona poder transportar el líquido desde la boca hasta el estómago, es más bien un síntoma que puede provenir de muchas enfermedades, que afectan sobre todo a personas de edad avanzada.

Un 75% de los pacientes con dificultades al tragar no está diagnosticado

La más común, el ictus. “Se calcula que alrededor de un 80% de las personas que han sufrido un infarto cerebral presenta dificultades para tragar”, afirma Raimundo Gutiérrez, jefe del servicio de Otorrinolaringología y coordinador de la unidad de Disfagia del Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Madrid. El párkinson, el alzhéimer o el cáncer, por ejemplo, son otras de las patologías que pueden producir la disfagia para líquidos. Un problema que, además, está infradiagnosticado.

Un 75% de los pacientes con dificultades para tragar no está diagnosticado, según un trabajo del Grupo de Estudio Europeo para el Diagnóstico y la Terapia de la Disfagia y el Globo Esofágico en 2002.



Algo preocupante, ya que muchas veces la disfagia deriva en neumonía por aspiración. Además, este problema hace que la calidad de vida de los afectados se deteriore considerablemente (la disfagia está relacionada con altas tasas de depresión y aislamiento social), y que tengan riesgo de sufrir deshidratación. Los pacientes con disfagia tienen miedo a atragantarse, por lo que muchas veces prefieren no beber agua. A pesar de que la Sociedad Espa-

ñola de Nutrición Comunitaria aconseja consumir de seis a ocho vasos de agua por día en personas mayores de 70 años, la realidad dista mucho de esas pautas. Estudios publicados revelaron que los pacientes con disfagia solo bebían 2,2 vasos diarios. Algo preocupante, pues la deshidratación en estos pacientes tiene consecuencias severas como un mayor riesgo de infección urinaria, obstrucción intestinal, enfermedad dental y cálculos renales. Sin olvidar que la

falta de hidratación en las personas de edad avanzada puede deteriorarles cognitivamente aún más. Además, la sequedad bucal, producida por la disminución de saliva, empeora la disfagia. Para abordar la disfagia es importante aumentar la viscosidad de los líquidos, así como realizar rehabilitación para volver a aprender a tragar de nuevo (una alternativa que desgraciadamente no es apta para muchos pacientes). Por ello, las aguas gelificadas (aguas a las

Un problema infravalorado

Para tragar es necesaria una buena coordinación neurológica y muscular. Utilizamos 25 músculos y cinco pares craneales diferentes. Se estima que la disfagia afecta al 12-13% de adultos ingresados en hospitales, al 22% de personas que residen en su domicilio y hasta al 50% de ancianos institucionalizados en residencias geriátricas. Por estar asociada a diferentes enfermedades neurológicas y crónicas como el alzhéimer o el párkinson, la disfagia suele ser infravalorada y la enfermedad de base es la que se lleva toda la atención.

que se les añade fibra y que presentan una textura gelatinosa) son una buena opción para la mayoría de los afectados. Es importante no confundirla con gelatinas, advierte el especialista Gutiérrez, también vicesecretario general de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. “A diferencia de esta, que se disuelve en la saliva oral rápidamente- añade- el agua gelificada mantiene su textura en forma de gel más viscoso durante mucho más tiempo, por lo que el paciente puede ingerirla sin problemas”. Son productos que mantienen la textura en temperatura ambiente, por lo que son ideales para la administración de pastillas.

Hay con o sin azúcar y de sabores cítricos (el sabor ácido estimula el reflejo deglutorio). Se recomienda que se tomen con cuchara de café, lo que facilita su ingesta en pequeñas cantidades y protege al paciente de sufrir aspiraciones. Se encuentran exclusivamente en farmacias, donde el farmacéutico orientará sobre su administración.

OFTALMOLOGÍA

Distinguir el orzuelo del chalazión



orzuelo



chalazión

El orzuelo y el chalazión son abultamientos en el párpado y, en algunos casos, puede ser difícil distinguirlos a primera vista. Un orzuelo es un proceso agudo y aparece a menudo como una protu-

berancia irritada cerca del borde del párpado, causada por la infección del folículo de una pestaña y su glándula asociada (de Zeiss, que es una glándula sebácea que produce grasa, o la de Moll, que es sudorípara). Un chalazión, sin embargo, es un proce-

so crónico y tiende a desarrollarse a mayor distancia del borde del párpado que un orzuelo y aparece cuando una glándula sebácea del párpado (de Meibomio) se agranda y la apertura de la glándula se obstruye debido a la grasa. Es habitual que un orzuelo previo sea el causante de esta condición, aunque no todos los chalaziones han sido causados por orzuelos. Los primeros síntomas de un orzuelo generalmente incluyen dolor y enrojecimiento del área afectada, acompañados de irritación y escozor en los ojos. Otros síntomas que aparecen son: sensibilidad a la luz, formación de costras a lo largo del borde del párpado y lagrimeo. Alrededor del 25% de chalaziones no presentan síntomas y desaparecen por sí solos sin tratamiento alguno. Sin embargo, a veces un chalazión puede presentar enrojecimiento e hinchazón. Un chalazión grande

puede causar visión borrosa ya que puede distorsionar la forma del ojo. Cualquier persona puede desarrollar un orzuelo o un chalazión, pero si se padece blefaritis, una condición que afecta los márgenes de los párpados, hay más probabilidades de desarrollarlos. También se puede deber a diversas condiciones, entre las que cabe destacar: el estrés, los cambios de estación, los cambios hormonales, enfermedades de la piel como rosácea o dermatitis seborreica o la mala higiene de los párpados (no quitarse el maquillaje de los ojos por completo o bien usar cosméticos viejos o contaminados). Existen diferentes tratamientos para eliminar los orzuelos: el uso de antibióticos, la aplicación de calor con compresas calientes, así como la ingesta de antiinflamatorios. Si un chalazión grande o un orzuelo no sana después de otros tratamientos, o si afecta su visión,

puede ser necesario drenarlo mediante cirugía. Esta cirugía es un proceso común que se lleva a cabo a partir de anestesia local.

Para prevenir ambas afecciones, es muy importante la prevención con una correcta higiene ocular con toallitas oftalmológicas para lavar debidamente los párpados. No se debe apretar o tratar de extirpar un chalazión o un orzuelo. Tampoco se debe usar maquillaje o lentes de contacto hasta después de que el orzuelo o el chalazión hayan curado. Tanto el chalazión como el orzuelo generalmente responden bien al tratamiento, aunque en algunas personas tienden a ser recurrentes.

MARTA LÓPEZ F.

Oftalmóloga del Centro de Oftalmología Barraquer
barraquer.com



ENTREVISTA - ALEIX PRAT, oncólogo médico

“Cambiano algunos hábitos de vida la incidencia de cáncer podría disminuir un 30%”

CIRIL ROZMAN

En una anterior entrevista en este mismo medio, el tenor Josep Carreras se refería a él como “la persona que me ha salvado la vida”. Hoy, invitados por *Salud y Medicina* de *El Periódico de Cataluña* coinciden dos generaciones de grandes especialistas. Por una parte, el gran hematólogo mundial Ciril Rozman que entrevista a Aleix Prat, oncólogo médico del Hospital Clínic de Barcelona y que, pese a su juventud, ya se encuentra entre la élite de esta especialidad médica.

La edad es un factor de riesgo oncológico contra el que no se puede luchar, ¿y el resto?

En realidad existen factores intrínsecos y factores externos que participan en la aparición del cáncer. Por un lado, existen ciertas alteraciones genéticas (factores intrínsecos) que predisponen a la aparición de un tipo concreto de cáncer. Su conocimiento e identificación, nos permite tomar medidas preventivas efectivas como la cirugía profiláctica. Gracias a un mayor conocimiento de la genética, la lista de genes cuya mutación se relaciona con la aparición de cáncer cada día va aumentando.

Por otro lado, los factores externos como el tabaco, el alcohol o la dieta rica en grasas, aumentan de forma inequívoca la incidencia de cáncer. Cambiando algunos hábitos de vida la incidencia de cáncer podría disminuir en un 30%. El ahorro que supondría evitar ese porcentaje de cánceres a los pacientes y a la sanidad es incalculable.

El diagnóstico precoz mediante el cribado poblacional ha demostrado ser clave para mejorar las tasas de curación. ¿En qué tumores está indicado?

Principalmente en el cáncer de mama, mediante la autoexploración y la mamografía, el cáncer colorrectal, mediante el test de sangre oculta en heces y la colonoscopia, y el cáncer de próstata, mediante la exploración y el PSA en sangre.

Otro cáncer donde empieza a haber evidencia sólida es el cáncer de pulmón, mediante la realización de estudios radiográficos de los pulmones en personas fumadoras de alto riesgo. Aunque el impacto del cribado poblacional está claro, pienso que el futuro pasa por individualizar a quién, y cómo, hacemos este cribado.

¿Qué es el estudio genómico del cáncer?

Se trata de analizar el ADN, es decir, los genes de las células del tumor. El ADN tumoral lleva toda la infor-



El profesor Ciril Rozman (derecha) en un momento de la entrevista con el oncólogo Aleix Prat en Barcelona.

mación necesaria para que la célula tumoral crezca sin parar.

Ante un diagnóstico de cáncer, ¿cuál es el impacto actual de los análisis genómicos?

Enorme. Gracias a los grandes proyectos internacionales de caracterización molecular de los principales cánceres, hoy en día conocemos casi todas sus alteraciones genómicas. Al mismo tiempo, empezamos a conocer su impacto clínico. La implementación de la genómica en la práctica clínica en cánceres, como el de mama, el de pulmón, el ovario o el melanoma, nos está permitiendo tomar decisiones terapéuticas más acertadas; es lo que se conoce como “medicina personalizada o de precisión”.

¿El estudio genómico del tumor requerirá siempre una biopsia?

No siempre, gracias a la biopsia líquida; es decir, el análisis de los genes del tumor en un análisis de sangre. En cáncer de pulmón esta técnica es ya una realidad asistencial y lo será bien pronto en otros tumores como el melanoma, el cáncer colorrectal y el cáncer de mama.

Además, la biopsia líquida podrá permitirnos, en un futuro, monitorizar en tiempo real si un tratamiento fun-

ciona, y detectar el cáncer, meses o incluso años antes de que aparezca.

¿Qué papel tiene el sistema inmunológico?

Clave. La aparición de cualquier tumor es consecuencia, en gran medida, de un fracaso de nuestro sistema de defensa. La inmunote-

“La inmunoterapia y la biopsia líquida han llegado para quedarse”

rapia intenta hacer justo lo contrario, activar nuestro propio sistema inmunológico para atacar y controlar el tumor. Estos fármacos ya están demostrando beneficios espectaculares en melanoma, cáncer de pulmón, cáncer renal y de vejiga, entre otros. Esto solo es el principio. La inmunoterapia ha llegado para quedarse y complementar el resto de tratamientos oncológicos disponibles como la radioterapia, la quimioterapia y los fármacos biológicos.

El paciente con cáncer avanzado difícilmente se cura. ¿En qué punto

se debe parar el tratamiento activo?

Es un tema muy delicado. Por un lado, cada vez disponemos de más tratamientos beneficiosos para el paciente, así como también de nuevas oportunidades terapéuticas ofrecidas por los ensayos clínicos. Por otro lado, existe un punto, difícil de definir, donde los tratamientos pueden ser más contraproducentes que beneficiosos.

La decisión de parar cualquier tratamiento anti-tumoral y asumir que no podemos hacer más requiere de mucha comunicación entre el paciente y el oncólogo. Ahora bien, dejar de tratar activamente y focalizarse en paliar los síntomas no quiere decir que dejemos al paciente y a su familia de lado. En todo momento es necesario dar un soporte continuo e integral al paciente según sus necesidades y desde el momento del diagnóstico. Enfermería especializada en paciente oncológico también tiene un papel clave en esta área.

¿Qué papel tiene actualmente el oncólogo médico?

Vital. Creo que tenemos un papel central desde el momento en que el paciente es diagnosticado hasta que es curado o acompañado hasta el final de su vida. A parte de indi-

PERFIL

Aleix Prat es jefe del servicio de Oncología Médica del Hospital Clínic de Barcelona y del equipo Genómica traslacional y terapias dirigidas en tumores sólidos del IDIBAPS. Ha sido nombrado miembro de la Junta Directiva del Breast International Group (BIG), una organización internacional sin ánimo de lucro que, con el fin de impulsar la investigación clínica y traslacional en cáncer de mama, engloba más de 56 grupos cooperativos de todo el mundo, más de 10.000 expertos y más de 3.000 hospitales.

car los tratamientos sistémicos más adecuados, controlamos sus toxicidades, así como las complicaciones derivadas del cáncer. Todo ello con empatía, comprensión, optimismo y serenidad. Creo que tenemos el privilegio de tener una visión integral del paciente y su enfermedad que se complementa perfectamente con el resto de especialidades dedicadas al tratamiento del cáncer.

La oncología está evolucionando a una velocidad vertiginosa. ¿Y el oncólogo médico?

La oncología está incorporando cada día nuevos conocimientos biológicos, nuevas tecnologías y nuevos tratamientos. En este contexto, el oncólogo debe actualizarse constantemente. Para el oncólogo, es una especialidad muy estimulante. También cabe mencionar que el oncólogo está evolucionando hacia un perfil llamado traslacional donde se le pide que ofrezca una elevada calidad asistencial al paciente y además tenga una actividad investigadora intensa. El oncólogo traslacional es el médico que necesita actualmente nuestro sistema sanitario.

Finalmente, ¿cuál es el gran reto de la oncología?

Conseguir la curación o la cronificación del cáncer avanzado. Aunque estamos dando pasos importantes en esta dirección, no es fácil. El principal problema es que las células tumorales tienen la capacidad de evolucionar y adaptarse a los tratamientos haciéndose resistentes a ellos. Es decir, buscan continuamente cómo sobrevivir, y lo consiguen. El reto es enorme y no nos rendimos. Ahora tenemos más instrumentos que nunca para conseguirlo, pero no me atrevo a hacer una previsión de cuando sucederá, pero estoy convencido que sucederá pronto en algunos tipos de cáncer.